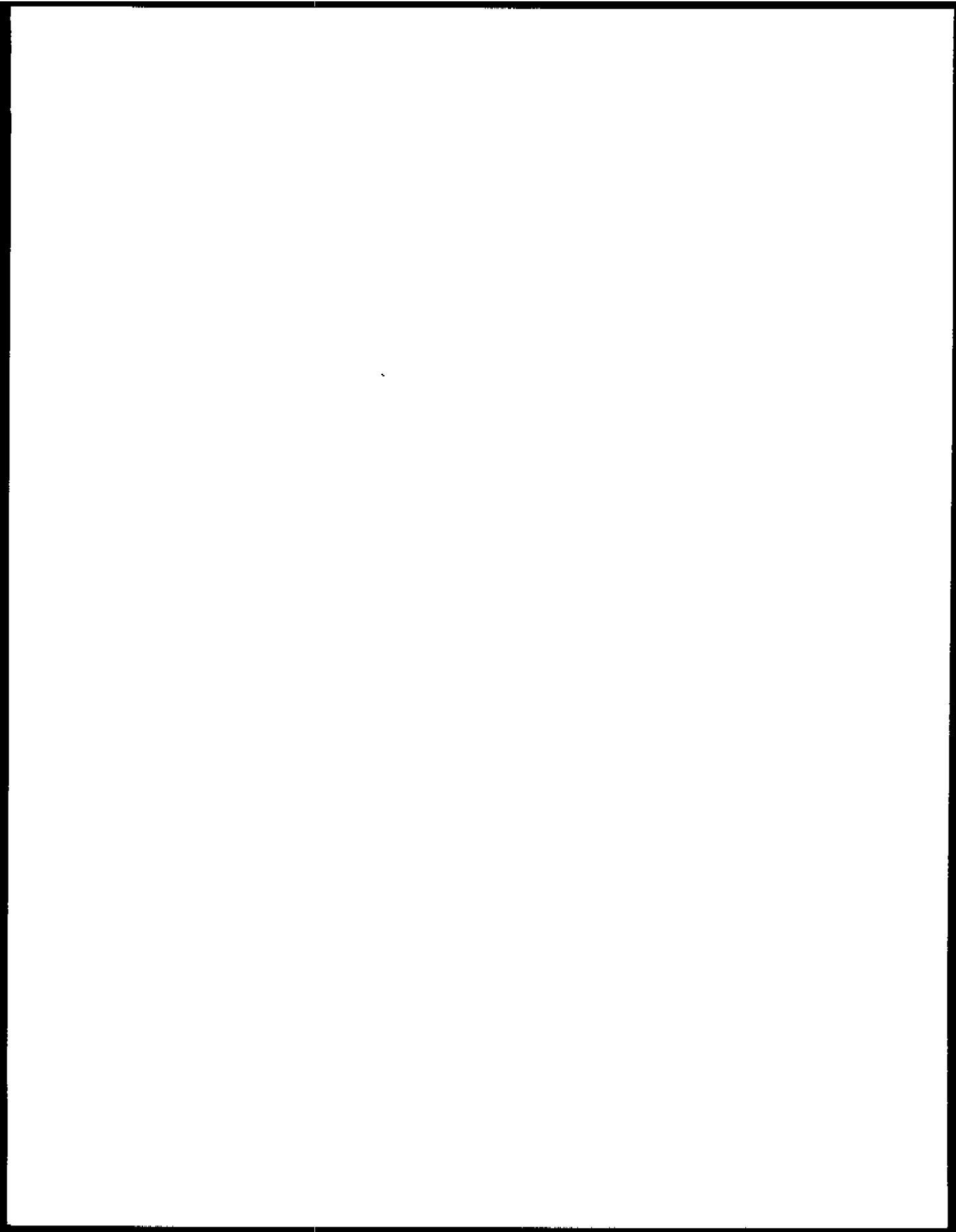


**БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ У РАБОЧИХ-МИГРАНТОВ**

Отчет о совещании Рабочей группы, созванном  
Европейским региональным бюро Всемирной  
организации здравоохранения

Берн  
22-24 апреля 1975 г.

В продажу не поступает  
Распространяется  
ЕВРОПЕЙСКИМ РЕГИОНАЛЬНЫМ БЮРО  
Всемирной организацией здравоохранения  
КОПЕНГАГЕН  
1976



#### Примечание

Настоящий отчет подготовлен Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения для распространения среди правительств государств-членов ВОЗ, входящих в Европейский регион, а также среди всех участников совещания Рабочей группы по борьбе с туберкулезом у рабочих-мигрантов, проходившем в Берне, Швейцарии. Ограниченное количество экземпляров отчета имеется в Европейском региональном бюро ВОЗ в Копенгагене для тех лиц, которые связаны с данной областью исследования по своему служебному положению или по роду своей профессиональной деятельности.

Выраженные участниками данной Рабочей группы взгляды и точки зрения не обязательно отражают политику, проводимую Всемирной организацией здравоохранения.

Используемые в отчете обозначения и приводимые в нем материалы не являются выражением мнения Генерального директора Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны или территории, либо ее властей, а также в отношении ее государственных границ.

Настоящий отчет имеется также на английском и французском языках.

## СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
1. Введение . . . . .	1
2. Медико-санитарные аспекты миграции рабочей силы в Европе . . .	3
2.1 Медико-санитарные аспекты миграции рабочей силы в Европе с точки зрения стран иммиграции . . . . .	3
2.2 Медико-санитарные аспекты миграции рабочей силы в Европе с точки зрения стран эмиграции . . . . .	5
2.3 Обсуждение . . . . .	8
3. Эпидемиологические данные о туберкулезе среди рабочих- мигрантов . . . . .	8
3.1 Федеративная Республика Германии . . . . .	8
3.2 Нидерланды . . . . .	17
3.3 Другие страны . . . . .	23
3.4 Обсуждение . . . . .	24
4. Меры по выявлению случаев туберкулеза среди обращающихся за разрешением на выезд эмигрантов . . . . .	25
4.1 Алжир . . . . .	25
4.2 Италия . . . . .	25
4.3 Португалия . . . . .	26
4.4 Испания . . . . .	27
4.5 Турция . . . . .	29
4.6 Югославия . . . . .	33
4.7 Обсуждение . . . . .	35
5. Меры, принимаемые для предупреждения, диагностики и лечения туберкулеза среди рабочих-мигрантов и членов их семей . . . . .	36
5.1 Бельгия . . . . .	36
5.2 Дания . . . . .	38
5.3 федеративная Республика Германии . . . . .	39
5.4 Нидерланды . . . . .	41
5.5 Швеция . . . . .	41

	<u>Стр.</u>
5.6 Швейцария . . . . .	42
5.7 Великобритания . . . . .	48
6. Сотрудничество между органами здравоохранения стран иммиграции и эмиграции для предупреждения заболевания туберкулезом рабочих-мигрантов . . . . .	50
6.1 Обмен информацией между странами иммиграции и эмиграции .	50
6.2 Меры, которые необходимо принять до въезда рабочих из своей страны . . . . .	51
6.3 Необходимые мероприятия после прибытия рабочих в страну иммиграции . . . . .	51
6.4 Практические пути сотрудничества . . . . .	53
6.5 Обсуждение . . . . .	55
ПРИЛОЖЕНИЕ I Программа . . . . .	56
ПРИЛОЖЕНИЕ II Список рабочих и основных материалов . . . . .	58
ПРИЛОЖЕНИЕ III Участники совещания . . . . .	60

[The page contains a large, faint watermark or bleed-through from the reverse side, which is mostly illegible. It appears to be a large, light-colored graphic or text centered on the page.]

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Уже давно установлено, что туберкулез у рабочих-мигрантов и иностранных рабочих является серьезной проблемой здравоохранения. Ее значение в настоящее время еще более возросло в связи с огромным увеличением числа людей, мигрирующих в поисках работы как внутри своих стран, так и за их пределами.

В рамках осуществляемой деятельности, связанной с медико-санитарными аспектами миграции рабочей силы<sup>1</sup> и предупреждением распространения между странами инфекционных болезней<sup>2</sup>, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения в сотрудничестве с правительством Швейцарии создало совещание Рабочей группы по борьбе с туберкулезом среди рабочих-мигрантов, которое проходило в Берне с 22 по 24 апреля 1975 г.

На совещании присутствовало 28 врачей — пульмонологов и фтизиатров. Программа совещания приводится в Приложении 1, перечень рабочих документов и справочных материалов — в Приложении II и список участников — в Приложении III к настоящему отчету.

Д-р Дж.-П. Перре, заместитель директора федеральной службы общественного здравоохранения Швейцарии, официально открыл совещание и приветствовал его участников. Он кратко охарактеризовал процедуры, применяемые в Швейцарии со времени введения в 1928 г. федерального закона о запрещении въезда в страну лиц с активной формой туберкулеза путем проведения проверок на границе. Рабочие-мигранты, находящиеся в стране, рассматриваются как швейцарские граждане и им доступны все службы здравоохранения. В некоторых районах имеются даже специальные медицинские учреждения для рабочих-мигрантов.

Д-р Архиви, региональный специалист по хроническим болезням легких, приветствовал участников от имени д-ра Лео А. Каприо, директора Европейского регионального бюро ВОЗ, и выразил благодарность правительству Швейцарии за гостеприимство. Затем он упомянул о двух предыдущих совещаниях, созванных Региональным бюро в Алжире и Измире, посвященных проблемам

---

<sup>1</sup> Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро (1974). Проблемы здравоохранения, связанные с миграцией рабочей силы; Отчет о совещании Рабочей группы, Алжир, 6-9 ноября 1973 г., Копенгаген

<sup>2</sup> Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро (1974). Предупреждение распространения инфекционных болезней между странами; Отчет о конференции, Измир, 3-7 июня 1974 г., Копенгаген

здравоохранения, миграции рабочей силы, и подчеркнул, что они представляют большой интерес также для других международных организаций, некоторые из которых представлены на данном совещании. Обсуждению подлежит только одна проблема, а именно туберкулез, и если взгляды по этому вопросу будут согласованы, то это явится основой для решения других проблем здравоохранения, касающихся рабочих-мигрантов.

Д-р Анник Руйон, Международный союз борьбы с туберкулезом (IUAT) подчеркнула озабоченность Союза проблемами рабочих-мигрантов и напомнила о совещании, проведенном Союзом в 1964 г. в Париже, на котором присутствовали некоторые участники данного совещания.

Присутствие на совещании представителей других международных организаций свидетельствует о том, что ВОЗ придает большое значение сотрудничеству с ними. IUAT пользуется относительной свободой действий и может выступать инициатором некоторых мероприятий; им ежегодно созывались совещания, на которых присутствовали представители многих из 92 стран — членом Союза.

Туберкулез относится к числу болезней, наиболее часто выявляемых у рабочих-мигрантов и внушающих наибольшие опасения как странам иммиграции, так и странам эмиграции.

Д-р Д. Джорджевич (Международная организация труда) отметил глубокую озабоченность его организации рассматриваемой проблемой. Он указал, что миграция населения — не новая проблема; она уже существовала в девятнадцатом столетии, когда 35 миллионов человек эмигрировали в Соединенные Штаты Америки. Подсчитано, что в настоящее время в Европе проживает 11 миллионов иностранных рабочих и членов их семей. С ними связан ряд специфических проблем, из которых наиболее серьезной является проблема туберкулеза. Существует международные соглашения о недопустимости дискриминации иностранных рабочих, которым должны обеспечиваться жилищные и рабочие условия, равноценные тем, которые существуют для граждан стран, в которых они проживали.

Д-р К.-Л.Е. Хитце, руководитель сектора туберкулеза, штаб-квартира ВОЗ, приветствовал участников совещания от имени д-ра Х. Малера, Генерального директора ВОЗ, и обратил внимание на медико-санитарные проблемы иммигрантов и иностранных рабочих в других странах мира, не только в промышленно развитых, но и в ряде развивающихся стран, где осуществляются крупномасштабные проекты. Он также упомянул о кочующих племенах и о многочисленных беженцах в Азии и Африке, покидающих свои страны в результате голода, наводнений, землетрясений и войн.

Напомнив о предыдущих рекомендациях ВОЗ в отношении выявления и лечения случаев туберкулеза, д-р Хитце отметил, что участие других международных организаций в борьбе с туберкулезом является дополнением к программе мероприятий ВОЗ к этой области.

Д-р Е. Арнольд был избран председателем совещания, а д-р В.Х. Спрингет — заместителем председателя. Д-ру Т. Атламазу было поручено составление отчета. Секретарем Рабочей группы был д-р М. Аржири.

## 2. МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ МИГРАЦИИ РАБОЧЕЙ СИЛЫ В ЕВРОПЕ

### 2.1 Медико-санитарные аспекты миграции рабочей силы в Европе с точки зрения стран иммиграции

Европу можно разделить на две области: сравнительно богатый индустриализованный север и менее промышленно развитый и менее богатый юг. Такое разделение богатства аналогично картине, существующей на других континентах. Вообще говоря, можно выделить две группы стран: стран — импортеров рабочей силы и экспортеров туристов и стран — импортеров туристов и экспортеров рабочей силы.

Болезни, которыми страдает рабоче-мигранты, можно подразделить на разные категории: болезни, которые они завозят, и болезни, которые они приобретают в стране иммиграции, в том числе болезни (например, психические), которые они приобретают в процессе их приспособления к новому окружению.

#### 2.1.1 Завозимые болезни

Общественность стран иммиграции часто испытывает страх перед завозимыми болезнями. Их можно подразделить на категории (по признаку этнической принадлежности мигранта) и по секторам (например, экзотические паразитарные и экзотические непаразитарные болезни) и легко выявить при том условии, что врачи и должностные лица органов здравоохранения будут предупреждены о возможности обнаружения таких болезней среди мигрантов. Выбор надлежащих биологических тестов должен определяться тем, какая болезнь предвидится, и тем, откуда прибыл рабочий. Такой выбор поможет снизить затраты на систематическое проведение тестов для выявления болезней.

Завозимые болезни нужно освободить от покрова таинственности. Они практически не передаются. Часто это поражение паразитами, которые могут передаваться только при наличии переносчика или промежуточного хозяина. Тем не менее таких больных надо выявлять и лечить.

Влияние таких ввозимых болезней варьирует в зависимости от численности (в абсолютных цифрах) рабочих-мигрантов на любой данной территории, их этнической принадлежности и их числа в пределах конкретной группы населения.

### 2.1.2 Приобретенные болезни

В этой категории преобладает туберкулез во всех формах как легких, так и других органов.

Контингент рабочих-иммигрантов состоит в основном из молодых живущих в плохих санитарных и жилищных условиях, плохо питающихся людей, представляющих собой группу высокого риска.

Известно, что положительная туберкулиновая реакция отмечается у 80% новоприбывших рабочих. Поэтому случаи туберкулеза чаще всего представляют собой или реинфекцию, или рецидив, а не свежие случаи инфекции. Таким образом можно сказать, что болезнь приобретается главным образом в стране иммиграции, но инфицированность является "завезенным" состоянием. Поэтому сплошная вакцинация БЦЖ рабочих-иммигрантов не является идеальным решением вопроса.

Туберкулез среди рабочих-мигрантов не столько медицинская проблема, сколько проблема планирования городов, тесно связанная с нерешенной проблемой строительства удовлетворительного жилья с учетом социально-культурных аспектов; успешное решение этого вопроса помогло бы рабочим-иммигрантам встать на твердую почву и облегчило бы продвижение их на избранном ими пути, т.е. это вопрос "гигиены окружающей среды".

Амбулаторное лечение сокращает период пребывания в санаториях.

К приобретенным болезням относятся также сезонные заболевания и желудочно-кишечные расстройства, которые нередко служат поводом для обоснованных оперативных вмешательств.

В общем экзотические завезенные болезни (даже холера) не представляют реальной опасности, так как их передача в Европе благодаря современному санитарно-гигиеническому уровню практически невозможна. В то же время болезни, приобретенные мигрантом, представляют серьезную опасность как для него самого, так и по его возвращении для его собственной страны (возможно, например, образование очага туберкулеза). Безусловная опасность возникает в связи с теми жилищно-бытовыми условиями, в которых вынуждены жить и мириться с этим рабочие-иммигранты в некоторых странах иммиграции.

### 2.1.3 Болезни, возникающие в процессе адаптации (психические расстройства)

С психосоциальной точки зрения миграция порождает два типа проблем: одни из них связаны с тем, как мигранты приспосабливаются к новому для них окружению, и другие — с тем, как население принимающей страны относится к новоприбывшим. Эти два аспекта неразделимы.

Процесс социальной адаптации мигранта к новому для него обществу можно подразделить на три стадии: приспособление, интеграцию и ассимиляцию.

Каждой из этих стадий соответствует сознательный или бессознательный механизм психологической перестройки мигранта.

Общая заболеваемость психическими болезнями среди мигрантов может быть подразделена на психические нарушения двух видов: "завезенные" психические болезни (с классическими синдромами психических расстройств) и психические расстройства, обусловленные миграцией. Но заболеваемость классическими психическими болезнями среди мигрантов, как правило, ниже, чем среди коренного населения страны иммиграции.

Частота случаев психических расстройств в результате иммиграции варьирует в зависимости от возраста, пола, социально-экономического положения, социальных, этнических и культурных различий между страной, откуда прибыл мигрант, и страной, где он поседается, а также в зависимости от продолжительности его пребывания в этой стране. Это также зависит от того, окружен ли он атмосферой отчуждения или доброжелательства; наконец, частота случаев психических расстройств колеблется в зависимости от социальных неустойств, переживаемых мигрантами.

Что касается психических болезней, возникающих в результате миграции, истинная причина лежит не в приписываемых мигрантам этнически обусловленного слабого здоровья, более низкого уровня развития или психической неполноценности. Психическое состояние жителей страны иммиграции подверглось бы такому же риску нарушения, если бы им самим пришлось столкнуться с иными нормами поведения в стране происхождения мигрантов.

Население стран иммиграции должно более чутко относиться к проблемам миграции рабочей силы, так как это передвижение может частично приобрести противоположный характер и, возможно, в весьма недалеком будущем.

Более внимательное отношение к делам миграции должно явиться частью усилий, направленных на то, чтобы ознакомить различные слои населения с истинным положением вещей в рамках мирового сообщества.

## 2.2 Медико-санитарные аспекты миграции рабочей силы в Европе с точки зрения стран эмиграции

Медико-санитарные аспекты миграции рабочей силы порождают в странах эмиграции более сложные проблемы, чем в странах иммиграции. Эти проблемы связаны с оставшимися членами семей, а также с особыми трудностями для рабочих при возвращении их на родину.

Одна из медико-санитарных проблем членов семей, оставшихся в своей стране, связана с психическими и эмоциональными сторонами жизни детей. Воспитание детей только одними матерями или их дедами и бабушками связано с трудностями и чревато вредными последствиями для здоровья детей. Поэтому следует рекомендовать странам содействовать тому, чтобы рабочие выезжали со своими семьями.

Вопрос о состоянии здоровья рабочих, вернувшихся на родину, еще полностью не исследован. Ни в стране эмиграции, ни в стране иммиграции медицинских обследований рабочих по возвращении их на родину не проводят в отличие от того порядка, который существует в отношении рабочих, прибывающих в страну иммиграции.

Имеющаяся информация о распространенности инфекционных болезней и частоте случаев производственного травматизма показывает, что иностранные рабочие страдают от них чаще местных, но что это не является особой проблемой здравоохранения. Не имеется также эпидемиологической информации и о характере и частоте случаев других болезней среди иностранных рабочих, за исключением небольшого числа публикаций о психических болезнях и нарушениях. Вполне вероятно, что болезни, вызванные стрессами, распространены среди иностранных рабочих довольно широко и поэтому невозможно получить объективное представление о проблеме физического и психического здоровья иностранных рабочих. Эпидемиологи стран иммиграции должны обращать внимание не только на те болезни, которые представляют опасность для населения своей страны; в интересах рабочих-иммигрантов эпидемиологам следует изучить распространенность среди них других, неинфекционных, болезней.

При обсуждении проблем здравоохранения следует учитывать не только соматические и психические болезни, но и лежащие в их основе социальные и культурные факторы, порождающие эти проблемы. Первый вопрос, который возникает в этой связи, заключается в том, насколько доступны для иностранных рабочих и членов их семей профилактические и лечебные службы. Наличие служб и их фактическое использование — две разные вещи. На их использование оказывают влияние экономические и культурные факторы, а также расстояние, разделяющее больного и медицинское учреждение. Кроме того, когда речь идет об иностранных рабочих к этим основным затруднениям добавляется и другой новый фактор. Это — языковой барьер, который усугубляет отрицательное воздействие всех других факторов культурного порядка. Обследование, проведенное в федеративной Республике Германии в 1968 г., показало, что 55% иностранных рабочих, которые проживали в ФРГ менее двух лет, не говорили по-немецки. Языковой барьер, прежде всего, затрудняет общение между врачом и больным и между больным и медицинской сестрой. В отношении профилактических процедур, таких, как периодические медицинские осмотры и ранняя диагностика предотвратимых болезней, языковой барьер и факторы культурного порядка отражаются на использовании имеющихся служб в большей степени, чем в отношении лечебной помощи. Поскольку иностранные рабочие в большой мере нуждаются в санитарном просвещении в различных областях, таких, например, как питание, уход за детьми и личная гигиена, решение проблемы общения между персоналом здравоохранения и рабочими имеет первостепенную важность.

Языковой барьер оказывает также косвенное неблагоприятное влияние на состояние здоровья. Иностранные рабочие, которые не могут говорить, читать или понимать язык данной страны, не в состоянии понять правила охраны

труда на фабриках и заводах, найти подходящее жилье, или проводить свое свободное время и конец недели так же приятно, как местные рабочие.

Из мер, принимаемых странами иммиграции для преодоления языковых трудностей иностранных рабочих, следует упомянуть организацию языковых курсов и использование переводчиков в больницах. Единственно эффективной мерой, которая еще не применяется, было бы использование в учреждениях по оказанию первичной медицинской помощи и в службах здравоохранения штатных врачей и медицинских сестер, владеющих родным для иностранных рабочих языком. Это можно осуществить двумя путями. Во-первых, врачи и медицинские сестры стран иммиграции могут освоить в достаточной мере соответствующий иностранный язык, и во-вторых, врачи и медицинские сестры стран эмиграции могут получить право практиковать в странах иммиграции.

Следует отметить также некоторые социальные проблемы, нарушающие благополучие иностранных рабочих и могущие служить причиной психосоматических заболеваний. Во-первых, это все социальные конфликты, весьма угнетающе действующие на иностранных рабочих. Население стран иммиграции не должно относиться к иностранным рабочим как к незванным гостям, поскольку они способствуют процветанию этих стран и обеспечивают лучшие условия жизни для их граждан. Правительства стран иммиграции должны проводить разъяснительную работу и добиваться лучшего взаимопонимания между гражданами страны и иностранными рабочими.

Во-вторых, социальные стрессы вызывают ряд болезней. Причины социальных стрессов много, достаточно отметить две: страх остаться безработным и быть высланным из страны. Это серьезный вопрос, и политика дискриминации, проводимая некоторыми правительствами при найме на работу, усугубляет эту проблему.

Особую группу среди иностранных рабочих представляют нелегально проживающие в стране рабочие; подсчитано, что в Европе их имеется более 50 000. Медико-санитарные и социальные проблемы у этой группы гораздо более серьезны, чем у других рабочих, и решить их пока не представляется возможным. Эту трудную ситуацию можно облегчить только путем совместных усилий стран иммиграции и стран эмиграции.

Иностранные рабочие должны рассматриваться как группа риска. Необходимо создание специальных организаций для осуществления обширных программ социальной и медико-санитарной помощи иностранным рабочим. Эти рабочие имеют право на специальное обслуживание, потому что они действительно нуждаются в нем, а также потому что они платят государству налоги, делают взносы в страховые организации и членские взносы в профсоюз, но обслуживаются в значительно меньшем объеме, чем граждане страны, в которой они проживают. Иностранные рабочие не должны рассматриваться только как необходимый источник рабочей силы. Им следует оказать поддержку в том, чтобы они пользовались такими же правами и теми же преимуществами, что и граждане данной страны. Иначе, использование труда иностранных рабочих

может вылиться в новую форму рабства, которое ляжет позорным пятном на нашу современную культуру. Иностранные рабочие, несомненно, и впредь будут в течение многих лет важным источником рабочей силы в европейских странах, и страны иммиграции должны поэтому обращаться с ними как с собственными гражданами.

### 2.3 Обсуждение

Не всегда возможно получить данные об эпидемиологической ситуации, поскольку имеющаяся документация не обеспечивает точность информации.

Имеется два типа рабочих-мигрантов; одни (обычно из мусульманских стран) преследуют одну цель — заработать деньги и через некоторое время вернуться на родину; другие хотят осесть в стране иммиграции и стать ее гражданами.

Создание специальных учреждений для иностранных рабочих, или специализация уже имеющихся пунктов здравоохранения, не сможет решить проблемы адаптации мигрантов. Такие пункты, однако, могут оказаться весьма полезными там, где сосредоточивается много иностранцев.

Туберкулез в целом не должен рассматриваться как приобретенная патология; сама инфекция может быть завезенной, но болезнь может активироваться под влиянием стресса или трудных условий жизни.

Если обеспечиваются удовлетворительные жилищные условия, то большинство иностранных рабочих предпочитают брать членов своих семей с собой в страну иммиграции.

## 3. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ СРЕДИ РАБОЧИХ-МИГРАНТОВ

### 3.1 Федеративная Республика Германии

С помощью сложных методов обработки данных переписи населения и статистических данных о зарегистрированных случаях туберкулеза можно получить реалистичную картину эпидемиологического воздействия туберкулеза как на местное, так и на местное население. Различий между рабочими-мигрантами и другими иностранцами не делалось, например между студентами, бизнесменами и т.п., но рабочие-мигранты представляют собой количественно наиболее значимую группу населения.

### 3.1.1 Заболываемость туберкулезом

Приводимые данные относятся к Баден-Вюртембергу (земля ФРГ), где число рабочих-мигрантов является наибольшим. В Таблице 1 показаны как абсолютное число извещений о свежих случаях туберкулеза, так и о рецидивах его за 1968-1971 гг., а также показатели на 100 000 населения. Из-за различий в численности основных групп, прямое сравнение можно сделать только на основании относительных показателей, практически во всех группах показатели среди иностранных рабочих были выше, чем среди немцев.

В Таблице 2 приводится возрастное-половое распределение больных всеми формами активного туберкулеза. Наименее заметны различия в самых старших возрастных группах; несколько более они выражены в группе больных женского пола.

### 3.1.2 Наблюдаемый и ожидаемый риск заболывания

Имеющиеся данные позволяют вычислить ожидаемое число случаев болезни среди рабочих-мигрантов, т.е. число случаев, которые можно ожидать относительно к заболываемости коренного населения.

Результаты таких подсчетов приведены в Таблице 3 для земли Баден-Вюртемберг за период 1968-1971 гг. и для земли Рейнланд-Пфальц за период 1968-1971 гг. Цифры представляют собой итоговые данные, а не годовые числа или показатели. Общий показатель для мужчин повышается несколько более чем на 50%, а для женщин - на 100%-140%. В свете этих данных мнение о том, что риск заболывания туберкулезом среди рабочих-мигрантов повышен, находит свое подтверждение.

Параметр общего эпидемиологического воздействия туберкулеза можно соответственно рассчитать, если взять за основу наблюдаемое число больных германских граждан плюс ожидаемое число больных иностранцев (третья строка в том и другом разделах Таблицы 3). В Баден-Вюртемберге повышение показателя за четырехлетний период на 5,7% для мужчин и на 7,1% для женщин указывает на то, что рабочие-мигранты подвергаются повышенному риску заболывания туберкулезом. Соответствующие показатели для земли Рейнланд-Пфальц составляли 1,7% и 1,9%. Более низкие показатели для земли Рейнланд-Пфальц объясняются значительно меньшим числом иностранных рабочих в этой земле, и поэтому наблюдаемую разницу можно рассматривать как маргинальную.

Таблица 4 содержит те же данные, что и Таблица 3, но с возрастное-половым распределением больных всеми формами туберкулеза.

Таблица 1

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АКТИВНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ЗЕЛЕНАЯ ВАКЦИНАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ФОРМА, 1968-1971 гг. (С УКАЗАНИЕМ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА)

Форм	Немчи				Прочие				
	1.1 <sup>а</sup>	1.2 <sup>б</sup>	2 <sup>в</sup>	Всего	1.1	1.2	2	Всего	
Число 0/00000	Число 0/00000	Число 0/00000	Число 0/00000	Число 0/00000	Число 0/00000	Число 0/00000	Число 0/00000	Число 0/00000	
<b>Типа мучкослого пора</b>									
1968	1074	38	3070	79	471	12	4615	119	
1969	1098	26	2822	72	423	11	4343	111	
1970	1148	30	2530	65	360	9	4038	104	
1971	1135	29	2290	59	281	10	2806	99	
<b>Типа мучкослого пора</b>									
1968	408	9	2040	47	654	15	3102	71	
1969	382	10	1914	44	561	13	2857	65	
1970	404	9	1662	38	534	12	2620	60	
1971	503	12	1497	34	486	11	2427	56	

а = туберкулез органов дыхания, бактериологически подтвержденный

б = по жг, бактериологически не подтвержденный

в = внегочный туберкулез

Таблица 2

ИЗНОСИТЕЛСКИ ЗАКОНОВАНОСТЕ, АКТИВНИИ ПОПЛАНИ ТУБЕРКУЛЕЗА, ЗЕМНИ БАЛАНС-БОУТЕРБЕРП, \*P.T., 1968-1971 гг.  
(всe активане поплам туберкулеза.)

Год	Иванна						Дрочине													
	0-14	15-29	30-44	45-59	60+	60+	0-14	15-29	30-44	45-59	60+									
	Число 0/0000	Число 0/0000	Число 0/0000	Число 0/0000	Число 0/0000	Число 0/0000	Число 0/0000	Число 0/0000	Число 0/0000	Число 0/0000	Число 0/0000									
<b>Дрочина Кочеровото Пола</b>																				
1968	645	61	921	104	1016	125	963	122	1070	180	38	114	139	101	239	198	89	315	18	330
1969	589	55	833	99	999	118	914	164	1008	167	64	98	172	124	280	180	106	290	23	326
1970	441	42	751	83	934	109	857	154	1055	174	61	93	247	172	339	211	110	292	16	217
1971	440	42	731	84	900	106	744	135	991	160	74	119	244	136	330	166	97	208	16	178
<b>Дрочина Жеревото Пола</b>																				
1968	623	62	710	86	607	73	519	64	643	72	36	113	112	156	107	233	25	200	5	96
1969	528	52	702	45	545	64	506	63	576	63	53	135	136	150	113	199	20	128	4	61
1970	487	49	563	71	522	61	441	61	567	62	62	99	152	141	141	206	26	141	3	38
1971	401	40	590	75	481	56	431	53	534	57	66	111	162	143	127	156	30	136	3	32

Таблица 3

РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ НАБЛЮДАЕМЫМ И ОЖИДАЕМЫМ ЧИСЛОМ БОЛЬНИХ ТИФЛОЗИЕЙ СРЕДИ  
ИНОСТРАННЫХ РАБОЧИХ (С УКАЗАНИЕМ ФОРМ ТИФЛОЗИСА)

	Земля Балкан-Брюссель, 1968-1971 гг.				Земля Рейланд-Дюссель, 1965-1971 гг.			
	форма тифлозиоза <sup>2</sup>							
	1.1	1.2	2	Всего	1.1	1.2	2	Всего
<b>Мужчины</b>								
Абсолютное число	159	610	252	1021	61	123	47	231
Процент <sup>5</sup>	36	57	45	40	46	56	78	56
Процент <sup>6</sup>	3.2	5.2	11.2	5.7	1.4	1.6	2.6	1.7
<b>Женщины</b>								
Абсолютное число	62	484	269	815	18	64	40	122
Процент <sup>5</sup>	63	129	228	420	82	94	108	284
Процент <sup>6</sup>	3.5	6.4	11.4	7.0	1.2	1.5	1.9	1.9

1 - тифлозиозная форма, 2 - паратифлозиозная форма

3 - тифлозиозная форма, 4 - паратифлозиозная форма

5 = Процентное выражение разницы между наблюдаемым и ожидаемым числом случаев

6 = Процент избыточного числа больных; основание: наблюдаемое число больных среди рабочих + ожидаемое число больных среди иностранцев

ПРОЦЕНТИ РАВНОВЕСИЯ МЕЖДУ НАБЛЮДАЕМЫМ И ОЖИДАЕМЫМ ЧИСЛОМ БОЛЬНЫХ  
ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ КИРОСТРАДЦЕВ

	Земля Бахен-Джунгбуерт, 1968-1971 гг.					Земля Рекалик-Туяли, 1965-1971 гг.				
	Возрастные группы (в годах)									
	0-14	15-29	30-44	45-59	60+	0-14	15-29	30-44	45-59	60+
<b>Мужчины</b>										
Абсолютное число	141	248	470	186	24	14	53	104	36	19
Процент <sup>а</sup>	14,6	4,5	6,5	8,6	4,9	5,8	4,8	6,2	4,2	7,3
Процент <sup>б</sup>	6,4	6,5	10,3	5,0	0,6	0,9	2,0	3,3	1,1	0,6
<b>Женщины</b>										
Абсолютное число	122	271	331	60	- 3	14	76	42	6	- 1
Процент <sup>а</sup>	7,8	8,7	2,1	14,6	- 1,7	7,0	14,6	14,0	5,5	- 1,4
Процент <sup>б</sup>	5,3	9,5	14,3	3,0	-0,1	0,4	5,8	2,1	0,3	-0,1

а = процентное выражение равновесия между наблюдаемым и ожидаемым числом случаев болезни.  
б = процент избыточного числа больных; основание: наблюдаемое число больных среди людей + ожидаемое число  
больных среди здоровых

### 3.1.3 Тяжесть туберкулеза легких

О тяжести туберкулеза легких (определяемой в издании Diagnostic Standards за 1969 г.) в Штутгарте можно составить представление по имеющимся данным за 1964-1972 гг. (Таблица 5). Эта таблица не подтверждает мнения, что среди рабочих-мигрантов туберкулез всегда или по крайней мере обычно наблюдается в более далеко зашедшей форме, чем среди немцев. Эти данные показывают, что рабочие-мигранты обращаются за медицинской помощью так же своевременно (или с таким же запозданием), как и немцы.

### 3.1.4 Позднее первичное инфицирование

Имеется достаточно данных, свидетельствующих о том, что значительное число рабочих-мигрантов, которые по прибытии не были заражены микобактериями туберкулеза, были затем инфицированы ими в течение первых нескольких лет пребывания в стране иммиграции (Таблица 6). Различия между немцами и иностранцами в этом отношении являются статистически значимыми, но поскольку абсолютные цифры не очень велики, то эффект сплошной вакцинации БЦЖ рабочих-мигрантов по всей видимости будет ограничен.

### 3.1.5 Риск заболевания контактов

В Таблице 7 представлены дополнительные данные о риске заболевания туберкулезом рабочих-мигрантов. Эти данные основаны на результатах специального обследования, проводившегося в Федеративной Республике Германии с 1 августа 1972 г. по 28 февраля 1973 г. Имелось 482 бактериологически подтвержденных угнетенных случая туберкулеза органов дыхания и 8457 контактов (в том числе 1344 рабочих немецкой национальности и 377 рабочих, национальность которых не была установлена). В результате обследования контактов диагностирован туберкулез (всех форм) у 57. По-видимому, судя по наблюдаемой тенденции, риск заражения активной формой туберкулеза был наиболее высоким в однородных группах. Однако среди контактов мужчин немецкой национальности этот риск был выше для угнетенных больных немцев по сравнению с немцами мужского пола ( $\chi^2$  5,564,  $p < 0,02$ ). Другие различия не имели статистической значимости. Распространение туберкулеза среди местных жителей и рабочих-мигрантов никоим образом не является односторонне направленным явлением. Не исключено, что рабочие-мигранты в несколько большей степени подвергаются риску заражения, чем местное население.

### 3.1.6 Социальная принадлежность

Роль социальной принадлежности как определяющего фактора в заболеваемости туберкулезом и смертности по этой причине в настоящее время почти полностью игнорируется. Это по-видимому, нельзя считать полностью оправданным, так как имеющиеся данные свидетельствуют о том, что немцы, стоящие на самой низкой ступени социальной лестницы, широко представлены среди больных с бактериологически подтвержденным туберкулезом легких, а также

Таблица 5

ТЯЖЕСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ (ШВЕДГАРТ, 1964-1972 гг.)

Группа	Тяжесть туберкулеза легких (в %)											
	Минимальный			Умеренный				Далеко зашедший				
	1964-66	1967-69	1970-72	1964-66	1967-69	1970-72	1964-66	1967-69	1970-72	1964-66	1967-69	1970-72
<u>Бактериологически подтвержденные случаи</u>												
Недл: мужчины	8	7	9	61	72	68	31	20	23			
женщины	18	10	17	63	71	68	20	19	16			
Прочие: мужчины	12	13	9	62	66	74	26	23	17			
женщины	25	21	0	69	71	84	6	7	16			
<u>Бактериологически не-</u> <u>подтвержденные случаи</u>												
Недл: мужчины	68	46	48	32	53	51	1	1	1			
женщины	74	51	51	25	46	47	1	2	2			
Прочие: мужчины	61	56	47	39	43	53	0	1	0			
женщины	62	56	40	38	44	55	0	-	4			

РИСК ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕРИОДИТО ИНФОРМИРОВАНИЯ (ЭТИПАРТ, 1965-1972)  
ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ 15-44 ЛЕТ

Группы	Анализ			
	Тысячелетием внутривидовых информационных узлов		Тысячелетием экспозиционной дозы	
	Число	0/1000	Число	0/1000
Исконно: мужчина	9	1,0	67	7,6
	17	1,8	45	4,8
Прочие: мужчина	5	1,8	37	13,1
	4	3,3	23	18,9

Таблица 7

РИСК ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОТРАТОВ С УЧАСТИЕМ ИХ ПОЛА И НАИДИКАЛЬНОСТИ  
(ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ВОСЬ ФОРМ ТЫРЕВУЛЕНА НА 100 000)

Уровни риска случаям	Пол	Контакты				Всего
		Исконно		Прочие		
		Мужчина	Женщина	Мужчина	Женщина	
Исконно	Мужчина	805	1047	455	1814	952
	Женщина	525	198	0	0	488
Прочие	Мужчина	172	629	305	1379	289
	Женщина	0	0	1449	0	188
Всего		642	792	729	787	705

среди больных с далеко зашедшими формами болезни. Принимая во внимание результаты обследования немцев, можно сказать, что это обстоятельство, по-видимому, имеет значение, так как большинство рабочих-мигрантов принадлежит к более низкой, или даже самой низкой социальной прослойке. Имеется еще одно заметное различие между больными женщинами немецкой национальности и женщинами других национальностей: показатели для домашних хозяек гораздо ниже среди вторых по сравнению с первыми.

Повышенный риск заболевания рабочих-мигрантов зависит, во всяком случае до некоторой степени, от их социальной принадлежности. Эпидемиологическая ситуация в их родной стране не является единственным определяющим фактором.

### 3.1.7 Выводы

Вкратце можно сказать, что рабочие-мигранты в федеративной Республике Германии, несомненно, подвергаются более высокому риску в отношении туберкулеза. Степень этого риска, однако, можно достаточно точно определить, и оснований для серьезного беспокойства в этом отношении не имеется.

## 3.2 Нидерланды

### 3.2.1 Эпидемиология

Вопрос о том, считает ли страна иммиграции туберкулез среди рабочих-мигрантов одной из своих потенциальных проблем здравоохранения, зависит главным образом от того, каково положение с туберкулезом в стране, куда прибыли иммигранты, по сравнению с тем, которое существует в стране, из которой они выехали.

В Нидерландах (с населением 13,5 миллионов человек) число лиц, прибывших из-за границы и проживающих в стране, достигает 300 000 человек. Из них примерно 100 000 составляют рабочие-иммигранты в прямом смысле слова, другие — граждане других государств: граждане стран ЕЭС, Австралии, Австрии, Канады, Финляндии, Исландии, Монако, Норвегии, Швеции, Швейцарии и США, которые освобождены от обязательного медицинского осмотра. Рабочие-иммигранты при въезде в страну обязаны по закону пройти медицинское обследование на туберкулез для получения разрешения на проживание.

Абсолютные цифры о заболеваемости туберкулезом рабочих-иммигрантов следует считать приблизительными; еще более это справедливо в отношении показателей заболеваемости. С учетом этой оговорки заболеваемость туберкулезом среди рабочих-иммигрантов мужчин в возрасте 20-39 лет<sup>1</sup> сравнивали

---

<sup>1</sup> Все случаи туберкулеза, выявленные среди иммигрантов в течение двух месяцев после прибытия, в данных расчетах во внимание не принимались.

с заболеваемостью соответствующей возрастной группы населения Нидерландов. Если исключить случаи первичного туберкулеза, то соотношение между этими двумя показателями заболеваемости будет порядка 17:1 (см. Таблицу 8).

Делаются попытки соотнести такое сравнение со сравнением между известными или расчетными показателями заболеваемости в странах эмиграции, с одной стороны, и в странах иммиграции — с другой.

Учитывая национальность составляющих группу лиц и заболеваемость (или риск заболевания) в соответствующих странах эмиграции, можно смоделировать эпидемиологическую картину для этой группы. Также можно установить степень риска заболевания, которому группа иммигрантов подвергалась до эмиграции. Смоделированное представление "о среднем риске заражения", которому иммигранты подвергались на родине, может быть достоверным только в том случае, если все рабочие-иммигранты являются выходцами из одной страны. Отношение этой вычисленной средней заболеваемости, отражающей эпидемиологическую обстановку для группы иммигрантов, проживающих в Нидерландах, к заведомо известному показателю заболеваемости голландского населения составляет 20:1.

Это иллюстрирует факт, что хорошо обоснованные данные о заболеваемости на родине иммигрантов вместе со сведениями о заболеваемости населения страны иммиграции могут прояснить картину заболеваемости туберкулезом как среди приезжих, так и среди местного населения; в какой-то степени, эти данные поддаются прогнозированию.

В Таблице 9 указано время, истекшее с момента прибытия иммигрантов в страну до постановки диагноза активной формы туберкулеза (в том числе случаи, выявленные в течение двух месяцев со дня прибытия).

Таблица 8

ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ СЛУЧАИ ТУБЕРКУЛЕЗА СПЕДИ РАБОЩИХ-МИГРАНТОВ МУЖЧИН  
 В ВОЗРАСТЕ 20-39 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ИМПЕРИАЛАХ БОЛЕЕ 2 МЕСЯЦЕВ,  
 И СПЕДИ ГОЛЛАНДИЙ-ДУЖИН ТОГО ЖЕ ВОЗРАСТА  
 СРЕДНЕГОДОВНЫЕ ЦИФРЫ И ПОКАЗАТЕЛИ НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ, 1968-1970 гг.

	Туберкулез легких			Первичный туберкулез	Другие формы	Всего
	Положительный мазок	Положительный посев	Бактериологически не подтвержен			
<u>Мигранты</u> (абсолютное число)						
Показатель на 100 000	22	26	56	7	16	127
	40	48	110	13	31	242
<hr/>						
<u>Голландцы (мужчины)</u>						
Показатель на 100 000	2,6	3,0	6	3	1,8	16,4
<hr/>						
Отношение голландцев/ работче-мигранты	1/18	1/16	1/18	1/4	1/17	

Таблица 9

ВРЕМЯ, ИСТЕКШЕЕ С МОМЕНТА ПРИВЬТИЯ В НИДЕРЛАНДЫ ДО  
ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА АКТИВНОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА  
(Все формы, больше обоего пола, все возрасты, за период  
1965-1970 гг. включительно, 2121 случай)

Истекший срок	Абсолютное число	%
< 2 месяца	899	42
2- 5 месяцев	454	21
6-12 месяцев	208	10
13-24 месяца	202	10
> 2 лет	259	12
Неизвестен	99	5
Всего	2121	100

### 3.2.2 Заразительность рабочих-иммигрантов

В странах, где массовая вакцинация БЦЖ никогда не практиковалась, система эпидемиологического надзора за туберкулезом позволяет учитывать так называемые "групповые инфекции". Чисто произвольное определение групповой инфекции, используемое системой регистрации инфекционных болезней в Нидерландах, гласит:

"Групповая инфекция — это группа больных первичным туберкулезом (более шести случаев), выявленная более чем в двух домах, заразившихся от одного и того же источника инфекции... или совокупность более чем 20 случаев виража туберкулиновых проб, обусловленных одним и тем же источником инфекции".

В течение 1960-1964 гг. ежегодно в среднем регистрировалось девять таких групповых инфекций. В течение периода 1965-1971 гг. это число составляло шесть в год. Хотя рабочие-иммигранты являлись иногда источником туберкулезной инфекции, до сего времени в Нидерландах не было отмечено ни одной "групповой инфекции", источником которой был бы рабочий-иммигрант. Поэтому нет оснований считать, что туберкулез среди иммигрировавших рабочих является серьезной опасностью для местного населения при условии, однако, что в стране иммиграции проводится активный эпидемиологический надзор за туберкулезом и борьбы с этой болезнью.

В Таблице 10 приводятся данные о практической работе Амстердамского туберкулезного центра, обслуживающего 880 000 человек, в том числе 30 000 рабочих-иммигрантов.

Таблица 10

**АМСТЕРДАМСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ЦЕНТР**

Местное население: 850 000 человек

Иностранцы (в том числе проживающие нелегально): 30 000 = 3,5%

Только заболеваемость туберкулезом — рецидивы исключены

Средние цифры, 1972-1973 гг.

	Местное население 850 000		Иностранцы 30 000		Всего 880 000	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Туберкулез легких, положительный мазок	29	(73)	11	(27)	40	(100)
Туберкулез легких, положительный посев	28	(78)	8	(22)	36	(100)
Туберкулез легких, бактериологически не подтвержденный	35	(63)	21	(37)	56	(100)
Общее число больных туберкулезом легких	92	(70)	40	(30)	132	(100)
Первичные формы	23	(79)	6	(21)	29	(100)
Другие формы	21	(68)	10	(32)	31	(100)
<b>ВСЕГО</b>	<b>136</b>	<b>(71)</b>	<b>56</b>	<b>(29)</b>	<b>192</b>	<b>(100)</b>

Как можно видеть из Таблицы 10, частота случаев разных форм туберкулеза среди иностранцев составляет 30% общего уровня заболеваемости, хотя группа иностранцев составляет всего 3,5% общей численности населения.

В Таблице 11 дается сравнение показателей заболеваемости туберкулезом на 100 000 населения. Показатели для местного населения и для иностранцев соотносятся как 1:12. Эти показатели включают мужчин, женщин и все возрастные группы.

Таблица 11

АМСТЕРДАМСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ЦЕНТР  
 Местное население: 850 000 человек  
 Иностранцы (расчетное число): 30 000 = 3,5%  
 Заболеваемость туберкулезом (исключая рецидивы)  
 Средние показатели за 1972-1973 гг.

	Показатели на 100 000 местного населения	Показатели на 100 000 иностранцев
Туберкулез легких, положительный мазок	3,4	36,7
Туберкулез легких, положительный посев	3,3	26,7
Туберкулез легких, бактериологически не подтвержденный	4,1	70,0
Всего случаев туберкулеза легких	10,8	133,4
Первичные формы	2,7	20,0
Другие формы	2,5	33,3
ВСЕГО	16/100 000 = $\frac{1}{12}$	187/100 000

В настоящее время риск заболевания туберкулезом в Нидерландах приближается к 0,03% в год, т.е. 3 заболевания на 10 000 населения. Можно подсчитать, что для того, чтобы этот показатель риска заболевания туберкулезом (3/10 000) увеличился до 4/10 000 в год, необходимо, чтобы в страну с населением в 13,5 миллионов человек ежегодно прибывало около 700 000 рабочих-мигрантов, подобно тому, как это происходит в настоящее время. Для этого необходимо также, чтобы прибывающие рабочие сразу же и полностью смешивались с местным населением. Другими словами, имеющиеся в настоящее время 100 000 рабочих мигрантов могут увеличить общий показатель риска инфекции для местного населения с 0,03% в настоящее время максимально до 0,032%.

Поэтому, с эпидемиологической точки зрения, присутствие в настоящее время данного числа рабочих-мигрантов не может вызывать серьезных опасений.

Однако с медицинской точки зрения, а также по соображениям личной безопасности и гуманности необходимо прилагать все усилия к тому, чтобы выявлять всех больных туберкулезом и лечить их.

### 3.3 Другие страны

Проблема рабочих мигрантов и связанная с ней проблема туберкулеза существует не только в Европейском регионе, но также и в других странах мира.

В США при постоянно уменьшающемся числе свежих случаев туберкулеза есть опасение, что среди лиц, выезжающих за границу, где заболеваемость туберкулезом значительно выше, будет диагностировано больше свежих случаев.

Данные по Австралии показывают, что значительный процент ежегодно регистрируемых случаев туберкулеза среди населения приходится на долю "мигрантов" и что сравнительное число регистрируемых среди "мигрантов" случаев туберкулеза снижается незначительно.

Великобритания: анализ данных о зарегистрированных случаях туберкулеза в Бирмингеме за 1970-1972 гг. (по месту рождения и полу), сопоставленных с результатами переписи 1971 г. и в сравнении с аналогичным анализом, сделанным 10 лет назад, показал, что для всех лиц мужского пола в течение этого десятилетнего периода показатели зарегистрированных случаев снизились с 0,99 до 0,67 на 1000 населения в год, а для лиц женского пола это снижение составило от 0,48 до 0,42.

Наименьший показатель зарегистрированных случаев приходился на лиц, родившихся в Великобритании: 0,28 на 1000 населения в год среди лиц мужского пола и 0,18 среди лиц женского пола; среди лиц, рожденных в Ирландии, показатели были 0,95 и 0,44 соответственно, а для уроженцев Вест-Индии 0,71 и 0,44. Наибольший показатель зарегистрирован среди иммигрантов из Пакистана: 7,8 на 1000 населения в год для лиц мужского пола и 10,8 для лиц женского пола. Показатели для иммигрантов из Индии были лишь немногим ниже: 5,1 и 8,3 соответственно. За исключением показателей для уроженцев Индии и лиц женского пола, уроженцев Пакистана, за последние 10 лет отмечается снижение заболеваемости на 50% или более. Различия в показателях регистрируемой заболеваемости по возрасту и полу для групп больных с одинаковым местом рождения были значительно меньшими, чем различия между группами больных, объединяемых только по признаку места рождения.

В Швейцарии заболеваемость среди рабочих-мигрантов была на 15% выше, чем среди швейцарского населения. Однако показатели для иностранных рабочих были несколько ниже по сравнению с показателями для населения в странах, откуда они выехали; это, по-видимому, связано с результатами медицинских осмотров, производимых на границе, перед въездом в Швейцарию.

Во Франции заболеваемость туберкулезом среди иностранных рабочих в возрасте от 20 до 50 лет в 3-4 раза выше, чем среди французского населения той же возрастной группы.

По данным исследования, проведенного на больных, лечившихся от туберкулеза в санаториях, установлено, что заболеваемость среди иностранных рабочих из разных стран была следующей (показатель для Франции принимается за 1): Италия - 1, Испания - 1, Португалия - 2, Турция и Югославия - 3-4, страны Магриба - 5-6, другие африканские страны - 10-12.

### 3.4 Обсуждение

Было отмечено, что до тех пор пока данные, представляемые о рабочих-мигрантах, не будут подразделены по странам происхождения мигрантов, сравнения проводить невозможно, учитывая, что в принимающие страны иммигранты прибывают из стран с различной эпидемиологической ситуацией.

Было также отмечено, что по последним данным более 80% иммигрантов из Африки туберкулинположительны; поэтому в данном случае можно не опасаться возникновения среди них групповой эпидемии, как это имело место в прошлом среди больших групп туберкулинотридапельных лиц. Однако подчеркивается, что мигранты, живущие довольно скученно, подвергаются большому риску реинфекции, если один из них заразился bacillary формой туберкулеза.

Следует также учитывать возможность первичного заражения мигрантов или массивной реинфекции в период ожидания выезда из своей страны или во время переезда в страну иммиграции.

Было подтверждено, что чем дольше живут мигранты в стране иммиграции, тем менее вероятно заболевание их туберкулезом; если же это и происходит, то обычно в течение первых двух лет их пребывания в стране. С эпидемиологической точки зрения этот факт имеет важное значение и показывает, что экзогенная инфекция очень мало сказывается на частоте случаев туберкулеза среди мигрантов.

Считается, что стрессы и чувство одиночества и тоски по дому, отягощенные к тому же трудностями языкового общения, больше влияют на здоровье мигрантов, чем фактические условия жизни, особенно если учесть, что многие из них прибывают из стран с более низким санитарно-гигиеническим уровнем. Тем не менее они не обращаются в существующие учреждения медицинской и социальной помощи до тех пор, пока полностью не приспособятся к новым условиям, а для этого может потребоваться значительное время.

#### 4. МЕРЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА РАЗРЕШЕНИЕМ НА ВЫЕЗД ЭМИГРАНТОВ

##### 4.1 Алжир

Рабочие из Алжира в основном мигрируют во Францию и частично в Бельгию, Федеративную Республику Германии и Германскую Демократическую Республику.

Различные соглашения, заключенные между Алжирским и французским правительствами в 1964, 1968 и 1971 гг., ограничивают число алжирских рабочих, мигрирующих во Францию. Мигранты обязаны найти работу в течение девяти месяцев после их въезда во Францию. Однако с сентября 1973 г. Алжирское правительство полностью прекратило эмиграцию рабочих во Францию.

Медицинское обследование обращающихся за разрешением на выезд из Алжира проводилось французской медицинской комиссией, имевшей филиалы в разных районах Алжира. Медицинское обследование эмигрантов предусматривает не только выявление туберкулеза, но включает также клиническое, рентгенологическое и биологическое исследования. В результате этих исследований кандидату на отъезд может быть временно или постоянно отказано в разрешении эмигрировать по признаку непригодности.

Число лиц, которым было окончательно отказано по разным причинам в период с 1971 по сентябрь 1973 г. в въезде за границу, составляло 12 на 1000, из них только 2 из 1000 — по причине туберкулеза.

Большинство рабочих-мигрантов — это молодые и здоровые люди с достаточно убедительной мотивировкой въезда за границу, не отказывающиеся от тяжелой работы в стране иммиграции.

##### 4.2 Италия

Число лиц, эмигрировавших из Италии в 1972 г. (по самым последним данным), составляло 141 852 (96 283 мужского пола и 45 569 женского). Всех их можно подразделить на две группы:

- 1) Организованные эмигранты (эмиграция организованная и контролируемая Министерством труда по получении официального запроса из-за границы). Такие эмигранты должны пройти медицинский осмотр, организуемый итальянскими властями или властями стран иммиграции.

В Италии собирающиеся эмигрировать рабочие должны пройти медицинское обследование, по возможности рентгенографическое. Медицинское обследование проводит комиссия, состоящая из врача муниципальной службы здравоохранения, в системе которой имеется центральный туберкулезный диспансер, и врача такого диспансера. Поскольку в

настоящее время рабочие эмигрируют главным образом в Федеративную Республику Германии, правительство этой страны организовало специальный пункт для медицинского обследования в Вероне.

По положению № 1916/68 Европейского экономического сообщества о свободном перемещении рабочих в странах-членах ЕЭС почти все рабочие могут поселиться в этих странах без обращения к официальным властям. По этой причине Министерство труда решило облегчить насколько возможно предварительный отбор эмигрантов, возложив эту задачу на врачей муниципальных служб здравоохранения с тем, чтобы увеличить контингенты "организованной эмиграции". Однако необходимо признать, что эти медицинские обследования фактически носят довольно поверхностный характер.

Министерство труда организует медицинское обследование будущих эмигрантов в некоторые неевропейские страны; такие страны, как Австралия и Канада, доверяют обследование на местах представителям итальянских органов. В некоторых странах, например, Южной Америке, от эмигрантов требуется только предъявление справки об общем хорошем состоянии здоровья.

2) Неорганизованные эмигранты. Такая неофициальная эмиграция обычно имеет место в случаях, когда о выезде ходатайствуют или присылают приглашение уже проживающие за границей родственники или друзья выезжающего. Эмигранты этой группы устраиваются на работу в стране иммиграции самостоятельно.

Безусловно желательно, чтобы рентгенологическое обследование и туберкулиновая проба были обязательными для всех эмигрирующих рабочих. Более того, поскольку сейчас изучается профилактическая роль химиотерапии для лиц, у которых обнаруживаются остаточные туберкулезные поражения, было бы очень важно распознавать носителей таких поражений и проводить соответствующее их лечение.

Из-за отсутствия официальных мер необходимо усилить противотуберкулезную и медико-социальную просветительскую работу, особенно в районах, поставляющих самый большой контингент эмигрантов и зачастую наиболее пораженных туберкулезом.

#### 4.3 Португалия

С 1960 г. из Португалии выехало сравнительно большое число эмигрантов по отношению к ее населению (около 8 700 000 в 1970 г.). До 1960 г. большинство рабочих мигрировало и на другие континенты, но с этого года предпочтение отдавалось европейским странам (Федеративная Республика Германии, Франция, Нидерланды, Швейцария и т.д.). Большинство эмигрантов является выходцами из сельских районов, незначительное число составляют

квалифицированные рабочие. Специалисты и студенты университетов стали эмигрировать в основном по политическим убеждениям.

Смертность от туберкулеза в Португалии по сравнению с другими европейскими странами очень высока (48,2 в 1960 г., 12,3 в 1973 г.). Расчетная заболеваемость составляет 100 на 100 000 жителей. Показатель распространенности туберкулезной инфекции также высок, особенно среди старших возрастных групп, хотя для сельского населения он ниже.

В соответствии с этим органы по делам эмиграции подвергают лиц, обращающихся за выездной визой, тщательному медицинскому осмотру. Основным методом скрининга на туберкулез является рентгенологическое исследование. В зависимости от технических возможностей используется флюоро- или рентгенография. При малейшем подозрении на заболевание проводится тщательное обследование с применением необходимых рентгенологических, бактериологических и по возможности других методов выявления туберкулеза, и при его обнаружении определяется активность процесса. Недегадная эмиграция, значительно сократившаяся за последнее время, все еще представляет проблему. Недегадные эмигранты могут подвергнуться обследованию только в странах иммиграции, причем наиболее важное значение имеет первичное обследование. В Португалии ежегодно проводимая флюорография всего населения или промышленных рабочих оказалась малоэффективной в выявлении случаев туберкулеза. Это не означает, что регулярное длительное наблюдение за эмигрантами бесполезно, поскольку в странах иммиграции они попадают в другие физические и психологические условия окружения, что может привести к повышению риска заболевания туберкулезом.

Недавние исследования показали, что в Португалии имеется по крайней мере четыре района, характеризующихся различной эпидемиологической ситуацией, что объясняется различной эффективностью деятельности органов здравоохранения и мер борьбы с туберкулезом в каждом из этих районов.

#### 4.4 Испания

В Испании могут быть выделены два этапа в политике эмиграции: первый, который, как это можно считать, закончился примерно в 1964 г., характеризовался в какой-то мере отсутствием опыта; требования к использовавшимся методам обследования не были настолько жесткими, какими им надлежало быть.

С 1964 г., когда эмиграция стала важным фактором испанской экономики, появилась необходимость ввести правила, которые благоприятно повлияли на систему контрольных медицинских обследований. Теперь медицинские осмотры проводятся централизованно органами здравоохранения в префектурах провинций, полностью укомплектованных специалистами, среди которых почти всегда имеется врач Национальной противотуберкулезной службы.

Поскольку медицинские осмотры становятся все более тщательными, это позволяет ликвидировать почти все остаточные явления со стороны легких (даже застарелые формы), кроме, конечно, явлений, связанных с первичной инфекцией.

Статистические данные, основанные на медицинских осмотрах будущих эмигрантов, проведенных Мадридской префектурой в период 1973—1974 гг. и охвативших пять миллионов жителей, говорят о следующем.

- а) Число контрольных обследований снизилось с 864 в 1973 г. до 514 в 1974 г.
- б) При распределении обследованных по полу на долю мужчин приходилось 70%, женщин — 30%; никаких значительных изменений в этом соотношении в разные периоды обследования не происходило.
- в) Повозрастное распределение: за последние два года средний возраст эмигрантов составлял 30 лет. Эмигрирующие в Америку были на два-три года моложе уезжавших в страны Европы.
- г) Распределение по состоянию в браке: не состоявшие в браке — 62%; состоявшие в браке — 36%; вдовы — 2%; число не состоявших в браке лиц было выше среди эмигрантов в Америке.
- д) Распределение по месту назначения:
  - 1973: Америка — 7%, Европа — 93%
  - 1974: Америка — 15%, Европа — 85%

В течение этих двух лет эмигрантов более всего привлекали Колумбия в Америке и Швейцария в Европе.

- е) Число лиц, признанных негодными для эмиграции по состоянию здоровья, составляло 5% в 1973 г. и 4,5% в 1974 г. к общему числу обследованных лиц.
- ж) Заболевания легких составляли причину 40% всех отказов в въезде в 1973 и 1974 гг.

В Федеративной Республике Германии, принимающей значительную часть испанских эмигрантов, имеется федеральный институт занятости и обеспечения на случай безработицы, куда должны обращаться все немецкие и иностранные рабочие, желающие получить разрешение на работу.

Эта организация представлена за границей комиссиями, которые уполномочены заключать договоры с эмигрантами, желающими получить работу в Федеративной Республике Германии. Такая же комиссия в Испании функционирует до ноября 1973 г. Число эмигрантов, обследованных в течение 11

месяцев в 1973 г., составляло 31 491, из которых 3173 (10,07%) получили отказ. Причиной отказа 2623 лицам были остаточные изменения или активная форма туберкулеза.

Изучение рентгенограмм, на которых основывались отказы, свидетельствует о высоком уровне этого обследования, и благодаря строгому контролю на долю Испании по сравнению с другими странами во время работы этой комиссии пришлось наименьшее число отзвонивших эмигрантов с застарелой формой туберкулеза.

#### 4.5 Турция

В течение последнего десятилетия миграция рабочей силы из Турции становится все более серьезной проблемой. Большинство турецких рабочих мигрирует в Федеративную Республику Германии, а меньшая часть уезжает в Австрию, Австралию, Бельгию, Данию, Францию, Нидерланды, Швецию, Швейцарию и Великобританию (см. Таблицу 12). Турецкое бюро по трудоустройству по просьбе стран иммиграции отвечает за организацию отбора этих рабочих. Два основных бюро по делам эмигрантов находятся в Стамбуле и Анкаре, но эмигранты могут прибегать к услугам бюро и в других городах страны.

Турция заключила межправительственные соглашения с несколькими странами иммиграции, которые по этому соглашению имеют свои бюро в Турции для проведения медицинского обследования лиц, обращающихся за разрешением на въезд.

По соглашению, подписанному в 1961 г., федеративная Республика Германии открыла свое бюро в Стамбуле. Скрининг, проводящийся немецкими врачами, предусматривает:

- а) анализ крови на венерические заболевания, скорость оседания эритроцитов;
- б) анализ мочи (на сахар, белок, уробилиноген), обследование женщин на наличие беременности;
- в) флюорографию или, если это показано, обычную рентгенографию (последняя проводится обязательно для будущих горняков и т.п.); лица даже с незначительными поражениями легких (фиброз или обызвествления) разрешение на въезд не получают;
- г) общее физикальное обследование.

Возрастной предел для неквалифицированных рабочих — 35 лет, а для квалифицированных — 40. Некоторые рабочие проходят специальную подготовку для работы за границей.

Таблица 12

ЕЖЕГОДНОЕ ЧИСЛО РАБОЧИХ, ЗАПРЕВУЩИХ ИЗ ТУРЦИИ ЗА ГРАНИЦУ

Страна иммиграции	1961-- 1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974 *
	Австралия	-	107	970	1 186	879	640	886
Австрия	6 016	673	973	10 622	4 620	4 472	7 083	2 338
Бельгия	13 917	-	-	431	583	113	265	540
Великобритания	8	-	4	563	1 289	82	116	101
Нидерланды	6 646	875	3 404	4 843	4 853	744	1 994	1 458
Федеративная Республика Германия	176 190	41 409	98 142	96 936	65 684	65 875	103 793	1 126
Франция	88	-	191	9 036	7 897	10 610	17 544	10 541
Швейцария	719	97	183	1 598	1 342	1 312	1 109	680
Прочие	458	43	108	4 360	1 295	1 381	3 030	1 658
ВСЕГО	204 042	43 204	103 975	129 575	88 442	85 229	135 820	19 460

\* До конца октября

Услугами бюро Федеративной Республики Германии для сбора и медицинского обследования эмигрантов пользуется также и Австрия.

Франция имеет соглашение с Турцией (1965). В 1969 г. Франция организовала свое бюро в Стамбуле, где медицинский осмотр проводят врачи. У отъезжающих берут анализ крови на венерические болезни и скорость оседания эритроцитов и проводят рентгеноскопию грудной клетки. В Турции в сомнительных случаях рентгенологическое обследование проводят в частном медицинском институте. Французское бюро обеспечивает рабочих турецко-французским разговорником для облегчения проблемы общения.

Свое бюро в Анкаре имеют Бельгия и Нидерланды.

Дания и Великобритания не имеют соглашений с Турцией и не проводят медицинских обследований иммигрантов.

Швеция имеет соглашение с Турцией, но обследований не проводит, поскольку очень незначительное число рабочих мигрирует непосредственно из Турции в Швецию.

Швейцария не имеет соглашения с Турцией, но все иностранные рабочие обследуются для выявления инфекционных болезней на швейцарской границе.

Австралия имеет бюро в Анкаре, где необходимое обследование проводит австралийский медицинский персонал.

Турецкое правительство не принимает участия в отборе рабочих-мигрантов по медицинским показателям; в основном это делается на основании положений, регламентируемых различными странами иммиграции.

Существующий в разных странах порядок проверки здоровья рабочих-мигрантов гарантирует, что больные туберкулезом рабочие разрешение на въезд не получают, однако члены семей мигрирующих рабочих перед отъездом за границу медицинский осмотр не проходят.

Кроме того, проблема осложняется фактом нелегальной миграции, но она должна решаться только странами иммиграции.

В Таблице 13 указано годовое число кандидатов на эмиграцию, прошедших рентгенологическое обследование органов грудной клетки с 1969 по 1973 гг., как это требуется регламентом некоторых определенных стран иммиграции, а также число отказов на эмиграцию после этих обследований. Процент отказов колеблется от 4,1 до 6,1.

При сопоставлении этих цифр с данными медицинских служб по отбору отъезжающих из Турции эмигрантов оказывается, что эти цифры совпадают с

Таблица 13

ЧИСЛО ОТКАЗОВ В РАЗРЕШЕНИИ НА ВЪЕЗД РАБОЧИМ-МИГРАНТАМ  
НА ОСНОВАНИИ РЕНТЕГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Год	Мужчины			Женщины			Всего	Число отказов	%
	Число об-следованных	Число отказов	%	Число об-следованных	Число отказов	%			
1969	87 532	3 953	4,5	23 129	619	2,6	110 661	4 572	4,1
1970	87 443	4 833	5,5	24 717	633	2,5	112 160	5 466	4,8
1971	62 904	4 473	7,1	19 685	568	2,6	82 589	5 041	6,1
1972	60 543	3 417	5,6	23 134	572	2,4	83 677	3 989	4,7
1973	97 218	5 232	5,3	32 409	632	1,9	129 627	5 864	4,5

числом всех случаев выявления затемнения в легких. Как видно из Таблицы 14, число затемнений в легких, свидетельствующих о явно активной форме туберкулеза, колеблется от 1,5% до 1,7%.

Подобным же образом число случаев, подозрительных на туберкулез, выявленных во время общего обследования населения (1964-1970), также ниже (см. Таблицу 15) для возрастных групп старше 15 лет.

#### 4.6 Югославия

Число югославских мигрирующих рабочих составляет примерно 700 000, из которых 500 000 работают в Федеративной Республике Германии. Остальные работают в основном в Австрии, Франции, Швеции и Швейцарии.

В Югославии заболеваемость туберкулезом все еще довольно высока. Несмотря на постоянное улучшение эпидемиологической ситуации, распространенность активных форм туберкулеза легких в 1973 г. составляла 441,8 случаев на 100 000 населения, а заболеваемость — 99,5 на 100 000 населения. Последствием более серьезной эпидемиологической обстановки в прошлом является очень высокий процент леченных больных с неактивным туберкулезным процессом (около 8% взрослого населения).

Такое положение естественно вызвало необходимость проявлять определенную осторожность при выдаче разрешения югославским рабочим на выезд в другие страны. Принимаются соответствующие меры против завоза туберкулеза в страны иммиграции и для предупреждения, насколько это возможно, обострения неактивных форм у лиц, подвергавшихся многочисленным психологическим и физическим стрессам в новом окружении.

Как правило, будущие эмигранты подают заявление на въезд в официальное бюро по найму, нередко это делается и через нелегальные каналы.

Медицинская документация, необходимая для получения разрешения на работу за границей, включает свидетельство о нормальном состоянии легких на основе обязательной рентгенографии грудной клетки, а также справку от врача о трудоспособности данного лица. Эти медицинские свидетельства необходимо предъявить медицинским специалистам страны иммиграции на окончательное рассмотрение.

Хотя все страны иммиграции обращают особое внимание на туберкулез, подход к этой проблеме у разных стран различен. Например, в Федеративной Республике Германии считают, что леченный туберкулез так же, как и активная его форма, является противопоказанием для въезда. Исключением являются обывственный первичный комплекс, единичные изолированные очаги в легких и минимальные плевральные спайки, не ведущие к снижению дыхательной функции.

Таблица 14

## ДАНЫЕ СКРИННГА В СТАМБУЛЕ

Год	Число выявленных на входе	Число случаев, подтвержденных на туберкулез	%	Общее число лиц с заболеваниями легких (любого типа)		%
				774	931	
1972	18 599	298	1,6	774	4,1	
1973	24 979	443	1,7	931	3,7	
1974	22 622	340	1,5	776	3,4	

Таблица 15

## ЧИСЛО СЛУЧАЕВ, ПОДОЗРИТЕЛЬНЫХ НА ТУБЕРКУЛЕЗ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ РЕНТЕНОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ В СТАМБУЛЕ ЗА ПЕРИОД 1964-1970 гг.

Возрастная группа (в годах)	15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 64	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Число обследованных	71 457	71 633	55 688	66 485	188 272	211 209	93 672	103 036
Число случаев, подозрительных на туберкулез	909	689	996	871	7 283	4 836	5 950	3 883
%	1,2	0,90	1,7	1,1	3,8	2,2	6,1	3,7

По данным за 1972 г. 19,3% обратившихся за разрешением получили отказ по состоянию здоровья, из них 45,3% — по причине заболеваний легких. Почти 10% заявителей получили отказ по причине активной формы туберкулеза или его последствий; это отражает все еще серьезное эпидемиологическое положение в отношении туберкулеза в Югославии, и это особенно усугубляется тем, что большинство заявителей принадлежит к более молодым возрастным группам (до 21 года — 30,3%, 21–30 лет — 49,8% и всего до 30 лет — 80,1%).

В результате такого скрининга только у 20 из 250 000 югославских граждан, прибывших на работу за границу в период с 1969 по 1971 г., был обнаружен активный туберкулез.

Помимо обязательного документа о патологических изменениях в легких эмигрант обязан представить нидерландским властям документ, подтверждающий, что он никогда не лечился по поводу туберкулеза в больничных условиях. В Швеции и Франции требуется справка об отсутствии туберкулеза, а также обычная рентгенограмма грудной клетки. В Австрии необходимо свидетельство, что будущий эмигрант не страдает активной формой туберкулеза, а в Люксембурге требуется свидетельство, что будущий эмигрант не страдает активной формой туберкулеза.

Особое внимание следует обратить на возможность завоза туберкулеза членами семьи рабочего, которые следуют вместе с ним за границу и не подвергаются достаточно тщательному контролю, а также эмигрантов, въехавших в страну в поисках работы нелегально, зачастую из-за того, что состояние их здоровья не удовлетворяет медицинским требованиям, предъявляемым эмигрантом.

Скрининг мигрирующих рабочих является обязательным условием для въезда. На основании общих критериев должен быть выработан стандарт, и информация по этим вопросам должна быть постоянно доступной, для чего необходимо сотрудничество медицинских служб заинтересованных стран.

#### 4.7 Обсуждение

Была подтверждена целесообразность прохождения рентгенологического исследования будущими эмигрантами до их отъезда из своей страны. Важным моментом является достижение соглашения между странами иммиграции и эмиграции по выработке критериев годности к работе. В отношении стран иммиграции, посылающих своих представителей по отбору иммигрантов, многое зависит от числа кандидатов на въезд; если их число невелико, то более целесообразно договориться с властями страны эмиграции об использовании существующих в них служб для медицинского обследования рабочих-мигрантов.

Следует отказаться от флюорографии. Туберкулиновая проба может быть использована как вспомогательный метод для дифференциального диагноза. Однако скрининг с применением бактериологического метода неприменим. Он может быть использован для контрольного обследования лиц, признанных

временно или постоянно негодными для эмиграции, т.е. для установления окончательного диагноза или назначения необходимого лечения. Некоторые выступающие подвергли критике метод рентгенологического обследования как слишком строгий, однако было признано, что страны иммиграции заинтересованы, естественно, в том, чтобы отобрать лучших и самых здоровых работников, поскольку ввоз рабочей силы обуславливается экономической необходимостью.

Была также обсуждена проблема обследования членов семей, в связи с чем было принято решение о желательности обследования их в стране выезда. При этом обнаружение туберкулеза у членов семьи не должно служить препятствием для выезда ни самого рабочего, ни его семьи. Вопрос — оставаться ли больному члену семьи для лечения в своей стране или лечиться в стране иммиграции — должен решаться самим рабочим.

## 5. МЕРЫ, ПРИНИМАЕМЫЕ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ РАБОЧИХ-МИГРАНТОВ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

### 5.1 Бельгия

В Бельгии характер медицинского обследования рабочих-мигрантов, особенно по выявлению туберкулеза легких, зависит в значительной степени от национальности, метода набора и рода занятий. Эмигранты из стран-членов Европейского экономического сообщества (ЕЭС) имеют право на оплачиваемый труд на территории Бельгии на тех же условиях, что и национальные кадры, и вместе с тем они подчиняются законам, регулирующим иммиграционную политику. С другой стороны, эмигранты из стран, которые не являются членами ЕЭС, но которые подписали специальное соглашение с Бельгией или с Организацией экономического развития и сотрудничества (ОЭСР), для получения оплачиваемой работы в Бельгии должны иметь разрешение на работу, которому предшествует подписание договора с нанимателем и предъявление медицинского свидетельства, выданного в стране эмиграции врачом, уполномоченным для этого бельгийским консулом или аккредитованным дипломатическим официальным лицом.

Это разрешение, действительное на год, можно продлевать, что дает право проживания в Бельгии на соответствующий период при условии, что данное лицо также удовлетворяет общим требованиям, регламентирующим въезд и проживание иностранных граждан на территории страны.

Имеется множество исключений из этого положения; они касаются политических эмигрантов, высококвалифицированных специалистов, зарегистрированных медицинских сестер, домашней прислуги, жен — иждивенцев мужей и т.д.

Много лиц, однако, едет в Бельгию без рабочего договора или медицинского свидетельства, имея только туристский паспорт. Вообще говоря, они едут навестить своих соотечественников и попытаться найти работу. Некоторые из них в случае успеха пытаются легализовать свое положение. Они обычно получают разрешение на работу при предъявлении медицинского свидетельства об отсутствии патологии легких, подтвержденном рентгенологически. Тем не менее не следует скрывать того факта, что этот путь проникновения в Бельгию путем "инфильтрации" приводит ко многим злоупотреблениям как со стороны нанимателей, которые пытаются использовать в своих целях нелегальное положение таких рабочих, а также и со стороны рабочих, которые пытаются обойти условия для получения разрешения на жительство, установленные государством.

Все рабочие-мигранты, получившие легальный статус, описанный выше, ассимилируются с бельгийскими рабочими и пользуются теми же правами.

Все рабочие как бельгийские, так и иностранные обязательно должны быть членами Национального бюро социального обеспечения, которое гарантирует работающим лицам, их семьям, живущим вместе с ними, компенсацию за потерю трудоспособности, оплату медицинской помощи и лекарств, госпитализацию, пособие при вынужденной потере работы и т.д. Это бюро, пользующееся защитой государства, в основном финансируется за счет взносов рабочих и служащих.

В течение учебного года дети и подростки регулярно подвергаются обязательному медицинскому обследованию с постановкой туберкулиновой пробы и рентгенологическим исследованием легких.

Медико-социальная инфраструктура страны состоит из сети 110 противотуберкулезных центров и 55 медицинских пунктов; дополнительно к ним действуют передвижные рентгенологические установки, персонал которых ответствен за выявление заболеваний и надзор, работая безвозмездно на добровольных началах. В стране имеется 1900 санаторных коек. Кроме того, Национальный детский фонд для детей раннего и младшего возраста имеет 340 диспансеров с бесплатным медицинским обслуживанием. Имеется также 48 000 больничных коек для тяжелобольных и т.п.

Направление в эти учреждения и связь с ними осуществляется или через врачей, ответственных за проведение обязательных мер, описанных выше (врачи на производстве, в школах и т.д.), или в случае необходимости через частных врачей.

Провинции, муниципалитеты и частные организации все в большей мере проявляют инициативу в создании приемных и информационных центров, которые помогают иммигрантам и их семьям получить доступ в эти учреждения.

В конечном счете успешность мер по выявлению заболеваний, наблюдению и лечению рабочих-мигрантов в Бельгии зависит в первую очередь от того, в

какой мере им будет предоставлена возможность влиться в рабочую среду и получить легальный статус. Тогда их жизнь и жизнь их семей будет такой же, как и у бельгийских рабочих. Именно по этой причине некоторые рабочие-иммигранты, используя для своей выгоды некоторые исключительные обстоятельства и незаконно устраивающиеся на работу, остаются вне медицинского наблюдения. Для прояснения ситуации следует сказать, что в 1973 г., например, лицам, въехавшим в Бельгию, было выдано за год 5892 документа о праве на работу. Среди них было 250 политических эмигрантов и примерно 1500 принадлежало к привилегированной прослойке населения. Число незаконно въехавших рабочих точно не известно, но в некоторые годы их было столько же, сколько легальных эмигрантов. Это положение вызывает большую тревогу из-за того, что в первые месяцы своего пребывания в принимающей стране мигранты и их семьи подвержены явно повышенному риску заболевания открытой формой туберкулеза.

Бельгийский национальный фонд защиты от туберкулеза предложил, чтобы наряду с документом о праве на работу разрешение на жительство выдавалось только по предъявлению медицинского свидетельства. С другой стороны, при продлении документа о праве на работу вопрос об увольнении рабочего в случае неблагоприятного результата повторного обследования не ставится, так как ему будет предложено пройти курс лечения.

## 5.2 Дания

Проблема рабочих-мигрантов возникла в Дании только недавно и не считается основной, поскольку число рабочих-мигрантов до 1969 г. было незначительным и были введены в ноябре 1970 г. ограничения на иммиграцию иностранцев.

Основная масса рабочих-мигрантов поселяется в больших городах и их окрестностях, в то время как на остальной территории их очень мало.

Клиники страны, лечащие болезни органов грудной клетки, попытались по собственной инициативе обследовать как можно больше иммигрантов, убеждая нанимателей посылать своих рабочих-мигрантов на обследование сразу же после найма на работу.

Вскоре, однако, возникла необходимость сформулировать правила по борьбе с туберкулезом среди рабочих-мигрантов, поскольку некоторые из них уже были больны туберкулезом при въезде из своей страны. Более того, большинство иммигрантов из-за языковых трудностей не смогли воспользоваться всеми услугами социальных служб, хотя обследование на туберкулез в клиниках болезней органов грудной клетки, а также его лечение оплачиваются из общественных фондов.

В августе 1973 г. Министерство внутренних дел сформулировало общие правила обследования рабочих-мигрантов на туберкулез. Медицинское свидетельство об отсутствии туберкулеза на основании рентгенологического

исследования является необходимым условием для получения разрешения на жительство и работу. Такое же свидетельство необходимо при последующем продлении этих решений на жительство и работу в течение первых двух лет. После этого дальнейшего обязательного обследования не требуется.

При обнаружении туберкулеза рабочий-мигрант обязан пройти курс лечения. Эти общие положения не распространяются на членов семьи, но зачастую вместе с рабочим-мигрантом в клинику болезни органов грудной клетки на обследование приходит вся его семья. Все эти мероприятия всячески поощряются.

Следующие факторы уменьшили профилактическое значение указанных директив:

- а) неконтролируемое число рабочих-мигрантов въезжает в страну нелегально и поселяется в ней не будучи официально зарегистрированными;
- б) не всегда выполняется обязательство о предъявлении медицинского свидетельства при получении разрешения на жительство и работу;
- в) семьи рабочих-мигрантов не подлежат обязательному обследованию на туберкулез;
- г) с вступлением Дании в ЕЭС какое-то число рабочих-мигрантов и их семьи не проходят обязательного обследования на туберкулез.

### 5.3 Федеративная Республика Германии

Каждый иностранец старше 16 лет должен иметь медицинское свидетельство для получения разрешения на жительство в федеративной Республике Германии. Обследование может быть проведено в стране эмиграции специальной комиссией или в ФРГ медицинским специалистом или уполномоченным врачом. Методология такого обследования может несколько различаться в зависимости от учреждения, которое проводит его, но в любом случае оно предусматривает рентгенологическое исследование в целях выявления всех случаев туберкулеза легких.

В разрешении на жительство может быть отказано в случаях, когда:

- i) туберкулез легких подтвержден бактериологически;
- ii) выявлены другие активные формы туберкулеза легких;
- iii) обнаружена предположительно активная форма туберкулеза.

В случаях, когда иммигрант тяжело болен и не может немедленно вернуться к себе на родину, он проходит лечение в стране иммиграции независимо от того, сколько на это потребуется времени. Лечение оплачивается системой социальной помощи.

Система социального обеспечения охватывает также рабочих-мигрантов и их семьи. Рабочий-мигрант, занимающийся на работу в период, когда он является иждивенцем, становится по закону членом системы социального медицинского страхования. Жена, находящаяся на иждивении мужа, и их дети автоматически по закону охватываются системой страхования без внесения дополнительного взноса в фонд страхования. Взнос в этот фонд составляет 9%—13% суммы последнего чистого заработка рабочего, причем 50% этой суммы выплачивает застрахованный, а 50% — предприниматель. Медицинское и больничное обслуживание предоставляют бесплатно в течение неограниченного срока.

Если застрахованное лицо теряет трудоспособность, предприниматель обязан выплачивать ему обычную зарплату в течение первых шести недель болезни, после чего система социального медицинского страхования выплачивает пособие по болезни в течение 78 недель. Такое пособие по болезни составляет 80% суммы последнего чистого заработка. Для получения этого пособия необходимо представление регулярно возобновляемой медицинской справки, что обеспечивает обязательное и регулярное посещение врача больным. Больной может свободно выбирать себе врачей из числа специалистов, работающих по договору, а также в системе медицинского социального страхования; среди них увеличивается число врачей-иностранцев, имеющих свои приемные кабинеты.

В случае обнаружения туберкулеза системы социального страхования оплачивает лечение только в том случае, если рабочий проработал меньше шести месяцев или же не лечился до этого в больничных условиях. Во всех остальных случаях расходы по госпитализации независимо от продолжительности ее и в течение двух лет после нее оплачиваются из пенсионного фонда страхования; в течение дополнительных 78 недель пособие по болезни оплачивается из фондов медицинского страхования. Количество пособий по нетрудоспособности по причине туберкулеза заметно снижается. Если оказывается, что больной туберкулезом не застрахован, местные организации, оказывающие социальную помощь, должны оплатить лечение и оказать необходимую помощь семье на период нетрудоспособности больного.

Языковой барьер преодолевается в основном с помощью следующих методов:

- 1) разговорников, подготовленных страховыми компаниями; однако они бесполезны в случае неграмотности рабочего;
- 2) заучивания обычных медицинских выражений, употребляемых врачами;
- 3) детей (которые быстро овладевают немецким языком), друзей, родственников и т.д.;
- 4) многочисленных землячеств и консульств, особенно при решении сложных вопросов.

Меры по выявлению туберкулеза проводятся среди всех лиц независимо от национальности. Никаких специальных программы в отношении рабочих-мигрантов не предусмотрено, но некоторые меры применяются среди рабочих-мигрантов более активно, чем среди немцев, например вакцинация БЦЖ новорожденных. Дети рабочих-мигрантов принимаются в школу только после постановки туберкулиновой пробы. При положительной реакции они подвергаются рентгенологическому исследованию. Обследования симптомных больных, обследование контактов и массовая флюорография проводятся без различия как среди рабочих-мигрантов, так и среди местных рабочих. Если рабочему-мигранту назначается лечение от туберкулеза, то по социальным причинам лечение предпочитают проводить в больничных условиях. Именно поэтому так высок процент рабочих-мигрантов в больницах и особенно в санаториях и сильно завышается клиницистами показатель распространенности туберкулеза среди мигрантов-рабочих. Поскольку большинство мигрантов-рабочих занимается физическим трудом и для них зачастую трудно организовать амбулаторное лечение, терапия в больничных условиях рабочих-мигрантов обычно продолжительнее, чем терапия немцев. Иммигранты соблюдают режим лечения строже, чем немцы, и результаты лечения тех и других по меньшей мере сравнимы.

#### 5.4 Нидерланды

Рабочие-мигранты получают в полиции разрешение на жительство только по предъявлению свидетельства от Нидерландского туберкулезного диспансера. После того как рабочий-мигрант получит разрешение на жительство, ему предоставляется право на работу, и с этого момента у него больше нет официальных обязательств в отношении проверки состояния здоровья.

Противотуберкулезная служба, которая организуется на добровольных общественных началах, должна приглашать рабочих-мигрантов для повторных обследований. В течение первых двух лет пребывания в стране они обследуются каждые шесть месяцев. В течение последующих трех лет обследование проводят один раз в год. Кроме того, рабочие, работающие на крупных фабриках, проверяются регулярно службой промышленной медицины.

В настоящее время рабочие-мигранты, больные туберкулезом, почти не выселяются из страны, хотя в отношении некоторых категорий законное выселение возможно.

В Нидерландах детям рабочих-мигрантов прививают БЦЖ, если они подлежат вакцинации в своей стране.

#### 5.5 Швеция

В Швеции число иммигрантов в 1972 г. составляло 29 894 (15 377 мужчин и 14 517 женщин). По национальности население страны распределялось следующим образом:

Шведы 7 722 455  
Иностранцы (общее число) 406 705 — по странам:

Финляндия	196 999
Югославия	40 726
Дания	29 222
Норвегия	26 674
Федеративная Республика Германии	19 213
Греция	16 853
Италия	7 093
США	6 397
Великобритания	5 922
Польша	5 529
Турция	5 078
Чехословакия	4 240

В 1969 г. был введен так называемый Шведский центральный туберкулезный индекс. В Таблицах 16 и 17 приводятся цифровые данные индекса за 1973 г.

В Швеции никаких противотуберкулезных мероприятий специально для иммигрантов не проводится. Иммигранты должны посещать в случае необходимости туберкулезные диспансеры, где все обследования и лечение проводятся бесплатно. Однако само собой разумеется, что из-за языковых трудностей и неосведомленности о шведской системе здравоохранения многие иммигранты не пользуются медицинским обслуживанием в той степени, как сами шведы.

В 1973 г. Шведское общество по борьбе с болезнями легких предложило следующую рекомендацию своим членам: "В 1971-1972 гг. 39% всех свежих случаев туберкулеза легких у лиц до 40 лет относились к иммигрантам. Иммигранты из стран с более трудной ситуацией в отношении туберкулеза, чем в нашей стране, образуют группу риска заболевания туберкулезом, и рентгенологическое исследование их грудной клетки должно проводиться как можно скорее после их прибытия в Швецию. Врач-фтизиатр должен делать заключение о целесообразности дальнейших обследований больных на индивидуальной основе с учетом результатов рентгенологических исследований грудной клетки, анамнеза и других данных. Из-за отсутствия контактов между иммиграционными властями и диспансерами эти рекомендации не достигают своей цели.

## 5.6 Швейцария

### 5.6.1 Юридические аспекты

Необходимо провести грань между медицинским обследованием иностранных рабочих до их получения разрешения на работу в Швейцарии и медицинским обслуживанием во время их проживания в стране.

Таблица 16

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ (ВСЕ ФОРМЫ) В ШВЕЦИИ, 1973 г.

## а. Число больных

Возрастная группа	Граждане шведской национальности (в настоящее время и ранее)		Иностранцы граждане (в настоящее время и/или ранее)		Всего	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
0-19	15	8	6	6	21	14
20-39	96	92	61	67	157	159
40-59	283	194	56	28	339	222
60-	463	271	5	14	468	285
Всего	857	565	128	115	985	680
6. На 100 000 населения	23	15	60	57	24,3	16,6

Таблица 17

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АКТИВНЫМИ ПОСТПЕРВЫЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕТКИХ В ШВЕЦИИ, 1973 г.

## а. Число больных

Возрастная группа	Граждане шведской национальности (в настоящее время и ранее)		Иностранцы граждане (в настоящее время и/или ранее)		Всего	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
0-19	6	8	2	3	8	11
20-39	72	77	52	49	124	126
40-59	224	110	52	19	276	129
60-	388	192	5	8	393	200
Всего	690	387	111	79	801	466
6. На 100 000 населения	18	10	53	42	19,8	11,4

а) Медицинское обследование до найма на работу

Этот медицинский осмотр на границе проводится с целью выявления инфекционных болезней. При обнаружении заболевания в паспорт больного проставляется отметка "2"; он лишается права на работу и обязан вернуться на родину. Право Конфедерации проводить медицинский осмотр на границе закреплено Статьей 69 Федеральной конституции<sup>1</sup>, которая гласит: "Конфедерация может законодательным путем принимать меры для борьбы с заразными болезнями, распространенными болезнями и болезнями, особенно опасными для человека и животных".

На основании этой Статьи 2 июля 1886 г. был принят Федеральный закон о мерах против эпидемий, представляющих всеобщую опасность; он был дополнен 18 февраля 1921 г. особой смлжкой на пограничную медицинскую службу: федеральный совет уполномочен предписывать специальные меры в целях защиты страны от завоза эндемических болезней и надзора за состоянием здоровья при международных передвижениях через границу страны. Таким образом Конфедерация имеет право организовать пограничную медицинскую службу; эти меры не ограничены четырьмя карантинными болезнями (оспой, холерой, чумой и сыпным тифом), которые упоминаются в первом Законе о борьбе с эпидемиями. Для того чтобы лучше справиться со своей задачей, пограничная медицинская служба должна быть гибкой и быстро приспосабливаться к эпидемиологической ситуации за границей. В этой связи установки для работы пограничной медицинской службы в течение послевоенного периода были обнародованы в декрете Федерального совета и регламентированы федеральным департаментом внутренних дел 17 декабря 1948 г.

Закон 1886 г. о борьбе с эпидемиями недавно был полностью пересмотрен; новый закон об эпидемиях, учитывающий существующие в настоящее время условия, был принят парламентом 18 декабря 1970 г.<sup>2</sup> Он, однако, не вошел в силу до 1974 г., когда на его основе была организована пограничная медицинская служба.

Семнадцатого июня 1974 г.<sup>3</sup> федеральный совет издал распоряжение о пограничной медицинской службе на основании Статей 7 и 38 (параграф 1). Оно предусматривает, помимо всего прочего, что федеральная служба здравоохранения может проводить любые необходимые меры через посредство

---

<sup>1</sup> Федеральная конституция Шведской конференции (29 мая 1874 г., с изменениями до 1 января 1969 г.)

<sup>2</sup> федеральный закон о борьбе с инфекционными болезнями, поражающими человека (Закон о борьбе с эпидемиями) (18 декабря 1970 г.)

<sup>3</sup> Порядок работы пограничной медицинской службы (17 июня 1974 г.)

пограничной медицинской службы. Федеральная служба организует работу пограничных медицинских служб, обеспечивает их достаточным количеством врачей (имеющих квалификацию пограничного врача), в распоряжении которых должны находиться оборудование, аппаратура и обученный персонал, способный справиться с возложенными на них обязанностями. Служба здравоохранения в соответствии с эпидемиологической ситуацией в отношении инфекционных болезней в стране эмиграции решает, какие болезни должны выявляться при контрольном осмотре рабочих-мигрантов на границе. В настоящее время контролю подлежит только одна болезнь — туберкулез легких (по данным рентгенологического исследования). В соответствии с этими новыми положениями Служба общественного здравоохранения также имеет право проводить медико-санитарные мероприятия на границе в военное время, что раньше не практиковалось.

#### б) Медицинское обслуживание во время проживания в Швейцарии

Иностранный рабочий, получивший в паспорте отметку "1" после медицинского обследования, пользуется теми же правами, что и швейцарские граждане. Это, однако, не относится к иностранным рабочим, которые возвращаются в Швейцарию и из-за болезни получают разрешение только на временное пребывание для работы (в паспорте ставится отметка "1р"). Лица, получившие в паспорте отметку "1", могут страховаться от болезни и несчастного случая. На федеральном уровне страхование от болезни не является обязательным, исключения представляют только некоторые кантоны. С другой стороны, страхование от несчастных случаев обязательно при работе на предприятиях, являющихся членами Швейцарского национального фонда для страхования от несчастных случаев. Проживая в Швейцарии, иностранный рабочий, как и любой швейцарский гражданин, может свободно выбирать лечащего врача. В случае необходимости рабочий может лечиться в клинике, у частного врача или в туберкулезном диспансере. На больших предприятиях имеются свои врачи, а в штатах больниц предусмотрен специальный врач для общего медицинского осмотра всех новых работников предприятия. Особое внимание уделяется постановке туберкулиновых проб и в случае необходимости прививкам БЦЖ, которые регулярно проводятся на многих крупных предприятиях с охватом как иностранных рабочих, так и швейцарских граждан. Специальные медицинские обследования иностранных рабочих в стране не предусмотрены.

#### 5.6.2 Медицинские аспекты

Хотя туберкулез является лишь одной из медицинских проблем, с которыми сталкиваются мигранты, ее тем не менее следует считать наиболее важной. Мероприятия по борьбе с этой болезнью можно рассматривать в двух аспектах:

- 1) выявление туберкулеза, который, возможно, развился в период миграции;
- 2) лечение иностранных рабочих, заразившихся туберкулезом во время пребывания в стране иммиграции.

В этом отношении в Швейцарии существует следующий порядок:

а) В течение 25 лет, т.е. с 1949 г. скрининг прибывающих в страну иммигрантов проводится с применением рентгенологического исследования пограничной контрольной медицинской службой. При пограничном осмотре каждый иностранный рабочий должен иметь документ о праве на работу, который становится действительным только после медицинского осмотра иммигранта пограничной медицинской службой. Рентгеновский снимок делается на месте, тут же проявляется и изучается, что дает возможность иммигранту продолжать свое путешествие без задержки и прибыть на место работы в тот же день.

Имея документ о праве на работу или на жительство, рабочий-мигрант уже не подлежит пограничному контролю и в этом отношении приравнивается к швейцарским жителям. Сезонные рабочие проходят обследование один раз в год, т.е. при каждом въезде в страну.

б) Вопрос о лечении в пределах страны не требует комментариев, поскольку в этом отношении положение рабочих-мигрантов не отличается от положения других жителей. Если рабочий заражается туберкулезом, все расходы по лечению, включая медицинское обслуживание, госпитализацию и лекарства оплачиваются из средств системы страхования от болезни. Кроме того, в большинстве профессиональных ассоциаций выплачивается пособие за каждый день болезни из расчета 80% получаемой зарплаты.

Заболелаемость среди рабочих-мигрантов была предметом нескольких исследований, из которых следует, что она несколько превышает средний показатель заболеваемости для всей страны. Следует подчеркнуть, что эта группа является отобранной, поскольку она прошла через фильтр пограничного контроля. Таким образом, за некоторыми исключениями, речь идет о болезни, развившейся у иммигранта уже в Швейцарии. Следовательно, больных можно подразделить на две категории:

1) Лица, въезжающие в Швейцарию уже инфицированные туберкулезом, составляют значительное большинство. Исследования фактически показывают, что большинство из них положительно реагируют на туберкулин. Будучи здоровыми при въезде в страну они позднее заболевают третичным туберкулезом в основном легких. Нет никакого сомнения в том, что стресс, обусловливаемый иммиграцией, новые бытовые условия и работа, к которой они зачастую непривычны, играют большую роль в провоцировании болезни.

2) Меньшинство составляют лица, прибывшие в Швейцарию из местностей, характеризующихся незначительной инфицированностью населения, отрицательно реагирующие на туберкулин. Они могут заразиться в Швейцарии и заболеть первичными или вторичными формами.

Трудно представить точные цифровые данные о заболеваемости рабочих-мигрантов по сравнению с местным населением, поскольку эти цифры меняются в зависимости от местности и с течением времени. По санаторной статистике иностранные рабочие составляют 20%-25% всех больных, но этот контингент представляет только 13% общего населения. Таким образом различие, если оно вообще существует, не очень велико. Это можно частично объяснить тем, что эта категория больных прибывает из стран более эндемичных по туберкулезу, чем Швейцария, и показатель их заболеваемости находится на уровне, наблюдавшемся в Швейцарии десять лет назад. Принимая во внимание тенденцию к снижению показателя заболеваемости среди рабочих-мигрантов в Швейцарии, можно сказать, что она не представляет особых проблем и не вызывает причин для беспокойства.

Рабочих-мигрантов убеждают не уклоняться от проводимых оздоровительных мероприятий, проводимых органами здравоохранения, и от рентгенологических обследований, организуемых для Групп с повышенным риском заболевания (эти обследования обязательны для больничного персонала, горняков или других рабочих, подвергающихся воздействию пыли силикатов, и для определенных категорий работников, связанных с продуктами питания и т.д.).

Детей, для которых посещение школы является обязательным, обследуют школьные медицинские службы, которые ставят туберкулиновые пробы и проводят вакцинацию БЦЖ.

#### 5.7 Великобритания

В последнее время рабочие и их семьи мигрировали в Великобританию в основном из стран Британского содружества наций в Азии, Африке и в районах Карибского моря. Эта миграция отличается от миграции в другие европейские страны, куда в основном иммигранты-рабочие прибывают из стран, расположенных севернее средиземноморья.

Мигранты, намеревающиеся работать в Великобритании, должны получить разрешение на работу до отъезда из своей страны. Предоставление права на работу зависит, кроме всего прочего, от удовлетворительности результатов рентгенологического исследования. Никаких фактических сведений о числе отказов на въезд не имеется; число выдаваемых разрешений на работу в настоящее время значительно меньше, чем несколько лет назад.

Рабочих-иммигрантов могут подвергнуть ограниченному медицинскому обследованию на пунктах въезда, а также рентгенологическому исследованию грудной клетки. В случае обнаружения туберкулеза им может быть отказано в разрешении на въезд.

Семьям рабочих рекомендуется пройти медицинское обследование еще до их прибытия в Великобританию, но это не обязательно. Если глава семьи, жена и дети до 18 лет, получившие право на жительство в Великобритании, не имеют на руках свидетельства о медицинском обследовании в стране эмиграции,

подтверждающем отсутствие туберкулеза, иммиграционные органы могут направить их на медицинское обследование, но обычно им не отказывают во въезде по медицинским показаниям. Все лица, у которых обнаружен туберкулез, получают разрешение на въезд при условии, что немедленно по прибытии на место назначения они явятся в местные органы здравоохранения. Другим членам семьи — иждивенцам — может быть отказано во въезде по медицинским показаниям. Местным властям срочно сообщают о случаях условного разрешения на въезд.

Все рабочие-иммигранты и их иждивенцы получают информационную карточку на соответствующих языках, в которой описывается система предоставления медицинской помощи Национальной медико-санитарной службой и указывается о необходимости встать на учет у врача общей практики. Все иммигранты должны также сообщить, в какой населенный пункт Великобритании они следуют.

Местные медицинские органы получают сведения от иммиграционных властей об ожидаемом прибытии в данный район мигрантов. В большинстве районов, куда прибывают мигранты, патронажный работник или инспектор посещает их по сообщенным адресам, напоминая о необходимости зарегистрироваться у врача общей практики и записаться на рентгенологическое исследование, если оно не было проведено до въезда в страну. Следует заметить, что лондонский аэропорт Хитроу оснащен всем оборудованием, необходимым для проведения рентгенологического исследования лиц, приезжающих из-за рубежа.

Всем врачам общей практики рекомендуется отсылать всех регистрирующихся у них иммигрантов на рентгенологическое исследование грудной клетки не только при первом посещении, но и при смене лечащего врача.

Дети школьного возраста рабочих-мигрантов обследуются перед поступлением в школу в специальной клинике. Обследование в таких клиниках предусматривает постановку туберкулиновой пробы. При положительной реакции дети отсылаются на рентгенологическое исследование грудной клетки, на основании которого предпринимаются и другие действия; при отрицательной реакции их вакцинируют БЦЖ.

В большинстве районов дети родителей — выходцев из Азии при рождении подвергаются вакцинации БЦЖ.

Услугами Национальной службы здравоохранения все иммигранты могут пользоваться сразу после приезда. Так, например, медицинский осмотр врачами общей практики и специалистами, включая любое необходимое специальное исследование (рентгенологическое, бактериологическое и т.д.), иммигрантами не оплачивается. Больничное лечение также бесплатно. Лекарства для амбулаторных больных (т.е. при химиотерапии на дому) приобретаются по специальной системе оплаты выписываемых по рецепту препаратов, в настоящее время из расчета 20 пенсов за лекарство. От этой платы освобождаются дети, пенсионеры и рабочие, получающие пособие по болезни или социальному страхованию.

Таким же образом рабочие-иммигранты обретают право на пособия по болезни, предоставляемые Национальной организацией по страхованию от болезней после 26 недель работы. Если они заболевают до истечения этого срока, пособие им выплачивается органами социального страхования.

Никакой отдельной документации о пользовании иммигрантами диагностическими и терапевтическими службами не ведется. Данные по этому вопросу можно получить только из материала специальных исследований, проводившихся в течение коротких периодов в масштабе всей страны или в течение долгих сроков в районах, где проживает много рабочих-мигрантов.

#### 6. СОТРУДНИЧЕСТВО МЕЖДУ ОРГАНАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТРАН ИММИГРАЦИИ И ЭМИГРАЦИИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ РАБОЧИХ-МИГРАНТОВ

Перемещение населения из стран с низким социально-экономическим уровнем неизбежно порождает проблемы, связанные с охраной здоровья как самих мигрантов, так и коренного населения стран иммиграции.

В настоящее время туберкулез является таким инфекционным заболеванием, риск заражения которым особенно велик, и поэтому стала ощущаться необходимость специального сотрудничества между органами здравоохранения стран иммиграции и эмиграции. Очевидно, что такое сотрудничество должно быть организовано или реорганизовано с помощью современных и рациональных методов, рассчитанных на эффективную профилактику туберкулеза.

Основой для разработки мер, необходимых для организации или реорганизации такого сотрудничества, должно служить знание эпидемиологической ситуации в странах иммиграции и эмиграции и принципов борьбы с туберкулезом в каждой из указанных типов стран.

##### 6.1 Обмен информацией между странами иммиграции и эмиграции должен давать представление о следующих моментах:

- а) эпидемиологическая ситуация (по туберкулезу) в обеих странах; место проблемы туберкулеза среди основных проблем общественного здравоохранения; отношение населения к проблеме туберкулеза;
- б) организация мер по борьбе с туберкулезом; связанные с этим юридические и законодательные проблемы, осуществление мер на местах, степень приспособления мер, проводимых в стране иммиграции, к специфическим проблемам туберкулеза среди иммигрантов;

в) инфраструктура здравоохранения и функции служб здравоохранения; медико-социальные меры (социальное обеспечение и т.п.); добровольные организации в системе служб здравоохранения;

г) изменение эпидемиологической ситуации в обеих странах; обмен соответствующей информацией осуществляется в соответствии с требуемой периодичностью.

## 6.2 Меры, которые необходимо принять до въезда рабочих из своей страны

6.2.1 Медицинское обследование рабочих до их въезда из своей страны должно проводиться совместно с принимающей страной.

Объединенная медицинская комиссия должна тщательно разработать форму протокола для медицинского обследования собирающегося эмигрировать рабочего и определить:

а) критерии годности как для самих рабочих, так и для членов их семей;

б) объем медицинского обследования;

в) подход к лицам, у которых отмечаются изменения со стороны органов грудной клетки.

6.2.2 Можно также рассмотреть вопрос о создании амбулаторной карты для записи данных о состоянии здоровья рабочего-мигранта, которую могла бы подготовить указанная объединенная медицинская комиссия, ответственная за разработку протокола медицинского обследования и регистрационных карт, устанавливающих связь между службами здравоохранения стран эмиграции и иммиграции. Такая амбулаторная карта должна вестись на каждого рабочего на протяжении всей его трудовой жизни; в ней должны отмечаться все проводимые медицинские процедуры и результаты обследований.

6.2.3 Для будущих эмигрантов, состояние здоровья которых не вызывает препятствий для въезда из страны, должны быть организованы краткосрочные (продолжительность в несколько дней) курсы санитарно-гигиенического и гражданского обучения. Помощь в организации таких курсов должны оказать работники служб социальной помощи или специальные инспектора из стран иммиграции. Задача таких курсов заключается в информировании будущих эмигрантов о новых условиях жизни, которые их ожидают в стране иммиграции.

## 6.3 Необходимые мероприятия после прибытия рабочих в страну иммиграции

6.3.1 Все новоприбывшие лица (особенно это относится к тем, кто впервые покинул свою страну) в начале своего пребывания в стране иммиграции весьма восприимчивы к разным болезням, в особенности к туберкулезу. Поэтому необходимо:

- а) обратить особое внимание на условия их быта и работы;
- б) обеспечить им возможность пользоваться консультацией в диспансерах, в которых также должны работать переводчики и работники служб социальной помощи, знакомые с проблемами иммигрантов;
- в) проследить за тем, чтобы деятельность добровольных организаций включала меры, направленные на ознакомление иммигрантов с опасными ситуациями, в которых они могут оказаться, и на имеющиеся в их распоряжении средства их преодоления.

Таковы задачи, которые стоят перед руководящими органами стран иммиграции и могут быть решены значительно эффективнее в сотрудничестве с органами здравоохранения стран эмиграции. Например, врачи и работники служб социальной помощи, работающие в странах иммиграции, могут посещать с целью обмена информацией страны эмиграции и, наоборот, работники служб социальной помощи стран эмиграции могут работать в странах иммиграции по договору с правительствами этих стран. Определенную помощь могут также оказать рабочие, длительно проживающие в стране иммиграции и знакомые с существующими в ней условиями жизни.

6.3.2 Лица, въезжающие в страну иммиграции и имеющие право на работу, а также лица, прибывающие в качестве туристов или нелегально и впоследствии добывающиеся права на работу, должны пройти медицинское обследование, ответственность за которое всецело лежит на органах здравоохранения стран иммиграции. Поскольку в данном случае возникают проблемы, подобные описанным выше, весьма желательно определить темы консультаций (а еще лучше исследований) с органами здравоохранения стран эмиграции по таким вопросам, как критерии пригодности, специфика медицинских осмотров, судьба лиц с рентгенологически установленной патологией органов грудной клетки, санитарно-гигиеническое просвещение прибывших иммигрантов, форма выдаваемых им документов и т.п.

Иммигранты, прибывшие нелегальным путем, и иммигранты, не имеющие работы, относятся к категории лиц, наиболее подверженных риску заражения туберкулезом. Желательно предоставить таким лицам возможность как можно скорее упорядочить свое положение и получить работу, однако следует избегать слишком благосклонного отношения к нелегальным иммигрантам, при котором легальные иммигранты могут почувствовать себя ущемленными в своих правах. Врачи в странах иммиграции и эмиграции должны требовать от соответствующих правительственных органов принятия таких мер по организации перемещения рабочей силы, при которых всегда бы учитывалась проблема охраны здоровья иммигрантов.

6.3.3 Поскольку осуществление указанных мер подразумевает поддержку и сотрудничество самих рабочих-иммигрантов и членов их семей, их следует проинформировать об этом и убедить в целесообразности этих мер. Отсюда вытекает необходимость (когда речь идет о туберкулезе) приспособить

санитарно-гигиеническое просвещение к образовательному уровню и требованиям иммигрантов; такая просветительная работа должна быть частью программы принимающих стран по обучению иммигрантов грамоте и языку или мероприятий социально-культурного характера, организуемых для иммигрантов. К этому следует присовокупить и медицинские обследования при работе с вредными условиями труда.

Если выполнение указанных задач возлагается на органы здравоохранения стран иммиграции, то проблему приспособления программ этих стран по борьбе с туберкулезом к потребностям иммигрантов следует изучать совместно с органами, ответственными за выполнение соответствующих программ в странах эмиграции.

6.3.4 Между различными службами профессиональной медицины стран иммиграции и соответствующими учреждениями в странах эмиграции должно быть установлено прямое, тесное и постоянное сотрудничество, с тем чтобы держать в курсе дела врачей, ответственных за проведение первоначального медицинского обследования, об изменениях в состоянии здоровья их подопечных. Такая информация, отражающая, как уже указывалось, состояние здоровья рабочих-иммигрантов, имеет двойное значение. Она позволяет:

- а) определить заболеваемость туберкулезом рабочих-иммигрантов в принимающих их странах и сообщить эти сведения органам стран эмиграции;
- б) это сделает работу врачей, направляемых в страны эмиграции, более интересной для них, поскольку им будут известны результаты их деятельности.

Определенные трудности может вызвать временное возвращение в страну эмиграции лиц, находящихся на лечении; имеется в виду возможность отказа от дальнейшего лечения или трудности, связанные с приобретением в данной стране лекарственных средств, прописанных врачами в стране иммиграции. В этих случаях сотрудничество между врачами или диспансерами и учреждениями на самом высоком официальном уровне может способствовать решению указанных проблем.

Следует систематически согласовывать методы диагностики и лечения, применяемые в странах эмиграции и иммиграции.

В настоящее время случаи возвращения на родину больных туберкулезом лиц единичны, и каждый такой случай рассматривается в отдельности.

#### 6.4 Практические пути сотрудничества

Необходимо оптимально использовать существующие системы консультаций и, таким образом, расширять возможности контактов между заинтересованными органами на всех уровнях; в то же время следует уделять внимание частному

сектору в рамках медико-социальных и социально-культурных мероприятий и избегать трудоемких административных мер.

6.4.1 На высшем правительственном уровне вопрос о предупреждении туберкулеза следует рассматривать как в техническом, так и в социально-экономическом аспектах на регулярных совещаниях. Четко определенные, гибкие и гуманные организационные меры, осуществляемые в отношении рабочих-мигрантов, соответствующий их прием и хорошие условия жизни способствуют предупреждению туберкулеза. В этом плане именно врачам независимо от того, в какой стране они работают, а не представителям соответствующих политических органов, принадлежит решающая роль.

6.4.2 На уровне Генеральных директоратов здравоохранения различные страны могут провести совместное глубокое изучение технических проблем уставного характера, к которым относятся критерии пригодности, содержание медицинского обследования на наличие туберкулеза после прибытия в страну или при выезде из нее (в особенности это относится к постановке туберкулиновой пробы и проведению вакцинации ВПЖ, часто сопряженных с трудностями практического характера), введение амбулаторных (медицинских) карт, создание в странах иммиграции диспансеров для вновь прибывших, в которых работают переводчики и работники служб социальной помощи, т.д.

6.4.3 Контакты между лицами, ответственными на национальном уровне за осуществление мер по борьбе с туберкулезом (а также между представителями соответствующих добровольных организаций), будут способствовать более эффективному приспособлению программ борьбы с туберкулезом в странах иммиграции к потребностям иммигрантов.

Национальные добровольные организации в странах эмиграции и в особенности в странах иммиграции могут выполнять три функции:

- а) помощь в адаптации и акклиматизации;
- б) санитарное просвещение;
- в) психосоциальная помощь.

6.4.4 На менее централизованных уровнях (представительства стран иммиграции в странах эмиграции, секторы медико-социального и социально-культурного характера в странах иммиграции) сотрудничество выходит за рамки медицинской деятельности и осуществляется силами работников служб социальной помощи, представителей системы санитарного просвещения и руководителей добровольных организаций.

На этом уровне было бы разумным поощрять обмен "работниками служб социальной помощи" в наиболее широком смысле слова путем:

- а) контактов между работниками служб социальной помощи стран иммиграции, знакомыми с проблемами миграции, и их коллегами в странах эмиграции, осуществляемых посредством посещений последних;

б) посещения стран иммиграции работниками служб социальной помощи стран эмиграции (консультанты, представители организаций, т.д.) или заключения договора с руководящими органами последних о работе указанных лиц в странах иммиграции.

6.4.5 Сотрудничеству между странами эмиграции и иммиграции в деле предупреждения туберкулеза среди рабочих-мигрантов (там, где принимаемые меры недостаточны) может способствовать создание агентств, ответственных за организацию и развитие такого сотрудничества.

В задачи ведомств по делам эмиграции рабочих (в странах эмиграции) и ведомств по делам иммиграции иностранных рабочих (в странах иммиграции) должна входить организация сотрудничества путем создания объединенной медицинской или медико-административной комиссии.

#### 6.5 Обсуждение

На совещании было отмечено, что Рабочая группа не может взять на себя формулировку теоретических положений о необходимых мерах, поскольку ввоз рабочей силы является экономической проблемой стран иммиграции, которые сами должны определить критерии, относящиеся к медицинским аспектам данной проблемы. Также подчеркивалось, что подход к процессу выявления заболеваний и лечения должен исключить дискриминацию иностранных рабочих и их семей.

Участники совещания пришли к соглашению, что введение предложенных амбулаторных карт неправомерно ввиду возможного их использования в целях немедицинского характера.

Подчеркивалась необходимость санитарного просвещения рабочих-мигрантов и оказания им помощи с тем, чтобы облегчить их адаптацию к новым социальным условиям и ознакомить их с деятельностью служб здравоохранения в странах иммиграции; наиболее эффективным путем для выполнения этих задач является сотрудничество между странами эмиграции и иммиграции.

ПРОГРАММА

Вторник, 22 апреля 1975 г.

Регистрация участников совещания

Открытие совещания

Медико-санитарные аспекты миграции рабочей силы в Европе

Страны эмиграции — д-р Н.Х. Фицек

Страны иммиграции — профессор М. Джентилини

Эпидемиологические данные по туберкулезу среди рабочих-мигрантов

Федеративная Республика Германии — профессор Г. Нейманн

Нидерланды — д-р Я. Мейер

Юридические аспекты: медицинское обследование рабочих-иммигрантов в Швейцарии

Д-р Сюзси Роос

Среда, 23 апреля

Меры по выявлению туберкулеза среди лиц, подавших заявление о въезде

Аджир — профессор Д. Ларбаум

Испания — д-р К. Сурита Гонсалес-Видаальте

Италия — профессор Дж. Дадди

Португалия — д-р Ф. дас Невес-Альмейда

Турция — д-р Т. Атламац

Югославия — д-р Б. Зрилич

Меры, принимаемые для предупреждения, диагностики и лечения туберкулеза среди рабочих-мигрантов и членов их семей

Бельгия — профессор М. Милля

Великобритания — д-р В.Г. Спрингетт

Дания — К.Х. Клаусен

Федеративная Республика Германии — профессор Г. Нейманн

Швейцария — д-р Е. Арнольд

Швеция — профессор Г. Дальстрём

Четверг, 24 апреля

Сотрудничество между органами здравоохранения стран эмиграции и им-  
миграции в деле предупреждения туберкулеза среди рабочих-мигрантов  
Д-р А. Кудро и профессор Д. Ларбауи

Общая дискуссия

Выводы и рекомендации

Закрытие совещания

## СПИСОК РАБОЧИХ И ОСНОВНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Рабочие документы

- Медико-санитарные аспекты миграции рабочей силы в Европе с точки зрения стран иммиграции —  
Профессор М. Джентилини ICP/MBD 002/6
- Медико-санитарные аспекты миграции рабочей силы в Европе с точки зрения стран эмиграции —  
Профессор Н.Х. Фипек ICP/MBD 002/7
- Эпидемиологические данные по туберкулезу среди рабочих-мигрантов
- Нидерланды — д-р Я. Мейер ICP/MBD 002/8b
- США и Австралия — д-р К.-Л.Е. Хитце ICP/MBD 002/8c
- Федеративная Республика Германии —  
Профессор Г. Нейманн ICP/MBD 002/8a Corr.1
- Меры по выявлению туберкулеза среди лиц, подавших заявления о выезде
- Италия — профессор Дж. Дадди ICP/MBD 002/9a
- Испания — д-р К. Сурита Гонсалес-Видалте ICP/MBD 002/9c
- Португалия — д-р Ф. дас Невес-Альмейда ICP/MBD 002/10
- Турция — д-р Т. Атламац ICP/MBD 002/9d
- Югославия — д-р Б. Зрилич ICP/MBD 002/9e
- Меры, принимаемые для предупреждения, диагностики и лечения туберкулеза среди рабочих-мигрантов и членов их семей
- Бельгия — профессор М. Милле ICP/MBD 002/11a
- Великобритания — д-р В.Г. Спрингетт ICP/MBD 002/11e
- Дания — д-р К.Х. Клаусен ICP/MBD 002/11b
- ФРГ — профессор Г. Нейманн ICP/MBD 002/11c
- Швейцария — д-р Е. Арнольд ICP/MBD 002/11d
- Швеция — профессор Г. Дальстрём ICP/MBD 002/11f
- Сотрудничество между органами здравоохранения стран эмиграции и иммиграции в деле предупреждения туберкулеза среди рабочих-мигрантов —  
д-р А. Кудро и профессор Д. Ларбауи ICP/MBD 002/12
- Медицинское обследование рабочих-мигрантов в Швейцарии: юридические аспекты — д-р Сюзи Роос ICP/MBD 002/13

Основные документы

International Union against Tuberculosis (1965) Scientific meeting II: Tuberculosis in immigrants and foreign workers, Annual session 1964  
Bull. int. Un. Tuberc., 36, No. 1

Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро (1974)  
Проблемы здравоохранения, связанные с миграцией рабочей силы; Отчет о совещании Рабочей группы, Алжир, 6-9 ноября 1973 г., Копенгаген

Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро (1974)  
Предупреждение распространения инфекционных болезней между странами; Отчет о конференции, Измир, 3-7 июня 1974 г., Копенгаген

Arhirii, M. (1974) Tuberculosis in Europe. In: World Health Organization Regional Office for Europe, Public Health in Europe, No. 3, Copenhagen, p. 72

УЧАСТНИКИ СОВЕЩАНИЯ

ВРЕМЕННЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

- Д-р Ф. дас Невес-Альмейда  
Координатор-инспектор по клинической работе, Институт национальной помощи больным туберкулезом, Лиссабон, Португалия
- Д-р Е. Арнольд (председатель)  
Президент Швейцарской ассоциации по борьбе с туберкулезом и респираторными заболеваниями, Женева, Швейцария
- Д-р Г. Бюрги  
Кантональный врач, Берн, Швейцария
- Д-р К.Х. Клаусен  
Руководитель клиники болезней органов грудной клетки, больница округа Роскильде, Дания
- Д-р А. Кудро  
Председатель Национального комитета по борьбе с туберкулезом и респираторными заболеваниями, Париж, Франция
- Профессор Дж. Дадди  
Директор, Институт физиологии, Рим, Италия
- Профессор Г. Дальстрём  
Отделение болезней легких, Университетская клиника, Упсала, Швеция
- Профессор Н.Х. Фипек  
Директор, Институт коммунальной медицины, Медицинская школа Хасеттепского университета, Анкара, Турция
- Профессор М. Джентилини  
Центральная паразитологическая лаборатория, больничная группа Питие-Сальпетриер, Париж, Франция
- Г-н А. Гелев  
Главное управление страхования от болезней и несчастных случаев, федеральное бюро социального страхования, Берн, Швейцария
- Д-р В. Хэги  
Главный врач санатория в Валенштадтберге, Валенштадтберг, Швейцария

Профессор Д. Ларбауи

Алжирский институт медицинских наук, г. Алжир, Алжирская Народная  
Демократическая Республика

Д-р Я. Мейер

Исполнительный директор Королевской Нидерландской противотуберкулезной  
ассоциации, Гаага, Нидерланды

Профессор М.Ж. Милле

Брюссельский медицинский факультет, Школа общественного  
здравоохранения, Брюссель, Бельгия

Профессор Г. Нейманн

Руководитель Бюро общественного здравоохранения, Штутгарт,  
Федеративная Республика Германии

Д-р Сюзи Роос

Заместитель главного врача, федеративная служба общественной гигиены,  
Берн, Швейцария

Д-р В.Г. Спрингетт (заместитель председателя)

Врач-консультант по болезням органов грудной клетки, Бирмингемская  
клиника болезней органов грудной клетки, Бирмингем, Великобритания

Д-р Т. Вакер

Главный врач пограничного контрольного медицинского пункта  
Женевского кантона, Женева, Швейцария

Д-р В. Зрилич

Заместитель директора Института туберкулеза и болезней органов  
грудной клетки, Сремска-Каменица, Югославия

Д-р К. Сурита Гонсалес-Видалте

Руководитель программы создания центра диагностики и лечебной  
ориентации при легочных заболеваниях, Мадрид, Испания

#### ПРЕДСТАВИТЕЛИ ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

##### Международная организация труда

Д-р Д. Джорджевич

Отделение безопасности труда и охраны здоровья, Женева, Швейцария

Приложение III

Международный детский центр

Д-р М. Пешеви

Помощник директора по вопросам обучения и подготовки, Париж, Франция

Межправительственный комитет по вопросам миграции в Европе

Д-р К. Шу

Старший специалист, Женева, Швейцария

Международный союз борьбы с туберкулезом

Д-р Анник Руйон

Исполняющая обязанности Генерального директора, Париж, Франция

КОНСУЛЬТАНТ ВОЗ

Д-р Т. Атламац (составитель отчета)

Помощник директора, Международный противотуберкулезный учебно-демонстрационный центр в Стамбуле им. Тевфика Саглама, Таксим - Стамбул, Турция

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Европейское региональное бюро

Д-р М. Архири (секретарь)

Региональный специалист по хроническим болезням легких

Штаб-квартира

Д-р К.-Л.Е. Хитце

Руководитель сектора туберкулеза, отдел инфекционных болезней

Д-р Р. Нейманн

Специалист сектора туберкулеза, отдел инфекционных болезней