

Непосредственно связано с миграцией распространение туберкулёза. В докладе ВОЗ 1997 г. отмечалось: «Туберкулёз не просто возвратился – он стал хуже, чем когда-либо раньше». По заболеваемости туберкулёзом в мире лидируют Индия, Китай, страны Африки, Юго-Восточной Азии и бывшие союзные республики. Наша страна в этом списке занимает 13-е место: сравнительно благополучный уровень 1990 г. (34 случая на 100 тыс. населения) к 2000-2001 гг. почти утроился (90) с последующим снижением до 63 в 2013 г. против 5, например, в Германии. Заболеваемость туберкулёзом среди мигрантов в 3 раза выше, чем у россиян, (среди беженцев и вынужденных переселенцев в РФ составляет от 459 до 700 на 100 тыс. лиц этой категории).

До 2005 г. неуклонно возрастала смертность от СПИДа, распространение которого началось из Африки. В 2013 г. число инфицированных увеличилось на 2,1 млн человек, что на 38% больше показателя 2001 г. Смертность снизилась к уровню 2005 г. на 35%. К 2020 г. прогнозируется снижение количества новых случаев заражения до 500 тыс. (news/rambler.ru/27955614/). На 31.12.2013 г. в РФ зарегистрировано 798 866 ВИЧ-инфицированных (99% из них – лица трудоспособного возраста) - 479,0 на 100 тыс. населения (demoscope.ru/weekly/2007/0273/print.php).

История человечества и история эпидемий неразрывны. В мире постоянно свирепствуют несколько эпидемий - СПИДа, туберкулёза, малярии, гриппа и т.д. Эпидемии могут возникать из-за притока мигрантов и способствовать переселению людей из неблагоприятных регионов. Последствия эпидемий воздействуют не только на здоровье человечества, но и на многие сферы жизни, требуя значительных затрат сил и средств на международном, национальном и местном уровнях.

ДЕТЕРМИНАНТЫ МИГРАЦИИ В XX-XXI вв.

В.Б. Белов, А.Г. Роговина*

Резюме. В России к концу XX века усилились как внешние, так и внутренние миграционные процессы. В данной статье описываются их основные аспекты, релевантные для охраны общественного здоровья.

Ключевые слова: детерминанты миграции, здоровье мигрантов.

* **ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва**

Белов Виталий Борисович – к.м.н., зав. отделом, vitallybb@mail.ru

Роговина Анна Григорьевна – старший научный сотрудник, 8(495)917-21-83

Технический прогресс, прежде всего в области транспорта и средств коммуникации, а теперь и глобализация многократно усилили мобильность широких слоёв населения. В современном мире, характеризующемся значительным региональным неравенством, дефицитом рабочей силы, демографическим дисбалансом, экономической и политической нестабильностью, изменением климата, стихийными бедствиями и антропогенными катастрофами, миграция повсеместна.

По оценкам ООН, из 175 млн мигрантов во всём мире (3/4 из них – внутренние) 120 млн составляют работники и их семьи. Маятниковая миграция (регулярные поездки на работу или учёбу за пределы места своего постоянного проживания) увеличивает число контактов, способствующих распространению инфекционных заболеваний, повышает риск возникновения стрессовых ситуаций и травматизма. Сезонная миграция (например, в дачную или курортную местность) приводит к неравномерной нагрузке на учреждения здравоохранения.

На переезд в поисках работы решаются преимущественно наиболее активные, способные и здоровые лица. На новом месте их самочувствие зачастую стремительно ухудшается из-за трудностей адаптации, плохих условий проживания и труда, отсутствия медицинского обслуживания. Интенсивность нарушениям психического и физического здоровья во многом зависит от того, откуда прибыли мигранты: заболеваемость на Камчатке выходцев из Закавказья в 9,6 раза, из Казахстана в 4 раза, из средней полосы России в 3,3 раза выше заболеваемости лиц, прибывших из северных районов страны [3].

С конца XX века среди национальных диаспор в России наиболее многочисленны китайская, афганская и вьетнамская. Субъекты РФ, граничащие с Казахстаном, заселяются казахами.

Незаконные мигранты создают неконтролируемый рынок товаров и услуг с уклонением от уплаты налогов; ведут противоправную коммерческую деятельность вплоть до доставки и сбыта наркотиков и оружия, фальсификации спиртных напитков, лекарственных препаратов и документов; вторгаются в банковскую деятельность. В то же время малообеспеченность большей части иммигрантов, особенно нелегальных, незащищённость в социальном и правовом отношении, способствуют пополнению за их счёт криминальных группировок.

Россияне выделяются уровнем неприязни к приезжим: их толерантность ограничивается 3,4 по 10-балльной шкале против 4,5-6,1 в 22 европейских странах (www.migrant-health-europe.org/files/). Ксенофобия устойчива в нашей стране с начала 2000 гг. Её преодолению, обеспечению эффективной интеграции мигрантов мешает

опыт закрытости советского общества, несовершенство законодательства и его разрыв с правоприменительной практикой.

Если в 1998 г. лозунг «Россия для русских» поддерживали 43% респондентов, в 2002 г. – 49%, то в последующие годы – не менее 53% [2]. В массовом обследовании молодежи на вопрос: «Как следовало бы поступить с незаконными мигрантами?» - 22% ответили «ликвидировать», 21% - «изолировать от общества» [1]. В октябре 2013 г. Левада-Центром зафиксирован пик таких настроений: лозунг «Россия для русских» поддержали 66% наших соотечественников; 62% допускали возможность массовых кровопролитных столкновений на национальной почве; 43% ощущали межнациональную напряжённость в своём городе/районе. Украинский кризис и противостояние с Западом в 2014 г. временно отодвинули эту проблему на задний план. Но негатив и агрессию потеснило не позитивное восприятие, а безразличие. Более 2/3 россиян по-прежнему одобряют различные ограничения для приезжих; только 16% считают, что иммигранты – благо для развития экономики (demoscope.ru/weekly/2014/0609/opros02.php).

Специфика потребностей мигрантов в медицинской помощи определяется обстоятельствами их жизни до перемены места жительства (образование, род занятий, семейное положение, политическая, экономическая, экологическая и эпидемиологическая ситуация в регионе выбытия, качество медицинского обслуживания); причиной миграции (переезжающие для получения образования и работы в корне отличаются от вынужденных переселенцев и беженцев); интеграцией в принимающий социум. Для эффективной охраны здоровья мигрантов, как и населения в целом, необходимо интенсивное взаимодействие учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты, служб безопасности, жилищного хозяйства и др.

Генеральная Ассамблея ООН в 1990 г. приняла Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся мигрантов и членов их семей. Ни одна из стран Европы и Северной Америки, принимающих мигрантов, а также РФ, к конвенции не присоединились.

До сих пор лишь немногие страны в мире обеспечивают полноценный доступ к медицинскому обслуживанию всех, включая нерегулируемых мигрантов. Это, например, Аргентина, Бразилия, Франция, Португалия и Испания. Контакты с системой здравоохранения затрудняются для мигрантов языковым барьером, культурными особенностями, дискриминацией.

В мае 2008 г. на 61-ой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята резолюция WHA 61.17 «Здоровье мигрантов», признающая необходимость

учёта их интересов при разработке политики здравоохранения. «Концепция государственной миграционной политики Российской Федерации на период до 2025 года» от 13 июня 2012 г. (<http://www.fms.gov.ru/documentation/868/details/53252/>) провозглашает дифференцированный подход к регулированию миграционных потоков в зависимости от целей и сроков пребывания, социально-демографических и профессионально-квалификационных характеристик мигрантов. Более низкий, по сравнению с постоянными жителями, правовой и экономический статус, бытовая неустроенность и теневая занятость большинства мигрантов приводят к обострению социально-экономической, криминогенной, санитарно-гигиенической и эпидемиологической ситуации в регионах их вселения и требует принятия дорогостоящих мер компенсаторного характера.

Литература

1. Даффлон Д. Молодёжь в России: портрет поколения на переломе // Вестник общественного мнения. – 2008. - № 5 (97). – С. 27-28.
2. Общественное мнение. – М., 2009. – С. 144.
3. Потапов А.И., Васильев Н.В. Перспективы социал-гигиенических исследований в Сибири и на Дальнем Востоке / Региональные проблемы здоровья населения России. - М., 1993. - С. 72-76.

МЕТОДОЛОГИЯ ТОМАСА КУНА ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

*М.С. Бетехтин**

Резюме: в 60-х годах XX века Томасом Куном был предложен новый подход изучения развития науки. Данная работа представляет собой попытку применения методологии Т. Куна при изучении истории медицины, на примере истории развития европейской дерматовенерологии.

Ключевые слова: Томас Кун, история дерматовенерологии.

В 1962 г. была опубликована работа Томаса Куна «Структура научных революций», в которой предлагалась необычная точка зрения на развитие науки, заключавшаяся в турбулентном и революционном развитии, вместо плавного эволюционного развития. Автором были введены как новые термины (нормальная наука, экстраординарная наука), так и новые значения, ранее использованных терминов (парадигма, научная ре-

* **МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра истории медицины**
Бетехтин Михаил Сергеевич – к.м.н., преподаватель, mbetehtin@gmail.com