СВОДНЫЙ ДОКЛАД №74 СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ

Фактические данные о существующих национальных мерах политики и руководствах по предоставлению беженцам и мигрантам эффективных услуг в связи с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами в государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ

Joshua Nazareth | Rebecca F Baggaley | Pip Divall | Daniel Pan | Christopher A Martin | Mikhail Volik | Laura Nellums | Manish Pareek

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Сеть фактических данных по вопросам здоровья

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) – это информационная служба, предназначенная для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, основанная в 2003 г. и координируемая Европейским региональным бюро ВОЗ в рамках Европейской инициативы в области информации здравоохранения (сетевого объединения с участием многих партнеров, которое координирует деятельность, связанную с информацией здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ).

СФДЗ оказывает содействие лицам, принимающим решения в области здравоохранения, в использовании наилучших имеющихся фактических данных с обеспечением связи между фактическими данными, стратегиями здравоохранения и мерами укрепления здоровья населения. В серии сводных докладов СФДЗ в сжатом виде предоставляются имеющиеся сведения о конкретном вопросе политики, пробелы в фактических данных и спорные области. На основании обобщения фактических данных СФДЗ предлагает варианты политики, а не рекомендации, для дальнейшего рассмотрения лицами, вырабатывающими политику, и формулировки ими своих собственных рекомендаций и стратегий в условиях своей страны.

Программа «Миграция и здоровье»

Программа «Миграция и здоровье» – это первая полноценная программа по миграции и здоровью в рамках ВОЗ. Ее основной целью является поддержка государств-членов в укреплении потенциала сектора здравоохранения для обеспечения научно обоснованных мер реагирования на проблемы общественного здоровья, связанные с миграцией и перемещением населения. Программа реализуется Отделом страновой поддержки, готовности и реагирования при чрезвычайных ситуациях Европейского регионального бюро ВОЗ. Она оказывает помощь в реализации мер политики, поддерживает совместно разработанные межстрановые подходы и содействует реализации согласованных мероприятий в области здравоохранения на миграционных маршрутах с целью укрепления здоровья беженцев и мигрантов и охраны здоровья населения в целом.

Объединенная программа по борьбе с инфекционными заболеваниями

Объединенная программа по борьбе с инфекционными заболеваниями нацелена на улучшение профилактики и лечения туберкулеза, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и других инфекционных заболеваний в Европейском регионе ВОЗ путем обеспечения равноправного доступа к безопасным и адекватным услугам здравоохранения, соответствующего эпидемиологического надзора, включая обеспечение работы лабораторных служб и сетей, а также наращивания технического потенциала для устранения барьеров и стимулирования внедрения эффективных инструментов. Эта программа помогает государствам-членам разрабатывать и осуществлять мероприятия на основании фактических данных, а также проводить операционные исследования, регулярную оценку бремени болезней и мониторинг прогресса на пути к окончательной элиминации инфекционных заболеваний.

Сводный доклад №74 Сети фактических данных по вопросам здоровья

Фактические данные о существующих национальных мерах политики и руководствах по предоставлению беженцам и мигрантам эффективных услуг в связи с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами в государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ

Joshua Nazareth | Rebecca F Baggaley | Pip Divall | Daniel Pan | Christopher A Martin | Mikhail Volik | Laura Nellums | Manish Pareek

HEN Health Evidence Network
EVIDENCE FOR DECISION-MAKERS

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Аннотация

Европейское региональное бюро ВОЗ разработало несколько планов действий по предоставлению эффективных услуг для беженцев и мигрантов в связи с туберкулезом (ТБ), вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ. В данном докладе рассматриваются имеющиеся фактические данные о существующих национальных мерах политики и рекомендациях по предоставлению эффективных услуг беженцам и мигрантам в государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ.

Обзор выявил крайнюю неоднородность в наличии соответствующих национальных руководств и рекомендаций, а также в уровне реализации положений этих документов в странах Региона. В 53 государствах-членах в Регионе было выявлено лишь 15 первичных документов по вопросам политики/руководств, касающихся мигрантов и проблем вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции или ТБ. Для успешного продвижения в государствах-членах мер политики, в поддержку которых выступают ВОЗ и Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, необходимо обеспечить понимание существующих на макроуровне барьеров на пути к реализации этих мер. Кроме того, при разработке национальных программ необходимо учитывать барьеры на микро- (индивидуальном) и мезо- (сообщества) уровнях, затрудняющие использование таких услуг мигрантами и применение предписанных подходов практикующими врачами.

Ключевые слова

TUBERCULOSIS, HEPATITIS, HIV, EUROPE, POLICY, REFUGEE, MIGRANTS

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Отдел прессы:
Европейское региональное бюро ВОЗ
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Кроме того, запросы на документацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайновом режиме на сайте Регионального бюро: (http://www.euro.who.int/pubrequest).

ISSN 2789-9225
ISBN 97-892-890-5794-3

© Всемирная организация здравоохранения, 2022 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке – Nazareth J, Baggaley RF, Divall P, Pan D, Martin CA, Volik M et al. What is the evidence on existing national policies and guidelines for delivering effective tuberculosis, HIV and viral hepatitis services for refugees and migrants among Member States of the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 74)».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Образец библиографической ссылки: Nazareth J, Baggaley RF, Divall P, Pan D, Martin CA, Volik M и др. Фактические данные о существующих национальных мерах политики и руководствах по предоставлению беженцам и мигрантам эффективных услуг в связи с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами в государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 г. (Сводный доклад №74 Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)).

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: http://apps.who.int/iris.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. http://apps.who.int/bookorders. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. http://www.who.int/about/licensing/.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Ответственность за мнения, выраженные в настоящей публикации, несут только указанные авторы.

Напечатано в Люксембурге.

СОДЕРЖАНИЕ

- **Аббревиатуры и сокращения** iv
- **Выражение признательности** v
- **Резюме** xi
- **1. Введение** 1
  - 1.1 Справочная информация 1
  - 1.2 Методология 6
- **2. Результаты** 7
  - 2.1 Туберкулез 7
  - 2.2 ВИЧ-инфекция 32
  - 2.3 Гепатит B и C 44
  - 2.4 Доступность медицинской помощи для мигрантов 51
- **3. Обсуждение** 60
  - 3.1 Сильные стороны и ограничения настоящего обзора 60
  - 3.2 Национальные меры политики / руководства по предоставлению беженцам и мигрантам услуг в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами 61
  - 3.3 Повышение качества услуг в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами для беженцев и мигрантов 62
  - 3.4 Будущие исследования 65
  - 3.5 Предлагаемые к рассмотрению меры политики 66
- **4. Выводы** 68
- **Библиография** 69
- **Приложение 1. Стратегия поиска** 89
- **Приложение 2. Глоссарий** 103
- **Приложение 3. Дополнительные справочные материалы** 105

АББРЕВИАТУРЫ И СОКРАЩЕНИЯ

АРТ	антиретровирусная терапия
БЦЖ	бацилла Кальметта – Герена
ВГВ	вирус гепатита В
ВГС	вирус гепатита С
ДКП	доконтактная профилактика (ВИЧ-инфекции)
ЕС	Европейский союз
ЕЭЗ	Европейская экономическая зона
ИСЗ	информационные системы здравоохранения
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
ЛТБИ	латентная туберкулезная инфекция
МЛУ-ТБ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя
РГК	рентгенография органов грудной клетки
СФДЗ	Сеть фактических данных по вопросам здоровья ВОЗ
ТБ	туберкулез
ТКП	туберкулиновая кожная проба
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
ECDC	Европейский центр профилактики и контроля заболеваний
HBsAg	поверхностный антиген гепатита В
IGRA	анализ высвобождения гамма-интерферона

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Авторы выражают признательность Jane Gibbons, Ruth Jarvis, Sarah Jones, Tanya McLaven, Caroline Ojari и Mafalda Romano (сотрудникам библиотечной и информационной служб Университетских больниц Лестера) за помощь в поиске статей, а также благодарят членов сетей ВОЗ по ТБ, ВИЧ-инфекции, гепатитам и миграции за указание на то, какие релевантные статьи стоит включить в данный документ, и за рецензирование доклада.

Подготовка настоящего доклада и проведение связанных с этим мероприятий стали возможны благодаря финансовой поддержке правительств Германии, Италии, Российской Федерации и Соединенных Штатов Америки в контексте деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ. Высказанные в докладе мнения ни в коей мере не могут рассматриваться как отражение официального мнения этих государств-членов.

Авторы

Joshua Nazareth[1]
Научный сотрудник, специализирующийся на вопросах клинических исследований, кафедра респираторной медицины Лестерского университета; кафедра инфекционных заболеваний и ВИЧ-инфекции, трастовый фонд Национальной службы здравоохранения «Университетские больницы Лестера» (Лестер, Соединенное Королевство)

Rebecca F Baggaley[1]
Научный сотрудник, Фонд институциональной стратегической поддержки Wellcome Trust; кафедра респираторной медицины Лестерского университета (Лестер, Соединенное Королевство)

Pip Divall
Менеджер клинических библиотечных услуг, клиническая библиотечная служба Университетских больниц Лестера, трастовый фонд Национальной службы здравоохранения «Университетские больницы Лестера» (Лестер, Соединенное Королевство)

1. Эти авторы внесли равный вклад в проведенную работу.

Daniel Pan
Научно-клинический ординатор Национального института медицинских исследований по специальности «Инфекционные заболевания», кафедра респираторной медицины Лестерского университета; специалист по инфекционным заболеваниям и лечебному делу, кафедра инфекционных заболеваний и ВИЧ-инфекции, трастовый фонд Национальной службы здравоохранения «Университетские больницы Лестера» (Лестер, Соединенное Королевство)

Christopher A Martin
Научно-клинический ординатор Национального института медицинских исследований по специальности «Инфекционные заболевания», кафедра респираторной медицины Лестерского университета; кафедра инфекционных заболеваний и ВИЧ-инфекции, трастовый фонд Национальной службы здравоохранения «Университетские больницы Лестера» (Лестер, Соединенное Королевство)

Mikhail Volik
Независимый консультант, Объединенная программа по борьбе с инфекционными заболеваниями, Отдел страновых программ здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ

Laura B Nellums[2]
Адъюнкт-профессор по специальности «Глобальное здравоохранение», кафедра медицины, факультет медицины и наук о здоровье, Ноттингемский университет (Ноттингем, Соединенное Королевство)

Manish Pareek[2]
Клинический адъюнкт-профессор по специальности «Инфекционные заболевания», кафедра респираторной медицины, Лестерский университет; почетный консультант по инфекционным заболеваниям, отделение инфекционных заболеваний и ВИЧ-инфекции, Лестерский королевский госпиталь (Лестер, Соединенное Королевство)

Эксперты-рецензенты

Sally Hargreaves
Адъюнкт-профессор по специальности «Глобальное здравоохранение», руководитель исследовательской группы «Здоровье мигрантов», Институт

2. Объединенная группа ведущих авторов.

инфекций и иммунитета, Больница святого Георгия, Лондонский университет (Лондон, Соединенное Королевство)

Даниил Кашницкий
Координатор по связям с научным сообществом, Региональная экспертная группа по вопросам миграции и здоровья в странах Восточной Европы и Центральной Азии (Москва, Российская Федерация)

Члены сетей ВОЗ по ТБ, ВИЧ-инфекции, гепатитам и миграции, оказавшие техническую поддержку при подготовке обзора

Антон Басенко
Руководитель программы, Альянс общественного здоровья (Киев, Украина)

Cristina Celan
Центр политики и исследований в здравоохранении (Центр PAS) (Кишинев, Республика Молдова)

Дарья Чаадаева
Департамент международного сотрудничества и связей с общественностью, Министерство здравоохранения Российской Федерации (Москва, Российская Федерация)

Daniel Chemtob
Руководитель национальных программ по борьбе с ТБ и ВИЧ-инфекцией, Департамент по борьбе с туберкулезом и СПИДом, Министерство здравоохранения Израиля (Иерусалим, Израиль)

Gianfranco Costanzo
Директор по вопросам здравоохранения, Национальный институт проблем здоровья, миграции и бедности (INMP), Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам потенциала и знаний в области миграции и здоровья (Рим, Италия)

Yuval Dadon
Директор национальной программы по элиминации ВГС, офис заместителя генерального директора, Министерство здравоохранения (Иерусалим, Израиль)

Gerard de Vries
Специалист в области общественного здравоохранения/эпидемиолог, национальный координатор мероприятий по борьбе с туберкулезом,

Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM) (Бильтховен, Нидерланды)

Julia del Amo
Национальный орган планирования борьбы со СПИДом, Министерство здравоохранения Испании (Мадрид, Испания)

Svetlana Doltu
Член Совета по предупреждению и ликвидации дискриминации и обеспечению равенства, член Совета по предупреждению пыток (Национальный превентивный механизм) (Кишинев, Республика Молдова)

Mona Drage
Управляющий директор, Международный фонд борьбы с туберкулезом (LHL) (Осло, Норвегия)

Eleanora Gvozdeva (Hvazdziova)
Советник программы, Группа региональной поддержки ЮНЭЙДС для Восточной Европы и Центральной Азии (Москва, Российская Федерация)

Evika Karamagioli
Научный сотрудник программы магистратуры по вопросам глобального здравоохранения, медицины катастроф, медицинский факультет Афинского национального университета им. Каподистрии (Афины, Греция)

Даниил Кашницкий
Координатор по связям с научным сообществом, Региональная экспертная группа по вопросам миграции и здоровья в странах Восточной Европы и Центральной Азии, (Москва, Российская Федерация)

Дмитрий Климук
Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии (Минск, Беларусь)

Justyna D. Kowalska
Профессор медицины, Варшавский медицинский университет (Варшава, Польша)

Alex Schneider
Основатель объединения Life4me + по борьбе со СПИДом, гепатитом С и туберкулезом (Ленцбург, Швейцария)

Leuconoe Grazia Sisti
Специалист в области кадровых ресурсов здравоохранения, отдел здравоохранения, Национальный институт проблем здоровья, миграции и бедности (INMP), Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам потенциала и знаний в области миграции и здоровья (Рим, Италия)

Сергей Стерликов
Заместитель руководителя по программному мониторингу, Центральный научно-исследовательский институт организации здравоохранения и информатизации, Министерство здравоохранения Российской Федерации (Москва, Российская Федерация)

Barbara Suligoi
Директор Оперативного центра по СПИДу, Национальный институт здравоохранения (Рим, Италия)

Maria Elena Tosti
Национальный центр глобального здравоохранения, Национальный институт здравоохранения (Рим, Италия)

Fatima Wurie
Национальный руководитель по вопросам здоровья мигрантов, специалист по вопросам социального обеспечения; лечебно-оздоровительное направление: отдел по проблемам потребления алкоголя, наркотиков, табака и правосудия; научный специалист в области общественного здравоохранения (инклюзивное здравоохранение/перевод и обеспечение доступности руководств); консультации, рекомендации и экспертные знания в области общественного здравоохранения (PHAGE) по вопросам COVID-19; Служба общественного здравоохранения Англии

Dominik Zenner
Старший клинический преподаватель эпидемиологии инфекционных заболеваний, Лондонский университет Королевы Марии (Лондон, Соединенное Королевство)

Редакционная коллегия Европейского регионального бюро ВОЗ

Отдел страновых программ здравоохранения

Nino Berdzuli, директор

Askar Yedilbayev, руководитель группы по туберкулезу и лекарственно-устойчивому туберкулезу

Nicole Seguy, руководитель группы по ВИЧ-инфекции, гепатитам и инфекциям, передающимся половым путем

Elena Vovc, технический специалист по ВИЧ-инфекции

Antons Mozalevskis, медицинский специалист по вирусным гепатитам и ВИЧ-инфекции

Andrei Dadu, медицинский специалист по туберкулезу

Отдел страновой поддержки, готовности и реагирования при чрезвычайных ситуациях

Gundo Aurel Weiler, директор

Kristina Mauer-Stender, руководитель группы по поддержке реализации мероприятий на уровне стран

Jozef Bartovic, технический специалист по миграции и здоровью

Elisabeth Waagensen, технический специалист по миграции и здоровью

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Natasha Azzopardi Muscat, директор, Отдел страновых стратегий и систем здравоохранения
Marge Reinap, главный редактор
Tyrone Reden Sy, редактор серии
Krista Kruja, ответственный редактор
Ashley Craig, технический редактор

Секретариат СФДЗ входит в состав Отдела страновых стратегий и систем здравоохранения (ранее – Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций) Европейского регионального бюро ВОЗ. Сводные доклады СФДЗ являются заказными работами, проходящими коллегиальный обзор на международном уровне. Ответственность за их содержание несут авторы. Эти доклады не обязательно отражают официальную политику Регионального бюро.

РЕЗЮМЕ

Суть проблемы

Во многих странах Европейского региона ВОЗ мигранты по сравнению с местным населением значительно больше страдают от инфекционных заболеваний, в том числе от туберкулеза (ТБ), ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. Участники Саммита ООН по вопросам беженцев и мигрантов в 2016 г. подчеркнули необходимость разработки стратегий для обеспечения потребностей мигрантов в области здравоохранения и прав человека. Европейское региональное бюро ВОЗ разработало несколько планов действий по решению проблем здоровья мигрантов, ТБ, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, а также пакет основных услуг по оказанию помощи в связи с ВИЧ для мигрантов в Центральной Азии. Несмотря на призывы к действиям, сохраняется неравенство в доступности и качестве медицинских услуг, предоставляемых беженцам и мигрантам в Регионе. Врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, также не имеют четкого представления о подходе к лечению инфекционных заболеваний у мигрантов, что приводит к неоднородности ситуаций, складывающихся в данной сфере в разных государствах-членах. Это сказывается на результатах в отношении здоровья и в итоге влияет на возможность достижения региональных целевых ориентиров по элиминации упомянутых заболеваний. Цель авторов данного доклада – выявить и рассмотреть национальные меры политики, стратегии и руководства по борьбе с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами, разработанные и внедренные в государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ, для того, чтобы лучше понять, как соответствующие службы государств-членов добиваются прогресса в реализации планов действий по профилактике и контролю ТБ, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов среди беженцев и мигрантов. В докладе описано, в какой степени государства-члены придерживаются рекомендаций ВОЗ о принятии конкретных мер, а также представлен обзор оставшихся пробелов, которые необходимо устранить.

Обобщающий вопрос

В настоящем докладе обобщены имеющиеся фактические данные для ответа на вопрос: «Какими фактическими данными о существующих национальных мерах политики и руководствах по предоставлению беженцам и мигрантам эффективных услуг в связи с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами в государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ мы располагаем?».

Виды фактических данных

Данные были получены путем систематического обзора научной и в том числе не индексированной в медицинских базах данных литературы на английском и русском языках, с веб-сайтов министерств здравоохранения и в результате консультаций с сетями ВОЗ по туберкулезу, ВИЧ-инфекции, гепатитам и миграции. В общей сложности в обзор было включено 205 публикаций.

Результаты

В большинстве случаев найденные публикации представляли собой обзоры и эмпирические исследования политических анализов, обзоры национальных мер политики и руководств. Относительно небольшое количество найденных первичных документов с изложением мер политики/рекомендаций было посвящено мигрантам и ТБ, ВИЧ-инфекции или вирусным гепатитам (т. е. инфекциям, вызванным вирусом гепатита В (ВГВ) и вирусом гепатита С (ВГС)). Обзор выявил крайнюю неоднородность в выполнении рекомендаций среди государств-членов в Европейском регионе ВОЗ. Официальные национальные меры политики и руководства по этой тематике в государствах-членах не были многочисленными и часто не соответствовали рекомендациям ВОЗ. Продвижение политики ВОЗ и Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC) в государствах-членах требует понимания барьеров на макро-, мезо- и микроуровне, которые препятствуют доступу мигрантов к услугам здравоохранения. Обзор также выявил пробелы в исследованиях и отсутствие консенсуса в отношении экономической эффективности мероприятий, направленных на борьбу со всеми четырьмя целевыми инфекционными заболеваниями среди мигрантов.

Предлагаемые к рассмотрению меры политики

Согласно результатам настоящего обзора, к основным мерам политики, позволяющим повысить качество услуг в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами для беженцев и мигрантов среди государств-членов в Европейском регионе ВОЗ, относятся:

- повышение доступности для беженцев и мигрантов информации в сети Интернет о национальных мерах политики и руководствах по диагностике, лечению, профилактике инфекционных заболеваний и оказанию медицинской помощи, в том числе представление фактических данных, использованных при их разработке;

- поддержка ВОЗ в установлении диалога с государствами-членами, чья политика не соответствует рекомендациям ВОЗ и ECDC по поводу предоставления беженцам и мигрантам услуг в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами; такой диалог необходим, чтобы выяснить причины выбора текущих мер политики и определить препятствия для их изменения;
- активизация национальных усилий по информированию населения и борьбе с дезинформацией о мигрантах, решению проблем стигматизации и дискриминации, поощрению и совершенствованию инклюзивных подходов, в том числе путем повышения грамотности в вопросах здоровья и использования рекомендаций экспертов в отношении моделей поведения;
- разработка и реализация инициатив по повышению осведомленности беженцев и мигрантов о соответствующих мерах политики и руководствах, способствующих соблюдению прав пациентов;
- укрепление систем здравоохранения посредством:
  - проведения тренингов по повышению осведомленности о здоровье мигрантов для медицинских работников с целью повышения их приверженности национальной политике и руководящим принципам;
  - разработки инициатив по повышению качества услуг, предоставляемых беженцам и мигрантам, путем устранения барьеров для доступа и привлечения содействующих сторон;
- укрепление системы регулярного сбора данных о здоровье для повышения качества мониторинга данных о здоровье мигрантов и оптимизации стратегий целевого скрининга путем:
  - интеграции данных о здоровье мигрантов в национальные информационные системы здравоохранения (ИСЗ);
  - дезагрегирования данных о здоровье по подгруппам мигрантов с использованием рекомендованных ВОЗ основных переменных (страна рождения, страна гражданства, месяц и год прибытия и страна рождения обоих родителей), а также второго набора рекомендованных переменных, позволяющих дезагрегировать данные по подгруппам мигрантов (например, причины миграции, знание официального языка (языков) принимающей страны, опыт проживания за рубежом[3] и правовой статус);

3. То есть в стране, отличной от страны пребывания или страны происхождения.

  - введения динамической отчетности по оценкам распространенности инфекционных заболеваний в различных группах мигрантов;
- проведение комплексной оценки препятствий на пути к сохранению и улучшению здоровья (включая культурные и языковые барьеры, физические барьеры, юридические барьеры и ограничения в правах, боязнь регистрации из-за риска быть депортированным, оплату услуг из собственных средств, дискриминацию и стигматизацию, недостаточную подготовку поставщиков медицинских и социальных услуг) с привлечением групп беженцев и мигрантов.



1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 Справочная информация

1.1.1 Эпидемиология инфекционных заболеваний среди мигрантов в Европейском регионе ВОЗ

Распространенность туберкулеза (активного и латентного), ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов (в частности, инфекций ВГВ и ВГС) среди беженцев и мигрантов может быть выше, нежели среди населения в целом **(1, 2)**. Причины этого сложны и многофакторны. К факторам риска, связанным со странами происхождения, транзита и назначения, могут быть отнесены высокая распространенность инфекции, недостаточная обеспеченность систем здравоохранения ресурсами, низкий охват иммунизацией, отсутствие доступной медицинской помощи и плохие условия жизни **(3–5)**. Невыявленные и нелеченные инфекции ТБ, ВИЧ, ВГВ и ВГС приводят к ухудшению результатов в отношении здоровья: исследование смертности среди мигрантов в пяти странах Западной Европы показало, что в большинстве групп мигрантов наблюдается более высокий уровень смертности вследствие инфекционных заболеваний и убийств, причем наиболее значимыми инфекционными заболеваниями являются ТБ и ВИЧ/СПИД **(6)**.

До появления SARS-CoV-2 туберкулез во всем мире был основной причиной смерти, обусловленной одним инфекционным возбудителем **(7)**. Скрининг на активный ТБ может проводиться с помощью рентгенографии органов грудной клетки (РГК) и проверки наличия симптомов. Для выявления латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ) используется туберкулиновая кожная проба (ТКП), а также более новый метод – исследование образцов крови с помощью анализа высвобождения гамма-интерферона (IGRA). Хотя уровень заболеваемости ТБ в Европейском регионе ВОЗ снижается, значительная часть случаев заболевания выявляется среди мигрантов (в этом докладе под мигрантами понимают уроженцев других стран), при этом показатели заболеваемости в разных государствах-членах значительно варьируются **(8–11)**. Лица иностранного происхождения с выявленным туберкулезом составляют 8,7% от всех зарегистрированных случаев туберкулеза в Регионе, в странах Европейского союза (ЕС)/Европейской экономической зоны (ЕЭЗ) – 34,5% всех случаев и только 2,2% в странах и

территориях, не входящих в ЕС/ЕЭЗ. В ряде государств-членов большинство людей с ТБ имеют иностранное происхождение: Мальта (95,9%), Люксембург (90,0%), Кипр (89,9%), Норвегия (88,5%), Израиль (86,6%), Исландия (84,6%), Нидерланды (74,7%), Великобритания (70,4%) и Швейцария (68,2%). В Болгарии, напротив, на их долю приходится 0% случаев, а в Румынии – лишь 0,4%. Страны, в которых показатель регистрации ТБ превышает 10 случаев на 100 000 населения (за исключением Мальты), зафиксировали, что иностранное происхождение имели менее 25% заболевших **(8)**. Доля случаев заболевания среди лиц иностранного происхождения по сравнению с местными жителями значительно варьируется в зависимости от страны, что подчеркивает необходимость применения различных подходов к скринингу и профилактике ТБ. Однако вмешательства, ориентированные на мигрантов, требуются не только в странах с более высокой долей случаев заболевания среди людей иностранного происхождения: к примеру, Турция и Российская Федерация, где доля таких случаев невелика, также сообщают о значительном числе случаев ТБ среди уроженцев других стран **(8)**.

ЛТБИ — это бессимптомная, незаразная форма ТБ. При неспособности иммунной системы контролировать репликацию возбудителя существует вероятность развития активной формы ТБ, при которой появляются симптомы и становится возможной передача инфекции. Хотя риск реактивации у мигрантов с нелеченой ЛТБИ неясен, большинство случаев заболевания возникает в течение двух лет после прибытия в страну назначения. В крупном исследовании, проведенном в Соединенном Королевстве среди нелеченых мигрантов с положительным результатом ТКП, показатель развития ТБ оценивался в 16,3% в течение 15 лет после прибытия в страну **(12, 13)**. В странах с низким уровнем заболеваемости большинство случаев ТБ вызвано реактивацией давней ЛТБИ, а не недавним контактом с больным легочной формой ТБ **(14)**. Поэтому усилия по борьбе с ТБ в этих странах направлены на скрининг и лечение ЛТБИ для сокращения бремени активного заболевания.

ТБ с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ) определяется как ТБ с устойчивостью к изониазиду и рифампицину – двум основным препаратам, используемым для лечения ТБ. В связи с этим лечение МЛУ-ТБ осложнено. В Европе МЛУ-ТБ чаще всего встречается у мигрантов **(15)**. Среди мигрантов также выше доля случаев сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ по сравнению с коренным населением, они могут сталкиваться с бóльшим числом препятствий для соблюдения требований и завершения лечения **(16, 17)**.



В отличие от некоторых других регионов ВОЗ, новые случаи ВИЧ-инфекции и сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ по-прежнему вызывают серьезную обеспокоенность в Европейском регионе ВОЗ **(18)**. В 2019 г. на долю мигрантов приходилось 44% новых случаев ВИЧ-инфекции в ЕС/ЕЭЗ **(19)**. Хотя некоторые мигранты могут заразиться ВИЧ-инфекцией в стране происхождения, данные свидетельствуют о том, что более половины новых диагнозов ВИЧ-инфекции среди мигрантов подтверждается после их прибытия в принимающие страны Региона **(20–23)**. В частности, распространенность ВИЧ-инфекции среди мигрантов из стран Африки, расположенных к югу от Сахары, в целом отражает картину распространенности ВИЧ-инфекции в их родных странах: инфицирование ВИЧ при гетеросексуальных контактах происходит более часто, женщины подвержены заболеванию в большей степени, нежели мужчины, наблюдается рост доли случаев инфицирования среди мужчин, практикующих секс с мужчинами **(24–26)**.

Хронический вирусный гепатит (возникающий в результате заражения ВГВ или ВГС) остается угрозой для общественного здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Скрининг на ВГВ, ВГС и ВИЧ-инфекцию проводится посредством выявления серологических маркеров в сыворотке или плазме крови человека. Большинство случаев хронической инфекции ВГВ в странах Северной и Западной Европы выявляется у мигрантов, которые в основном являются выходцами из регионов с высокой (распространенность поверхностного антигена гепатита B (HBsAg) более 8%) и средней (распространенность HBsAg 2–8%) эндемичностью **(27)**. Фактические данные также свидетельствуют о том, что распространенность хронической инфекции ВГВ может быть выше среди беженцев и просителей убежища по сравнению с мигрантами в целом (9,6% против 5,1%) **(28)**. Значительная часть случаев хронической инфекции ВГС протекает бессимптомно и не диагностируется, что затрудняет оценку истинного бремени заболевания в популяции мигрантов. Примерно 80% мигрантов из стран, расположенных за пределами ЕС/ЕЭЗ, являются выходцами из эндемичных по ВГС регионов; в этой подгруппе распространенность хронической инфекции ВГС, вероятно, аналогична распространенности в стране их происхождения **(29)**. В ЕС/ЕЭЗ на мигрантов из стран, эндемичных по ВГС, приходится гораздо большая по сравнению с другими подгруппами доля случаев ВГС (14%), а в ряде стран ЕС/ЕЭЗ с низкой распространенностью ВГС они составляют до половины людей, живущих с хроническим ВГС **(30)**.

Подходы к скринингу на эти инфекционные заболевания, используемые в странах в Европейском регионе ВОЗ, значительно различаются; отсутствует консенсус по поводу того, какие подходы к целевым мероприятиям для мигрантов являются наиболее эффективными и рентабельными, или того, какие из них дают наилучшие результаты по охвату и лечению **(9 ,31, 32)**. Из-за отсутствия консенсуса политики скрининга на инфекционные заболевания среди мигрантов в Регионе имеют неоднородный характер.

1.1.2 Миграция в Европейском регионе ВОЗ

Миграция повсеместно набирает обороты, и за последние годы ее масштаб значительно увеличился и в Европейском регионе ВОЗ **(33, 34)**. В 2020 г. мигранты составляли почти 13% от общего населения региона **(35)**. Движущими факторами миграции в Европейский регион ВОЗ и внутри него являются влияние глобализации, конфликты, изменение климата, исторические связи, наличие/отсутствие ресурсов и работы для местного населения **(36)**. В этой связи популяция мигрантов в Регионе крайне неоднородна и включает экономических и вынужденных мигрантов, в том числе беженцев, просителей убежища, а также нерегулярных мигрантов. Соответственно, вопрос того, как следует определять эти группы, вызывает разногласия даже внутри отдельных государств-членов Региона **(37)**. В настоящем докладе используются определения основных типов мигрантов, взятые из Глоссария Международной организации по миграции 2019 г. (см. приложение 2) **(38)**. Если не указано иное, термин «мигранты» относится ко всем группам мигрантов, включая просителей убежища и беженцев. Многие региональные базы данных и отчеты сравнивают население, идентифицируемое как «родившиеся за рубежом или не в ЕС», с местным населением или ссылаются на мигрантов или иммигрантов; поэтому в данном докладе при описании баз данных используются те же термины.

Неудивительно, что потребности мигрантов в медицинском обслуживании и их поведение, связанное с поиском медицинских услуг, значительно варьируются в зависимости от конкретной группы и их сложно обобщить. Примечательно, что в большинстве случаев люди мигрируют из районов с более высокой распространенностью ТБ, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов в регионы с низкой распространенностью или же происходит циркулярная миграция внутри стран с высокой эндемичностью. Данное обстоятельство заставляет более внимательно относиться к последствиям для служб здравоохранения и инфраструктуры общественного здравоохранения



в странах первого въезда, транзита и назначения в Регионе. Для смягчения таких последствий были разработаны стратегии и планы действий по обеспечению доступного и качественного медицинского обслуживания мигрантов, отвечающего их потребностям в области здравоохранения и прав человека.

1.1.3 Планы действий для Европейского региона ВОЗ

Саммит ООН по вопросам беженцев и мигрантов 2016 г. подчеркнул необходимость разработки стратегий для удовлетворения потребностей мигрантов в сфере здравоохранения и прав человека **(39)**. Европейское региональное бюро ВОЗ разработало планы действий по охране здоровья мигрантов **(40)**, борьбе с ТБ **(41)**, ВИЧ-инфекцией **(42)** и вирусными гепатитами **(43)** в Регионе, а также пакет основных услуг в связи с ВИЧ для мигрантов из Центральной Азии **(44, 45)**. Будучи убежденными в том, что на ситуацию с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами влияет целый ряд социальных детерминант здоровья, представители Регионального бюро опубликовали документ с изложением общей позиции на основе стратегических документов, планов действий и операционных стратегий межсекторальных партнеров – эта публикация позволила определить общие принципы и ключевые области деятельности в секторе здравоохранения и за его пределами для решения проблем ТБ, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов в Европе и Центральной Азии **(46)**.

1.1.4 Задачи настоящего доклада

Целью данного систематического обзора было изучение доказательной базы для ответа на вопрос: «Какими фактическими данными о существующих национальных мерах политики и руководствах по предоставлению беженцам и мигрантам эффективных услуг в связи с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами в государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ мы располагаем?» В обзоре проанализированы национальные меры политики, стратегии и руководства, разработанные и внедренные для решения проблем здоровья мигрантов, ТБ, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, а также рассмотрены области деятельности, в которых национальная политика согласуется с рекомендованными ВОЗ действиями, и пробелы, которые еще предстоит устранить. Попытки конкретных стран преодолеть общие барьеры и обеспечить соответствие рекомендациям ВОЗ представлены в виде примеров из практики.

Вторичными целями были (i) описание того, как экономическая эффективность или распределение национального финансирования учитывается в национальном законодательстве, мерах политики и руководствах по внедрению услуг в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией или вирусными гепатитами для беженцев и мигрантов, и (ii) оценка данных о содействующих факторах и барьерах (на макро-, мезо- и микроуровнях) для доступа мигрантов к этим услугам здравоохранения.

1.2 Методология

Полная информация о методологии приведена в приложении 1.

Поиск соответствующих статей, опубликованных с момента создания баз данных в рецензируемых и серых источниках, был проведен на английском языке 30 ноября 2020 г. и на русском языке 23 марта 2021 г. Кроме того, членам групп сетей ВОЗ по ТБ, ВИЧ-инфекции, гепатитам и миграции (перечислены в приложении 3) было предложено рекомендовать другие актуальные статьи по этой тематике.

В целом, в результате поиска в базах данных было найдено 1310 соответствующих статей на английском или русском языках, еще 53 статьи были получены после консультаций с членами сетей ВОЗ по туберкулезу, ВИЧ-инфекции, гепатитам и миграции, а 30 – в результате поиска на сайтах министерств здравоохранения государств-членов в Европейском регионе ВОЗ. Всего было найдено 1390 статей после исключения дубликатов; из них 470 были отобраны для полнотекстового обзора, еще 64 были получены от соавторов/специалистов и путем поиска по принципу «снежного кома». В общей сложности критериям включения соответствовали 259 статей, в том числе 104 источника, которые непосредственно не цитируются в обзоре (перечислены в приложении 4), и 155 цитируемых источников **(8, 13, 30, 32, 39, 42–44, 47–193)**. После полного обзора и извлечения данных был проведен рамочный анализ **(194)** для обзора областей, (i) в которых меры политики государств-членов соответствуют рекомендациям ВОЗ по охране здоровья мигрантов за счет действий, направленных на борьбу с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами, и (ii) которые требуют дальнейшего внимания.



2. РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 260 статей, включенных в систематический обзор, большинство были обзорами международной политики, проведенными либо для Европейского региона ВОЗ, либо для ЕС/ЕЭЗ. Помимо них, в рамках обзора были изучены документы о мерах политики и руководящих принципах, эмпирические исследования, представляющие результаты анализа мер политики, и обзоры отчетов страновых экспертов, посвященные национальным мерам политики и рекомендациям (в основном они касались Бельгии, Дании, Германии, Израиля, Испании, Италии, Кипра, Нидерландов, Норвегии, Соединенного Королевства, Турции, Франции, Швейцарии и Швеции). В 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ было найдено лишь 15 первичных документов с изложением мер политики/руководящих принципов, касающихся мигрантов и ТБ, ВИЧ-инфекции или вирусных гепатитов: семь по ТБ **(47–53)**, три по ВИЧ-инфекции **(54–56)**, три по вирусным гепатитам **(57–59)** и два по сочетанным инфекциям ТБ и ВИЧ **(60, 61)**.

2.1 Туберкулез

2.1.1 Рекомендации ВОЗ и ECDC

Международные организации, в том числе ВОЗ и ECDC, опубликовали ряд планов действий и стратегий по борьбе с ТБ в Европейском регионе ВОЗ **(62–65)**. Глобальная стратегия ВОЗ по ликвидации ТБ **(195)** к 2035 г. преследует следующие основные цели – прекратить эпидемию ТБ путем сокращения смертности на 95% и заболеваемости на 90% (до <10 случаев ТБ на 100 000 населения) по сравнению с 2015 г., а также создать условия, в которых ни одна из семей, где есть больные туберкулезом, не несла бы катастрофических расходов в связи с этим заболеванием **(62)**. Европейское региональное бюро ВОЗ также выпустило Дорожную карту по реализации Плана действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. **(63)**, в которой используется та же структура, что и в Стратегии по ликвидации туберкулеза, и уделяется особое внимание наиболее уязвимым и маргинализированным группам населения, в т. ч. мигрантам. Рекомендации по ведению случаев ТБ среди мигрантов были разделены по трем базовым компонентам стратегии по ликвидации ТБ: медицинская помощь и профилактика с учетом интересов мигрантов, смелая межсекторальная политика и системы с

защитой интересов мигрантов, а также операционные исследования. Кроме того, совместно с Международной организацией по миграции ВОЗ разработала рамочную основу для принятия мер, предлагаемых в рамках реализации Стратегии по ликвидации туберкулеза специально для регионов с низким уровнем заболеваемости ТБ, к которым относятся многие страны Западной Европы **(64)**. Одна из восьми ключевых мер вмешательства в отчете направлена на удовлетворение особых потребностей мигрантов и решение трансграничных проблем (таблица 1). Кроме того, ECDC также подготовил рекомендации по борьбе с ТБ среди уязвимых групп населения, включая мигрантов (обобщенные данные приведены в таблице 2) **(65)**.

Таблица 1. Основные меры вмешательства, рекомендованные в рамочной основе ВОЗ по борьбе с туберкулезом в странах с низкой заболеваемостью

Основная мера	Описание
Обеспечение доступности услуг здравоохранения для всех мигрантов	Наиболее важное действие, которое невозможно без ориентации услуг на потребности людей и учета их культурных особенностей, в том числе посредством работы по преодолению языкового и прочих барьеров.
Детальный эпиднадзор	Включение в системы эпиднадзора дезагрегированных данных о группах мигрантов для выявления тех, кто подвержен наибольшему риску.
Расширение прав и возможностей сообществ мигрантов	Лечение туберкулеза у мигрантов должно быть интегрировано в систему комплексной медицинской помощи; кроме того, следует обеспечивать охват мигрантов услугами в таких учреждениях, как центры для беженцев и просителей убежища.
Систематический скрининг на активный туберкулез	Эти мероприятия следует проводить до миграции, в момент прибытия или после прибытия в страну.



Таблица 1 (продолжение)

Основная мера	Описание
Обеспечение постоянного доступа к медицинскому обслуживанию и индивидуальному наблюдению	Скрининг на активный туберкулез не исключает возможности развития заболевания в будущем. Следовательно, необходимо обеспечить последующее наблюдение и постоянный доступ к медицинской помощи.
Соблюдение установленных этических принципов при проведении скрининга на инфекционные заболевания	Скрининг на туберкулез следует проводить с соблюдением принципов прав человека и обеспечением защиты от стигматизации, дискриминации и депортации.
Систематический скрининг на ЛТБИ	Данный вид скрининга должен быть сосредоточен на группах высокого риска контакта и прогрессирования инфекции до развития активной формы ТБ.
Трансграничные системы направления пациентов с отслеживанием контактов и обменом информацией	Мигранты, перемещающиеся во время лечения, должны иметь возможность его продолжать; таким образом, риск для общественного здоровья сводится к минимуму. Мигранты с туберкулезом также должны иметь право пройти полное лечение в той стране, где был поставлен диагноз; это идет вразрез с законодательством, принятым в соответствии с Дублинской конвенцией, которая вступила в силу в 1997 г. **(66)**: в ней говорится, что государства-члены ЕС могут принять решение о переводе просителей убежища в страну, где было подано первоначальное прошение, даже если они проходят лечение от туберкулеза **(67)**.

Источник: Lönnroth et al., 2015 **(64)**.

Таблица 2. Рекомендации ECDC по борьбе с туберкулезом среди уязвимых групп населения, включая мигрантов

Рекомендация	Описание
Организуйте выездные группы и мобильные подразделения	Эффективный и действенный способ выявления и лечения больных туберкулезом среди уязвимых групп.
Создавайте стимулы	Стимулы могут побудить людей пройти обследование и продолжить лечение после постановки диагноза ТБ; они могут быть денежными или материальными, например: билеты на общественный транспорт, талоны на питание, предоплаченные телефонные карты, одежда и временное жилье.
Привлекайте к участию ключевых партнеров	Это может помочь в установлении контактов с инфицированными людьми, которые не хотят проходить тестирование. Ключевые партнеры также поддерживают людей, проходящих курс терапии, их участие имеет решающее значение для выявления и поиска контактов каждого пациента с туберкулезом.
Применяйте лечение под непосредственным наблюдением (DOT)	Данный подход помогает пациентам надлежащим образом принимать лекарства; возможно и применение более гибких вариантов, таких как организация DOT вне медицинских учреждений или с привлечением людей, не принадлежащих к медицинской сфере, или обеспечение видеосопровождения лечения (VOT).
Используйте напоминания	Использование напоминаний (телефонные звонки, текстовые сообщения) может улучшить посещаемость пунктов оказания медицинской помощи пациентами с целью посещения врача и обеспечить регулярный прием лекарств.
Интегрируйте услуги	Тесное сотрудничество между противотуберкулезными службами и существующими службами помощи уязвимым группам населения может повысить показатели ранней диагностики и обращения за лечением.



Таблица 2 (продолжение)

Рекомендация	Описание
Повышайте осведомленность и уровень грамотности населения в вопросах здоровья	Это помогает бороться со стигматизацией и заблуждениями.

DOT: лечение под непосредственным наблюдением; VOT: видеосопровождение лечения.

Источник: ECDC, 2016 **(65)**.

ВОЗ подготовила несколько руководств и наборов рекомендаций, основанных на фактических данных, чтобы способствовать реализации мероприятий и достижению целей Стратегии по ликвидации ТБ **(41, 68, 69)**. В их число входит руководство по скринингу на ТБ и лечению как активной формы заболевания, так и ЛТБИ. В отношении активного ТБ ВОЗ рекомендует (на основании фактических данных очень низкого качества вследствие малого объема имеющихся данных) систематический скрининг в группах населения с очень высоким уровнем заболеваемости ТБ или крайне неудовлетворительным доступом к медицинскому обслуживанию, таких как беженцы и мигранты, проживающие в местах с высокой распространенностью ТБ или прибывающие из таких мест **(68)**. Рекомендация не дает абсолютного числового определения ситуации с высокой распространенностью, вместо этого указывая на то, что пороговое значение должно устанавливаться исходя из местной ситуации и может меняться со временем по мере изменения бремени и распространения ТБ. Руководство ВОЗ по лечению ЛТБИ в странах с высоким уровнем доходов или странах с доходами выше среднего уровня и низким бременем ТБ (годовая заболеваемость <100 случаев на 100 000 населения) условно рекомендует проведение систематического тестирования и лечения ЛТБИ у мигрантов в зависимости от эпидемиологической ситуации по ТБ и наличия ресурсов **(69)**. Для проведения тестирования на ЛТБИ рекомендуется использовать тест IGRA или ТКП (условная рекомендация, основанная на фактических данных низкого или очень низкого качества).

Наконец, мигранты защищены международным правом от абсолютных ограничений на въезд, пребывание и проживание только на основании

их статуса по ТБ (70). В связи с этим ВОЗ опубликовала дополнительное руководство для обеспечения того, что реализация Стратегии по ликвидации ТБ будет подкреплена обоснованными нормами этики (41). Хотя в руководстве ВОЗ по лечению ЛТБИ говорится о том, что мигранты из стран с высоким бременем ТБ признаны группой риска, которую следует рассматривать как целевую для систематического скрининга (69), в руководстве по этике (71) говорится следующее:

> угроза заражения латентным туберкулезом является не объективно существующим, а потенциальным будущим риском, тогда как отказ во въезде и работе для мигрантов в настоящий момент создает реальные трудности для мигрантов и их семей;

и:

> результат тестирования во время миграционного процесса никогда не должен использоваться для обоснования отказа в выдаче разрешения на въезд, проживание или работу. Напротив, положительный результат тестирования может быть использован для консультирования мигрантов и предложения им добровольного профилактического лечения.

Скрининг и тестирование мигрантов могут быть оправданы только с целью предоставления надлежащей медицинской помощи и никогда не должны использоваться с целью дискриминации.

2.1.2 Приведение национальной политики в соответствие с рекомендациями ВОЗ

Несмотря на то, что обе формы ТБ вызываются одним и тем же возбудителем (*Mycobacterium tuberculosis*), скрининг и лечение активного ТБ и ЛТБИ в популяциях мигрантов сопряжены с двумя разными комплексами проблем. Практика скрининга на эти две формы ТБ в странах Европы весьма различается (72). Проект E-DETECT TB[4] направлен на разработку стандартизированного протокола для скрининга мигрантов на ТБ и ЛТБИ в ЕС/ЕЭЗ (73). Сокращение различий в протоколах скрининга будет способствовать проведению скрининговых мероприятий и установлению связи с системой оказания (дальнейшей) медицинской помощи, а также

4. Исследовательский консорциум по раннему выявлению и комплексному лечению туберкулеза в Европе (196).



позволит большему числу стран привести свои протоколы в соответствие с международными рекомендациями (обсуждается в разделе 3.1).

Помимо различий внутри Европейского региона ВОЗ, существенная неоднородность методов скрининга наблюдалась и внутри стран. Даже при наличии национальной политики в отношении скрининга на активный ТБ и ЛТБИ среди мигрантов она может не соблюдаться, если ответственность за ее реализацию лежит на местных органах здравоохранения **(73)**. Например, в Соединенном Королевстве из-за ограниченных возможностей по оказанию услуг скрининга для всех мигрантов из стран, где заболеваемость ТБ составляет >40 случаев на 100 000 населения, местные поставщики противотуберкулезной помощи могут использовать более высокий порог для сокращения числа мигрантов, подлежащих скринингу **(74)**. Более значительные расхождения в практике скрининга внутри страны обусловлены неполнотой национальных мер политики. Например, в Германии отсутствует национальная политика скрининга детей и беременных женщин, поэтому решения о скрининге на уровне федеральных земель регулируются различными нормативными документами **(75)**.

2.1.2.1 Меры политики в отношении активного ТБ

Опрос руководителей национальных программ по борьбе с ТБ из стран ЕС/ЕЭЗ, проведенный в 2018 г. с целью изучения практик скрининга среди мигрантов в ЕС/ЕЭЗ, показал, что скрининг на активный ТБ проводится для просителей убежища в 77% стран, а для беженцев – в 71% стран **(76)**. Скрининг на активный ТБ среди законных мигрантов после въезда в страну проводился чаще (в 42% стран), чем скрининг в пункте въезда (в 32% стран) **(76)**. Поиск также позволил найти нормативные документы ряда стран (Германия (50,77), Израиль **(78)**, Нидерланды **(51,52)**, Норвегия **(79)** и Соединенное Королевство **(48, 49)**), в которых содержится более подробная информация о скрининге на активный ТБ и его лечении у мигрантов (таблица 3). В Соединенном Королевстве скрининг на активный ТБ ранее проводился в аэропортах, однако в 2012 г. этот метод был заменен на скрининг перед въездом в страну для заявителей, которые обращаются за визой для въезда в Соединенное Королевство на срок более 6 месяцев и проживают в стране с заболеваемостью более 40 случаев на 100 000 населения. Заявления на получение визы рассматриваются после получения заявителем справки об отсутствии у него туберкулеза легких **(48)**, однако использование аргумента об улучшении общественного здоровья в качестве основания для такого

Таблица 3. Национальная политика скрининга и доступность / предоставление лечения активного туберкулеза у мигрантов

Страна	Стратегия скрининга	Группы населения, проходящие скрининг	Возрастной диапазон (в годах)	Пороговое значение заболеваемости ТБ в стране происхождения по оценке ВОЗ[a]	Метод скрининга	Обязательный скрининг	Постоянное предоставление ПТТ
Франция (81)	После прибытия, в медицинских центрах	Долгосрочные мигранты (> 3 месяцев)	Все	Факт прибытия из любых стран, не входящих в ЕС	РГК	Да	–[b]
Германия (75)	После прибытия	Все мигранты, совместно проживающие в жилых помещениях.	> 16	НД	РГК	Да	–[b]
Ирландия (82)	После прибытия	Все мигранты	< 16 > 16 16–35	> 40 > 40 > 500	ТКП РГК РГК + ТКП	Да	–[b]
Италия (83)	После прибытия, вторичный приемный пункт / медпункт.	Просители убежища	Все	НД	Опрос РКГ для пациентов с положительным результатом ТКП или теста IGRA	Да	Да

Таблица 3 (продолжение)

Страна	Стратегия скрининга	Группы населения, проходящие скрининг	Возрастной диапазон (в годах)	Пороговое значение заболеваемости ТБ в стране происхождения по оценке ВОЗ[a]	Метод скрининга	Обязательный скрининг	Постоянное предоставление ПТТ
Нидерланды (83)	После прибытия, основные центры приема	Просители убежища	Все	> 50	РГК	Да	Да
	После прибытия, служба общественного здравоохранения	Другие мигранты	< 18	> 50	РГК для пациентов с положительным результатом ТКП или теста IGRA и отсутствием симптомов	Да	Да
			> 18	> 50	РГК		
Российская Федерация (47)	После прибытия, медицинские центры, центры первичной и вторичной медико-санитарной помощи	Трудовые мигранты, мигранты, получающие помощь в системах первичной или вторичной медико-санитарной помощи	Все	НД	РГК (беременные: микроскопия мокроты)	НД	–[b]

Таблица 3 (продолжение)

Страна	Стратегия скрининга	Группы населения, проходящие скрининг	Возрастной диапазон (в годах)	Пороговое значение заболеваемости ТБ в стране происхождения по оценке ВОЗ[a]	Метод скрининга	Обязательный скрининг	Постоянное предоставление ПТТ
Швеция **(83)**	После прибытия, центры первичной медико-санитарной помощи	Просители убежища	Все	> 100	РГК для пациентов с симптомами или положительным результатом ТКП или теста IGRA	Да	–[b]
Соединенное Королевство **(83)**	Порт прибытия перед въездом, приемный пункт	Долгосрочные мигранты (> 6 месяцев)	< 11 11–15 16–35 > 35	> 40 > 40 > 40 > 40	Опрос РГК РГК РГК	Нет Нет Да Да	Да

ПТТ: противотуберкулезная терапия; НД: нет данных

[a] Число случаев на 100 000 населения.

[b] Не упоминается в имеющихся документах.

Источник: адаптировано из публикаций Bozorgmehr et al., 2017 **(75)**; ECDC, 2018 **(82)**; Garner-Purkis et al., 2019 **(84)**; Kehr et al., 2012 **(81)**; Kunst et al., 2017 **(83)**.



подхода не вполне обосновано, учитывая сообщаемые показатели выявления активного туберкулеза **(70)**. Тем не менее это может быть приемлемой формой скрининга в условиях, когда ограничения на въезд и проживание не могут быть связаны с получением положительного результата. При этом в Рамочной основе действий ВОЗ в направлении элиминации туберкулеза в странах с низким уровнем заболеваемости говорится о том, что для обеспечения эффективности скрининга перед въездом в страну могут потребоваться инвестиции в диагностические и лечебные учреждения в странах выезда, а также надежный механизм взаимодействия с системой эпиднадзора в стране назначения **(64)**. Такой подход также позволяет гарантировать, что национальные программы по борьбе с ТБ в странах, где проводится скрининг, также будут получать выгоду **(80)**.

2.1.2.2 Меры политики в отношении ЛТБИ

Во многих странах скрининг на ЛТБИ не является столь же обычной практикой, как скрининг на активную форму заболевания, несмотря на наличие информации о том, что в странах с низким уровнем заболеваемости большинство случаев активного ТБ у мигрантов является результатом реактивации ЛТБИ **(82)**. Проведенный в 2018 г. опрос руководителей национальных программ по борьбе с ТБ из стран ЕС/ЕЭЗ, направленный на изучение практики скрининга мигрантов, показал, что 32% стран проводят скрининг на активный ТБ среди мигрантов в пункте въезда, и лишь 20% стран проводят аналогичный скрининг на ЛТБИ **(76)**. Схожая картина была выявлена и в отношении тестирования после въезда в страну: скрининг на активное заболевание проводится в 42% стран, а скрининг на ЛТБИ – в 17%. В таблице 4 обобщена информация о мерах политики в отношении скрининга, выявленных в ходе обзора. В ней отмечена неоднородность ситуации в странах Европейского региона ВОЗ в отношении выбора групп мигрантов, проходящих скрининг, используемого метода скрининга и времени его проведения.

В 2018 г. был проведен электронный опрос всех членов Европейской группы исследований Сети по борьбе с туберкулезом с целью выявления различных стратегий скрининга на ЛТБИ в Европейском регионе ВОЗ **(85)**. Опрос показал, что 12 из 22 стран, представители которых приняли участие в опросе, имели национальные стратегии скрининга на ЛТБИ. Кроме того, выяснилось, что, хотя диагноз ЛТБИ не приводит к изменению иммиграционного статуса человека, мигранты зачастую не получают лечения с применением самых современных режимов терапии.

Таблица 4. Национальная политика скрининга на ЛТБИ среди мигрантов

Страна	Стратегия скрининга	Группы населения, проходящие скрининг	Возрастной диапазон (в годах)	Пороговое значение заболеваемости ТБ в стране происхождения по оценке ВОЗ[a]	Метод скрининга	Обязательный скрининг	Предоставление лечения ЛТБИ
Германия (50)	После прибытия	Просители убежища	< 15	НД	ТКП или тест IGRA	–	–
Ирландия (82)	После прибытия	Все мигранты	< 16 > 16	> 40 > 500	ТКП	Нет	Да
Италия (83)	После прибытия, вторичный приемный пункт / медицинский центр	Долгосрочные мигранты (> 3 месяцев)	< 5 > 5	> 100 > 100	ТКП или тест IGRA	Нет	Да, иногда
Нидерланды (83)	После прибытия, основные центры приема	Все мигранты	< 18 > 18	> 50	ТКП/IGRA или тест IGRA Не проводится	Нет	Да
Норвегия (79)	Приемные центры Первичное звено системы медико-санитарной помощи	Просители убежища	< 35	> 40	–[b]	Да, но без санкций за неявку	Да –только лицам младше 16 лет и пациентам с фиброзными поражениями

Таблица 4 (продолжение)

Страна	Стратегия скрининга	Группы населения, проходящие скрининг	Возрастной диапазон (в годах)	Пороговое значение заболеваемости ТБ в стране происхождения по оценке ВОЗ[a]	Метод скрининга	Обязательный скрининг	Предоставление лечения ЛТБИ
Швеция (83)	После прибытия, центр первичной медико-санитарной помощи	Просители убежища	Все	> 100	ТКП или тест IGRA	Нет	–
Соединенное Королевство (83)	Порт прибытия перед въездом, приемный пункт	Долгосрочные мигранты (> 6 месяцев)	< 11 11–15 16–35 > 35	> 40 > 40 > 150 НД	ТКП или тест IGRA ТКП или тест IGRA Тест IGRA Не проводится	Нет	Да –при определенных условиях

НД: нет данных.

[a] Число случаев на 100 000 населения.

[b] Не упоминается в доступных документах.

Источники: адаптировано из публикаций ECDC, 2018 (82); Garner-Purkis et al., 2019 (84); Kunst et al., 2017 (83).

Равно как и в случае со скринингом на активную форму ТБ, несмотря на наличие четких стратегий скрининга на ЛТБИ на национальном уровне, степень их реализации значительно варьируется. В Соединенном Королевстве исследование, направленное на оценку работы местных поставщиков противотуберкулезной помощи, показало, что действующие рекомендации не соблюдались: только половина поставщиков пыталась проводить скрининг на ЛТБИ среди мигрантов, а рекомендованный метод скрининга использовался не всегда **(86, 87)**. Хотя программа тестирования на ЛТБИ в Соединенном Королевстве была разработана совместно со службами первичной медико-санитарной помощи, было признано, что для обеспечения ориентированной на пользователя модели предоставления услуг наиболее уязвимым членам общества, включая мигрантов, требуется участие государственных учреждений, членов местных сообществ и общественных организаций **(80)**.

2.1.3 Инструменты и стратегии, согласующиеся с рекомендациями ВОЗ по ТБ

Консилиум по ТБ Европейского респираторного общества и ВОЗ **(197)** является проверенной площадкой для трансграничного сотрудничества по вопросам лечения ТБ, в том числе у мигрантов **(88)**. Эта многоязычная веб-система с открытым доступом предоставляет национальным консилиумам и отдельным врачам бесплатную помощь и консультации по ведению сложных случаев ТБ, в том числе у пациентов с лекарственной устойчивостью и/или сочетанной инфекцией ВИЧ-ТБ и сложных педиатрических случаев. Консилиум также решает проблемы трансграничного наблюдения за пациентами, переезжающими из одной европейской страны в другую.

Ниже кратко представлены стратегии, используемые отдельными странами в соответствии с рекомендациями ВОЗ по борьбе с ТБ. (Более подробное описание противотуберкулезных услуг для беженцев и мигрантов в Российской Федерации см. в примере 1.)

В Италии принят синдромный подход для быстрого выявления и лечения активного ТБ в основных пунктах въезда **(83)**. Однако практика в разных регионах весьма неоднородна, а отсутствие стандартизированного инструмента сбора данных не позволяет проводить систематический анализ скрининга и лечения ТБ у мигрантов внутри страны и после выезда из нее.



В Норвегии все мигранты по прибытии проходят скрининг на активный ТБ путем клинического осмотра и проведения рентгенографии органов грудной клетки (79). Просители убежища с подтвержденным или предполагаемым активным ТБ централизованно направляются в Осло для дальнейшего диагностического обследования и лечения. Скрининг на ЛТБИ проводится для людей в возрасте <35 лет, прибывающих из стран с высокой распространенностью туберкулеза (определяемой как >40 случаев на 100 000 населения), которые планируют остаться в стране не менее чем на два года. Полное противотуберкулезное лечение гарантировано всем мигрантам, пока они находятся в Норвегии, а в случае их переезда местные органы здравоохранения связываются с аналогичными органами в других странах.

В Соединенном Королевстве Служба общественного здравоохранения Англии и Национальная служба здравоохранения совместно разработали пятилетний план действий (на 2015–2020 гг.) по борьбе с ТБ в группах риска (89). Скрининг мигрантов на активный ТБ перед въездом в страну осуществляется путем проведения клинического обследования и рентгенографии органов грудной клетки (в рамках предшествующих эмиграции процедур в стране происхождения или транзита) и требуется для всех лиц, обращающихся за визой Соединенного Королевства на срок более шести месяцев. Скрининг на ЛТБИ рекомендуется всем мигрантам, прибывшим в Соединенное Королевство в течение последних пяти лет из районов, где уровень заболеваемости ТБ превышает 150 случаев на 100 000 населения. Органы здравоохранения Соединенного Королевства связываются с другими национальными координационными центрами по ТБ для установления связи с лечащими врачами и обеспечения непрерывного оказания медицинской помощи. Текущее исследование применения смешанных методов в Лестере (одном из самых этнически разнообразных городов Соединенного Королевства) включает анализ прерванных временных рядов до и после введения регулярного комбинированного скрининга мигрантов на ЛТБИ, ВИЧ-инфекцию и гепатиты B и C при первой регистрации в учреждении первичной медико-санитарной помощи (90). Цель исследования – оценить приемлемость, эффективность и рентабельность комбинированного подхода к скринингу. Предварительные результаты показывают, что данный подход был положительно воспринят как мигрантами, так и медицинскими работниками.

Пример из практики 1. Реализация политики по борьбе с туберкулезом среди групп риска, Российская Федерация

В Российской Федерации Московский центр борьбы с туберкулезом провел совместную работу с поликлиниками Центра гигиены и эпидемиологии в городе Москве и Многофункциональным медицинским центром трудовой миграции для обеспечения реализации политики борьбы с туберкулезом у представителей групп риска. В рамках этой деятельности был проведен анализ и корректировка подходов к планированию, отчетности и обмену данными по систематическому скринингу на активный туберкулез среди мигрантов (91). Были приняты следующие меры: активизация отслеживания контактов с больными туберкулезом среди мигрантов, введение мониторинга лиц с подозрением на туберкулез, которые обращались в медицинские учреждения, выделение дополнительных помещений для проведения работы с пациентами, а также обеспечение нормативной/методологической поддержки и дополнительных кадровых ресурсов. Как следствие, в 2015 и 2016 гг. еще 362 700 иностранных граждан прошли систематический скрининг, из них 465 был поставлен диагноз туберкулеза. Благодаря вышеописанным действиям:

- число случаев регистрации туберкулеза вследствие активного выявления случаев среди мигрантов увеличилось на 28% за три года:
- число мигрантов, прошедших скрининг на туберкулез в рамках мероприятий по отслеживанию контактов, увеличилось более чем вдвое – до 4779 в 2016 г.;
- доля мигрантов, пролеченных от туберкулеза с проведением плановой госпитализации, увеличилась с 70,5% (в 2014 г.) до 81,9% (в 2016 г.), а количество смертей от туберкулеза в этой группе населения сократилось с 37 (в 2014 г.) до 15 (в 2016 г.).

Несмотря на эти успехи, по-прежнему необходимо продолжать работу по улучшению здоровья мигрантов, особенно в отношении туберкулеза (92). По закону и в связи с получением разрешения на работу и проживание все иностранные граждане должны проходить обследование на туберкулез и другие инфекционные заболевания за свой счет, а диагноз туберкулеза может привести к депортации в течение 15 дней (67). В Российской Федерации правовые и нормативные инструменты



оказания медицинской помощи мигрантам фрагментированы, и в настоящее время отсутствует комплексная правовая база для предоставления стандартизированной плановой медицинской помощи (92). Мигранты (в том числе нерегулярные) часто обращаются за медицинской помощью в частные клиники, потому что опасаются потерять работу или вид на жительство в случае выявления туберкулеза или других заболеваний, подлежащих регистрации. Например, многие мигранты из Центральной Азии предпочитают посещать «кыргызские клиники»[5], а не обращаться за помощью в муниципальные медицинские учреждения (93). Однако в «кыргызских клиниках» нет систем для передачи данных о состоянии здоровья мигрантов в национальные системы эпиднадзора Российской Федерации, потому информации о состоянии здоровья этой группы населения очень мало (94).

2.1.4 Экономическая эффективность услуг в связи с ТБ

Многие европейские страны уже располагают отлаженным механизмом скрининга мигрантов на активный ТБ, тогда как скрининг мигрантов на ЛТБИ в них был введен относительно недавно. Поэтому неудивительно, что большая часть информации об экономической эффективности в рассмотренных документах (опубликованных после 2010 г.) касалась скрининга и лечения ЛТБИ, и большинство отчетов свидетельствовали в пользу данной меры. Обзор 2015 г. включал девять опубликованных до июля 2014 г. исследований, которые были посвящены оценке экономической эффективности скрининга на ЛТБИ среди мигрантов. В семи из них был сделан вывод об экономической эффективности скрининга, а в двух сообщалось, что он является экономически эффективным только для тех мигрантов, которые контактировали с больными активным ТБ (95). Однако лишь три из девяти рассмотренных исследований были проведены в Европейском регионе ВОЗ (все – в Соединенном Королевстве (96–98)). Авторы анализа экономической эффективности, проведенного в 2016 г. в Норвегии, оценили влияние скрининга на ЛТБИ среди всех мигрантов в комбинации с целевым скринингом тех, кто имел дополнительные факторы риска. В результате был сделан вывод о том, что расходы на

5. Это частные, удобные для мигрантов медицинские центры, открытые в крупных городах России с 2010 г. мигрантами из Кыргызстана.

скрининг и лечение активного ТБ составляют большую часть общих затрат, в то время как затраты на скрининг и лечение ЛТБИ относительно невелики. В этой связи увеличение доли иммигрантов с положительным результатом теста IGRA (т. е. с ЛТБИ), получающих лечение, может существенно снизить общие затраты на лечение за счет предотвращения развития активной формы ТБ **(99)**. В таблице 5 обобщены данные из отчета ECDC 2018 г. по исследованиям экономической эффективности, в которых мигрантов включали в исследуемую популяцию и сравнивали эффективность диагностических тестов на ЛТБИ (ТКП и IGRA) **(100)**.

Таблица 5. Анализ экономической эффективности диагностических тестов для скрининга на ЛТБИ в группах мигрантов

Диагностический тест	Источник	Результат	Уровень качества фактических данных
ТКП	Два исследования экономической эффективности с данными по мигрантам, недавно прибывшим из стран с высоким бременем ТБ **(101)**	ТКП (≥ 10 мм) и последующее лечение для вновь прибывших взрослых мигрантов демонстрирует очень высокую эффективность для диагностики ЛТБИ (по сравнению с отсутствием скрининга)[b]	Низкий
	Два исследования экономической эффективности с данными по недавно прибывшим мигрантам **(102)**	Проведение ТКП (≥ 5 мм) у мигрантов экономически эффективно для диагностики ЛТБИ (по сравнению с тестом IGRA после получения положительного результата ТКП (≥ 5 мм))[c]	Низкий
IGRA	Пять исследований экономической эффективности с данными по мигрантам, недавно прибывшим из стран с высоким бременем ТБ **(103)**	Скрининг взрослых мигрантов с использованием теста IGRA является умеренно экономически-эффективным для диагностики ЛТБИ (по сравнению с отсутствием скрининга)[b]	Низкий



Таблица 5 (продолжение)

Диагностический тест	Источник	Результат	Уровень качества фактических данных
	Восемь исследований экономической эффективности, посвященных отдельным группам риска **(104)**	Скрининг при помощи теста IGRA для групп высокого риска (например, медицинских работников, мигрантов из стран с высокой заболеваемостью и близких контактов) демонстрирует умеренную экономическую эффективность[b]	Низкий
ТКП и тест IGRA	Восемь исследований экономической эффективности **(104)**	Скрининг при помощи теста IGRA среди тех, кто получил положительный результат ТКП в группах высокого риска (например, среди медицинских работников, мигрантов из стран с высокой заболеваемостью и людей, находившихся в тесном контакте с больным ТБ) является экономически эффективным[d]	Низкий
	Анализ экономической эффективности (число включенных исследований не указано) **(105)**	С точки зрения здравоохранения, независимо от группы населения, подверженной риску, скрининг на ЛТБИ оказывается наиболее экономически эффективным, когда проводится с использованием ТКП, после получения положительного результата которой предусмотрен тест IGRA.	НП

Таблица 5 (продолжение)

Диагностический тест	Источник	Результат	Уровень качества фактических данных
		Экономическая эффективность сопоставима с проведением только теста IGRA или только ТКП.	
		С социальной точки зрения, использование только теста IGRA часто является наиболее экономически эффективным вариантом, поскольку для него требуется только одно посещение.	

НП: не применимо.

[a] По оценке ECDC **(100)**.

[b] Экономическая эффективность определялась с использованием инкрементального коэффициента «затраты – эффективность»:
<20 000 долларов США, высокая экономическая эффективность; 20 000–100 000 долларов США, умеренная экономическая эффективность; >100 000 долларов США, отсутствие экономической эффективности.

[c] Инкрементальный коэффициент «затраты – эффективность» <20 000 фунтов стерлингов считался экономически эффективным. Обзор включал первичные исследования, проведенные в условиях низкой и высокой заболеваемости.

[d] В первичных исследованиях для определения экономической эффективности вмешательств использовались различные пороговые значения сумм, которые могут быть выделены из бюджета.

Источник: адаптировано из публикаций ECDC, 2018 **(100)**.



В этом отчете сделан вывод о том, что ТКП и IGRA являются экономически эффективными диагностическими инструментами, несмотря на слабую доказательную базу.

В отчете ECDC 2018 г. также представлены результаты анализа экономической эффективности стратегий программного скрининга на ЛТБИ в ЕС/ЕЭЗ, в котором моделировались различные стратегии скрининга, отражающие существующую политику в четырех выбранных странах: Испании, Нидерландах, Португалии и Чехии **(100)**. Авторы отчета сделали вывод о том, что (i) скрининг на ЛТБИ для мигрантов при въезде в страну является экономически эффективным во всех четырех странах; (ii) экономическая эффективность скрининга выше для мигрантов из стран с более высокой заболеваемостью туберкулезом; а одноразовый скрининг обеспечивает наиболее рациональное расходование средств.

В выявленных документах часто цитировался анализ экономической эффективности, проведенный в 2011 г. в Соединенном Королевстве **(98)**, как доказательство того, что скрининг на ЛТБИ для мигрантов, прибывающих из районов с высокой заболеваемостью ТБ (>150 случаев на 100 000 населения), является экономически эффективным и результативным (выявляется 92% инфицированных мигрантов) **(48, 74, 89)**. Анализ предполагал, что скрининг проводится методом тестирования IGRA и только среди взрослых мигрантов в возрасте 35 лет и моложе. В анализе использовалось четыре пороговых значения заболеваемости туберкулезом, которые, как было показано, были более экономически эффективными, чем пороговое значение, рекомендованное национальным руководством на момент публикации. На основании уже упомянутого анализа, проведенного в Соединенном Королевстве в 2011 г. **(98)**, в одном отчете было установлено, что скрининг мигрантов в соответствии с рекомендациями Национального института передового опыта в области здравоохранения и ухода Соединенного Королевства от 2006 г. привел к пропуску 70% завезенных случаев ЛТБИ **(74)**. Поэтому скрининговые мероприятия среди мигрантов будут наиболее экономически эффективным при снижении порога скрининга до среднего уровня заболеваемости (150–250 случаев на 100 000 населения), что позволит выявлять 90% мигрантов с ЛТБИ и предотвращать развитие активной формы ТБ у значительной части этих мигрантов **(74)**. Очевидно, что вопросы равенства (с точки зрения случаев, пропущенных при целевом подходе к скринингу) следует рассматривать в сочетании с анализом экономической эффективности для достижения максимальной действенности и охвата мероприятий по скринингу на ЛТБИ **(97, 106)**.

Оценки экономической эффективности скрининга на активный ТБ среди мигрантов (обычно основанного на проведении рентгенографии органов грудной клетки) были гораздо более вариативными и, вероятно, зависели от разного рода факторов, включая место проведения скрининга (до, во время или после въезда в страну) и уровень заболеваемости активным ТБ среди мигрантов в каждой стране **(103)**. Систематический обзор национальных программ в Европе показал, что средний показатель выявления активного ТБ составляет 0,18% (межквартильный диапазон: 0,10–0,35%) **(32)**. Обзор литературы из Канады, Соединенных Штатов Америки и Европы продемонстрировал, что скрининг при помощи проведения рентгенографии органов грудной клетки не является экономически эффективным и мало способствует улучшению общественного здоровья **(107)**. Однако недавнее включение исследований микроскопии мазка и посева мокроты (которые могут иметь большую диагностическую точность) в качестве инструментов скрининга, вероятно, повышает частоту выявления случаев заболевания **(108)**.

Анализ экономической эффективности скрининга на активный ТБ во Фландрии (Бельгия) показал, что последующее медицинское наблюдение за просителями убежища является наиболее экономически эффективным компонентом скрининга **(109)**; однако это неудивительно, поскольку такое наблюдение проводится только тогда, когда у представителей этой группы людей по результатам рентгенографии выявляют патологические изменения органов грудной клетки. Скрининг же, проводимый среди других групп мигрантов из стран с высоким уровнем заболеваемости, напротив, оказался особенно дорогим методом выявления случаев активного ТБ. В отчете подчеркивается, что по мере снижения заболеваемости ТБ в мире выявление активной формы ТБ становится все менее частым и, следовательно, снижается экономическая эффективность выявления и профилактики ТБ. В других исследованиях было показано, что неизбирательный скрининг при помощи рентгенографии органов грудной клетки среди мигрантов является неэффективным и нерентабельным **(103, 107, 110–112)**. И хотя определение основных приоритетных мероприятий и целенаправленный скрининг групп высокого риска может повысить экономическую эффективность, и такой подход одобрен ВОЗ **(68)**, авторы отчетов обращают внимание на то, что плохо спланированный целевой систематический скрининг может оказаться весьма дорогим и неэффективным мероприятием **(113)** с незначительным воздействием на эпидемиологическую ситуацию **(114)**. Поэтому скрининг на активный ТБ должен быть точно ориентирован



на группы с самым высоким риском заболевания ТБ, а программам по борьбе с ТБ следует включать в свою деятельность мероприятия по оценке эффективности **(68)**.

Результат анализа экономической эффективности с разбивкой по местам проведения скрининга будет зависеть от его масштаба и используемого подхода. Скрининг перед въездом в страну обычно финансируется из личных средств заявителей на визу, а лечение может оплачиваться из собственных средств заболевшего, за счет медицинской страховки или национальной программы по борьбе с ТБ. С учетом данного обстоятельства в комментарии 2014 г. было сделано предположение о том, что требование о скрининге перед въездом может позволить принимающей стране добиться уменьшения затрат, поскольку это снизит расходы на обследование и лечение мигрантов **(115)**. С международной точки зрения, перенос расходов на страну происхождения может снизить общие расходы на здравоохранение, поскольку в принимающей стране они обычно оказываются намного более высокими. Тем не менее авторы анализа подчеркнули необходимость учитывать аспекты финансового бремени, равенства и этических норм, в том числе риск стигматизации и дискриминации в процессе скрининга перед въездом в страну назначения.

В обзоре ситуации по ТБ в условиях низкой заболеваемости, который был проведен в 2016 г., (в отличие от большинства рассмотренных до сих пор обзоров) был сделан вывод о том, что наиболее экономически эффективное решение проблемы скрининга на ТБ среди мигрантов, скорее всего, состоит в комбинации следующих мероприятий: целевой скрининг на активный ТБ до прибытия в страну назначения и последующий скрининг на ЛТБИ после прибытия, проводимый среди мигрантов – выходцев из мест со средним и высоким бременем ТБ **(13)**. Однако данные об экономической эффективности различных подходов к скринингу ограничены, а справедливость того, что расходы на скрининг и лечение перед въездом в страну ложатся на мигранта и страну происхождения, подвергается сомнению **(95, 109, 116)**. Поэтому комбинацию этих мер вмешательства необходимо исследовать более подробно.

В 2018 г. в докладе Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) рассматривался наиболее эффективный и действенный пакет услуг по профилактике, диагностике, лечению и уходу за больными ТБ для беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ **(116)**. В отчете

сделан вывод о том, что даже при наличии многочисленных стратегий и рекомендаций ВОЗ не хватает фактических данных о том, какие подходы к выявлению ТБ и обеспечению континуума медицинской помощи при пересечении национальных границ являются наиболее экономически эффективными и действенными. В отчете отмечено, что, несмотря на прогресс в оценке экономической эффективности включения скрининга на ЛТБИ в программы скрининга мигрантов и целенаправленного выявления мигрантов из стран с высокой заболеваемостью ТБ, консенсус по вопросу экономической эффективности такой меры отсутствует. Кроме того, остаются пробелы в знаниях, например, в отношении экономической эффективности в зависимости от типа мигранта/причины миграции и таких факторов, как возраст мигрантов и траектория миграции. В отчете подчеркивается, что все больше внимания уделяется программам скрининга перед въездом, особенно в принимающих странах с низким уровнем заболеваемости, поскольку они считают такой подход наиболее экономически эффективным. Однако, поскольку этот подход нацелен лишь на конкретную подгруппу мигрантов (т. е. на тех, кто имеет запланированные маршруты миграции в принимающие страны), многие из них не будут охвачены этими программами.

Еще один комментарий посвящен расходам на обследование (в том числе на туберкулез) и медицинское обслуживание мигрантов в Испании, где в 2012 г. испанское правительство ограничило доступ к медицинскому обслуживанию для недокументированных мигрантов. В нем подчеркивается недальновидность такого подхода с точки зрения затрат: правительство Испании пыталось оправдать ограничение доступа мигрантов к медицинскому обслуживанию экономическими причинами, чтобы сократить государственные расходы, но не приняло во внимание потенциальную экономию средств **(117)**. Помимо последствий с точки зрения прав человека, связанных с отказом в доступе к медицинской помощи, подобные ограничения на медицинское обслуживание могут в итоге обойтись дороже, поскольку со временем легко поддающиеся лечению состояния переходят в угрожающие жизни заболевания, при этом повышается риск распространения нелеченых инфекций и устойчивости к противомикробным препаратам.

Авторы ряда документов подчеркивают пробелы в знаниях, которые мешают получить надежные оценки экономической эффективности. В одном из отчетов были выявлены факторы неопределенности, в том числе относительно



выбора групп иммигрантов, подлежащих скринингу в зависимости от уровня заболеваемости туберкулезом в стране происхождения, методов скрининга и наиболее подходящего места для его проведения (97). Предложенная рекомендация предполагала устранение этих пробелов путем многоцентрового сбора проспективных данных о распространенности ЛТБИ среди мигрантов и оценки эффективности инструментов скрининга и результатов скрининга, проводимого в разных местах. В другом документе были определены ключевые исходные данные для модели анализа экономической эффективности, которые необходимо использовать в тех случаях, когда существуют значительные факторы неопределенности, например колебание доли людей с ЛТБИ, прогрессирующей до активного заболевания ТБ в течение временного интервала модели, обусловленное рядом факторов, таких как статус ВИЧ-инфекции (118).

Кроме того, несколько исследований показали, что в странах с низкой заболеваемостью ТБ выборочная вакцинация целевых групп населения (в т. ч. мигрантов из стран с высокой заболеваемостью) бациллой Кальметта – Герена (БЦЖ) является более экономически эффективной, чем всеобщая вакцинация (119–123). Однако в отчете 2017 г., подготовленном Рабочей группой по вакцинации БЦЖ Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации и Секретариатом ВОЗ, было отмечено, что для эффективной реализации целевой стратегии необходима высокоразвитая система эпиднадзора, которая будет обеспечивать точные данные и тщательно выявлять представителей групп высокого риска (119). Рабочая группа пришла к выводу о том, что публикации, касающиеся экономической эффективности БЦЖ (во всех условиях), немногочисленны и имеют низкое качество.

В целом, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что обследование мигрантов на ЛТБИ в Европейском регионе ВОЗ является экономически эффективным. Эффективность этого подхода повышается в случае, если он нацелен на мигрантов с наиболее высоким риском заражения. Данные об экономической эффективности скрининга на активный ТБ менее однозначны; скорее всего, он будет экономически эффективным только в конкретных условиях и для групп мигрантов с высоким риском ТБ. Во многих отчетах отмечается, что в знаниях по данному вопросу все еще остаются значительные пробелы. Поэтому для получения надежных исходных данных для моделей экономической эффективности требуется проведение дополнительных анализов и эмпирических исследований.

2.2 ВИЧ-инфекция

2.2.1 Рекомендации ВОЗ и ECDC

Глобальные и региональные цели по искоренению СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 г. основаны на Целях в области устойчивого развития ООН (задача 3.3) **(124)**, целевых ориентирах Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 95-95-95 на 2025 г. **(125, 126)** и международных обязательствах, принятых на заседании высокого уровня по СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН в 2021 г. **(127)**. Мировые лидеры договорились к 2025 г. **(128)**:

- сократить ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекции до 370 000, а смертей, связанных со СПИДом, – до 250 000;
- добиться элиминации новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей и покончить со СПИДом у детей;
- ликвидировать все формы дискриминации в связи с ВИЧ;
- выполнить обязательство по предоставлению 34 миллионам человек жизненно необходимого лечения ВИЧ-инфекции.

Текущий (от 2017 г.) План действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ **(42)** основывается на первоначальном Европейском плане действий по ВИЧ/СПИДу **(198)**, одобренном государствами-членами в 2011 г. для решения проблем общественного здравоохранения, связанных с ВИЧ-инфекцией в Регионе. Предусматривается, что при полной реализации Плана действий от 2017 г., к 2030 г. в Регионе перестанут возникать новые случаи ВИЧ-инфекции, не будет смертей, связанных со СПИДом, и дискриминации в связи с ВИЧ. Для достижения этих целей План действий устанавливает ряд задач, охватывающих все области ведения случаев ВИЧ-инфекции, включая предоставление антиретровирусной терапии (АРТ) (вставка 1).

Вставка 1. План действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ: региональные цели для ведения случаев ВИЧ-инфекции

Целевые ориентиры для профилактических мероприятий:

- сократить число новых случаев инфицирования на 75% (или соответствующий числовой целевой ориентир для стран с низкой распространенностью), в том числе среди ключевых групп населения;



- сократить число случаев передачи инфекции от матери ребенку до менее 2% среди не кормящих грудью, и до менее 5% среди кормящих грудью;
- снизить заболеваемость врожденным сифилисом и уменьшить число случаев передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку до 50 или менее случаев на 100 000 живорождений.

Целевые ориентиры для тестирования и лечения:

- 90% людей, живущих с ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус;
- 90% людей, у которых диагностирован ВИЧ, получают АРТ;
- у 90% людей, живущих с ВИЧ и получающих АРТ, снижается вирусная нагрузка.

Целевые ориентиры в отношении смертности от СПИДа:

- снизить смертность от СПИДа в Европейском регионе ВОЗ до менее 30 000 случаев (что будет способствовать сокращению глобальной смертности от СПИДа до менее 500 000 случаев);
- снизить смертность от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 75% (или соответствующий числовой целевой ориентир для стран с низкой распространенностью);
- сократить на 10% смертность от гепатита B и C среди людей, инфицированных ВИЧ.

Целевым ориентиром в контексте дискриминации является:

- отсутствие мер политики и законодательных актов, обусловливающих дискриминацию в отношении ВИЧ-инфицированных.

Целевым ориентиром в контексте финансовой устойчивости является:

- увеличение числа стран, которые стабильно финансируют меры противодействия ВИЧ-инфекции за счет увеличения внутреннего финансирования, более чем на 90%.

Источник: WHO Regional Office for Europe, 2017 **(42)**.

Для достижения этих целевых ориентиров План действий определяет пять стратегических направлений: (i) информация для целенаправленных действий, (ii) меры вмешательства для обеспечения необходимого воздействия, (iii) обеспечение равенства, (iv) финансирование для устойчивого развития и (v) инновации для ускорения. Многие из них подчеркивают необходимость уделения особого внимания ключевым группам населения, включая мигрантов.

Руководящим принципом Плана действий является обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения таким образом, чтобы все люди, живущие с ВИЧ, могли получить доступ к полному спектру необходимых медицинских услуг. Основываясь на многолетнем опыте работы, авторы Плана действий выступают за проведение мероприятий для ключевых групп населения (включая мигрантов) с учетом местных условий, возможностей и ресурсов, а также за обеспечение актуальности, приемлемости и доступности услуг. Одним из методов ускоренной деятельности является повышение качества информирования, требующее расширения трансграничного обмена информацией для обеспечения непрерывности медицинской помощи мобильным группам населения, включая мигрантов.

Настоятельная рекомендация (основанная на фактических данных умеренного качества) заключается в том, что АРТ следует начинать всем взрослым, живущим с ВИЧ, независимо от клинической стадии инфекции и числа клеток CD4 **(129)**. ECDC рекомендует в качестве приоритетного действия снижение правовых и политических барьеров, препятствующих лечению ВИЧ-инфекции у мигрантов, въехавших в страну не в установленном порядке **(130)**.

Несколько международных руководств содержат рекомендации, которые касаются тестирования мигрантов на ВИЧ. ECDC и ВОЗ настоятельно рекомендуют не проводить обязательное тестирование мигрантов на ВИЧ-инфекцию, однако ECDC рекомендует предлагать мигрантам из стран с высокой распространенностью ВИЧ (≥ 1%) пройти этот тест **(42, 82)**. Тестирование на ВИЧ должно быть добровольным и конфиденциальным и проводиться с информированного согласия. Кроме того, ВОЗ и ЮНЭЙДС настоятельно рекомендуют не ограничивать передвижение людей, живущих с ВИЧ **(42, 125)**. ВИЧ считается хроническим состоянием, и, хотя оно не излечивается, его вполне можно контролировать с помощью АРТ **(129)**. По этой причине Европейское региональное бюро ВОЗ не рекомендует странам вводить упомянутые ограничения. Во Всеобщей декларации прав человека ООН говорится, что ограничение передвижения или выбора места



жительства на основании ВИЧ-статуса является дискриминационным и необоснованным и не подтверждается данными общественного здравоохранения (131). Эти документы особо отмечают дискриминацию и стигматизацию, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, что может заставить их скрывать свой диагноз и тем самым лишать их доступа к необходимым медицинским услугам (132).

ВОЗ рекомендует использовать доконтактную профилактику (ДКП) для людей с риском заражения ВИЧ-инфекцией на уровне 3% или более в год (133). Основные препятствия для этого включают неспособность определить подгруппы мигрантов с высоким риском инфицирования, которые могли бы получить пользу от ДКП, и отсутствие специфических для мигрантов услуг по предоставлению ДКП (133).

2.2.2 Приведение национальной политики в соответствие с рекомендациями ВОЗ

В большинстве случаев публикации, выявленные в ходе анализа, не были посвящены одной стране, а содержали обзор национальных мер политики в отношении ВИЧ-инфекции и сведения об их актуальности для мигрантов в нескольких странах Европейского региона ВОЗ. Отдельные документы были обнаружены для следующих стран: Израиля (136), Ирландии (135), Италии (137), Кипра (134), Российской Федерации (138), Соединенного Королевства (54–56) и Швейцарии (139). В них подробно описывались конкретные меры политики и руководства, а также проблемы, с которыми сталкиваются эти страны. В ходе опросного исследования от 2018 г., посвященного национальным мерам политики тестирования на ВИЧ, удалось выявить лишь 10 стран (все – в Западной Европе), где были бы опубликованы руководства, содержащие конкретные рекомендации в отношении ключевых групп населения, в том числе и мигрантов (хотя эти 10 стран не были названы в отчете) (140).

Лишь немногие страны сообщили о том, какая доля мигрантов получает лечение в связи с ВИЧ. В докладе о ходе выполнения Дублинской декларации, подготовленном ECDC в 2018 г., было установлено, что только девять стран Европейского региона ВОЗ отчитались о численности мигрантов, живущих с ВИЧ и получающих лечение: Австрия, Бельгия, Греция, Грузия, Казахстан, Люксембург, Соединенное Королевство, Франция и Швеция (141). Из них только пять стран сообщили об обеспечении всех четырех этапов континуума помощи в связи с ВИЧ для мигрантов. В этих пяти странах лечение получали 76% мигрантов, живущих с ВИЧ.

Национальные рекомендации по тестированию мигрантов на ВИЧ в Европейском регионе весьма неоднородны. Таблица 6 показывает различия в практике тестирования на ВИЧ для мигрантов без соответствующих документов, зафиксированные в ходе опросного исследования ECDC **(140)**. В примере 2 описан инновационный механизм предоставления услуг в связи с ВИЧ для недокументированных мигрантов в Израиле. Еще одно очевидное несоответствие заключается в том, что, хотя некоторые страны признают уязвимость мигрантов к ВИЧ, они не рекомендуют проводить тестирование на ВИЧ в этой группе. Таблица 7 показывает, относят ли страны мигрантов к группам населения, уязвимым к ВИЧ, и насколько их политика тестирования на ВИЧ соответствует руководству ВОЗ и ECDC (данные за 2010 г.).

Таблица 6. Доступность тестирования на ВИЧ для недокументированных мигрантов в государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ

Государство-член	Доступ к тестированию для недокументированных мигрантов
Азербайджан, Албания, Бельгия, Дания, Израиль, Ирландия, Италия, Кипр, Литва, Люксембург, Мальта, Норвегия, Польша, Северная Македония, Сербия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Хорватия, Швеция, Эстония	Предоставляется бесплатно
Австрия, Беларусь, Германия, Кыргызстан, Латвия, Нидерланды, Республика Молдова, Таджикистан, Украина	Предоставляется на тех же условиях, что и другим лицам
Андорра, Греция, Испания, Португалия, Чехия, Швейцария	Модели предоставления варьируют
Армения, Венгрия, Грузия, Исландия, Казахстан, Румыния, Словения, Турция, Черногория	Не предоставляется
Болгария, Босния и Герцеговина, Монако, Российская Федерация, Сан-Марино, Словакия, Туркменистан, Узбекистан	«Я не знаю» / без ответа

Примечание: эти данные получены от 45 респондентов, заполнивших онлайновую анкету в 2018 г., которая была разослана 53 государствам-членам в Европейском регионе ВОЗ.

Источник: адаптировано из European Centre for Disease Prevention and Control, 2019 **(140)**.



Пример из практики 2. Государственно-частное партнерство для предоставления услуг в связи с ВИЧ недокументированным мигрантам в Израиле

В Израиле было организовано государственно-частное партнерство для обеспечения недокументированным мигрантам доступа к услугам, оказываемым в связи с ВИЧ **(136)**. Для достижения поставленной цели потребовалось 15 лет – столь долгий срок объясняется сложностями в израильской и международной риторике по данному вопросу, в особенности реакцией правительства Израиля на большое число людей, прибывающих в страну. В течение первых двух лет программы Министерство здравоохранения финансировало последующее медицинское наблюдение, а фармацевтические компании предоставляли АРТ бесплатно в любой момент времени только 100 пациентам в дополнение к беременным женщинам. Вследствие этого сформировался список ожидания, который постепенно сокращался по мере того, как служба повышала свою эффективность и трансформировалась в национальную программу. С 2016 г. Министерство здравоохранения начало финансировать эту службу в полном объеме и интегрировало ее в систему здравоохранения Израиля. С 2017 г. в программе нет очереди на получение АРТ. По состоянию на декабрь 2018 г. национальная программа осуществляла мониторинг состояния 350 пациентов-мигрантов с ВИЧ, 316 из этих пациентов получали лечение (90,3%). Наиболее распространенным заболеванием в этой группе населения являлся туберкулез.

В целом скрининговые мероприятия среди мигрантов в странах, где осуществляется скрининг на ВИЧ, проводятся неактивно; однако с конца 2000-х годов в этом направлении был достигнут определенный прогресс. В отчете ECDC о результатах борьбы с ВИЧ, опубликованном в 2020 г., Греция названа единственной страной, в которой общий уровень охвата скринингом превышает 50%; однако уровень тестирования недокументированных мигрантов в Греции составляет всего 16,3% **(140)**. В Соединенном Королевстве Служба общественного здравоохранения Англии опубликовала специальное руководство по скринингу на ВИЧ и ведению случаев ВИЧ-инфекции среди мигрантов **(54)**. Согласно руководству, плановое тестирование на ВИЧ, но не ежегодное тестирование на ВИЧ-инфекцию должно быть предложено следующим группам мигрантов: мигранты, недавно зарегистрировавшиеся у врача общей

практики в той местности, где распространенность ВИЧ-инфекции превышает 0,2%, мигранты из стран с распространенностью ВИЧ-инфекции более 1% и все мужчины и женщины, сообщившие о сексуальных контактах за рубежом или в Соединенном Королевстве с людьми, которые являются выходцами из стран с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции (54). В отношении людей, родившихся в странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, существуют дополнительные рекомендации: рекомендуется регулярно проходить обследование на ВИЧ и инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), если человек занимается незащищенным сексом с новыми или случайными партнерами. Аналогичным образом, во Франции мигрантам рекомендуется проходить ежегодное обследование, если у них есть сексуальный партнер из эндемичного по ВИЧ региона (143).

Таблица 7. Результаты онлайн-опроса о рекомендованном для мигрантов тестировании на ВИЧ, который был проведен в 31 государстве-члене ЕС/ЕЭЗ / Европейской ассоциации свободной торговли в 2010 г.

	Признают мигрантов уязвимой группой населения	Не признают мигрантов уязвимой группой населения	Нет данных о том, признаны ли мигранты уязвимой группой населения
Рекомендуют проведение тестирования на ВИЧ-инфекцию среди мигрантов	Бельгия, Болгария, Дания, Исландия, Литва, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Польша, Румыния, Словакия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швейцария, Швеция	–	–
Не рекомендуют проведение тестирования на ВИЧ-инфекцию среди мигрантов	Германия, Ирландия, Испания, Италия, Мальта, Португалия	Кипр, Словения	Австрия, Венгрия, Греция, Латвия, Эстония
Нет данных о тестировании на ВИЧ для мигрантов	–	–	Лихтенштейн, Чехия

Источник: адаптировано из публикации Alvarez-Del Arco et al., 2014 (142).



На Международной конференции труда 2010 г. в Соединенном Королевстве Департамент труда и пенсий правительства Соединенного Королевства представил ряд рекомендаций по борьбе с дискриминацией и стигматизацией в связи с ВИЧ-инфекцией во всех аспектах трудовой деятельности **(144)**. Ввиду того, что переезд мигрантов происходит по экономическим причинам, несколько рекомендаций касались скрининга мигрантов на ВИЧ. Такие рекомендации приведены ниже.

- Тестирование на ВИЧ должно быть действительно добровольным и свободным от какого-либо принуждения, а сотрудники программ тестирования должны соблюдать международные рекомендации по обеспечению конфиденциальности, консультированию и получению согласия.
- Прохождение тестирования на ВИЧ или других форм скрининга на ВИЧ-инфекцию нельзя устанавливать в качестве требования для работников, включая трудящихся-мигрантов; результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию должны быть конфиденциальными и не должны создавать угрозу потери доступа к работе, бессрочно занимаемой должности, гарантиям трудовой занятости или возможностям продвижения по службе.
- Страны происхождения, транзита или назначения не должны требовать от работников, включая трудящихся-мигрантов, раскрытия связанной с ВИЧ информации о себе или других лицах; доступ к такой информации должен регулироваться нормами конфиденциальности, которые согласуются со сводом практических правил Международной организации труда 1997 г. «Защита персональных данных о работниках» **(199)** и другими соответствующими международными стандартами защиты данных.

В примере 3 приведено описание программы тестирования на ВИЧ-инфекцию на уровне местных сообществ в Северной Ирландии (Соединенное Королевство).

В других странах Европейского региона ВОЗ политика скрининга мигрантов отличается от международных рекомендаций и стандартов. Например, на Кипре наблюдается высокий уровень миграции, значительно превышающий средний показатель для стран-членов ЕС (29,7 мигрантов на 1000 населения против 5,4 мигрантов на 1000 населения; данные за 2019 г.) **(146)**. В техническом отчете ECDC о ВИЧ на Кипре за 2015 г. говорится

Пример из практики 3. Тестирование на ВИЧ, организованное на уровне местных сообществ, в Северной Ирландии (Соединенное Королевство)

Согласно оценкам, в 2018 г. в Северной Ирландии (Соединенное Королевство) 7200 человек жили с ВИЧ; из них 71% – это люди, рожденные за границей (145). В 2018 г. Центр по надзору в сфере защиты здоровья населения организовал программу добровольного тестирования на ВИЧ на уровне местных сообществ (135). Программа включала формирование многосекторальной руководящей группы и разработку минимального стандартизованного набора данных. Тестирование проводилось при помощи экспресс-тестов для использования непосредственно в месте оказания медицинской помощи (54%) или лабораторных тестов (46%). Общий показатель реактивности ВИЧ-инфекции составил 1,7%; однако процент положительных результатов тестирования на ВИЧ в одном центре для беженцев составил 5%. Постоянное тестирование в сообществах полезно для ранней диагностики и лечения, а также для определения охвата групп риска.

об отсутствии в стране конкретных программ по ВИЧ, ориентированных на мигрантов (134). В нем также сообщалось о том, что скрининг на ВИЧ-инфекцию среди всех вновь прибывших проводился в иммиграционном центре в Меногии. Хотя тестирование было добровольным, вновь прибывшие допускались в иммиграционный центр только в случае их согласия на тестирование.

В Италии мигранты с ВИЧ-инфекцией географически сосредоточены в нескольких районах страны, что может быть следствием малодоступности тестирования на ВИЧ в этих местностях (137). В среднем у мигрантов, живущих с ВИЧ, диагноз устанавливается позднее, чем у людей с аналогичным статусом, родившихся в Италии. Это указывает на необходимость содействия более ранней диагностике и скринингу на ВИЧ-инфекцию среди мигрантов в Италии. Однако региональные различия также могут быть связаны и с особенностями расселения мигрантов.



2.2.2.1 Меры политики, связанные с ограничениями на поездки и депортацией

В Российской Федерации обследование на туберкулез, ВИЧ-инфекцию, гепатиты B и C и ИППП является обязательным для трудовых мигрантов или мигрантов, претендующих на получение вида на жительство или гражданства **(147)**. Мигранты с положительным результатом теста направляются в специальный медицинский центр для подтверждения диагноза, при этом принятие решения об их статусе приостанавливается. В случае подтверждения ВИЧ-инфекции мигранту отказывают в проживании в Российской Федерации, и он подлежит депортации. В 2016 г. государства-члены ООН подписали соглашение об отмене связанных с ВИЧ ограничений на поездки **(148)**, поскольку они нарушают права людей с ВИЧ на здоровье, частную жизнь, равенство и недискриминацию **(149)**. Однако из 19 стран мира Российская Федерация является одной из двух стран в Европейском регионе ВОЗ (наряду с Туркменистаном), которые по-прежнему депортируют ВИЧ-положительных иностранных граждан или отказывают им в проживании в стране. Без тестирования такие лица остаются мигрантами на нелегальном положении **(148)**. Применение политики депортации зависит и от дополнительных правил и условий. Например, политика скрининга на ВИЧ не распространяется на нелегальных мигрантов **(150)**. В 2009 г. при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией для Российской Федерации было разработано целевое руководство по профилактике ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов среди мигрантов **(151)**. Однако при обзоре не удалось обнаружить работ, содержащих оценку его реализации и воздействия. В новых рекомендациях по разработке межсекторальной программы по профилактике ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения Профильной комиссии по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения Российской Федерации признается, что мигранты являются ключевой уязвимой группой населения, требующей целевого подхода при разработке профилактических мероприятий **(152)**. Тем не менее до сих пор мало что изменилось, и юридический запрет сохраняется **(147)**. Правила выдачи разрешений на работу неясны и часто меняются, что создает постоянное состояние правовой неопределенности для мигрантов, которые «являются терпимыми “нелегалами”» и сталкиваются с многочисленными препятствиями в доступе к медицинским услугам **(147, 153, 154)**.

Многие страны (включая Болгарию и Чехию) недавно последовали рекомендациям ECDC, ООН и ВОЗ по обеспечению свободы передвижения

людей, живущих с ВИЧ, и сняли ограничения на поездки **(131, 132, 155)**. Однако в некоторых странах Европейского региона ВОЗ такие ограничения все еще действуют. В Российской Федерации эта политика вызывает особенно много споров, но в 2016 г. министр здравоохранения объявил, что эта политика будет пересмотрена **(138)**. В Российской Федерации и Туркменистане действуют следующие ограничения **(148)**:

- тестирование на ВИЧ необходимо для получения разрешения на работу;
- тестирование на ВИЧ требуется для получения разрешения на обучение;
- тестирование на ВИЧ или раскрытие статуса требуется для получения определенных разрешений или въезда на срок менее 90 дней;
- тестирование на ВИЧ требуется для получения вида на жительство (в случае пребывания свыше 90 дней);
- въезд в страну и пребывание на срок менее 90 дней при положительном ВИЧ-статусе запрещены;
- положительный ВИЧ-статус является основанием для отказа в выдаче вида на жительство (на срок пребывания более 90 дней);
- иностранные граждане, живущие с ВИЧ, депортируются на основании наличия у них положительного ВИЧ-статуса.

Кроме того, Аруба (составная часть Королевства Нидерландов), Босния и Герцеговина, Кыргызстан и Украина входят в число 11 стран, территорий и регионов мира, где запрещено краткосрочное и/или долгосрочное пребывание на основании положительного ВИЧ-статуса. Азербайджан, Израиль и Казахстан входят в число 18 стран, территорий и регионов мира, которые по-прежнему требуют тестирования на ВИЧ или раскрытия ВИЧ-статуса для получения определенных видов разрешений на въезд, учебу, работу и/или проживание.

Несмотря на то, что в Европейском регионе ВОЗ в основном сняты ограничения на поездки людей, живущих с ВИЧ, здесь все еще вводятся ограничительные меры, противоречащие при этом местным законам. Например, на Кипре омбудсмен выразил обеспокоенность тем, что иностранным гражданам угрожали депортацией на основании положительного ВИЧ-статуса, особенно в случае, если они совершили правонарушение **(134)**. Это единственный



пример подобной практики, выявленный в обзоре, но подобные подходы могут иметь место и в других странах Европейского региона ВОЗ.

2.2.2.2 Политика в отношении ДКП

При обзоре не было найдено каких-либо рекомендаций по проведению ДКП у мигрантов или по выявлению мигрантов с высоким риском заражения ВИЧ, несмотря на рекомендации ВОЗ о том, что ДКП показана тем людям, чей годовой риск инфицирования составляет 3% и более **(133)**. Одна швейцарская инициатива подошла к этой цели путем разработки структуры, позволяющей идентифицировать мигрантов по двум категориям **(139)**: она признает, что большинство мигрантов не особенно уязвимы к ВИЧ-инфекции, и проводит их скрининг в рамках национальной программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией и другими ИППП; в то время как на уязвимых мигрантов направлены специальные усилия по профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП, основанные на национальных целях и действиях. Для определения целевой субпопуляции факторы уязвимости делятся на две группы: основные факторы, которые непосредственно повышают подверженность ВИЧ-инфекции, такие как работа в секс-индустрии, приезд из страны с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции, трансгендерность или сексуальные отношения между мужчинами; и усугубляющие факторы, такие как отсутствие медицинской страховки, социальная и экономическая незащищенность, социальная изоляция и языковые трудности. Для того, чтобы обеспечить этой подгруппе доступ к ДКП, необходимы четкие определения мигрантов с высоким риском заражения ВИЧ-инфекцией **(139)**.

2.2.3 Экономическая эффективность услуг в связи ВИЧ

В документах по ВИЧ и миграционной политике, рассмотренных в ходе обзора, не обсуждалась экономическая эффективность направленных на мигрантов национальных мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекций в Европейском регионе ВОЗ. Систематический обзор эффективности и рентабельности скрининга на ВИЧ-инфекцию среди мигрантов в ЕС/ЕЭЗ, проведенный в 2018 г., не выявил данных об экономической эффективности или объеме требуемых ресурсов **(156)**. Однако были найдены косвенные данные из Южной Африки и США, которые дают некоторое представление о необходимых ресурсах. Судя по этим данным, можно сказать, что экспресс-тестирование предпочтительнее обычного тестирования в различных условиях главным образом потому, что его можно эффективно сочетать с консультированием, учитывающим культурные и

языковые особенности. Программы экспресс-тестирования, проводимые на уровне местных сообществ, способны расширить охват тестированием на ВИЧ и консультированием, а также повысить постоянную доступность лечения и последующего врачебного наблюдения для мигрантов в разных условиях в Европейском регионе ВОЗ. Недавний анализ экономической эффективности, проведенный Региональной экспертной группой по здоровью мигрантов в Восточной Европе и Центральной Азии, показал, что в Российской Федерации расходы на предоставление АРТ ВИЧ-положительным международным мигрантам в течение одного года могут оказаться в три раза меньше, чем расходы на оплату трехнедельного пребывания в стационаре по поводу оппортунистической инфекции, связанной со СПИДом – вероятным следствием барьеров на пути получения АРТ мигрантами **(157)**. В анализе не учитывались немедицинские расходы, связанные с депортацией ВИЧ-положительных мигрантов, такие как затраты на содержание под стражей, услуги переводчика и судебные разбирательства, проезд, пребывание в центре временного содержания и депортацию, а также социальные затраты и расходы пациентов на оплату услуг из собственных средств. Этот вид анализа может предоставить четкие фактические данные для того, чтобы мотивировать представителей власти изменить текущую политику.

2.3 Гепатит B и C

2.3.1 Рекомендации ВОЗ и ECDC

Первый план действий Европейского регионального бюро ВОЗ по борьбе с вирусными гепатитами под названием «План действий сектора здравоохранения по борьбе с вирусными гепатитами в Европейском регионе ВОЗ» был принят всеми 53 государствами-членами в 2016 г. и опубликован в 2017 г. **(43)**. План действий ставит задачу по элиминации вирусных гепатитов как угрозы общественному здоровью в Европейском регионе ВОЗ к 2030 г. путем сокращения случаев передачи инфекции, заболеваемости и смертности, и фокусируется на глобальных целевых ориентирах – сокращении числа новых случаев хронических гепатитов на 80% и сокращении числа смертей на 65% по сравнению с уровнем 2015 г. **(158)**. Для их достижения было разработано несколько рекомендаций конкретно в отношении мигрантов. Во-первых, рекомендовано обеспечить наличие улучшенных данных, необходимых как внутри системы здравоохранения страны для интеграции с более широкой ИСЗ, так и в трансграничных системах для обеспечения



большей преемственности в оказании медицинской помощи. Во-вторых, План действий устанавливает целевой ориентир – диагностировать 50% всех людей, живущих с хроническими инфекциями ВГВ и ВГС, к 2020 г. путем улучшения тестирования и скрининга. Третья рекомендация относительно мигрантов касается профилактики передачи вируса от матери ребенку с помощью систем скрининга беременных женщин из стран, не осуществляющих всеобщую вакцинацию против ВГВ, и обеспечения доступности постконтактной профилактики для новорожденных в случаях, когда она необходима. В-четвертых, План действий подчеркивает важность сокращения случаев передачи вирусного гепатита половым путем посредством обеспечения доступа к специализированным услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе для мигрантов. И, наконец, План действий рекомендует укреплять кадровые ресурсы, используя потенциал общественных организаций и работников службы взаимной поддержки, особенно для уязвимых групп населения, таких как мигранты.

Европейский план действий в отношении вакцин на 2015–2020 гг., был направлен на элиминацию в Регионе заболеваний, предотвращаемых с помощью вакцин **(159)**. Он содержал конкретные рекомендации по борьбе с гепатитом В и подчеркивал важность разработки конкретных руководящих принципов и мер политики для проведения вакцинации среди беженцев и мигрантов. В 2018 г. ECDC опубликовал документ с изложением принципов общественного здравоохранения в отношении проведения скрининга и вакцинации против инфекций, в том числе ВГВ и ВГС, среди вновь прибывших мигрантов **(82)**. В руководствах и стратегиях, выявленных в ходе поиска, используются различные пороговые значения положительного результата на HBsAg для классификации страны как территории с низким, средним и высоким уровнем распространенности инфекции. В руководстве ECDC 2018 г. говорится о том, что скрининг и лечение ВГВ следует предлагать мигрантам из стран со средней и высокой распространенностью инфекции (≥ 2% и ≥ 5% положительных результатов анализа на HBsAg соответственно), и что вакцинация против гепатита В должна быть предложена всем детям и подросткам-мигрантам из стран со средней и высокой распространенностью, если у них отсутствуют доказательства вакцинации или наличия иммунитета. Кроме того, мигрантам из эндемичных по ВГС стран (≥ 2% положительных результатов) следует предлагать скрининг на антитела к ВГС **(82)**. Мигранты, у которых выявлены антитела к ВГС, должны пройти тестирование на РНК, а в случае

получения положительного результата теста на РНК ВГС важно обеспечить направление пациента на лечение в учреждении здравоохранения.

2.3.2 Приведение национальной политики в соответствие с рекомендациями ВОЗ

В процессе обзора было найдено четыре документа с изложением мер национальной политики, касающихся мигрантов и лечения хронических инфекций ВГВ и ВГС; это документы Израиля **(200)**, Италии **(59)** и Соединенного Королевства **(57, 58)**. Однако израильский документ был опубликован только на иврите и не был включен в обзор **(200)**. Вторичные фактические данные о мерах национальной политики были найдены в научных статьях, обзорах и опросных исследованиях.

2.3.2.1 Скрининг на ВГВ и ВГС

В техническом отчете ECDC 2010 г. по хроническим инфекциям ВГВ и ВГС не было определено мер национальной политики скрининга, направленных исключительно на мигрантов в Европейском регионе ВОЗ **(160)**. В 2021 г. в ходе текущего обзора также не выявлено много примеров политики, касающейся мигрантов; при этом меры политики и руководства на языках, отличных от английского и русского, могут существовать, но при обзоре их обнаружить будет невозможно. Были найдены материалы с изложением мер политики Соединенного Королевства, где опубликованы документы отдельно по ВГВ и ВГС **(57, 58)**. Однако другие найденные статьи были не оригинальными политическими документами, а исследовательскими работами, оценивающими национальные подходы **(161)**. В других исследованиях оценивалась реализация национальной политики государствами-членами **(161, 162)**. Эти исследования проводились на материале анкет, разосланных работникам здравоохранения: некоторые анкеты были разработаны для выяснения текущей политики и имеющихся в стране рекомендаций в отношении мигрантов и хронических вирусных гепатитов, другие были направлены на определение уровня осведомленности медицинских работников об этих документах. Такие исследования позволили получить полезную информацию о степени реализации существующих рекомендаций.

В онлайн-опросе, проведенном среди медицинских работников в Венгрии, Германии, Испании, Италии, Нидерландах и Соединенном Королевстве, лишь 23% (инфекция ВГВ) и 14% (инфекция ВГС) респондентов упомянули конкретные рекомендации в отношении хронических инфекций ВГВ и ВГС



у мигрантов (162). В итальянской аналитической записке сравнивались французские и итальянские меры политики и рекомендации в отношении групп высокого риска, в том числе мигрантов (161). Полученные данные свидетельствуют о схожести политики скрининга на инфекцию ВГВ в Италии, Соединенном Королевстве и Франции. В Соединенном Королевстве скрининг рекомендован мигрантам из стран со средней или высокой распространенностью хронической инфекции ВГВ (определяемой как распространенность HBsAg >2%) (57). Аналогичным образом, в Италии рекомендуется проводить скрининг для мигрантов из регионов с высокой распространенностью ВГВ, но в аналитической записке не указан точный порог (161). Во Франции вновь прибывшие нерегулярные мигранты, просители убежища и лица, претендующие на получение вида на жительство, проходят медицинское обследование, которое не включает тестирование на хроническую инфекцию ВГВ (161). Однако после принятия Национального плана действий на 2009–2012 гг. (161) во Франции было достигнуто расширение тестирования. К сожалению, охват остается неравномерным, поскольку скрининг не является регулярным мероприятием и зависит от решения врача. В Соединенном Королевстве руководство по гепатиту В также включает указания в отношении младенцев, рожденных от HBsAg-положительных матерей, и рекомендует проведение плановой вакцинации с последующим врачебным наблюдением (57).

Во Франции скрининг на хроническую инфекцию ВГС стал более распространенным с 2009 г., когда в бюджет на охрану здоровья мигрантов были заложены расходы на тестирование в государственных медицинских центрах на ВГС, но не на ВГВ (161). В Соединенном Королевстве было рекомендовано проведение скрининга на хроническую инфекцию ВГС среди мигрантов из стран с более высокой распространенностью ВГС (58). В Италии скрининг на хроническую инфекцию ВГС рекомендуется для мигрантов из районов с высокой распространенностью заболевания, таких как Египет, Ближний Восток и Пакистан; однако минимальный уровень распространенности, при котором следует проводить скрининг, указан не был (59). Во всех трех странах проводилась политика скрининга беременных женщин независимо от страны их происхождения, что соответствует цели ВОЗ по обеспечению 90% охвата беременных женщин скринингом (43).

В примере 4 описывается инновационный метод выявления передовых практик тестирования на гепатит.

Пример из практики 4. Конкурс HepTestContest для выявления передовых методов тестирования на гепатит

Конкурс HepTestContest – это новый способ выявления инновационных подходов к проведению тестирования на гепатит **(163)**, предназначенный для того, чтобы поддержать страны в увеличении масштабов тестирования на гепатит и дополнить процедуру разработки официальных рекомендаций по предоставлению услуг, предусмотренную в Руководстве ВОЗ по тестированию на гепатиты B и C, 2017 г. **(164)**. Сначала была организована широкая информационная кампания по призыву к участию. После завершения приема работ было проведено их ранжирование в соответствии с конкретными критериями, а также продвижение лучших выявленных подходов, в том числе посредством публикации в качестве примеров из практики в Рекомендациях ВОЗ от 2017 г. **(164)**. Из 64 поданных на конкурс работ из 27 стран в двух описывались инновационные подходы к тестированию для мигрантов: это (i) использование электронных медицинских карт для стратификации риска и уведомления врачей и (ii) использование социальных сетей для обеспечения более широкого доступа к тестированию.

2.3.2.2 Вакцинация против вирусного гепатита B

Всеобщая вакцинация детей против гепатита B была предложена ВОЗ в 2014 г. **(159)**, а уже в 2019 г. она была проведена на национальном уровне в 49 из 53 государств-членов в Европейском регионе ВОЗ. В четырех оставшихся странах (Дания, Исландия, Финляндия и Швеция) вакцинация распространялась лишь на группы высокого риска **(165)**. Ситуация по данному аспекту улучшилась по сравнению с 2013 г., когда целевой подход к вакцинации использовали семь стран в Европейском регионе ВОЗ (включая Норвегию и Соединенное Королевство) **(166)**. В Италии и Соединенном Королевстве (единственных двух странах, где были разработаны руководства в отношении мигрантов) в руководствах не предусматривалась догоняющая вакцинация для тех, кто родился до начала всеобщей иммунизации младенцев в стране происхождения **(57–59)**, вопреки рекомендациям ВОЗ. Программы вакцинации против гепатита B, реализуемые в Италии и Соединенном Королевстве, направлены на мигрантов из групп высокого риска. В Соединенном Королевстве к ним относятся мигранты, совершающие длительные поездки в страны,



эндемичные по ВГВ, включая тех, кто проходил медицинское лечение за рубежом (57). В Италии рекомендуется вакцинировать мигрантов из следующих групп: выходцы из высоко эндемичных районов, потребители наркотиков, невакцинированные заключенные, партнеры инфицированного человека и пациенты с хроническими заболеваниями печени, не связанными с ВГС (59). Поскольку вакцинации против ВГС не существует, Соединенное Королевство также предлагает специфичные для страны рекомендации по исключению контактов с целью предотвращения заражения ВГС (58).

Онлайн-опрос с целью изучения осведомленности медицинских работников о скрининге и лечении ВГВ и ВГС в Венгрии, Германии, Испании, Италии, Нидерландах и Соединенном Королевстве показал, что только в Нидерландах вакцинацию обычно проходят просители убежища из регионов с высоким уровнем заболеваемости, и только в Испании распространена вакцинация мигрантов (167). Значительная часть респондентов из всех шести стран также не была осведомлена о текущей практике вакцинации мигрантов из регионов с высокой распространенностью ВГВ. Удивительно, но в число неосведомленных вошли и респонденты из Италии и Соединенного Королевства, где существуют конкретные рекомендации, указанные в обзоре (57, 168).

2.3.3 Экономическая эффективность услуг, предоставляемых в связи с вирусными гепатитами

До недавнего времени данные об экономической эффективности скрининга на вирусные гепатиты среди мигрантов отсутствовали. В обзоре ECDC от 2010 г. сделан вывод о том, что «исследования эффективности или рентабельности скрининга на ВГВ и/или ВГС среди мигрантов в Европе практически отсутствуют» (169). Единственные данные от 2010 г. были получены из Нидерландов, они свидетельствовали о том, что скрининг и раннее лечение мигрантов от хронической инфекции ВГВ являются экономически эффективными (170). Аналогичным образом, в обзоре от 2011 г. (171) было дополнительно выявлено лишь одно исследование, которое также показало, что скрининг на ВГВ среди групп мигрантов был эффективным с клинической и экономической точки зрения, однако это исследование проводилось в США, а не в странах Европы (172).

С тех пор объем фактических данных постоянно увеличивается. В 2013 г. в систематическом обзоре были отмечены четыре публикации, посвященные скринингу на ВГВ среди мигрантов, родившихся в эндемичных странах (распространенность HBsAg ≥ 2%), и сделан вывод о том, что такой скрининг был экономически эффективным (173). В 2018 г. систематический обзор

выявил девять исследований в ЕС/ЕЭЗ, где изучалась экономическая эффективность скрининга на хроническую инфекцию ВГВ. Авторы этого обзора сделали вывод о том, что скрининг на ВГВ и лечение мигрантов с высокой вероятностью будут экономически эффективными мероприятиями для популяций с распространенностью ВГВ ≥ 2%, а также при распространенности на уровне 0,3% **(174)**. Данное заключение подтвердило результаты обзора ECDC от 2016 г., в ходе которого удалось выяснить, что скрининг мигрантов из стран со средней и высокой распространенностью инфекции привел к благоприятным результатам. Скрининг же людей из стран с низкой распространенностью ВГВ, напротив, не считался экономически эффективным, поскольку для выявления лиц с хронической инфекцией ВГВ программа целевого скрининга должна обеспечивать охват относительно большой популяции **(30)**.

Об экономической эффективности мероприятий, направленных на хроническую инфекцию ВГС среди мигрантов, данных имеется меньше. Многие более ранние исследования были проведены до того, как стало доступным современное, высокоэффективное лечение ВГС. В систематическом обзоре от 2013 г. был сделан вывод о недостаточности фактических данных, которые бы позволили прийти к соответствующему заключению **(173)**. В этом обзоре был обнаружен лишь один экономический анализ скрининга на ВГС у мигрантов, где изучался скрининг в Нидерландах, нацеленный на мигрантов из стран с распространенностью ВГС >10% (а также на другие подгруппы населения). Однако в исследовании не сообщалось об экономической эффективности целевого скрининга, организованного только для мигрантов **(175)**. Более поздняя оценка показала, что тестирование на ВГС для мигрантов в Соединенном Королевстве было экономически эффективным **(176)**.

В обзоре ECDC от 2016 г. было одобрено использование комбинированного скрининга на ВГВ/ВГС как способа повышения экономической эффективности и результативности профилактических мероприятий **(30)**. Однако как в этом, так и в другом аналогичном обзоре **(173)** сделан вывод об отсутствии исследований экономической эффективности комбинированного скрининга среди мигрантов, в то время как они крайне необходимы.

Таким образом, имеющиеся исследования экономической эффективности демонстрируют, что тестирование на ВГВ и ВГС для мигрантов является рентабельным, особенно когда оно нацелено на мигрантов из стран с высокой распространенностью этих инфекций. Однако необходимы дополнительные



исследования, особенно в отношении экономической эффективности комбинированного тестирования на ВГВ/ВГС, доли начинающих лечение среди лиц, которые отвечают критериям скрининга, показателей прогрессирования заболевания с лечением и без него, а также затрат на лечение (173), в том числе для пожилых мигрантов (177).

2.4 Доступность медицинской помощи для мигрантов

Степень доступности бесплатного скрининга или лечения туберкулеза, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов B и C значительно варьируется в зависимости от страны и конкретного заболевания. Системные барьеры были выявлены даже в тех случаях, когда мигрантам было доступно бесплатное медицинское обслуживание. Например, в Соединенном Королевстве любой человек с диагностированным гепатитом C при наличии информированного согласия может получить лечение, хотя в руководящем документе не уточняется, является ли оно бесплатным для всех групп мигрантов (58). В Италии гарантируется бесплатный доступ к национальной системе здравоохранения (для оказания неотложной и профилактической помощи), но бесплатный доступ к дополнительным услугам зависит от типа вида на жительство (161): мигранты с хроническими заболеваниями имеют бесплатный доступ к медицинскому обслуживанию, тогда как люди со статусом беженца должны платить за медицинские услуги (аналогично гражданам страны). В разных регионах Италии используются разные модели оказания медицинской помощи мигрантам: через ассоциации, национальную систему здравоохранения или их сотрудничество (например, в Риме) (161). Во Франции нерегулярные мигранты имеют свободный доступ к медицинскому обслуживанию. Однако для них установлен ряд условий: они должны подтвердить проживание во Франции более трех месяцев, иметь место жительства и подать заявление через регистратуру (для чего требуется помощь специалиста) (161). Время ожидания для получения медицинской страховки может занять от пяти до девяти месяцев. В этот период мигрант не имеет доступа к бесплатному лечению, хотя оно часто предоставляется гуманитарными ассоциациями. В Российской Федерации доступ к медицинскому обслуживанию зависит от статуса мигранта; выделяют две основные категории: (i) трудовые мигранты с разрешением на временное или постоянное проживание плюс нетрудовые мигранты с разрешением на постоянное проживание;

и (ii) сезонные трудовые и нетрудовые мигранты с разрешением на временное проживание. Финансируемое государством медицинское обслуживание доступно в Российской Федерации для трудовых мигрантов из стран Евразийского экономического союза при условии, что они имеют регистрацию по месту жительства и официальный договор с работодателем в стране. Кроме того, охват медицинским обслуживанием граждан этих государств регулируют двусторонние и многосторонние соглашения между странами Содружества Независимых Государств и Евразийского экономического союза **(150)**.

2.4.1 Предоставление услуг в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами: препятствия и содействующие факторы

Информация о препятствиях / содействующих факторах для предоставления адресных услуг в связи с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, гепатитом B и C для мигрантов была более подробной в обзорах и комментариях национальной политики европейских стран, нежели в национальных законодательных, политических и руководящих документах. В таблице 8 обобщены результаты тематического анализа барьеров и содействующих факторов в разбивке по системным уровням: макро- (политический или транснациональный), мезо- (сообщество или службы) и микро- (структурный, социокультурный или социально-экономический) уровни **(178)**.

Таблица 8. Барьеры и содействующие факторы в контексте оказания мигрантам услуг в связи с ТБ, ВИЧ, ВГВ и ВГС с разбивкой по уровням системы.

Уровень системы	Барьеры	Содействующие факторы
Макроуровень		
Политика	Ограничительная иммиграционная политика и политика в области здравоохранения Совместное использование данных Взимание платы за предоставляемые услуги Сложные правила получения пособий и льгот	Политическая приверженность Интеграция в государственные планы / стратегии Разделение систем здравоохранения и права Всеобщее и финансово доступное медицинское обслуживание



Таблица 8 (продолжение)

Уровень системы	Барьеры	Содействующие факторы
Транснациональное взаимодействие	Отсутствие трансграничного сотрудничества Данные неудовлетворительного качества	Надежные системы сбора данных, мониторинга и оценки Конфиденциальность и защита данных пациентов Транснациональная преемственность в оказании медицинской помощи Сотрудничество и меры политики на трансграничном уровне Межсекторальные инициативы
Население	Высокая мобильность / рассредоточенность	Добровольное тестирование
Мезоуровень		
Сообщество	Отсутствие поддержки сообщества Стигматизация Расизм Множественные проявления дискриминации Более низкий социальный статус	Четкое информирование и сообщения по вопросам здоровья Вовлечение и участие затронутых сообществ Поддержка по принципу «равный – равному» / общественные активисты Просвещение и повышение уровня осведомленности общества
Службы	Структурная дискриминация Фрагментация / отсутствие комплексного ухода Знания и установки специалистов здравоохранения Недостаточная осведомленность работников служб о правах мигрантов Ограниченное время работы Отклонения от установленного порядка в тестировании, лечении и взимании платы за услуги в службах Удаленность мест оказания услуг Ограничения по времени оказания услуг[a]	Услуги по комплексному лечению нескольких заболеваний Меры вмешательства, адаптированные к местным условиям Доступность услуг на уровне местных сообществ Медицинское страхование/ безвозмездное оказание услуг в пункте оказания медицинской помощи Обучение для обеспечения инклюзивности услуг, учета разнообразия и значимости услуг с точки зрения культуры Гибкость медицинских услуг Широкий спектр услуг по скринингу и лечению

Таблица 8 (продолжение)

Уровень системы	Барьеры	Содействующие факторы
Микроуровень		
Структурный	Ограниченные знания о медицинских и социальных услугах, правах или способах их защиты Небезопасный правовой статус Страх Недоверие	Участие пациентов в принятии решений по вопросам здравоохранения и оказания медицинских услуг Заинтересованное отношение пациента и местного сообщества Четкая маршрутизация пациентов Целостный подход / улучшение общего состояния здоровья и поведения, нацеленного на поддержание здоровья Подходы, ориентированные на пациента Осведомленность о правах и льготах
Социокультурный	Язык Религия Модели убеждений о здоровье Социальная и эмоциональная изоляция Низкий уровень самовосприятия риска	Сети социальной поддержки Доступность услуг устного / письменного перевода Консультирование до и после тестирования с учетом культурных особенностей.
Социально-экономический	Социальная и экономическая незащищенность из-за опасных условий жизни и ненадлежащих условий труда Отсутствие медицинской страховки Небезопасное жилье Ограниченная транспортная доступность	Удобные и благоприятные для пациентов условия для проведения выездных мероприятий

[a] Возникают из-за ограниченного времени работы / малого числа приемных часов и высокого спроса на услуги.

Примечание: ссылки на статьи, использованные для создания этой таблицы, приведены в приложении 3.



Тематический анализ показал, что исследования препятствий для доступа мигрантов к неотложной медицинской помощи, как правило, сосредотачивались на видении этого вопроса со стороны поставщика медицинских услуг **(179, 180)**. Обзор качественных исследований, проведенных в Европе и США, показал, что поставщики неотложной помощи вносили культурные и организационные коррективы в работу с пациентами из группы мигрантов и действительно препятствовали доступу к неотложной помощи на основании их правового статуса. Однако решения по поводу передачи властям сведений о недокументированных мигрантах варьировались, что может приводить к неопределенным исходам для недокументированных мигрантов и удерживать их от обращения за лечением **(180)**. Вопрос о взимании платы с пациентов фигурирует в качестве сквозного вопроса для организации клинической работы, «хотя поставщики неотложной помощи неизменно придерживались мнения о том, что в экстренной ситуации решение предоставить лечение всегда будет преобладать над другими соображениями» **(180)**. К культурным проблемам в данной ситуации можно отнести языковой барьер и некоторые аспекты поведения мигрантов, необычные для принимающей страны, в том числе гендерную динамику и отсутствие уважения к власти. Авторы одного из обзоров выявили, что во многих исследованиях упоминаются стереотипные представления о мигрантах; при этом поставщики неотложной помощи часто стереотипно относили мигрантов к представителям низших социально-экономических слоев и обладателям маргинального статуса, которые могут не понимать устройство системы здравоохранения принимающей страны и, следовательно, обращаться за медицинской помощью ненадлежащим образом **(181)**. Исследования, обнаруженные авторами другого обзора, демонстрировали, что поставщики неотложной помощи считают мигрантов значительно более склонными обращаться в отделения неотложной помощи во внеурочное время и чаще, чем не мигранты, обращаться за медицинской помощью при состояниях, которые не требуют неотложных или срочных действий **(179)**. Однако такое поведение называлось характерным не только для групп мигрантов, но и для многих групп людей более низкого социально-экономического статуса **(182)**. Медицинские работники также заявляли о недостаточной осведомленности о здоровье мигрантов и часто получали информацию об этом главным образом из средств массовой информации **(180)**. Чтобы свести к минимуму случаи ненадлежащего обращения в службы неотложной помощи при несрочных состояниях, необходимо устранить препятствия для доступа к службам первичной медико-санитарной помощи и применять такие содействующие меры,

как обеспечение инклюзивности услуг, учитывающих культурные различия и потребности целевых групп **(183)**. При этом необходимо также устранить препятствия в доступе к службам неотложной помощи, включая языковой барьер, предполагаемую дискриминацию и взимание платы за несрочную помощь – о таких препятствиях сообщалось в отношении Соединенного Королевства **(184)**. Еще одним препятствием является недостаточная осведомленность мигрантов об устройстве и функциях системы здравоохранения принимающей страны, что не позволяет им выбрать услугу, соответствующую их состоянию здоровья.

2.4.1.1 Доступ мигрантов к услугам здравоохранения в Соединенном Королевстве

В Европейском регионе ВОЗ Соединенное Королевство является государством-членом, которое с большим отрывом опережает другие страны по числу действующих национальных мер политики и руководящих документов, касающихся мигрантов и туберкулеза, ВИЧ-инфекции или вирусных гепатитов **(48, 49, 54–58, 61, 89, 144, 186–187)**. Соединенное Королевство прилагает значительные усилия для преодоления препятствий, с которыми сталкиваются мигранты, обращаясь за медицинской помощью. Например, информационная листовка Службы общественного здравоохранения Англии «Информация по иммунизации мигрантов» доступна в Интернете на 14 языках **(61)**. В ней сказано, что регистрация пациентов и оказание услуг первичной медико-санитарной помощи в Англии бесплатны, и что пациентам для регистрации не нужно предъявлять документы, удостоверяющие личность или миграционный статус. Это относится к просителям убежища, беженцам, бездомным и временно пребывающим на территории государства иностранным гражданам (независимо от того, находятся ли они в Соединенном Королевстве на законных основаниях или нет).

Тем не менее даже в Соединенном Королевстве имеется ряд нерешенных проблем. Кроме прочего, к ним относятся вопросы соблюдения национальных рекомендаций службами медико-санитарной помощи. В докладе от 2017 г. были отмечены большие различия в процедуре скрининга на ТБ в подразделениях Национальной службы здравоохранения по всей Англии, при этом многие из них до сих пор используют устаревшие рекомендации **(87)**. В качестве возможной причины было названо прогнозируемое значительное увеличение рабочей нагрузки в случае соблюдения новых руководящих принципов. Помимо этого, существует вероятность того, что политика



бесплатных услуг первичной медико-санитарной помощи в Англии претерпит изменения **(188)**.

> Правительство [Соединенного Королевства] рассматривало возможность введения платы за услуги первичной медико-санитарной помощи в течение ряда лет. Совсем недавно, в ходе правительственных консультаций 2015–2016 гг. по дальнейшему расширению обязанностей по оплате услуг, правительство изучило мнения заинтересованных сторон относительно взимания платы в системе первичной медико-санитарной помощи. Авторы представили результаты консультаций с подробным описанием воздействия такого шага на общественное здоровье, а также поддержали коалицию других НПО [неправительственных организаций] в реагировании на ситуацию, приводя убедительные доводы в пользу доступности первичной медико-санитарной помощи на безвозмездной основе. В начале 2017 г. правительство объявило о том, что откладывает планы по незамедлительному введению платы за услуги первичной медико-санитарной помощи.

Барьеры также сохраняются на уровне отдельно взятых людей и местных сообществ, несмотря на наличие в Соединенном Королевстве ряда законодательных механизмов защиты людей, живущих с ВИЧ, от дискриминации (включая декларацию специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по проблеме ВИЧ/СПИДа **(201)**, которая была одобрена Соединенным Королевством в 2001 г. и Закон об инвалидности и дискриминации (1995–2005 гг.) **(202)**). Так, недавнее опросное исследование, посвященное вопросам стигматизации ВИЧ-инфицированных, которое было проведено среди мигрантов в Соединенном Королевстве, показало, что большинство из них не знали о мерах политики и декларациях, направленных на их защиту как на людей, живущих с ВИЧ **(189)**. Участники опросного исследования сообщили, что они ощущали давление со стороны специалистов в этой сфере, убеждающих их раскрыть свой ВИЧ-статус. Стигматизация, которую испытывали некоторые участники опроса, в том числе стыд за жизнь с ВИЧ, заставляла их избегать обращения за получением социальных и медицинских услуг, в том числе в пункты оказания медицинской помощи и больницы. Некоторые участники сообщили о том, что подвергались дискриминации, им было отказано в медицинских и страховых услугах из-за наличия положительного ВИЧ-статуса. Они также сообщали о стигматизации и дискриминации со стороны некоторых специалистов здравоохранения и своих сообществ.

Таким образом, несмотря на некоторые успехи, в системе здравоохранения Соединенного Королевства препятствия для доступа сохраняются на всех уровнях. Необходимо сохранение политической приверженности, а для более строгого соблюдения поставщиками медицинских услуг текущей политики и создания условий для получения мигрантами доступа к услугам здравоохранения требуются дальнейшие инициативы.

В примере 5 содержится описание недавней инициативы по расширению доступа к медицинским услугам для сирийских беженцев в Турции.

Пример из практики 5. Улучшение доступности медицинских услуг для сирийских беженцев в Турции

Проведенный недавно обзор позволил обнаружить информацию о значительных усилиях, предпринятых для облегчения сирийским беженцам в Турции доступа к услугам в области репродуктивного здоровья **(190)**. Сирийцы в Турции могут получить доступ к медицинским услугам в центрах здоровья беженцев, а также в больницах. В общей сложности медицинскую помощь сирийским беженцам предоставляют 106 медицинских центров для беженцев, планируется открытие еще 178 таких центров **(191)**. Для смягчения проблемы языкового барьера была принята следующая мера: сирийские врачи и медсестры проходят обучение работе в турецкой системе здравоохранения и оказывают услуги в медицинских центрах для беженцев, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Турции в сотрудничестве с ВОЗ **(192, 203, 204)**. Хотя все медицинские услуги сирийцам, зарегистрированным в соответствующих органах Турции, предоставляются бесплатно **(193)**, официальные данные о том, сколько сирийцев не прошло регистрацию в Турции, отсутствуют. Сирийские беженцы сталкиваются с препятствиями для доступа к медицинским услугам, и поэтому использование этих услуг остается на уровне ниже желаемого **(190)**. Обзор показал, что данные о потребностях и проблемах сирийского населения в Турции быстро устаревают. Следовательно, необходим регулярный мониторинг с дополнительными имплементационными исследованиями, чтобы можно было выявлять такие препятствия и разрабатывать стратегии улучшения доступности медицинских услуг для этой группы населения, основанные на фактических данных.



2.4.2 Сбор данных о здоровье мигрантов

Настоящий обзор выявил частые призывы укрепить систему сбора данных о статусе мигрантов в системах здравоохранения по всей Европе. ВОЗ подчеркнула, что необходимо срочно включить данные о состоянии здоровья мигрантов в каждую национальную ИСЗ таким образом, чтобы гарантировать возможность их использования при планировании политики и реализации мер вмешательства и программ, учитывающих интересы беженцев и мигрантов **(185)**. Например, несмотря на наличие данных о состоянии здоровья населения в конкретной стране, дезагрегирование данных по миграционному статусу может оказаться невыполнимой задачей, и даже если данные о миграционном статусе существуют, они в настоящее время могут не иметь связи и/или не быть совмещенными с данными о состоянии здоровья. В тех странах, которые собирают данные о состоянии здоровья мигрантов, эти данные в настоящее время могут не быть репрезентативными для всех групп мигрантов. К другим препятствиям для сбора данных относятся трудность доступа к ключевым подгруппам мигрантов, недоверие, языковой барьер, чрезмерно широкий и разнообразный выбор показателей здоровья и определений понятий «здоровье» и «мигрант». Обмен данными между ведомствами также ограничен, отчасти из-за несовместимости систем программного обеспечения и правил защиты данных как на национальном, так и на региональном уровнях **(185)**.

3. ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Сильные стороны и ограничения настоящего обзора

Систематический обзор существующих мер национальной политики и руководств по оказанию беженцам и мигрантам эффективных услуг в связи с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами в государствах-членах Европейского региона ВОЗ был основан на комплексном поиске доступной литературы на английском и русском языках. Эта работа была дополнена целевым поиском соответствующих опубликованных и неопубликованных документов в русскоязычной базе данных e-library.ru, ввиду пробелов в информации по Российской Федерации, выявленных в предыдущем докладе СФДЗ ВОЗ **(116)**. Дополнительная соответствующая литература была найдена путем обращения к членам сетей ВОЗ по ТБ, ВИЧ-инфекции, гепатитам и миграции, а также в результате изучения информации на веб-сайтах министерств здравоохранения государств-членов.

Сильной стороной обзора является то, что он сосредоточен на наиболее актуальных недавних фактических данных (опубликованных с 2010 г.), поскольку эта сфера развивается относительно быстро, и разработчики политики должны обращаться к наиболее актуальными исследованиям для принятия решений на основании фактических данных. Многие документы в этом обзоре являются публикациями опросных исследований, проведенных среди специалистов здравоохранения для получения сведений о мерах текущей национальной политики и рекомендаций в отношении мигрантов; однако эти опросы охватывали лишь узкий круг государств-членов в Регионе. Даже при наличии конкретных национальных рекомендаций, например, для Италии и Соединенного Королевства, исследования обычно выявляли недостаточную осведомленность о них среди специалистов в области медицины и общественного здравоохранения.

Сложно понять, действительно ли во многих странах Региона официальная национальная политика, касающаяся проблем туберкулеза, ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита и мигрантов, полностью отсутствует, или соответствующие пробелы были выявлены из-за отсутствия доступа к соответствующим документам. Для обнаружения других потенциально значимых документов, которые позволят провести всесторонний обзор всех



соответствующих программных документов, необходимо вести дальнейший поиск на веб-сайтах министерств здравоохранения Европейского региона ВОЗ без языковых ограничений в сочетании с опросом экспертов в ключевых принимающих странах.

3.2 Национальные меры политики / руководства по предоставлению беженцам и мигрантам услуг в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами

Из 260 найденных статей лишь 15 были документами с изложением мер политики / руководящих принципов в сфере борьбы с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами у мигрантов **(47–61)**. Часть остальных работ представляла собой исследовательские статьи с оценкой национальной политики и степени ее реализации. Данные по некоторым государствам-членам, в частности по странам Восточной Европы и Центральной Азии, отсутствовали. В таблице A2 перечислены 16 потенциально значимых статей, опубликованных на языках, отличных от английского и русского. Анализ этих статей не входил в цели обзора, однако их относительно небольшое количество свидетельствует о том, что получить доступ к документам с изложением руководящих принципов оказания эффективных услуг в связи с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами для беженцев и мигрантов по многим странам Европейского региона ВОЗ – трудная задача.

ВОЗ и Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций призывают к предоставлению адресных недискриминационных услуг по охране здоровья мигрантов как в странах транзита, так и в странах назначения, в соответствии с правами человека **(39, 42)**. Тем не менее обзор выявил значительную неоднородность в реализации мер по профилактике, диагностике, лечению и уходу в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами в Европейском регионе ВОЗ. Кроме того, официальные национальные меры политики и рекомендации по туберкулезу, ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам часто не соответствуют рекомендациям ВОЗ и недоступны для мигрантов.

Рекомендации по повышению качества предоставления услуг были отмечены во многих докладах и отчетах **(116)**, однако всем странам в

Европейском регионе ВОЗ еще предстоит принять меры для их реализации. Эти рекомендации включают объединение скрининговых мероприятий и лечения туберкулеза, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов с программами скрининга беженцев и мигрантов (например, при первом контакте со службами здравоохранения для вновь прибывших мигрантов в принимающей стране). Эту работу следует проводить с учетом культурных особенностей, а ее результаты должны стать общедоступными как часть базового бесплатного пакета услуг. Кроме того, необходимо улучшить трансграничное сотрудничество для проведения скрининга на инфекции и оказания необходимой медицинской помощи на протяжении всего маршрута миграции с упором на реализацию минимального пакета мероприятий по скринингу и медицинской помощи (67). Авторы многих публикаций призывали к разработке более целостного подхода к охране здоровья мигрантов в Регионе, который бы защищал право мигрантов на здоровье и был направлен на устранение правовых, социальных и культурных барьеров для доступа к услугам здравоохранения для более эффективной борьбы с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами. Его создание требует многосекторальной работы при поддержке на всех уровнях органов власти.

3.3 Повышение качества услуг в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами для беженцев и мигрантов

Вторичной целью обзора была оценка содействующих факторов и препятствий для доступа мигрантов к услугам по лечению туберкулеза, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, а также экономической эффективности предоставляемых услуг. Поскольку стратегия поиска не была специально разработана для того, чтобы охватить все статьи, посвященные препятствиям и факторам, способствующим доступу мигрантов к услугам, а также их экономической эффективности, по этим темам проводились целевые (а не всесторонние) обзоры.

3.3.1 Факторы, облегчающие и затрудняющие доступ мигрантов к услугам здравоохранения

Был проведен тематический анализ для определения основных препятствий и содействующих факторов, действующих на макро-, мезо- и микроуровне;



большая их часть относилась ко всем четырем заболеваниям (туберкулез, ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты B и C).

На макроуровне часто подчеркивалась необходимость политической приверженности формированию и реализации национальной политики. Во многих документах отмечалась важность усовершенствования подходов к сбору данных для создания региональной базы фактических данных о туберкулезе, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитах у мигрантов с целью проведения мониторинга и оценки в рамках национальных систем здравоохранения. Защита данных и разделение систем правоприменения и здравоохранения необходимы для повышения доверия мигрантов к этим системам сбора данных **(185)**.

На мезоуровне стигматизация, связанная с диагнозом ТБ, ВИЧ-инфекции или вирусного гепатита, часто рассматривалась как препятствие для мигрантов. В статьях обсуждалась важность вовлечения затронутых сообществ, оказания поддержки со стороны близких людей и лидеров сообществ, а также распространения четких информационных сообщений по поводу охраны здоровья. Отмечалось, что доступность услуг следует обеспечивать посредством устранения финансовых барьеров, таких как предоплата, и что использование услуг следует стимулировать путем оказания медицинской помощи с учетом культурных особенностей в случае целого ряда состояний здоровья и путем применения гибких подходов для удовлетворения потребностей целевых групп населения.

На микроуровне к социокультурным факторам относятся устранение языкового барьера, предоставление соответствующих консультаций и повышение осведомленности. Мигранты могут испытывать страх и недоверие, особенно в отношении своего права оставаться в принимающей стране, и могут иметь ограниченные знания о местных службах здравоохранения и социальной помощи. В документах содержались рекомендации по привлечению мигрантов к участию в принятии решений относительно вопросов здравоохранения и оказания медицинской помощи, а также в разработке программ санитарного просвещения с целью повышения грамотности в вопросах профилактики, лечения и медицинской помощи при ТБ, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитах. Это повысит уровень знаний мигрантов, их осведомленность, в том числе об их правах и льготах, и, как следствие, приведет к более активному использованию медицинских услуг.

3.3.2 Экономическая эффективность целевых мероприятий для мигрантов

Большая часть оценок экономической эффективности целевых мероприятий для мигрантов касалась ТБ; в исследованиях, посвященных ВИЧ-инфекции и гепатитам B и C, существуют значительные пробелы, которые необходимо устранять.

Несмотря на достигнутый прогресс в оценке экономической эффективности включения скрининга на ЛТБИ в программы скрининга мигрантов и проведение целенаправленных мероприятий в этой сфере для мигрантов из стран с высокой заболеваемостью ТБ, консенсус по этим вопросам отсутствует. Пробелы в знаниях связаны с разбивкой данных об экономической эффективности по типам мигрантов, причинам миграции и таким факторам, как возраст и маршрут миграции, а также с выбором оптимального метода, времени (до или после въезда) и места проведения скрининга. По-прежнему отсутствуют данные о наиболее экономически эффективных или действенных подходах к выявлению ТБ и обеспечению непрерывного оказания медицинской помощи за пределами национальных границ. В документах рекомендуется устранять эти пробелы путем многоцентрового сбора проспективных данных о распространенности ЛТБИ среди мигрантов, а также путем оценки эффективности инструментов скрининга и результатов скрининга, полученных в разных местах.

Повышенное внимание было уделено программам скрининга перед въездом в страну назначения, особенно в странах с низким уровнем заболеваемости: этот подход считается экономически эффективным для принимающей страны, однако он нацелен лишь на конкретную подгруппу мигрантов (т. е. тех, у кого есть запланированные маршруты миграции в принимающие страны). В результате многие мигранты остаются неохваченными этими программами. Еще один важный пробел – это экономическая оценка целевых мероприятий по борьбе с множественными инфекциями у мигрантов.

3.3.3 Сбор данных о состоянии здоровья мигрантов

Осуществление рекомендации ВОЗ по включению данных о состоянии здоровья мигрантов непосредственно в национальные ИСЗ значительно упростит реализацию политики и сделает ее более устойчивой в долгосрочной перспективе, расширит доступ к данным о состоянии здоровья мигрантов и будет содействовать проведению сравнения этих данных с данными по населению принимающей страны. Альтернативный вариант – создание



отдельной системы специально для беженцев и мигрантов – сопряжено с риском снизить сопоставимость их данных с данными принимающего и прочего населения. Кроме того, такой путь, вероятно, будет более сложным с технической точки зрения, ресурсоемким и в целом нереализуемым для многих стран. Включение набора основных переменных в ИСЗ облегчит дезагрегацию содержащихся в них данных по миграционному статусу. К основным переменным относятся страна рождения, страна гражданства, год и месяц прибытия и страна рождения обоих родителей. Несмотря на наличие множества проблем, связанных с внедрением таких систем, страны могут получить техническую поддержку и консультации **(185)** для того, чтобы начать вносить эти важные изменения, устранить неравенство в сфере здравоохранения среди беженцев и мигрантов и обеспечить им такой же статус здоровья, как и другим группам населения.

Ни один источник не может предоставить все данные, необходимые для ИСЗ, не говоря уже о данных о состоянии здоровья мигрантов. Следовательно, необходимо комбинировать источники информации, что требует обеспечения сотрудничества и связи между наборами данных от разных субъектов, организаций и министерств. Также следует подумать об источниках качественных данных и их включении в системы планового сбора данных – это будет способствовать дальнейшему изучению потребностей беженцев и мигрантов в сфере здравоохранения.

В целом рекомендации по сбору и распространению данных о состоянии здоровья мигрантов сосредоточены на их целенаправленном включении в национальные ИСЗ для обеспечения устойчивости, простоты, эффективности и качества данных о состоянии здоровья мигрантов. Регулярный сбор данных о состоянии здоровья мигрантов с использованием основных переменных позволит дезагрегировать сведения по миграционному статусу, чтобы лучше понять потребности этой группы населения в области здравоохранения.

3.4 Будущие исследования

Для обеспечения государств-членов надлежащей доказательной базой для разработки эффективных мер политики и руководящих принципов, будущие исследования должны вестись по следующим направлениям:

- анализ моделей распространенности и передачи туберкулеза, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов среди мигрантов и определение порогов высокого риска развития этих заболеваний у мигрантов;

- анализ экономической эффективности с четко заданными параметрами для определения эффективных подходов к целевому скринингу с оценкой справедливости в отношении здоровья (определение процентной доли пропущенных случаев в разбивке по стратегиям воздействия на целевые группы);
- качественные исследования восприятия мигрантами доступных услуг для оценки воздействия методических рекомендаций и других национальных документов на реализацию прав мигрантов, доступность медицинской помощи и приверженность лечению;
- регулярные опросные исследования на региональном уровне для учета мер национальной политики и методических рекомендаций, а также оценки их соответствия рекомендациям ВОЗ/ECDC.

3.5 Предлагаемые к рассмотрению меры политики

Согласно результатам настоящего обзора, к основным мерам политики, позволяющим повысить качество услуг в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами для беженцев и мигрантов среди государств-членов в Европейском регионе ВОЗ, относятся:

- повышение доступности для беженцев и мигрантов информации в сети Интернет о национальных мерах политики и руководствах по диагностике, лечению, профилактике инфекционных заболеваний и оказанию медицинской помощи, в том числе представление фактических данных, использованных при их разработке;
- поддержка ВОЗ в установлении диалога с государствами-членами, чья политика не соответствует рекомендациям ВОЗ и ECDC по поводу предоставления беженцам и мигрантам услуг в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами; такой диалог необходим, чтобы выяснить причины выбора текущих мер политики и определить препятствия для их изменения;
- активизация национальных усилий по информированию населения и борьбе с дезинформацией о мигрантах, решению проблем стигматизации и дискриминации, поощрению и совершенствованию инклюзивных подходов, в том числе путем повышения грамотности в вопросах здоровья и использования рекомендаций экспертов в отношении моделей поведения;



- разработка и реализация инициатив по повышению осведомленности беженцев и мигрантов о соответствующих мерах политики и руководствах, способствующих соблюдению прав пациентов;
- укрепление систем здравоохранения посредством:
  - проведения тренингов по повышению осведомленности о здоровье мигрантов для медицинских работников с целью укрепления их приверженности национальной политике и руководящим принципам;
  - разработки инициатив по повышению качества услуг, предоставляемых беженцам и мигрантам, путем устранения барьеров для доступа и привлечения содействующих сторон;
- укрепление системы регулярного сбора данных о здоровье для повышения качества мониторинга данных о здоровье мигрантов и оптимизации стратегий целевого скрининга путем:
  - интеграции данных о здоровье мигрантов в национальные ИСЗ;
  - дезагрегирования данных о здоровье по подгруппам мигрантов с использованием рекомендованных ВОЗ основных переменных (страна рождения, страна гражданства, месяц и год прибытия и страна рождения обоих родителей), а также второго набора рекомендованных переменных, позволяющих дезагрегировать данные по подгруппам мигрантов (например, причины миграции, знание официального языка (языков) принимающей страны, опыт проживания за рубежом[6] и правовой статус);
  - введения динамической отчетности по оценкам распространенности инфекционных заболеваний в различных группах мигрантов;
- проведение комплексной оценки препятствий на пути к сохранению и улучшению здоровья (включая культурные и языковые барьеры, физические барьеры, юридические барьеры и ограничения в правах, боязнь регистрации из-за риска быть депортированным, оплату услуг из собственных средств, дискриминацию и стигматизацию, недостаточную подготовку поставщиков медицинских и социальных услуг) с привлечением групп беженцев и мигрантов.

6. То есть в стране, отличной от страны пребывания или страны происхождения.

4. ВЫВОДЫ

В настоящем докладе дается оценка мерам национальной политики и руководств, которые содержат конкретные рекомендации по оказанию эффективных услуг в связи с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами для беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Доступность в интернете информации о мерах официальной национальной политики и методических рекомендациях в отношении этих заболеваний/состояний среди мигрантов была недостаточной, что затрудняло оценку ситуации в Регионе для разработчиков политики, исследователей и других заинтересованных сторон. Так, например, даже при наличии конкретных национальных руководств в Италии и Соединенном Королевстве результаты оценки обычно выявляли недостаточную осведомленность практикующих врачей о содержании этих руководств. Всем государствам-членам в Регионе требуется повысить прозрачность и доступность отчетности о мерах национальной политики и руководствах по профилактике, диагностике, лечению и уходу в связи с ТБ, ВИЧ и вирусными гепатитами у мигрантов, и обеспечить предоставление фактических данных, которые ложатся в основу этих политических решений.

Политическое участие имеет важное значение для реформирования национального законодательства с целью обеспечить справедливый и всеобщий доступ к услугам диагностики и лечения инфекционных заболеваний, а также для смягчения социальных факторов риска как для мигрантов, так и для населения принимающих стран. В этой связи необходимо наладить диалог с государствами-членами, чья политика не соответствует рекомендациям ВОЗ и ECDC по поводу предоставления беженцам и мигрантам услуг в связи с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами; такой диалог необходим, чтобы выяснить причины выбора текущих мер политики и определить препятствия для их изменения на макроуровне.

Чтобы соответствовать рекомендациям ВОЗ/ECDC, национальные программы по борьбе с инфекционными заболеваниями должны устранить барьеры, которые препятствуют обращению к ним мигрантов и мешают внедрению мер политики в деятельность практикующих врачей. Для определения оптимальной структуры мероприятий по борьбе с ТБ, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами необходимо провести анализ их экономической эффективности.



БИБЛИОГРАФИЯ

1. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014 (https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/assessing-burden-key-infectious-diseases-affecting-migrant-populations-eueea, accessed on 15 September 2021).

2. Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/345419, accessed on 15 September 2021).

3. Tankimovich M. Barriers to and interventions for improved tuberculosis detection and treatment among homeless and immigrant populations: a literature review. J Community Health Nurs. 2013;30(2):83–95. doi: https://doi.org/10.1080/07370016.2013.778723.

4. Semenza JC, Carrillo-Santisteve P, Zeller H, Sandgren A, van der Werf MJ, Severi E et al. Public health needs of migrants, refugees and asylum seekers in Europe, 2015: infectious disease aspects. Eur J Public Health. 2016;26(3):372–3. doi: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw023.

5. Migration and health: a complex relation [редакционная статья]. Lancet. 2006;368:1039. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69423-3.

6. Ikram UZ, Mackenbach JP, Harding S, Rey G, Bhopal RS, Regidor E et al. All-cause and cause-specific mortality of different migrant populations in Europe. Eur J Epidemiol. 2016;31(7):655–65. doi: https://doi.org/10.1007/s10654-015-0083-9.

7. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/274453, accessed on 15 September 2021).

8. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2021: 2019 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2021-2019-data, accessed on 13 July 2021).

9. Seedat F, Hargreaves S, Nellums LB, Ouyang J, Brown M, Friedland JS. How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review. Lancet Infect Dis. 2018;18(9):e259–71. doi: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30117-8.

10. Hollo V, Kotila SM, Ködmön C, Zucs P, van der Werf MJ. The effect of migration within the European Union/European Economic Area on the distribution of tuberculosis, 2007 to 2013. Euro Surveill. 2016;21(12):30171. doi: https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.12.30171.

11. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, 2017. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017 (https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2017, accessed on 15 September 2021).

12. Choudhury IW, West CR, Ormerod LP. The outcome of a cohort of tuberculin-positive predominantly South Asian new entrants aged 16–34 to the UK: Blackburn 1989–2001. J Public Health. 2014;36(3):390–5. doi: https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt110.

13. Pareek M, Greenaway C, Noori T, Munoz J, Zenner D. The impact of migration on tuberculosis epidemiology and control in high-income countries: a review. BMC Med. 2016;14(1):48. doi: https://doi.org/10.1186/s12916-016-0595-5.

14. Love J, Sonnenberg P, Glynn JR, Gibson A, Gopaul K, Fang Z et al. Molecular epidemiology of tuberculosis in England, 1998. Int J Tuberc Lung Dis. 2009;13(2):201–7. PMID: 19146748.

15. Hargreaves S, Lönnroth K, Nellums LB, Olaru ID, Nathavitharana RR, Norredam M et al. Multidrug-resistant tuberculosis and migration to Europe. Clin Microbiol Infect. 2017;23(3):141–6. doi: https://doi.org/10.1016/j.cmi.2016.09.009.

16. Tavares AM, Fronteira I, Couto I, Machado D, Viveiros M, Abecasis AB et al. HIV and tuberculosis co-infection among migrants in Europe: a systematic review on the prevalence, incidence and mortality. PLOS One. 2017;12(9): e0185526. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185526.

17. Nellums LB, Rustage K, Hargreaves S, Friedland JS. Multidrug-resistant tuberculosis treatment adherence in migrants: a systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2018;16(1):27. doi: https://doi.org/10.1186/s12916-017-1001-7.

18. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017: 2016 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017 (https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2017-2016-data, accessed on 15 September 2021).

19. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2020 (2019 data). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2020-2019-data, accessed on 15 September 2021).

20. Salama P, Dondero TJ. HIV surveillance in complex emergencies. AIDS. 2001;15(suppl 3):S4–12. doi: https://doi.org/10.1097/00002030-200104003-00002.

21. Pottie K, Medu O, Welch V, Dahal GP, Tyndall M, Rader T et al. Effect of rapid HIV testing on HIV incidence and services in populations at high risk for HIV



exposure: an equity-focused systematic review. BMJ Open. 2014;4(12):e006859. doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006859.

22. Rice BD, Elford J, Yin Z, Delpech VC. A new method to assign country of HIV infection among heterosexuals born abroad and diagnosed with HIV. AIDS. 2012;26(15):1961–6. doi: https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283578b80.

23. Alvarez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte AF et al. High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. AIDS. 2017;31(14):1979–88. doi: https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001571.

24. Lewis NM, Wilson K. HIV risk behaviours among immigrant and ethnic minority gay and bisexual men in North America and Europe: a systematic review. Soc Sci Med. 2017;179:115–28. doi: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.033.

25. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Berg RC, Fernández-Dávila P, Mirandola M, Marcus U et al. Anti-LGBT and anti-immigrant structural stigma: an intersectional analysis of sexual minority men's HIV risk when migrating to or within Europe. J Acquir Immune Defic Syndr. 2017;76(4):356–66. doi: https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001519.

26. Quinn K, Dickson-Gomez J. Homonegativity, religiosity, and the intersecting identities of young black men who have sex with men. AIDS Behav. 2016;20(1):51–64. doi: https://doi.org/10.1007/s10461-015-1200-1.

27. Franco E, Bagnato B, Marino MG, Meleleo C, Serino L, Zaratti L. Hepatitis B: epidemiology and prevention in developing countries. World J Hepatol. 2012;4(3):74–80. doi: https://doi.org/10.4254/wjh.v4.i3.74.

28. Rossi C, Shrier I, Marshall L, Cnossen S, Schwartzman K, Klein MB et al. Seroprevalence of chronic hepatitis B virus infection and prior immunity in immigrants and refugees: a systematic review and meta-analysis. PLOS One. 2012;7(9):e44611. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044611.

29. Falla AM, Ahmad AA, Duffell E, Noori T, Veldhuijzen IK. Estimating the scale of chronic hepatitis C virus infection in the EU/EEA: a focus on migrants from anti-HCV endemic countries. BMC Infect Dis. 2018;18(1):42. doi: https://doi.org/10.1186/s12879-017-2908-5.

30. Epidemiological assessment of hepatitis B and C among migrants in the EU/EEA. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2016 (https://www.ECDC.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/epidemiological-assessment-hepatitis-B-and-C-among-migrants-EU-EEA.pdf, accessed on 15 September 2021).

31. Napoli C, Dente MG, Karki T, Riccardo F, Rossi P, Declich S et al. Screening for infectious diseases among newly arrived migrants: experiences and practices in non-EU countries of the Mediterranean Basin and Black Sea. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(12):15550–8. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph121215002.

32. Klinkenberg E, Manissero D, Semenza JC, Verver S. Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations. Eur Respir J. 2009;34(5):1180–9. doi: https://doi.org/10.1183/09031936.00038009.

33. International migration report 2013. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2013 (https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/migrationreport2013/Full_Document_final.pdf, accessed on 15 September 2021).

34. World migration report 2018. Geneva: International Organization for Migration; 2018 (https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2018, accessed on 15 September 2021).

35. International Migrant Stock 2020 [веб-сайт]. New York: United Nations Population Division; 2020 (https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock, accessed on 15 September 2021).

36. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. PLOS Med. 2011;8(5):e1001034. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034.

37. Hannigan A, O'Donnell P, O'Keeffe M, MacFarlane A. How do variations in definitions of "migrant" and their application influence the access of migrants to health care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 46; https://apps.who.int/iris/handle/10665/326307, accessed on 15 September 2021).

38. Key migration terms [веб-сайт]. Geneva: International Organization for Migration; 2021 (https://www.iom.int/key-migration-terms, accessed on 15 September 2021).

39. General Assembly adopts Declaration for Refugees and Migrants, as United Nations, International Organization for Migration sign key agreement. 19 September 2016. New York: United Nations; 2016 (пресс-релиз; https://www.un.org/press/en/2016/ga11820.doc.htm, accessed on 10 May 2021).

40. Содействие укреплению здоровья беженцев и мигрантов. Проект системы приоритетов и руководящих принципов, способствующих укреплению здоровья беженцев и мигрантов. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274832/A70_24-ru.pdf#page=16, по состоянию на 3 февраля 2022 г).

41. План действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. Европейский региональный комитет, шестьдесят пятая сессия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (EUR/RC65/17 Rev.1; https://apps.who.int/iris/handle/10665/337754, по состоянию на 03 февраля 2022 г.).



42. Action plan for the health sector response to HIV in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329423, accessed on 15 September 2021).

43. План действий сектора здравоохранения по борьбе с вирусными гепатитами в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/342529, по состоянию на 03 февраля 2022 г.).

44. Vovc E. Essential HIV care package for migrants: central Asia [презентация]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (https://programme.aids2018.org/PAGMaterial/PPT/7107_5321/EVovc%20Essential%20HIV%20Package%20of%20Services_CARs%20nn.pptx, accessed on 15 September 2021).

45. Barbosa I, Dara M, Kazatchkine M, Vovc E. Essential HIV care package for migrants in central Asia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.

46. Общая позиция Организации Объединенных Наций в отношении ликвидации ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов посредством межсекторального сотрудничества. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/342562, по состоянию на 03 февраля 2022 г.).

47. Нечаева О. Б., под ред. Рабочей группы высокого уровня по туберкулезу в Российской Федерации. Рекомендации по вопросам контроля за туберкулезом среди мигрантов. Москва: Издательство «Триада»; 2015.

48. Tuberculosis (TB): migrant health guide [веб-сайт]. London: Public Health England; 2021 (https://www.gov.uk/guidance/tuberculosis-tb-migrant-health-guide, accessed on 15 September 2021).

49. Tuberculosis: information for prison and immigration removal centre staff [веб-сайт]. London: Public Health England; 2021 (https://www.gov.uk/government/publications/tuberculosis-tb-information-for-discipline-and-wing-staff, accessed on 15 September 2021).

50. Ritz N, Brinkmann F, Feiterna-Sperling C, Hauer B, Haas W. Tuberculosis screening for children and adolescents <15 years seeking asylum in Germany: statement of the working group for AWMF guideline on tuberculosis in childhood and adolescence: diagnostics, prevention, and treatment, under the leadership of The German Society for Paediatric Infectiology. Monatsschr Kinderheilkd. 2015;163(12):1287–92. doi: https://doi.org/10.1007/s00112-015-0007-5.

51. de Vries G, van Hest R, Bakker M, Erkens C, van den Hof S, Meijer W et al. Policy and practice of programmatic management of latent tuberculosis infection in the Netherlands. J Clin Tuberc Other Mycobact Dis. 2017;7:40–8. doi: https://doi.org/10.1016/j.jctube.2017.02.002.

52. Van Der Valk P, Van Crevel R, Steenwinkel JJ, Bakker M, Vonkeman H, Van Hest R. New guidelines for screening for tuberculosis and latent tuberculosis infection pre-immunosuppressive therapy in the Netherlands: a targeted and stratified approach. Eur Respir J. 2019;54(suppl 63):PA557. doi: https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2019.PA557.

53. Wyndham-Thomas C, Dirix V, Goffard JC, Henrard S, Wanlin M, Callens S et al. 2018 Belgian guidelines for the screening for latent tuberculosis in HIV-infected patients. Acta Clin Belg. 2019;74(4):242–51. doi: https://doi.org/10.1080/17843286.2018.1494669.

54. HIV: migrant health guide [веб-сайт]. London: Public Health England; 2021 (https://www.gov.uk/guidance/hiv-migrant-health-guide, accessed on 15 September 2021).

55. Sexually transmitted infections (STIs): migrant health guide [веб-сайт]. London: Public Health England; 2021 (https://www.gov.uk/guidance/sexually-transmitted-infections-stis-migrant-health-guide, accessed on 15 September 2021).

56. Health matters: increasing the uptake of HIV testing [веб-сайт]. London: Public Health England; 2016 (https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-increasing-the-uptake-of-hiv-testing, accessed on 15 September 2021).

57. Hepatitis B: migrant health guide [веб-сайт]. London: Public Health England; 2021 (https://www.gov.uk/guidance/hepatitis-b-migrant-health-guide, accessed on 15 September 2021).

58. Hepatitis C: migrant health guide [веб-сайт]. London: Public Health England; 2021 (https://www.gov.uk/guidance/hepatitis-c-migrant-health-guide, accessed on 15 September 2021).

59. Almasio PL, Babudieri S, Barbarini G, Brunetto M, Conte D, Dentico P et al. Recommendations for the prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis b and c in special population groups (migrants, intravenous drug users and prison inmates). Dig Liver Dis. 2011;43(8):589–95. doi: https://doi.org/10.1016/j.dld.2010.12.004.

60. Tosti ME, Marceca M, Eugeni E, D'Angelo F, Geraci S, Declich S et al. Health assessment for migrants and asylum seekers upon arrival and while hosted in reception centres: Italian guidelines. Health Policy. 2021;125(3):393–405. doi: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.010.

61. Immunisation information for migrants. London: Public Health England; 2021 (https://www.gov.uk/government/publications/immunisation-information-for-migrants, accessed on 15 September 2021).

62. Sulis G, Roggi A, Matteelli A, Raviglione MC. Tuberculosis: epidemiology and control. Mediterr J Hematol Infect Dis. 2014;6(1):e2014070. doi: https://doi.org/10.4084/MJHID.2014.070.



63. Дорожная карта по реализации плана действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. На пути к ликвидации туберкулеза и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ;2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329487, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

64. Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, D'Ambrosio L, de Vries G, Diel R et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. Eur Respir J. 2015;45(4):928–52. doi: https://doi.org/10.1183/09031936.00214014.

65. Interventions in vulnerable groups are the key to eliminating tuberculosis in Europe. In: TB policy briefing design. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2016 (аналитическая записка; https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/tb-policy-briefing-design-zip-file, accessed on 15 September 2021).

66. The Dublin regulation: ten recommendations for reform. European Council on Refugees and Exiles; 2007 (AD1/3/2007/Ext/CN; https://www.refworld.org/docid/4603b9b62.html, accessed on 12 May 2021).

67. Dara M, de Colombani P, Petrova-Benedict R, Centis R, Zellweger JP, Sandgren A et al. Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European region: a Wolfheze consensus statement. Eur Respir J. 2012;40(5):1081–90. doi: https://doi.org/10.1183/09031936.00053012.

68. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/84971, accessed on 15 September 2021).

69. Getahun H, Matteelli A, Abubakar I, Abdel Aziz M, Baddeley A, Barreira D et al. Management of latent *Mycobacterium tuberculosis* infection: WHO guidelines for low tuberculosis burden countries. Eur Respir J. 2015;46(6):1563–76. doi: https://doi.org/10.1183/13993003.01245-2015.

70. Migration, tuberculosis and the law: an urgent need for a rights-based approach. Washington (DC): O'Neill Institute for National and Global Health Law; 2018 (https://oneill.law.georgetown.edu/wp-content/uploads/2018/09/Migration-Tuberculosis-and-the-Law-An-Urgent-Need-for-a-Rights-Based-Approach.pdf, accessed on 21 July 2021).

71. Руководство по соблюдению этических принципов при реализации Стратегии по ликвидации ТБ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331604, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

72. Dara M, Solovic I, Sotgiu G, D'Ambrosio L, Centis R, Tran R et al. Tuberculosis care among refugees arriving in Europe: a ERS/WHO Europe Region survey of current practices. Eur Respir J. 2016;48(3):808–17. doi: https://doi.org/10.1183/13993003.00840-2016.

73. TB strategy toolkit: supporting the development and strengthening of national TB plans in European Union and European Economic Area member states. London: Public Health England; 2019 (https://edetecttb.files.wordpress.com/2019/06/e-detect-tb-strategy-toolkit_final.pdf, accessed on 15 September 2021).

74. Lalvani A, Pareek M. Immigrant screening for TB: a missed opportunity to improve TB control in the United Kingdom. Pathog Glob Health. 2012;106(1):5–7. doi: https://doi.org/10.1179/204777312X13305103762501.

75. Bozorgmehr K, Razum O, Saure D, Joggerst B, Szecsenyi J, Stock C. Yield of active screening for tuberculosis among asylum seekers in Germany: a systematic review and meta-analysis. Euro Surveill. 2017;22(12):30491. doi: https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.12.30491.

76. Collin SM, de Vries G, Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, Anderson SR et al. Tuberculosis in the European Union and European Economic Area: a survey of national tuberculosis programmes. Eur Respir J. 2018;52(6):1801449. doi: https://doi.org/10.1183/13993003.01449-2018.

77. Weigl JAI. Open flanks in the management of tuberculosis in Germany under the pressure of migration. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2020;39(4):741–7. doi: https://doi.org/10.1007/s10096-019-03791-w.

78. Bragazzi NL, Martini M, Mahroum N. Social determinants, ethical issues and future challenge of tuberculosis in a pluralistic society: the example of Israel. J Prev Med Hyg. 2020;61(suppl 1):E24–7. doi: https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.1s1.1443.

79. Nordstoga I, Drage M, Steen TW, Winje BA. Wanting to or having to: a qualitative study of experiences and attitudes towards migrant screening for tuberculosis in Norway. BMC Public Health. 2019;19(1):796. doi: https://doi.org/10.1186/s12889-019-7128-z.

80. Berrocal-Almanza LC, Botticello J, Piotrowski H, Karnani N, Kon O-M, Lalvani A et al. Engaging with civil society to improve access to LTBI screening for new migrants in England: a qualitative study. Int J Tuberc Lung Dis. 2019;23(5):563–70. doi: https://doi.org/10.5588/ijtld.18.0230.

81. Kehr J. Blind spots and adverse conditions of care: screening migrants for tuberculosis in France and Germany. Sociol Health Illn. 2012;34(2):251–65. doi: https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01415.x.

82. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018 (https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-screening-and-vaccination-infectious-diseases-newly, accessed on 15 September 2021).



83. Kunst H, Burman M, Arnesen TM, Fiebig L, Hergens M-P, Kalkouni O et al. Tuberculosis and latent tuberculous infection screening of migrants in Europe: comparative analysis of policies, surveillance systems and results. Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21(8):840–51. doi: https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0036.

84. Garner-Purkis A, Hine P, Gamage A, Perera S, Gulliford MC. Tuberculosis screening for prospective migrants to high-income countries: systematic review of policies. Public Health. 2019;168:142–7. doi: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.12.016.

85. Burman M, Rahman A, Bothamley G, Lange C, Kunst H. From policy to practice in Europe: a TBNET survey on the delivery of LTBI screening and treatment amongst migrants. Eur Respir J. 2018;52:PA3867. doi: https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2018.PA3867.

86. Pareek M, Abubakar I, White PJ, Garnett GP, Lalvani A. UK immigrant screening is inversely related to regional tuberculosis burden. Thorax. 2011;66(11):1010. doi: https://doi.org/10.1136/thx.2010.152280.

87. Craig C, Cade R, Ahmed R. Are TB services in England adhering to new NICE guidelines on screening for latent TB? Eur Respir J. 2017;50:PA2689. doi: https://doi.org/10.1183/1393003.congress-2017.PA2689.

88. Dara M, Sulis G, Centis R, D'Ambrosio L, De Vries G, Douglas P et al. Cross-border collaboration for improved tuberculosis prevention & care: Policies, tools & experiences. Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21(7):727–36. doi: https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0940.

89. Tuberculosis screening [веб-сайт]. London: Public Health England; 2018 (https://www.gov.uk/guidance/tuberculosis-screening, accessed on 15 September 2021).

90. Pareek M, Eborall HC, Wobi F, Ellis KS, Kontopantelis E, Zhang F et al. Community-based testing of migrants for infectious diseases (COMBAT-ID): impact, acceptability and cost–effectiveness of identifying infectious diseases among migrants in primary care: protocol for an interrupted time-series, qualitative and health economic analysis. BMJ Open. 2019;9(3):e029188. doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029188.

91. Ильченко АД. Мигранты в Москве и инфекционная безопасность по туберкулезу: стратегии, инструменты, результаты. Материалы конференции Ассамблея «Здоровье Москвы». Московская медицина. 2017; S2:61–2.

92. Bakunina N, Gil A, Polushkin V, Sergeev B, Flores M, Toskin I et al. Health of refugees and migrants from former Soviet Union countries in the Russian Federation: a narrative review. Int J Equity Health. 2020;19(1):180. doi: https://doi.org/10.1186/s12939-020-01279-0.

93. Kashnitsky D, Demintseva E. "Kyrgyz Clinics" in Moscow: medical centers for central Asian migrants. Med Anthropol. 2018;37(5):401–11. doi: https://doi.org/10.1080/01459740.2017.1417280.

94. Кочкин Е.В., Рочева А.Л., Варшавер Е.А. Этнический рынок сферы услуг Москвы на примере киргизских коммерческих организаций. Маркетинг услуг. 2014;4:269–84.

95. Zammarchi L, Casadei G, Strohmeyer M, Bartalesi F, Liendo C, Matteelli A et al. A scoping review of cost–effectiveness of screening and treatment for latent tubercolosis infection in migrants from high-incidence countries. BMC Health Serv Res. 2015;15:412. doi: https://doi.org/10.1186/s12913-015-1045-3.

96. Hardy AB, Varma R, Collyns T, Moffitt SJ, Mullarkey C, Watson JP. Cost–effectiveness of the NICE guidelines for screening for latent tuberculosis infection: the QuantiFERON-TB Gold IGRA alone is more cost-effective for immigrants from high burden countries. Thorax. 2010;65(2):178–80. doi: https://doi.org/10.1136/thx.2009.119677.

97. Pareek M, Baussano I, Abubakar I, Dye C, Lalvani A. Evaluation of immigrant tuberculosis screening in industrialized countries. Emerg Infect Dis. 2012;18(9):1422–9. doi: https://doi.org/10.3201/eid1809.120128.

98. Pareek M, Watson JP, Ormerod LP, Kon OM, Woltmann G, White PJ et al. Screening of immigrants in the UK for imported latent tuberculosis: a multicentre cohort study and cost–effectiveness analysis. Lancet Infect Dis. 2011;11(6): 435-44. doi: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70069-X.

99. Haukaas FS, Arnesen TM, Winje BA, Aas E. Immigrant screening for latent tuberculosis in Norway: a cost–effectiveness analysis. Eur J Health Econ. 2017;18(4):405–15. doi: https://doi.org/10.1007/s10198-016-0779-0.

100. Programmatic management of latent tuberculosis infection in the European Union. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018:49 (https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/programmatic-management-latent-tuberculosis-infection-european-union, accessed on 15 September 2021).

101. Campbell JR, Sasitharan T, Marra F. A systematic review of studies evaluating the cost utility of screening high-risk populations for latent tuberculosis infection. Appl Health Econ Health Policy. 2015;13(4):325–40. doi: https://doi.org/10.1007/s40258-015-0183-4.

102. Auguste P, Tsertsvadze A, Pink J, Court R, Seedat F, Gurung T et al. Accurate diagnosis of latent tuberculosis in children, people who are immunocompromised or at risk from immunosuppression and recent arrivals from countries with a high incidence of tuberculosis: systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2016;20(38):1–678. doi: https://doi.org/10.3310/hta20380.

103. Abubakar I, Stagg HR, Cohen T, Mangtani P, Rodrigues LC, Pimpin L et al. Controversies and unresolved issues in tuberculosis prevention and control: a low-burden-country perspective. The J Infect Dis. 2012;205(suppl 2):S293–300. doi: https://doi.org/10.1093/infdis/jir886



104. Nienhaus A, Schablon A, Costa JT, Diel R. Systematic review of cost and cost–effectiveness of different TB-screening strategies. BMC Health Serv Res. 2011;11:247. doi: https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-247.

105. Cost–effectiveness analysis of programmatic screening for latent tuberculosis infection in the EU/EEA. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018 (ECDC технический доклад; https://www.ECDC.europa.eu/sites/default/files/documents/LTBI%20cost-effectiveness%20report.pdf, accessed on 17 April 2021).

106. Ormerod LP. Further evidence supporting programmatic screening for, and treatment of latent TB Infection (LTBI) in new entrants to the UK from high TB prevalence countries. Thorax. 2013;68(3):201. doi: https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2012-202184.

107. Dasgupta K, Menzies D. Cost–effectiveness of tuberculosis control strategies among immigrants and refugees. Eur Respir J. 2005;25(6):1107–16. doi: https://doi.org/10.1183/09031936.05.00074004.

108. Lowenthal P, Westenhouse J, Moore M, Posey DL, Watt JP, Flood J. Reduced importation of tuberculosis after the implementation of an enhanced pre-immigration screening protocol. Int J Tuberc Lung Dis. 2011;15(6):761–6. doi: https://doi.org/10.5588/ijtld.10.0370.

109. Smit GS, Apers L, Arrazola de Onate W, Beutels P, Dorny P, Forier AM et al. Cost–effectiveness of screening for active cases of tuberculosis in Flanders, Belgium. Bull World Health Organ. 2017;95(1):27–35. doi: https://doi.org/10.2471/BLT.16.169383.

110. Bothamley GH, Ditiu L, Migliori GB, Lange C, TBNET contributors. Active case finding of tuberculosis in Europe: a Tuberculosis Network European Trials Group (TBNET) survey. Eur Respir J. 2008;32(4):1023–30. doi: https://doi.org/10.1183/09031936.00011708.

111. Coker R, Bell A, Pitman R, Zellweger JP, Heldal E, Hayward A et al. Tuberculosis screening in migrants in selected European countries shows wide disparities. Eur Respir J. 2006;27(4):801–7. doi: https://doi.org/10.1183/09031936.06.00104305.

112. Tuberculosis. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2019 (NICE guideline NG33; https://www.nice.org.uk/guidance/ng33, accessed on 15 September 2021).

113. Van't Hoog AH, Onozaki I, Lonnroth K. Choosing algorithms for TB screening: a modelling study to compare yield, predictive value and diagnostic burden. BMC Infect Dis. 2014;14:532. doi: https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-532.

114. Kranzer K, Afnan-Holmes H, Tomlin K, Golub JE, Shapiro AE, Schaap A et al. The benefits to communities and individuals of screening for active tuberculosis disease: a systematic review. Int J Tuberc Lung Dis. 2013;17(4):432–46. doi: https://doi.org/10.5588/ijtld.12.0743.

115. van der Werf MJ, Lönnroth K. Pre-entry, post-entry, or no tuberculosis screening? Lancet Infect Dis. 2014;14(12):1171–2. doi: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70998-3.

116. Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, Powis J, Milburn J, Severoni S et al. What constitutes an effective and efficient package of services for the prevention, diagnosis, treatment and care of tuberculosis among refugees and migrants in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 56; https://apps.who.int/iris/handle/10665/326256, accessed on 15 September 2021).

117. Legido-Quigley H, Pajin L, Fanjul G, Urdaneta E, McKee M. Spain shows that a humane response to migrant health is possible in Europe. Lancet Public Health 2018;3(8):e358. doi: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30133-6.

118. McNerney R, Ferrara G, O'Grady J, Maeurer M, Zumla A. Screening of immigrants in the UK for latent tuberculosis. Expert Rev Respir Med. 2011;5(4):483–6. doi: https://doi.org/10.1586/ers.11.45.

119. SAGE Working Group on BCG Vaccines, WHO Secretariat. Report on BCG vaccine use for protection against mycobacterial infections including tuberculosis, leprosy, and other nontuberculous mycobacteria (NTM) infections. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2017/october/1_BCG_report_revised_version_online.pdf, accessed on 17 April 2021).

120. Hersh AL, Tala-Heikkila M, Tala E, Tosteson AN, Fordham von Reyn C. A cost–effectiveness analysis of universal versus selective immunization with *Mycobacterium bovis* bacille Calmette-Guerin in Finland. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(1):22–9. PMID: 12701831.

121. Altes HK, Dijkstra F, Lugner A, Cobelens F, Wallinga J. Targeted BCG vaccination against severe tuberculosis in low-prevalence settings: epidemiologic and economic assessment. Epidemiology. 2009;20(4):562–8. doi: https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e31819e3c1a.

122. Bellini I, Nastasi A, Boccalini S. Clinical and economic impact of a specific BCG vaccination program implemented in Prato, central Italy, involving foreign newborns on hospitalizations. Hum Vaccin Immunother. 2016;12(9):2383–90. doi: https://doi.org/10.1080/21645515.2016.1182274.

123. Usher C, Adams R, Schmitz S, Kieran J, O'Flanagan D, O'Donnell J et al. Evaluating the neonatal BCG vaccination programme in Ireland. Arch Public Health. 2016;74:28. doi: https://doi.org/10.1186/s13690-016-0141-0.

124. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 г. (резолюция Генеральной Ассамблеи A/RES/70/1; https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_ru.pdf, по состоянию на 24 февраля 2022).

125. Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 г. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2015 (https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report, по состоянию на 24 февраля 2022).



126. Global AIDS strategy 2021–2026. End equalities. End AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2021 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy, accessed on 15 September 2021).

127. Совещание высокого уровня Организации Объединенных Наций по СПИДу завершилось принятием смелой политической декларации и новых амбициозных целей, которые должны быть достигнуты к 2025 г. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2021 (Пресс-релиз; https://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2021/june/20210614_PR_HLM_closes, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

128. Новое глобальное обязательство покончить с неравенством, с которым сталкиваются сообщества и люди, затронутые ВИЧ, для прекращения эпидемии СПИДа. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2021 (Пресс-релиз; https://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2021/june/20210608_hlm-opens, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

129. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения. Второе издание (2016 г.). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/343998, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

130. HIV and laws and policies in Europe: monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017 (ECDC Evidence brief; https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/evidence-brief-hiv-and-laws-and-policies-europe, accessed on 15 September 2021).

131. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа за 2010 год. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2010 г. (https://www.unaids.org/globalreport/Global_report_ru.htm, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

132. Lazarus JV, Curth N, Weait M, Matic S. HIV-related restrictions on entry, residence and stay in the WHO European Region: a survey. J Int AIDS Soc. 2010;13(101478566):2. doi: https://doi.org/10.1186/1758-2652-13-2.

133. Loos J, Nostlinger C, Reyniers T, Colebunders R, Jespers V, Manirankunda L et al. PrEP for African migrants in Europe? A research agenda. Lancet HIV. 2016;3(11):e505–7. doi: https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30173-4.

134. Technical mission: HIV in Cyprus. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 (доклад по итогам миссии; https://www.ECDC.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/hiv-cyprus-2014.pdf, accessed on 15 September 2021).

135. Brady M, Shanley A, Hurley C, O'Donnell K, O'Tuathail M, Fitzgerald M et al. Establishment of a national surveillance system to monitor community HIV testing, Ireland, 2018. Ir J Med Sci. 2020;189(4):1507–14. doi: https://doi.org/10.1007/s11845-020-02217-3.

136. Chemtob D, Rich R, Harel N, Averick N, Schwartzberg E, Yust I et al. Ensuring HIV care to undocumented migrants in Israel: a public-private partnership case study. Isr J Health Policy Res. 2019;8(1):80. doi: https://doi.org/10.1186/s13584-019-0350-4.

137. Camoni LR, Raimundo M, Regine V, Salfa MC, Suligo B. Incidence of newly HIV diagnosed cases among foreign migrants in Italy: 2006–2013. J AIDS Clin Res. 2015;6:6. doi: https://doi.org/10.4172/2155-6113.1000470.

138. О легализации мигрантов с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации. В: Новости [веб-сайт]. Региональная экспертная группа (РЭГ) по здоровью мигрантов; 2020 (http://migrationhealth.group/909-2/, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

139. "Migration and vulnerability factors" framework. Berne: Swiss Federal Office of Public Health; 2020 (https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/zielgruppe-mit-erhoehtem-expositionsrisiko-achse2/rahmenkonzept-migration-und-vulnerabilitaetsfaktoren.html, accessed on 15 September 2021).

140. HIV testing: monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2018 progress report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019 (технический доклад; https://www.ECDC.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV-testing-dublin-declaration-monitoring-2018.pdf, accessed on 10 May 2021).

141. Continuum of HIV care: monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2018 progress report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019 (специальный доклад ECDC; https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/continuum-hiv-care-monitoring-implementation-dublin-declaration-2018-progress, accessed on 15 September 2021).

142. Alvarez-del Arco D, Monge S, Caro-Murillo AM, Ramírez-Rubio O, Azcoaga-Lorenzo A, Belza MJ et al. HIV testing policies for migrants and ethnic minorities in EU/EFTA Member States. Eur J Public Health. 2014;24(1):139–44. doi: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt108.

143. Austin T, Traversy GP, Ha S, Timmerman K. Canadian and international recommendations on the frequency of HIV screening and testing: a systematic review. Can Commun Dis Rep. 2016;42(8):161–8. doi: https://doi.org/10.14745/ccdr.v42i08a03.

144. International Labour Conference: presentation of the recommendation on HIV and AIDS [веб-сайт]. London: Public Health England; 2011 (https://www.gov.uk/



government/publications/international-labour-conference-presentation-of-the-recommendation-on-hiv-and-aids, accessed on 15 September 2021).

145. Sexual health and crisis pregnancy programme: annual report 2019. Dublin: Health Service Executive; 2019 (https://sexualwellbeing.ie/about/corporate-publications/hse-health-and-crisis-pregnancy-1.pdf, accessed on 15 September 2021).

146. Migration and migrant population statistics: 2019. Luxembourg City: Eurostat; 2021 (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics, accessed on 15 September 2021).

147. Kashnitsky D. The Russian HIV residence ban and state control of migration. J Public Health Policy. 2020;41(4):453–63. doi: https://doi.org/10.1057/s41271-020-00242-1.

148. Въезд запрещен — Связанные с ВИЧ ограничения на поездки. Женева: Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; 2019 (Пояснительный материал ЮНЭЙДС; https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2019/hiv-related-travel-restrictions-explainer, по состоянию на 23 февраля 2022 г.).

149. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2016 (Резолюция Генеральной Ассамблеи A/RES/70/266; https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

150. Демихова О., Нечаева О. Вопросы доступа мигрантов к мероприятиям по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Аналитический обзор. Москва: Общества Креста и Красного Полумесяца, Российский Красный Крест; 2016 (https://mednet.ru/images/stories/files/CMT/migranty.pdf, по состоянию на 14 февраля 2022).

151. Организация комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов среди трудовых мигрантов. Москва: Открытый Институт Здоровья; 2009.

152. Методические рекомендации «Разработка типовой межведомственной программы по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения». Утв. Профильной комиссией Министерства здравоохранения Российской Федерации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции (Протокол No. 3 от 21.09.2018г.). Москва; Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2018.

153. Demintseva E, Kashnitsky D. Contextualizing migrants' strategies of seeking medical care in Russia. Int Migr. 2016;54(5):29–42. doi: https://doi.org/10.1111/imig.12247.

154. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/345463, accessed on 13 October 2021).

155. Расширение тестирования и консультирования на ВИЧ как обязательный компонент мероприятий по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ. Основы политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/353067, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

156. Pottie K, Lotfi T, Kilzar L, Howeiss P, Rizk N, Akl EA et al. The effectiveness and cost–effectiveness of screening for HIV in migrants in the EU/EEA: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(8):1700. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph15081700.

157. Коренев Д. Сколько стоит лечение ВИЧ-положительных иностранных мигрантов в России? Региональная экспертная группа по здоровью мигрантов; 7 апреля 2021 г. (Пресс-релиз; http://migrationhealth.group/vich-infektsiya-v-rossii-kak-predostavlenie-meduslug-migrantam/, по состоянию на 14 февраля 2022 г.).

158. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту на 2016–2021 гг.: на пути к ликвидации вирусного гепатита. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250042/WHO-HIV-2016.06-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

159. Европейский план действий в отношении вакцин, 2015–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/340401, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

160. Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2010 (https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/hepatitis-b-and-c-eu-neighbourhood-prevalence-burden-disease-and-screening, accessed on 15 September 2021).

161. Santilli C. Medical care, screening and regularization of sub-Saharan irregular migrants affected by hepatitis B in France and Italy. J Immigr Minor Health. 2018;20(3):668–73. doi: https://doi.org/10.1007/s10903-017-0585-5.

162. Levi M, Bonanni P, Falla A, Veldhuijzen I, Ahmad A, Bechini A. 970. Awareness of hepatitis B and C screening and patient management guidelines among health professionals in six European countries. J Hepatol. 2013;58:S399–400 (conference poster). doi: https://doi.org/10.1016/S0168-8278(13)60972-1.

163. Tucker JD, Meyers K, Best J, Kaplan K, Pendse R, Fenton KA et al. The HepTestContest: a global innovation contest to identify approaches to hepatitis B and C testing. BMC Infect Dis. 2017;17(suppl 1):701. doi: https://doi.org/10.1186/s12879-017-2771-4.



164. Руководство по тестированию на гепатиты B и C. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260130/9789244549988-rus.pdf, по состоянию на 14 февраля 2022).

165. Thijssen M, Lemey P, Amini-Bavil-Olyaee S, Dellicour S, Alavian SM, Tacke F et al. Mass migration to Europe: an opportunity for elimination of hepatitis B virus? Lancet Gastroenterol Hepatol. 2019;4(4):315–23. doi: https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30014-7.

166. Hatzakis A, Van Damme P, Alcorn K, Gore C, Benazzouz M, Berkane S et al. The state of hepatitis B and C in the Mediterranean and Balkan countries: report from a summit conference. J Viral Hepat. 2013;20(suppl 2):1–20. doi: https://doi.org/10.1111/jvh.12120.

167. Levi M, Ahmad A, Bechini A, Boccalini S, Nguyen QV, Veldhuijzen I et al. Hepatitis B: are at-risk individuals vaccinated if screened and found negative for ВГВ? Results of an online survey conducted in six EU countries. Vaccine. 2014;32(48):6415–20. doi: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.09.042.

168. Falla A, Veldhuijzen I, Ahmad A, Levi M, Richardus JH. 971. Chronic hepatitis B and C patient management and treatment restrictions: current practice in six European countries. J Hepatol. 2013;58:S400 (conference poster). doi: https://doi.org/10.1016/S0168-8278(13)60973-3.

169. Mason LMK, Veldhuijzen IK, Duffell E, van Ahee A, Bunge EM, Amato-Gauci AJ et al. Hepatitis B and C testing strategies in healthcare and community settings in the EU/EEA: a systematic review. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018 (технический доклад; https://www.ECDC.europa.eu/sites/default/files/documents/HepBC-testing-strategies-2018.pdf, accessed on 15 September 2021).

170. Veldhuijzen IK, Toy M, Hahne SJ, De Wit GA, Schalm SW, de Man RA et al. Screening and early treatment of migrants for chronic hepatitis B virus infection is cost-effective. Gastroenterology. 2010;138(2):522–30. doi: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.10.039.

171. Hatzakis A, Wait S, Bruix J, Buti M, Carballo M, Cavaleri M et al. The state of hepatitis B and C in Europe: report from the hepatitis B and C summit conference. J Viral Hepat. 2011;18(suppl 1):1–16. doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2893.2011.01499.x.

172. Hutton DW, Tan D, So SK, Brandeau ML. Cost–effectiveness of screening and vaccinating Asian and Pacific Islander adults for hepatitis B. Ann Intern Med. 2007;147(7):460–9. doi: https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00004.

173. Hahné SJM, Veldhuijzen IK, Wiessing L, Lim T-A, Salminen M, Laar MVD. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost–effectiveness of screening. BMC Infect Dis. 2013;13(1):181. doi: https://doi.org/10.1186/1471-2334-13-181.

174. Myran DT, Morton R, Biggs B-A, Veldhuijzen I, Castelli F, Tran A et al. The effectiveness and cost–effectiveness of screening for and vaccination against hepatitis B virus among migrants in the EU/EEA: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(9):1898. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph15091898.

175. Helsper CW, Borkent-Raven BA, de Wit NJ, van Essen GA, Bonten MJ, Hoepelman AI et al. Cost–effectiveness of targeted screening for hepatitis C in the Netherlands. Epidemiol Infect. 2012;140(1):58–69. doi: https://doi.org/10.1017/S0950268811000112.

176. Miners AH, Martin NK, Ghosh A, Hickman M, Vickerman P. Assessing the cost–effectiveness of finding cases of hepatitis C infection in UK migrant populations and the value of further research. J Viral Hepat. 2014;21(9):616–23. doi: https://doi.org/10.1111/jvh.12190.

177. Bertisch B, Giudici F, Negro F, Moradpour D, Mullhaupt B, Moriggia A et al. Characteristics of foreign-born persons in the Swiss hepatitis C cohort study: implications for screening recommendations. PLOS One. 2016;11(5):e0155464. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155464.

178. Bronfenbrenner U, editor. Making human beings human: bioecological perspectives on human development. Thousands Oak (CA): Sage Publications; 2005.

179. Crede SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. Eur J Public Health. 2018;28(1):61–73. doi: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx057.

180. Harrison HL, Daker-White G. Beliefs and challenges held by medical staff about providing emergency care to migrants: an international systematic review and translation of findings to the UK context. BMJ Open. 2019;9(7):e028748. doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028748.

181. Gullberg F, Wihlborg M. Nurses' experiences of encountering undocumented migrants in Swedish emergency healthcare. Int J Migr Health Soc Care 2014;10:148–58. doi: https://doi.org/10.1108/IJMHSC-08-2013-0027.

182. Porthé V, Vargas I, Sanz-Barbero B, Plaza-Espuña I, Bosch L, Vázquez ML. Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: opinions of health professionals and immigrant users. Health Policy. 2016;120(11):1293–303. doi: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.005.

183. Health promotion for improved refugee and migrant health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (техническое руководство; https://apps.who.int/iris/handle/10665/342287, accessed on 15 September 2021).

184. Kang C, Tomkow L, Farrington R. Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK. Br J Gen Pract. 2019;69(685):e537–45. doi: https://doi.org/10.3399/bjgp19X701309.



185. Краткий аналитический обзор политики в отношении сбора и интеграции данных о здоровье беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ (2021). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338805/WHO-EURO-2021-1864-41615-56852-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y, по состоянию на 3 февраля 2022 г.). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

186. Aldridge RW, Yates TA, Zenner D, White PJ, Abubakar I, Hayward AC. Pre-entry screening programmes for tuberculosis in migrants to low-incidence countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2014;14(12):1240–9. doi: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70966-1.

187. HIV treatment for overseas visitors in England from 1 October 2012: guidance for NHS. London: United Kingdom Department of Health and Social Care; 2012 (https://www.gov.uk/government/publications/hiv-treatment-for-overseas-visitors-in-england-from-1-october-2012, accessed on 15 September 2021).

188. Azad Y, Hicks C, Smithson K, Gold D. THAD0204. Ensuring access to primary care for undocumented migrants in England. J Int AIDS Soc. 2018;21(suppl 6):89 (Oral abstract). doi: https://doi.org/10.1002/jia2.25148.

189. Chinouya M, Hilderth A, Aspinall P, Goodall D. Migrants and HIV stigma: findings from the Stigma Index Study (UK). Health Soc Care Community. 2017;25(1):35–42. doi: https://doi.org/10.1111/hsc.12179.

190. Çöl M, Bilgili Aykut N, Usturali Mut AN, Koçak C, Uzun SU, Akin A et al. Sexual and reproductive health of Syrian refugee women in Turkey: a scoping review within the framework of the MISP objectives. Reprod Health. 2020;17(1):99. doi: https://doi.org/10.1186/s12978-020-00948-1.

191. Keklik K. Health services provided for temporary protected in Turkey [презентация]. Ankara: Migration Health Department, Ministry of Health; 2018 (на турецком языке).

192. (3RP) regional refugee and resilience plan 2017–2018 in response to the Syria crisis: 2017 progress report. New York: ReliefWeb; 2017 (https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/3rp-regional-refugee-and-resilience-plan-2017-2018-response-syria-crisis, accessed on 11 May 2019).

193. [Temporary protection regulation. 29153rd issue of the Official Gazette on 22 October 2014]. Ankara: T.C. Resmî Gazete; 2019 (на турецком языке; https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141022.htm, accessed on 8 May 2019).

194. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Med Res Methodol. 2013;13(1):117. doi: https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117.

195. The END TB Strategy [веб-сайт]. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy, accessed on 13 October 2021).

196. E-DETECT TB [веб-сайт]. London: University College London; 2021 (https://e-detecttb.eu/, accessed on 22 September 2021).

197. ERS-WHO e-Consilium [веб-сайт]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/areas-of-work/technical-cooperation/ers-who-e-consilium, accessed on 13 October 2021).

198. Европейский план действия по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/352565, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

199. Protection of workers' personal data. Geneva: International Labour Organization; 1997 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_107797.pdf, accessed on 13 October 2021).

200. [National programme to eradicate hepatitis C in Israel]. Jerusalem: Ministry of Health of Israel; 2021 (на иврите).

201. Декларация ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, 25–27 июня 2001 г. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2001г. (https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl2.shtml, по состоянию на 3 февраля 2022 г.).

202. Disability and Discrimination Act 1995. London: Government of the United Kingdom; 1995 (https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/50/section/1, accessed on 13 October 2021).

203. Health services for Syrian refugees in Turkey [веб-сайт]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/syrian-crisis/health-services-for-syrian-refugees-in-turkey, accessed on 13 October 2021).

204. Поддержка сирийских беженцев: предоставление необходимых медицинских услуг и консультативной помощи [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 (https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/syrian-crisis/news/news/2019/05/supporting-syrian-refugees-in-turkey-with-the-health-services-and-guidance-they-need, по состоянию на 13 октября 2021 г.).



ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СТРАТЕГИЯ ПОИСКА

Базы данных и веб-сайты

Поиск рецензируемой литературы в четырех англоязычных базах данных (Embase, Health Management Information Consortium, Medline и OpenGrey) с момента их создания до даты поиска был проведен 30 ноября 2020 г. Кроме того, 23 марта 2021 г. был проведен целевой поиск соответствующих опубликованных и неопубликованных документов на русском языке в Электронной библиотеке научных публикаций (e-library.ru), интегрированной с Российским индексом научного цитирования, с использованием определенных поисковых запросов на русском языке. Серая литература была также получена путем поиска на веб-сайтах ECDC, ВОЗ и министерств здравоохранения государств-членов в Европейском регионе ВОЗ (таблица А1). Дополнительные статьи по заданной тематике были найдены при обращении к членам сетей ВОЗ по туберкулезу (n = 373), гепатитам и ВИЧ (n = 633) и миграции (n = 44), к соавторам / организациям или специалистам, сотрудничающим с ВОЗ, а также при использовании метода снежного кома для поиска включенных статей (n = 63).

Таблица А1. Сайты правительств или министерств здравоохранения государств-членов в Европейском регионе ВОЗ[a]

Страна	Сайт	Совпадения при поиске
Австрия	https://www.bmgf.gv.at/home/EN/Home[b]	2
Азербайджан	http://www.sehiyye.gov.az/	0
Албания	http://www.shendetesia.gov.al/	0
Андорра	http://www.salut.ad/	0
Армения	http://www.gov.am/en/structure/1/	0
Беларусь	http://minzdrav.gov.by/en/	0
Бельгия	https://www.health.belgium.be/en/about-fps	0
Болгария	https://www.mh.government.bg/bg/	0
Босния и Герцеговина	http://www.fbihvlada.gov.ba/english/ministarstva/zdravstvo.php	0

Таблица A1 (продолжение)

Страна	Сайт	Совпадения при поиске
Венгрия	http://www.eum.hu/main.php[b]	0
Германия	https://www.bfarm.de/DE/Home/home_node.html	0
Греция	http://www.moh.gov.gr/	0
Грузия	http://www.moh.gov.ge/	0
Дания	https://sum.dk/	1
Израиль	https://www.gov.il/he/departments/ministry_of_health/govil-landing-page	0
Ирландия	http://health.gov.ie/	0
Исландия	https://www.landlaeknir.is/english/	0
Испания	http://www.msc.es/	1
Италия	https://www.salute.gov.it/	7
Казахстан	https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm?lang=en	0
Кипр	https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index_gr/index_gr?OpenDocument	1
Кыргызстан	http://www.med.kg/[b]	0
Латвия	http://www.vm.gov.lv/en/	1
Литва	https://sam.lrv.lt/en/	5
Люксембург	https://gouvernement.lu/en.html	0
Мальта	https://deputyprimeminister.gov.mt/en/Pages/health.aspx	0
Монако	http://en.gouv.mc/Government-Institutions/The-Government/Ministry-of-Health-and-Social-Affairs	0
Нидерланды	https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport	0
Норвегия	https://www.regjeringen.no/	0
Польша	http://www.mz.gov.pl/en/#	0
Португалия	https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/area-de-governo/saude[b]	0
Республика Молдова	https://msmps.gov.md/en/	0



Таблица A1 (продолжение)

Страна	Сайт	Совпадения при поиске
Российская Федерация	http://government.ru/en/department/23/events/	0
Румыния	http://www.ms.ro/	0
Сан-Марино	http://www.sanita.sm/online/home.htmlb	0
Северная Македония	http://zdravstvo.gov.mk/	0
Сербия	https://www.zdravlje.gov.rs/	0
Словакия	www.health.go.sk[b]	0
Словения	http://www.mz.gov.si/en/	1
Соединенное Королевство	https://www.gov.uk/government/organizations/department-of-health[c]	21
Таджикистан	http://moh.tj/[b]	0
Туркменистан	https://turkmenistan.gov.tm/tk	0
Турция	http://health.istanbulsaglik.gov.tr/[b]	0
Узбекистан	http://www.minzdrav.uz/en/[b]	0
Украина	https://www.kmu.gov.ua/	0
Финляндия	http://stm.fi/en/ministry	0
Франция	http://solidarites-sante.gouv.fr/	0
Хорватия	http://www.mzss.hr/[b]	4
Черногория	https://mzdravlja.gov.me/ministarstvo	0
Чехия	https://www.mzcr.cz/en/	0
Швейцария	https://www.bag.admin.ch/bag/en/home.html#	4
Швеция	https://www.government.se/	0
Эстония	https://www.sm.ee/en	0

[a] Доступ к этим веб-сайтам осуществлялся в период с декабря 2020 г. по февраль 2021 г. на этапах поиска литературы и извлечения данных в рамках обзора.

[b] Эти веб-страницы больше не работают, но их можно просмотреть через WayBack Machine в «Интернет-архиве» (https://archive.org/web/).

[c] Департамент здравоохранения теперь называется Департаментом здравоохранения и социальной защиты (https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care).

Условия поиска

Поисковые запросы были связаны с темами ТБ, ВИЧ, ВГВ, ВГС, миграции, мерами политики или методическими рекомендациями (на английском или русском языках).

Типичная схема поиска (на примере базы данных Medline) представлена ниже:

human migration/ or migration.mp. or migrant*.mp. or "transients and migrants"/ or "emigrants and immigrants"/ or immigra*.mp. or expatriate*.mp. or refugees/ or refugee*.mp. or departee.mp. or "emigration and immigration"/ or emigr*.mp. or asylum.mp. or foreign-born.mp. or foreign born.mp. or foreign worker*.mp. or international student*.mp. or human traffick*.mp. or Human Trafficking/ or people traffick*.mp. or sex traffick*.mp. or ((wom?n or child* or men or man) adj2 traffick*).mp. (tuberculosis or tb or (LTBI or latent tuberculosis) or (MDRTB or XDRTB or XDR-TB)).mp. or exp Tuberculosis, Multidrug-Resistant/ or exp Tuberculosis exp HIV/ or (HIV or ("human immun*" and virus)).mp. or (("acquired immun*" and syndrom*) or "aids virus" or "HIV/AIDS").mp. or Acquired Immunodeficiency Syndrome/ or PLWH*.mp. or antiretroviral*.mp. or Anti-Retroviral Agents (HCV or HBV or HBsAg or viral hepatiti*).mp. or exp Hepatitis, Viral, Human/ or (hepatiti* adj3 virus).mp (Europe/ and World Health Organization/) or WHO european region.mp. or (Albania or Andorra or Armenia or Austria or Azerbaijan or Belarus or Belgium or Bosnia or Herzegovina or Bulgaria or Croatia or Cyprus or Czechia or Denmark or Estonia or Finland or France or Georgia or Germany or Greece or Hungary or Iceland or Ireland or Israel or Italy or Kazakhstan or Kyrgyzstan or Latvia or Lithuania or Luxembourg or Malta or Monaco or Montenegro or Netherlands or Norway or Poland or Portugal or Moldova or Romania or the Russian Federation or Russian Federation or San Marino or Serbia or Slovakia or Slovenia or Spain or Sweden or Switzerland or Tajikistan or Macedonia or Yugoslavia or Yugoslav or Turkey or Turkmenistan or Ukraine or United Kingdom or United Kingdom or England or Ireland or Scotland or Wales or Great Britain or Uzbekistan or EEA or EU or European Union or Europe or European Economic Area).mp. exp clinical pathway/ or exp clinical protocol/ or exp consensus/ or exp consensus development conference/ or exp consensus development conferences as topic/ or critical pathways/ or guidelines as topic/ or exp practice guideline/ or practice guidelines as topic/ or health planning guidelines/ or (guideline or practice guideline or consensus development conference or consensus development conference, NIH).pt. or ((practice or



treatment* or clinical) adj guideline*).ab. or (CPG or CPGs).ti. or consensus*.ab. /freq=2 or polic*.mp. or (Health Policy/ or Organizational Policy/ or Policy/ or Policy-making/ or Public Policy/) or technical report*.mp. or technical report.pt. [mp=ti, ab, hw, tn, ot, dm, mf, dv, kw, fx, dq, nm, kf, ox, px, rx, ui, sy]

Отбор исследований

Исследования были отобраны в соответствии с рекомендациями PRISMA (рис. A1) **(1)**. Названия и отрывки всех источников, выявленных в ходе поиска, были проверены одним рецензентом (JN или RFB). Для определенного подмножества документов была проведена двойная проверка, при этом расхождения разрешались на основе консенсуса. Полные тексты соответствующих публикаций были проверены с целью поиска документов, подлежащих включению в обзор.

Критерии включения:

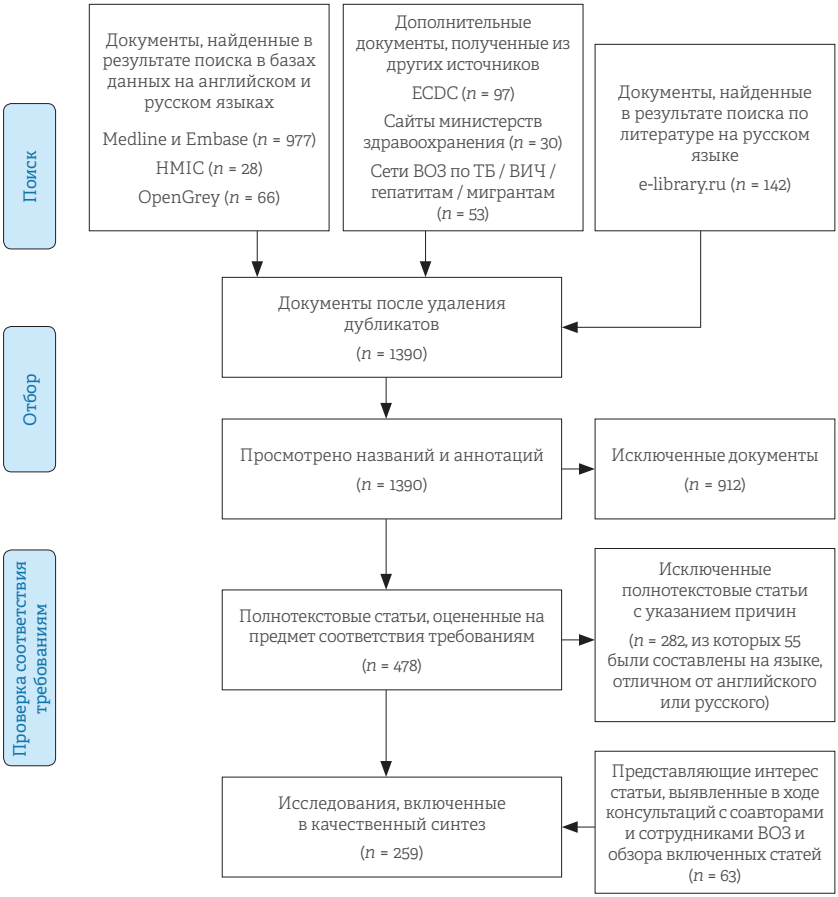
- обзоры, точки зрения/редакционные статьи, программные документы, руководства и неиндексируемые источники (в т. ч. национальные/международные доклады и тематические исследования), содержащие информацию о мерах политики или руководящих принципах, относящихся к вопросам профилактики, диагностики, лечения или медицинской помощи в связи с ТБ, ВИЧ/СПИДом и гепатитом B или C среди мигрантов[7] в Европейском регионе ВОЗ;
- первичные исследования, посвященные реализации или эффективности мер политики и руководящих принципов;
- публикация после 2010 г. (для государств-членов, в отношении которых было найдено малое количество документов, также были включены более ранние источники);
- публикация на английском или русском языках.

Критерии исключения:

- в основном тексте документа не упоминаются беженцы, мигранты или просители убежища;
- документы, которые посвящены странам, не относящимся к Европейскому региону ВОЗ;

7. Определяются как люди, проживающие в стране, отличной от страны их рождения.

Рис. A1 Блок-схема включенных исследований: краткое изложение процесса поиска и отбора литературы



HMIC – Консорциум информации по управлению здравоохранением.



- документы, которые представляют результаты первичного исследования, за исключением первичных исследований, в которых собрана информация о мерах политики или мнения участников исследования о политике;
- документы, которые являются университетскими диссертационными работами.

Обзор документов, опубликованных на языках, отличных от английского и русского, не входил в цели настоящего анализа; тем не менее 16 документов были сначала найдены, а затем исключены вследствие использованного языка (перечислены в таблице А2). Девять из них – национальные руководства / рекомендации (Германия **(4)**, Израиль **(7)**, Италия **(10)**, Испания **(13, 14)**, Литва **(11, 12)**, Кипр **(2)** и Чехия **(3)**), посвященные одному или нескольким из четырех инфекционных заболеваний, при этом лишь один документ был непосредственно связан с темой мигрантов.

Таблица А2. Потенциально важные документы, которые не были включены в обзор из-за того, что составлены на языках, отличных от английского и русского[a]

Страна	Заболевание(-я), которому(-ым) посвящен документ	Группа населения	Год	Язык	Название документа
Кипр **(2)**	ТБ	Взрослые	2020	Греческий	*Στρατηγική για τον ΄Ελεγχο της Φυματιώση στην Κύπρο* [Стратегия борьбы с туберкулезом на Кипре]
Чехия **(3)**	ВГВ	Взрослые	2018	Чешский	*Nová evropská a česká doporučení pro léčbu hepatitidy B* [Новые европейские и чешские рекомендации по лечению гепатита В]
Германия **(4)**	ТБ	Взрослые	2017	Немецкий	*S2k-Leitlinie: Tuberkulose im Erwachsenenalter* [Руководство по лечению туберкулеза у взрослых]

Таблица A2 (продолжение)

Страна	Заболевание(-я), которому(-ым) посвящен документ	Группа населения	Год	Язык	Название документа
Германия (5)	Инфекционные заболевания[b]	Беженцы	2016	Немецкий	*Infektionen bei Migranten und ihren Kindern* [Инфекционные заболевания у беженцев и их несовершеннолетних детей, прибывающих в Германию: что нужно знать врачу общей практики]
Германия (6)	Инфекционные заболевания[b]	Беженцы	2016	Немецкий	*Versorgung von minderjährigen Flüchtlingen: Schwerpunkt Diagnostik und Prävention von Infektionskrankheiten* [Медицинская помощь детям и подросткам – беженцам: акцент на диагностике и профилактике инфекционных заболеваний]
Израиль (7)	ВГС	Взрослые	2021	Иврит	*תלחמ רוגימל תימואל תינכת לארשיב C סיטיטפהה* [Национальная программа по искоренению гепатита С в Израиле]



Таблица A2 (продолжение)

Страна	Заболевание(-я), которому(-ым) посвящен документ	Группа населения	Год	Язык	Название документа
Италия **(8)**	ТБ	Мигранты	2011	Итальянский	*Tubercolosi ed immigrazione: criticità e possibili azioni risolutive* [Туберкулез и иммиграция: важность проблемы и возможные меры по исправлению ситуации]
Италия **(9)**	ТБ	Мигранты	2018	Итальянский	*Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia: linea guida salute migranti* [Борьба с туберкулезом у иммигрантов в Италии: руководство по охране здоровья мигрантов]
Италия **(10)**	Инфекционные заболевания[b]	Мигранты	2020	Итальянский	*Linea guida per uniformare i controlli sanitari ai migranti* [Руководство по стандартизации проверок состояния здоровья мигрантов]
Литва **(11)**	ТБ	Взрослые	2020	Литовский	*Mes norime, kad niekas nemirtų nuo tuberkuliozės! Arba kaip išvengti šios ligos?* [Мы хотим, чтобы никто не умирал от туберкулеза! Или как предотвратить это заболевание?]

Таблица А2 (продолжение)

Страна	Заболевание(-я), которому(-ым) посвящен документ	Группа населения	Год	Язык	Название документа
Литва **(12)**	ВИЧ	Взрослые	2020	Литовский	*Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro specialistai parengė keturias naujas metodines rekomendacijas* [Специалисты Центра по инфекционным заболеваниям и СПИДу разработали четыре новых руководства]
Испания **(13)**	ТБ	Дети	2010	Испанский	*Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica* [Диагностика туберкулеза у детей]
Испания **(14)**	ТБ	Беременные женщины и новорожденные	2015	Испанский	*Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre tuberculosis en la embarazada y el recién nacido (I): epidemiología y diagnóstico. Tuberculosis congénita* [Руководство по туберкулезу у беременных и новорожденных Испанского общества по борьбе с детскими инфекционными заболеваниями (i): эпидемиология и диагностика. Врожденный туберкулез]



Таблица A2 (продолжение)

Страна	Заболевание(-я), которому(-ым) посвящен документ	Группа населения	Год	Язык	Название документа
Испания **(15)**	ВГС	Взрослые	2020	Испанский	*Guía de cribado de la infección por el VHC en España, 2020* [Руководство по скринингу на инфекцию ВГС в Испании, 2020 г.]
Швейцария: Женева **(16)**	ТБ	Мигранты в возрасте <16 лет	2016	Французский	*Le dépistage de la tuberculose en milieu scolaire* [Скрининг на туберкулез в школьных службах здравоохранения в Женеве (Швейцария)]
Швейцария: кантон Во **(17)**	ТБ	Просители убежища	2019	Французский	*Consensus vaudois de prise en charge de maladies infectieuses auprès des requérants d'asile et détenus* [Консенсус по вопросам лечения инфекционных заболеваний среди просителей убежища и задержанных лиц в кантоне Во]

[a] Найденные в процессе обзора национальные и региональные стратегии и руководства по лечению ТБ, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС с основным текстом на языке, отличном от английского или русского.

[b] Неясно, каким инфекционным заболеваниям посвящен документ.

Извлечение и сопоставление данных

Статьи были упорядочены и проверены на наличие дубликатов с помощью приложения Rayyan, предназначенного для проведения систематических обзоров (18). Форма извлечения данных была разработана исходя из потребностей исследования в извлечении данных в следующих категориях: doi, год публикации, авторы, название и аннотация, язык, организация, тип документа, методы, заболевание, направленность (профилактика, диагностика, лечение или медицинская помощь), популяция мигрантов, страна и релевантный политический контент (законодательство, меры политики или руководящие принципы; рекомендации; согласованность с действиями, рекомендованными ВОЗ; препятствия и факторы, способствующие внедрению руководящих указаний; экономическая эффективность или распределение национального финансирования; пробелы). Форма была протестирована двумя рецензентами до осуществления процедуры полного извлечения данных. Для проверки извлечения данных каждый рецензент рассмотрел подмножество извлеченных документов. Был проведен анализ структуры для определения ключевых тем по категориям релевантного политического контента (19).

Библиография

1. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 2009;6(7):e1000097. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097.

2. Στρατηγική για τον ΄Ελεγχο της Φυματιώση στην Κύπρο [Strategy for the control of tuberculosis in Cyprus]. Nicosia: Cypriot Ministry of Health; 2016 (на греческом языке; https://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/8017B5F2A30B75F9422580500040F611?OpenDocument, accessed on 15 September 2021).

3. Husa P. Nová evropská a česká doporučení pro léčbu hepatitidy B [New European and Czech guidelines for hepatitis B therapy]. Interní Medicína pro Praxi. 2018;20(4):202–6 (на чешском языке). doi: https://doi.org/10.36290/int.2018.034.

4. Schaberg T, Bauer T, Brinkmann F, Diel R, Feiterna-Sperling C, Haas W et al. S2k-Leitlinie: Tuberkulose im Erwachsenenalter. Pneumologie. 2017;71(6):325–97. doi: https://doi.org/10.1055/s-0043-105954.

5. Papan C, Hubner J, Von Both U. Infektionen bei Migranten und ihren Kindern. MMW Fortschr Med. 2016;158(4):58–63. doi: https://doi.org/10.1007/s15006-016-7883-z.



6. Kobbe R, Kitz C, Trapp S, Pfeil J, Hufnagel M. Versorgung von minderjährigen Flüchtlingen: Schwerpunkt Diagnostik und Prävention von Infektionskrankheiten. Notf Rett Med. 2016;19(5):346–54. doi: https://doi.org/10.1007/s10049-016-0180-7.

7. [National programme to eradicate hepatitis C in Israel]. Jerusalem: Ministry of Health of Israel; 2021 (на иврите; https://www.health.gov.il/hozer/mmk01_2021.pdf, accessed on 12 October 2021).

8. D'Auria A, Renzi S, Napoli PA, Franco E. [Tuberculosis and immigration: criticality and possible remedial actions]. Ig Sanita Pubbl. 2011;67(6):793–804 (на итальянском языке). PMID: 22508649.

9. [The control of tuberculosis among immigrants in Italy: migrant health guideline]. Rome: Italian Ministry of Health; 2018 (на итальянском языке; https://www.inmp.it/lg/LG_Tubercolosi.pdf, accessed on 15 September 2021).

10. [Guideline for standardizing health checks for migrants] [веб-сайт]. Rome: Ministero della Salute; 2020 (на итальянском языке; https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3006, accessed on 12 October 2021).

11. [We want no one to die of tuberculosis! Or how to prevent this disease?]. Vilnius: Ministry of Health of the Republic of Lithuania; 2020 (на литовском языке; https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/mes-norime-kad-niekas-nemirtu-nuo-tuberkuliozes-arba-kaip-isvengti-sios-ligos, accessed on 15 September 2021).

12. [Specialists from the Center for Communicable Diseases and AIDS have developed four new methodological guidelines]. Vilnius: Center for Communicable Diseases and AIDS; 2014 (на литовском языке; http://www.ulac.lt/naujienos/pranesimai-spaudai/uzkreciamuju-ligu-ir-aids-centro-specialistai-parenge-keturias-naujas-metodines-rekomendacijas, accessed on 15 September 2021).

13. Moreno-Perez D, Andres Martin A, Altet Gomez N, Baquero-Artigao F, Escribano Montaner A, Gomez-Paistrana Duran D et al. [Diagnosis of tuberculosis in paediatrics]. An Pediatr. 2010;72(4):283.e1–283.e14 (на испанском языке). doi: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.01.002.

14. Baquero-Artigao F, Mellado Pena MJ, Del Rosal Rabes T, Noguera Julian A, Gonce Mellgren A, de la Calle Fernandez-Miranda M et al. [Spanish Society for Pediatric Infectious Diseases guidelines on tuberculosis in pregnant women and neonates (i): Epidemiology and diagnosis. Congenital tuberculosis]. An Pediatr. 2015;83(4):285.e1–8 (на испанском языке). doi: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.01.004.

15. Berenguer J, García F, Von-Wichmann MA. [Guide for the screening of HCV infection in Spain, 2020]. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2021;8: (на испанском языке). doi: https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.12.003.

16. Meynard A, Pfarrwaller E, Lazarevic C-AW. Le dépistage de la tuberculose en milieu scolaire. Rev Med Suisse. 2016;12(522):1125–8. PMID: 27451510.

17. Chastonay O, Masserey É, Dory É, Beaupère P, Mazza-Stalder J, Vallière SDE et al. Consensus vaudois de prise en charge de maladies infectieuses auprès des requérants d'asile et détenus. Rev Med Suisse. 2019;15(640):466–72 (на французском языке). PMID: 30811115.

18. What if systematic review took half the time? Cambridge (MA): Rayyan; 2021 (https://www.rayyan.ai/, accessed on 13 October 2021).

19. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Med Res Methodol. 2013;13(1):117. doi: https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117.



ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ГЛОССАРИЙ

Нижеследующие определения мигрантов взяты из Глоссария по миграции Международной организации по миграции за 2019 г. **(1)**.

Нерегулярный мигрант. Лицо, которое пересекает или пересекло международную границу, не имея права въезжать в государство или пребывать в нем в соответствии с его законодательством и международными соглашениями, стороной которых является это государство.

Мигрант. Общий термин, не определенный в международном праве, который отражает обычное непрофессиональное понимание статуса лица, переезжающего со своего места обычного проживания, будь то в пределах одной страны или через международную границу, временно или для постоянного проживания и по целому ряду причин. Этот термин охватывает ряд четко определенных юридических категорий людей, таких как трудящиеся-мигранты, лиц, чьи конкретные виды передвижения определены законом, например, незаконно ввезенные мигранты, а также тех лиц, чей статус или способы передвижения не определены конкретно международным правом, например, иностранные студенты.

> **Долгосрочный мигрант.** Человек, который переезжает в страну, отличную от страны его обычного проживания, на срок не менее одного года, так что страна назначения фактически становится его новой страной обычного проживания.
>
> **Краткосрочный мигрант.** Человек, который меняет свое обычное место жительства на срок более трех месяцев, но менее года (12 месяцев), за исключением случаев, когда переезд в другую страну осуществляется с целью отдыха, отпуска, посещения друзей или родственников, предпринимательской деятельности или лечения.

Трудящийся-мигрант. Человек, который планирует заниматься, занимается или занимался оплачиваемой деятельностью в государстве, гражданином которого он не является.

Беженец (в соответствии с Конвенцией о статусе беженцев 1951 г.). Человек, который в силу вполне обоснованных опасений мог стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства,

принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений; или, не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего обычного местожительства в результате подобных событий, не может или не желает вернуться в нее вследствие таких опасений.

Недокументированный мигрант. Человек, не обладающий статусом гражданина страны пребывания, который въезжает в эту страну или находится в ней без соответствующих документов.

Библиография

1. Key migration terms [веб-сайт]. Geneva: International Organization for Migration; 2021 (**https://www.iom.int/key-migration-terms**, accessed on 15 September 2021).



ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Regional Data Overview: migration data in Europe. In: Migration Data Portal [database]. Berlin: International Organization for Migration; 2021 (https://migrationdataportal.org/regional-data-overview/europe, accessed on 21 July 2021).
2. Immigration rules appendix T: tuberculosis screening. Updated 11 October 2021. London: United Kingdom Home Office; 2021 (https://www.gov.uk/guidance/immigration-rules/immigration-rules-appendix-t-tuberculosis-screening, accessed on 21 July 2021).
3. Caring for migrant health-care workers [редакционная статья]. Lancet. 2017;390(10110):2325. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33044-1.
4. Barriers and facilitators for the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in low- and medium-incidence countries: a systematic review of qualitative literature. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (https://www.ECDC.europa.eu/en/publications-data/barriers-and-facilitators-uptake-tuberculosis-diagnostic-and-treatment-services, accessed on 21 July 2021).
5. Prevention and assessment of infectious diseases among children and adult migrants arriving to the European Union/European Economic Association: a protocol for a suite of systematic reviews for public health and health systems. BMJ Open. 2020;7(9):e014608. doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014608.
6. Tuberculosis: pre-entry screening in the UK. Updated 8 March 2021. London: Public Health England; 2021 (https://www.gov.uk/government/publications/tuberculosis-pre-entry-screening-in-the-uk, accessed on 21 July 2021).
7. Abubakar I. Implementing IGRAs in the UK: constraints and opportunities. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(6):S45–7.
8. Alvarez-del Arco D, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Burns F, Noori T, del Amo J. Implementing and expanding HIV testing in immigrant populations in Europe: comparing guideline's recommendations and expert's opinions. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2017;35(1):47–51. doi: https://doi.org/10.1016/j.eimc.2015.08.008.
9. Arshad S, Bavan L, Gajari K, Paget SNJ, Baussano I. Active screening at entry for tuberculosis among new immigrants: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2010;35(6):1336–45. doi: https://doi.org/10.1183/09031936.00054709.

10. Babamuradov B, Trusov A, Sianozova M, xZauletova M. Reducing TB among central Asia labor migrants. Health Aff. 2017;36(9):1688. doi: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0794.

11. Bempong NE, Sheath D, Seybold J, Flahault A, Depoux A, Saso L. Critical reflections, challenges and solutions for migrant and refugee health: 2nd M8 Alliance Expert Meeting. Public Health Rev. 2019;40(1):3. doi: https://doi.org/10.1186/s40985-019-0113-3.

12. Biermann O, Lönnroth K, Caws M, Viney K. Factors influencing active tuberculosis case-finding policy development and implementation: a scoping review. BMJ Open. 2019;9(12):e031284. doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031284.

13. Blasi F, Matteelli A, Sotgiu G, Cirillo DM, Palmieri F, Fattorini L et al. Moving towards tuberculosis elimination: a call for action from Italy and a possible model for other low tuberculosis incidence countries. Eur Respir J. 2017;49(2):1602242. doi: https://doi.org/10.1183/13993003.02242-2016.

14. Boucher C, Bobkova M, Hung C-C, Kaiser R, Marcelin A-G, Streinu-Cercel A et al. State of the ART in human immunodeficiency virus drug resistance: surveillance and regional gaps. AIDS Rev. 2018;20(1):42–56. PMID: 29628514.

15. Bozorgmehr K, Wahedi K, Noest S, Szecsenyi J, Razum O. Infectious disease screening in asylum seekers: range, coverage and economic evaluation in Germany, 2015. Euro Surveill. 2017;22(40):16-00677. doi: https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.40.16-00677.

16. Chemtob D, Ogum D. Tuberculosis treatment outcomes of non-citizen migrants: Israel compared to other high-income countries. Isr J Health Policy Res. 2020;9(1):29. doi: https://doi.org/10.1186/s13584-020-00386-1.

17. Chiappini E, Bortone B, Galli L. A30. Controversies in the tuberculosis screening in internationally adopted children. In: 75th Congress of the Italian Society of Pediatrics, Bologna, Italy, 29 May–1 June 2019. Ital J Pediatr. 2019;45(suppl 3):162 (аннотация).

18. D'Ambrosio L, Centis R, Dara M, Solovic I, Sulis G, Zumla A et al. European policies in the management of tuberculosis among migrants. Int J Infect Dis. 2017;56:85–9. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.11.002.

19. De Onate WA, Weber L, Janssens K, Wanlin M, Forier A, Schol S et al. Tuberculosis screening yield of asylum seekers in Europe. Eur Respir J. 2016;48(4):1253–4. doi: https://doi.org/10.1183/13993003.00991-2016.

20. Deblonde J, Sasse A, Del Amo J, Burns F, Delpech V, Cowan S et al. Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. BMC Public Health. 2015;15:1228. doi: https://doi.org/10.1186/s12889-015-2571-y.



21. Denkinger C, Dheda K, Pai M. Guidelines on interferon-gamma release assays for tuberculosis infection: concordance, discordance or confusion? Clin Microbiol Infect. 2011;17(6):806–14. doi: https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2011.03555.x.

22. Dhavan P, Dias HM, Creswell J, Weil D. An overview of tuberculosis and migration. Int J Tuberc Lung Dis . 2017;21(6):610–23. doi: https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0917.

23. Dierig A, Tebruegge M, Krivec U, Heininger U, Ritz N. Current status of Bacille Calmette Guerin (BCG) immunisation in Europe – a ptbnet survey and review of current guidelines. Vaccine. 2015;33(38):4994–9. doi: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.06.097.

24. Douglas P, Posey DL, Zenner D, Robson J, Abubakar I, Giovinazzo G. Capacity strengthening through pre-migration tuberculosis screening programmes: IRHWG experiences. Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21(7):737–45. doi: https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0019.

25. Driedger M, Mayhew A, Welch V, Agbata E, Gruner D, Greenaway C et al. Accessibility and acceptability of infectious disease interventions among migrants in the EU/EEA: a CERQual systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(11):2329. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph15112329.

26. Duncan CJA, Stewart E, Fox R. Improving targeted screening for hepatitis C in the UK [редакционная статья]. BMJ. 2012;345(7879):e6525. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.e6525.

27. Eborall H, Wobi F, Ellis K, Willars J, Abubakar I, Griffiths C et al. Integrated screening of migrants for multiple infectious diseases: qualitative study of a city-wide programme. EClinicalMedicine. 2020;21:100315. doi: https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100315.

28. Figure HSR-3. Syringes distributed through specialised programmes per estimated IDU in 2009 or most recent year. In: EM-CDDA [веб-сайт]. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2021 (https://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrfig3, accessed on 16 April 2021).

29. Erkens C, Slump E, Verhagen M, Schimmel H, De Vries G, Cobelens F et al. Monitoring latent tuberculosis infection diagnosis and management in the Netherlands. Eur Respir J. 2016;47(5):1492–501. doi: https://doi.org/10.1183/13993003.01397-2015.

30. Eurostat regional yearbook – 2020 edition. Luxembourg: Eurostat; 2021 (https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-statistical-books/-/KS-HA-20-001, accessed on 13 July 2021).

31. Migration and migrant population statistics. Luxembourg: Eurostat; 2020 (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics, accessed on 6 November 2021).

32. Eziefula AC, Sa M, Brown M. The health of recent migrants from resource-poor countries. Medicine. 2014;42(2):112–17 (в печати).

33. Fakoya I, Alvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Delpech V et al. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. BMC Public Health. 2015;15:561. doi: https://doi.org/10.1186/s12889-015-1852-9.

34. Fakoya I, Alvarez-Del Arco D, Copas AJ, Teixeira B, Block K, Gennotte AF et al. Factors associated with access to HIV testing and primary care among migrants living in Europe: cross-sectional survey. JMIR Public Health Surveill. 2017;3(4):e84. doi: https://doi.org/10.2196/publichealth.7741.

35. Finnerty F, Azad Y, Orkin C. Hostile health-care environment could increase migrants' risk of HIV and prevent access to vital services. Lancet HIV. 2019;6(2):e76. doi: https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30004-9.

36. Giambi C, Del Manso M, Marchetti G, Olsson K, Adel Ali K, Declich S et al. Immunisation of migrants in EU/EEA countries: policies and practices. Vaccine. 2019;37(36):5439–51. doi: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.06.068.

37. Gostin LO, Abubakar I, Guerra R, Rashid SF, Friedman EA, Jakab Z. WHO takes action to promote the health of refugees and migrants. Lancet. 2019;393(10185):2016–18. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31051-7.

38. Gottlieb N, Filc D, Davidovitch N. The role of public–private partnerships in extending public healthcare provision to irregular migrants: stopgap or foot in the door? Isr J Health Policy Res. 2020;9(1):48. doi: https://doi.org/10.1186/s13584-020-00406-0.

39. Greenaway C, Castelli F. Migration medicine. Infect Dis Clin North Am. 2019;33(1): 265–87. doi: https://doi.org/10.1016/j.idc.2018.10.014.

40. Helbling P, Kroger S, Haas W, Brusin S, Cirillo D, Groenheit R et al. The role of entry-screening procedures in the identification of multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis cluster cases amongst patients arriving in Europe from the horn of Africa, 2016–17. Int J Infect Dis. 2019;79(suppl 2):22. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2018.11.068.

41. Heleniak T. The evolution of Russian migration policy in the post-Soviet period. In: Leal D, Rodríguez N, editors. Migration in an era of restriction and recession. Immigrants and Minorities, Politics and Policy. Cham: Springer; 2016. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-24445-7_11.

42. Hjern A, Stubbe Østergaard L, Nörredam M-L. Health examinations of child migrants in Europe: screening or assessment of healthcare needs? BMJ Paediatr Open. 2019;3(1):e000411. doi: https://doi.org/10.1136/bmjpo-2018-000411.



43. Hodgson H. The third immigrant disease. Clin Med. 2013;13(2):123–4. doi: https://doi.org/10.7861/clinmedicine.13-2-123.

44. Hvass A, Wejse C, Hvass A, Floe A. Systematic health screening of refugees after resettlement in recipient countries: a scoping review. Ann Hum Biol. 2017;44(5):475–83. doi: https://doi.org/10.1080/03014460.2017.1330897.

45. Jurke A, Thole S, Daniels-Haardt I. Snapshot on infection protection for asylum seekers in North Rhine-Westphalia. European J Epidemiology. 2016;31:S90.

46. Karki T, Napoli C, Riccardo F, Fabiani M, Grazia Dente M, Carballo M et al. Screening for infectious disease among newly arrived migrants in EU/EEA countries – varying practices but consensus on the utility of screening. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(10):11004–14. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph111011004.

47. Kehr J. "Exotic no more": tuberculosis, public debt and global health in Berlin. Glob Public Health. 2018;13(3):369–82. doi: https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1362568.

48. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G. Sexual and reproductive health of migrants: does the EU care? Health Policy. 2014;114(2):215–25. doi: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.10.007.

49. Khan MS, Osei-Kofi A, Omar A, Kirkbride H, Kessel A, Abbara A et al. Pathogens, prejudice, and politics: the role of the global health community in the European refugee crisis. Lancet Infect Dis. 2016;16(8):e173–7. doi: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30134-7.

50. Khosa C, Patel K, Abdiyeva K, Turebekov N, Pruller B, Heinrich N. Proceedings from the CIHLMU 5th Infectious Disease Symposium 2016 "Drug resistant tuberculosis: old disease – new challenge". BMC Proc. 2017;11(suppl 10):0. doi: https://doi.org/10.1186/s12919-017-0077-6.

51. Kronfol NM, Mansour Z. Tuberculosis and migration: a review. East Mediterr Health J. 2013;19(8):739–48. PMID: 24975360.

52. Kulane A. "It is more than the issue of taking tablets": the interplay between migration policies and TB control in Sweden. Health Policy. 2010;97(1):26–31. doi: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.02.014.

53. Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Thursz MR, Dillon JF, El-Sayed MH, Elsharkawy AM et al. The micro-elimination approach to eliminating hepatitis C: strategic and operational considerations. Semin Liver Dis. 2018;38(3):181–92. doi: https://doi.org/10.1055/s-0038-1666841.

54. Lin S, Melendez-Torres GJ. Critical interpretive synthesis of barriers and facilitators to TB treatment in immigrant populations. Trop Med Int Health. 2017;22(10):1206–22. doi: https://doi.org/10.1111/tmi.12938.

55. Locarnini S, Hatzakis A, Chen DS, Lok A. Strategies to control hepatitis B: public policy, epidemiology, vaccine and drugs. J Hepatol. 2015;62:S76–86. doi: https://doi.org/10.1016/j.jhep.2015.01.018.

56. Maltezou HC, Elhadad D, Glikman D. Monitoring and managing antibiotic resistance in refugee children. Expert Rev Anti Infect Ther. 2017;15(11):1015–25. doi: https://doi.org/10.1080/14787210.2017.1392853.

57. Manesis EK. Immigration, European union and health issues: a commentary. Dig Liver Dis. 2014;46(1):25–6. doi: https://doi.org/10.1016/j.dld.2013.10.004.

58. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. Lancet. 2010;375(9719):1014–28. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60232-2.

59. Matteelli A, Sulis G, Capone S, D'Ambrosio L, Migliori G, Getahun H. Tuberculosis elimination and the challenge of latent tuberculosis. Presse Med. 2017;46(2):e13–21. doi: https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.01.015.

60. Mipatrini D, Stefanelli P, Severoni S, Rezza G. Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. Pathog Glob Health. 2017;111(2):59–68. doi: https://doi.org/10.1080/20477724.2017.1281374.

61. Nikovska DG, Talevski S, Jankuloski H. Experience from implementation of collaborative TB/HIV activities in Republic of Macedonia – where did we go wrong and where do we go from here? Eur Respir J. 2011;38(suppl 55):1932.

62. Noori T, Hargreaves S, Greenaway C, van der Werf M, Driedger M, Morton RL et al. Strengthening screening for infectious diseases and vaccination among migrants in Europe: what is needed to close the implementation gaps? Travel Med Infect Dis. 2020;39:101715. doi: https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101715.

63. Olivani P, Codecasa L, Colucci A, Della Valle S, Mai L, Marceca M et al. The tubercular disease in immigrants without documents: new diagnostic settings adopted in Milan, Italy. Ann Ig. 2013;25(6):493–500. doi: https://doi.org/10.7416/ai.2013.1949.

64. World Health Organization. BCG vaccine: WHO position paper, February 2018 – recommendations. Vaccine. 2018;36(24):3408–10. doi: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.03.009

65. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J et al. The political origins of health inequity: prospects for change. Lancet. 2014;383(9917):630–67. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62407-1.

66. Papatheodoridis GV, Tsochatzis E, Hardtke S, Wedemeyer H. Barriers to care and treatment for patients with chronic viral hepatitis in Europe: a systematic review. Liver Int. 2014;34(10):1452–63. doi: https://doi.org/10.1111/liv.12565.



67. Pareek M, Noori T, Hargreaves S, Van den Muijsenbergh M. Linkage to care is important and necessary when identifying infections in migrants. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(7):1550. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph15071550.

68. Potter JL, Burman M, Tweed C, Vanghuela D, White VLC, Swinglehurst D et al. S27. Have recent changes to health policies increased diagnostic delay amongst migrant patients with active TB? Thorax. 2017;72(suppl 3):A20 (аннотация).

69. Power L, Hows J, Raben D, Jakobsen SF, Croxford S. P323. Ways in which legal and regulatory barriers hinder the HIV care continuum and 90/90/90 target across Europe. In: International Congress of Drug Therapy in HIV Infection, Glasgow, United Kingdom, 23–26 October 2016. J Int AIDS Soc. 2016;19(8S7):228–9 (аннотация). doi: http://dx.doi.org/10.7448/IAS.19.8.21487.

70. Monitoring implementation of the European Commission communication and action plan for combating HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries, 2009–2013: interim report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2012 (https://www.ECDC.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/1203-Interim-action-plan-HIV-AIDS.pdf, accessed on 13 July 2021).

71. Social determinants and risk factors in tuberculosis surveillance in the EU/EEA. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018 (https://www.ECDC.europa.eu/sites/default/files/documents/Social-determinants-and-risk-factors-for-TB.pdf, accessed on 13 July 2021).

72. European Centre for Disease Prevention and Control, Europe, World Health Organization. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2018: 2016 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018 (https://www.ECDC.europa.eu/sites/default/files/documents/ECDC-tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2018-rev1.pdf, accessed on 13 July 2021).

73. Antenatal screening for HIV, hepatitis B, syphilis and rubella susceptibility in the EU/EEA. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2016 (https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/112d3fbf-1805-11e6-ba9a-01aa75ed71a1/language-en, accessed on 13 July 2021).

74. Antenatal screening approaches effective in preventing mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B, syphilis and rubella in vulnerable populations: literature review. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017 (https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/antenatal-screening-approaches-to-prevent-MTCT-of-HIV-HBV-syphilis-rubella-lit-review-2017.pdf, accessed on 13 July 2021).

75. Reyes-Uruena JM, Noori T, Pharris A, Jansà JM. New times for migrants' health in Europe. Rev Esp Sanid Penit. 2014;16(2):48–58. doi: https://doi.org/10.4321/S1575-06202014000200004.

76. Roman J, Viegi G, Schenker M, Ojeda VD, Perez-Stable EJ, Nemery B et al. Research needs on respiratory health in migrant and refugee populations Ann Am Thorac Soc. 2018;15(11):1247–55. doi: https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201807-478ST.

77. Samari G. Syrian refugee women's health in Lebanon, Turkey, and Jordan and recommendations for improved practice. World Med Health Policy. 2017;9(2):255–74. doi: https://doi.org/10.1002/wmh3.231.

78. Schepisi MS, Contini S, Gualano G, Bellucci A, Gnolfo F, Rocca G et al. Tuberculosis active case finding based on symptom screening among irregular immigrants, refugees and asylum seekers in Rome and Milan, Italy. In: 22nd Annual Congress, 6–10 September 2014, Munich, Germany. Eur Respir J. 2014;44(suppl 58):1698 (аннотация).

79. Schrier L, Wyder C, del Torso S, Stiris T, von Both U, Brandenberger J et al. Medical care for migrant children in Europe: a practical recommendation for first and follow-up appointments. Eur J Pediatr. 2019;178(9):1449–67. doi: https://doi.org/10.1007/s00431-019-03405-9.

80. Smith G, McConkey S, Brugha R. 5.4-004. Migrant communicable disease screening programmes: an analysis of the translation of policy into practice. In: Abstracts of the 7th European Congress on Tropical Medicine and International Health, 3–6 October 2011, Barcelona, Spain. Trop Med Int Health. 2011;16(suppl 1):361 (аннотация).

81. Smith J. Europe's shifting response to HIV/AIDS: from human rights to risk management. Health Hum Rights. 2016;18(2):145–56. PMID: 28559682.

82. Sotgiu G, Dara M, Centis R, Matteelli A, Solovic I, Gratziou C et al. Breaking the barriers: migrants and tuberculosis. Presse Med. 2017;46(2):e5–11. doi: https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.01.013.

83. Spruijt I, Haile DT, Suurmond J, Van Den Hof S, Koenders M, Kouw P et al. Latent tuberculosis screening and treatment among asylum seekers: a mixed-methods study. Eur Respir J. 2019;54(5):1900861 (Poster). doi: https://doi.org/10.1183/13993003.00475-2020.

84. Stumo SR, Palayew A, Maticic M, Metwally AM, Hendrickx G, Reic T et al. THU-423. Patient group monitoring of implementation of WHO viral hepatitis C recommendations: identifying the gaps between policy and practice in Europe. In: The International Liver Congress 2019, 10–14 April 2019, Vienna, Austria. J Hepatol. 2019;70(1):e342–3.

85. Taylor RCR. The politics of securing borders and the identities of disease. Sociol Health Illn. 2013;35(2):241–54. doi: https://doi.org/10.1111/1467-9566.12009.

86. Thomas F, Aggleton P, Anderson J. "If I cannot access services, then there is no reason for me to test": the impacts of health service charges on HIV testing and treatment amongst migrants in England. AIDS Care. 2010;22(4):526–31. doi: https://doi.org/10.1080/09540120903499170.



87. Uplekar M, Weil D, Lönnroth K, Jaramillo E, Lienhardt C, Dias HM et al. WHO's new end TB strategy. Lancet. 2015;385(9979):1799–801. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60570-0.

88. Vaccaro FG, Scardoni A, Balzarini F, Mezzojuso AG, Frascella B, Signorell C et al. The use of digital health to control the communicable diseases risk in migrant populations in Europe: a systematic review of current literature. In: 52nd Congresso Nazionale, 16–19 October 2019, Perugia, Italy. J Prev Med Hyg. 2019;60(3 suppl 1):E240 (аннотация).

89. Valentini P. A132. Vaccination. In: 75th Congress of the Italian Society of Pediatrics, 29 May–1 June 2019, Bologna, Italy. Ital J Pediatr. 2019;45 (аннотация). doi: https://doi.org/10.1186/s13052-019-0746-3.

90. van de Berg S, Erkens C, Van Rest J, Van Den Hof S, Kamphorst M, Keizer S et al. Evaluation of tuberculosis screening of immigrants in the Netherlands. Eur Respir J. 2017;50(4):1700977. doi: https://doi.org/10.1183/13993003.00977-2017.

91. Van De Laar M. S03.4. Sexual health in the European Union: an inventory of data, programmes, initiatives, and policies. In: STI & AIDS World Congress, 14–17 July 2013, Vienna, Austria. Sex Transm Infect. 2013;89(suppl 1):A8–9 (аннотация). doi: https://doi.org/10.1136/sextrans-2013-051184.0023.

92. van der Werf MJ, Zellweger JP. Impact of migration on tuberculosis epidemiology and control in the EU/EEA [редакционная статья]. Euro Surveill. 2016;21(12). doi: https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.12.30174.

93. van Hest NA, Aldridge RW, de Vries G, gren A, Hauer B, Hayward A et al. Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: a consensus statement. Euro Surveill. 2014;19(9):20728. doi: https://doi.org/10.2807/1560-7917.es2014.19.9.20728.

94. Van Hout MC, Hearne E, Wells J. Economic and conflict based rapid mass population movement into Europe: the security and public health implications for future EU drugs policy [редакционная статья]. Int J Drug Policy. 2016;38:13–15. doi: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.017.

95. Wagner K, Jones J. Caring for migrant patients in the UK: how the Migrant Health Guide can help. Br J Gen Pract. 2011;61(590):546–7. doi: https://doi.org/10.3399/bjgp11X593758.

96. Whelan I. The effect of United Kingdom immigration policies on migrant access to sexual and reproductive healthcare. BMJ Sex Reprod Health. 2019;45(1):74–7. doi: https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2018-200165.

97. Wickramage K, Mosca D. Can migration health assessments become a mechanism for global public health good? Int J Environ Res Public Health. 2014;11(10):9954–63. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph111009954.

98. Wild V, Jaff D, Shah NS, Frick M. Tuberculosis, human rights and ethics considerations along the route of a highly vulnerable migrant from sub-Saharan Africa to Europe. Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21(10):1075–85. doi: https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0324.

99. Williams R, Aspinall R, Bellis M, Camps-Walsh G, Cramp M, Dhawan A et al. Addressing liver disease in the UK: a blueprint for attaining excellence in health care and reducing premature mortality from lifestyle issues of excess consumption of alcohol, obesity, and viral hepatitis. Lancet. 2014;384(9958):1953–97. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61838-9.

100. Williams B, Cassar C, Siggers G, Taylor S. Medical and social issues of child refugees in Europe. Arch Dis Child. 2016;101(9):839–42. doi: https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-310657.

101. Williams R, Holt AP. Screening immigrants for tuberculosis – why not for HBV infection? Lancet. 2013;381(9884):2164–5. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61438-5.

102. Yasin Y, Biehl K, Erol M. Infection of the invisible: impressions of a tuberculosis intervention program for migrants in Istanbul. J Immigr Minor Health. 2015;17(5):1481–6. doi: https://doi.org/10.1007/s10903-014-0115-7.

103. Zellweger J-P, Posey DL. Migrant screening for tuberculosis and LTBI in Europe [редакционная статья]. Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21(8):835. doi: https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0374.

104. Zenner D, Loutet M, Harris RJ, Wilson S, Ormerod LP. Evaluating 17 years of latent TB infection screening in north-west England: a retrospective cohort study of reactivation. Eur Respir J. 2017;50(1):1602505. doi: https://doi.org/10.1183/13993003.02505-2016.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

