



ДОКЛАД О ГЛОБАЛЬНОЙ БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ, 2013 г.

КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

Туберкулез (ТБ) остается одной из основных глобальных проблем здравоохранения. В 2012 г., по оценкам, 8,6 млн. человек заболели ТБ, а 1,3 млн. – умерли от этой болезни (в том числе умерли 320 000 ВИЧ-позитивных людей)¹. Число смертей от туберкулеза является недопустимо большим, если учесть, что большая часть из них предотвратима.

Почти через 20 лет после того, как ВОЗ провозгласила ТБ причиной глобальной чрезвычайной ситуации в общественном здравоохранении, достигнут существенный прогресс к достижению глобальных целевых показателей 2015 г., установленных в контексте Целей тысячелетия в области развития (ЦТР). За два года до окончательного срока в «Докладе о глобальной борьбе с туберкулезом, 2013 г.» и в прилагаемом к нему «Обратном отсчете до 2015 г.» дается оценка хода достижения целевых показателей 2015 г., а также указываются главные приоритетные меры, которые необходимы для достижения этих целевых показателей и/или дальнейшего движения.

ОБРАТНЫЙ ОТЧЕТ ДО 2015 г.: ключевые выводы

В графике:

- Показатель новых случаев ТБ уже порядка 10 лет снижается во всем мире, достигнув глобального целевого показателя ЦТР. Показатели заболеваемости ТБ также сокращаются во всех шести регионах ВОЗ. Темпы сокращения (2% в год) остаются медленными.
- В глобальном масштабе к 2012 г. показатели смертности при ТБ сократились на 45% с 1990 года. Целевой показатель по сокращению смертности на 50% к 2015 г. почти достигнут.
- В двух регионах ВОЗ уже достигнуты целевые показатели 2015 г. по сокращению заболеваемости, распространенности и смертности: это Американский регион и Регион Западной части Тихого океана.
- Из 22 стран с высоким бременем ТБ (НВС), на которые приходится порядка 80% случаев ТБ² в мире, семь уже достигли всех целевых показателей 2015 г. по сокращению заболеваемости, распространенности ТБ и смертности от него. Еще четыре НВС идут по графику выполнения к 2015 году.

Отставание от графика:

- К 2012 г. уровень активного заболевания ТБ среди населения (распространенность) в мире упал на 37% после 1990 года. Не ожидается, что целевой показатель в размере 50%-ого сокращения к 2015 г. будет достигнут.
- Африканский и Европейский регионы в настоящее время выбились из графика достижения целевых показателей по смертности и распространенности.
- Из 22 НВС 11 отстают от графика по сокращению заболеваемости, распространенности и смертности в соответствии с целевыми показателями. В число причин этого входят ресурсные ограничения, конфликты и нестабильность, а также концентрированные эпидемии ВИЧ.
- Прогресс к достижению целевых показателей по диагностике и лечению ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) заметно отстает от графика. В целом в мире и в большинстве стран с высоким бременем МЛУ-ТБ менее 25% людей, которые, по оценкам, болеют МЛУ-ТБ, были выявлены в 2012 году.

- Многие страны добились значительного прогресса по преодолению двойной эпидемии ТБ/ВИЧ. Однако целевые показатели глобального уровня по тестированию на ВИЧ среди больных ТБ и обеспечение антиретровирусной терапии (АРТ) тем из них, которые являются ВИЧ-позитивными, не достигнуты.

Пять первоочередных мер, необходимых для ускорения прогресса к целевым показателям 2015 г.:

1. **Охватить упущенные случаи.** Около 3 млн. человек, заболевших ТБ в 2012 г., были упущены национальными системами уведомления. В число ключевых мер, необходимых для выявления лиц с этим заболеванием и обеспечения получения ими правильного лечения и ухода, входят: расширение услуг (включая быстрое тестирование) во всех системах здравоохранения при поддержке неправительственных организаций, социальных работников и добровольцев при диагностике случаев и представления докладов о них; более активное сотрудничество с государственными больницами и частными медико-санитарными учреждениями, которые лечат пациентов, но не представляют отчетность; введение обязательного уведомления о случаях в большем количестве стран; усовершенствование сбора данных.
2. **Подходить к МЛУ-ТБ как к кризису общественного здравоохранения.** В странах, где велико бремя МЛУ-ТБ, усиление потенциала по диагностике МЛУ-ТБ должно соответствовать запасам качественных лекарственных препаратов и наращиванию потенциала страны по обеспечению эффективного лечения и ухода. Для этого потребуются политическая воля и лидерство на высоком уровне, а также более активное сотрудничество между партнерами, включая органы регулирования лечебных препаратов, доноров и технические агентства, гражданское общество и фармацевтическую отрасль.
3. **Ускорить реагирование на ТБ/ВИЧ.** Главным приоритетом является расширение охвата ВИЧ-позитивных больных ТБ посредством АРТ до 100%-ого целевого показателя. Вторым приоритетом является расширение охвата профилактическим лечением ТБ тех людей, которые живут с ВИЧ.
4. **Увеличить финансирование для ликвидации всех ресурсных пробелов.** По оценкам, ежегодно требуется 7-8 млрд. долл. США для обеспечения полного реагирования на эпидемию ТБ в странах с низким и средним уровнем дохода в 2014 и 2015 гг. (не включая научные исследования и разработки по новым средствам диагностики ТБ, лекарственным препаратам и вакцинам). В 2013 г. сумма финансирования составляет порядка 6 млрд. долл. США. Для ликвидации дефицита, достигающего 2 млрд. долл. США в год, необходимо наращивать как внутреннее, так и донорское финансирование, в том числе за счет восполнения Глобального фонда в 2013 году. Без адекватного финансирования прогресс остается хрупким и может повернуть вспять.
5. **Обеспечить быстрое внедрение инноваций.** Быстрое внедрение новых средств и стратегий улучшения диагностики, лечения и профилактики всех форм ТБ можно ускорить за счет оперативных исследований с учетом специфики стран, а также воплощения результатов таких исследований в политике и на практике.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВЫВОДЫ

Доклад основан, главным образом, на данных, которые были представлены государствами-членами ВОЗ. В 2013 г. данные были представлены 178 государствами-членами и в целом 197 странами и территориями, на которые коллективно приходится более 99% случаев ТБ в мире.

Бремя болезни

Нынешняя глобальная картина ТБ свидетельствует о продолжающемся прогрессе, но он идет недостаточно быстрыми темпами.

- По оценкам, 1,1 млн. (13%) из 8,6 млн. человек, которые заболели ТБ в 2012 г., были ВИЧ-позитивными. Около 75% из этих случаев были в Африканском регионе.
- В глобальном масштабе в 2012 г., по оценкам, 450 000 человек заболели МЛУ-ТБ и, по оценкам, 170 000 человек умерли от МЛУ-ТБ.
- В большинстве случаев заболевают ТБ и умирают от него мужчины, но ТБ остается и одним из трех главных факторов смертности у женщин во всем мире. По оценкам, в 2012 г. от туберкулеза умерло 410 000 женщин, включая 160 000 из числа ВИЧ-позитивных. Половина из ВИЧ-позитивных лиц, которые умерли от туберкулеза в 2012 г., были женщинами. По оценкам, из 8,6 млн. новых случаев ТБ во всем мире в 2012 г. 2,9 млн. были среди женщин.
- По оценкам, в 2012 г. было 530 000 случаев заболевания детей (в возрасте до 15 лет) и 74 000 случаев смерти от ТБ (среди ВИЧ-позитивных детей) (6% и 8% от общего глобального количества, соответственно).
- Большинство случаев в мире в 2012 г. отмечались в регионах Юго-Восточной Азии (29%), Африки (27%) и Западной части Тихого океана (19%). Лишь на долю Индии и Китая пришлось 26% и 12% от общего числа случаев, соответственно.
- Показатели заболевания ТБ на страновом уровне значительно варьируются, причем в Южной Африке и Свазиленде отмечается порядка тысячи или более случаев на 100 000 населения, а в некоторых частях Американского континента, в ряде стран Западной Европы, в Японии, Австралии и Новой Зеландии отмечается менее 10 случаев на 100 000 населения.

Результаты выявления и лечения ТБ

Ежегодно миллионы людей получают доступ к эффективному лечению ТБ, однако успехи ограничены из-за «упущенных случаев».

- В период с 1995 по 2012 год 56 млн. человек были успешно пролечены от ТБ в тех странах, которые перешли на глобальную стратегию ВОЗ по ТБ, в результате чего было спасено 22 млн. жизней.
- В 2012 г. национальные программы по борьбе с ТБ (НПТ) были уведомлены о 6,1 млн. случаев ТБ. Из этого числа 5,7 млн. пришлось на новые диагнозы в 2012 г., а 0,4 млн. были ранее диагностированными больными ТБ, для которых изменился курс лечения.
- В 2011 г. сохранялись высокие показатели успешного лечения на уровне 87% по всем новым случаям ТБ.
- Уведомления о случаях ТБ в глобальных масштабах стабилизировались. В 2012 г. порядка 66% (5,7 млн.) из 8,6 млн. человек, которые, по оценкам, заболели ТБ, были включены в уведомления в качестве вновь диагностированных случаев.
- Около 75% из, как предполагается, 2,9 млн. упущенных случаев – людей, которые были либо *не диагностированы*, либо *диагностированы, но без уведомления* НПТ, – пришлось на 12 стран. В порядке общего количества этими странами были Индия (31% глобального общего числа), Южная Африка, Бангладеш, Пакистан, Индонезия, Китай, Демократическая Республика Конго, Мозамбик, Нигерия, Эфиопия, Филиппины и Мьянма.
- Тест быстрой молекулярной диагностики Xpert MTB/RIF быстрыми темпами внедряется в странах для выявления ТБ и ТБ с устойчивостью к рифампицину. По состоянию на конец июня

2013 г. 88 из 145 стран, имеющих право на льготные цены, приобрели 1402 тестовых аппарата и 3,2 млн. тестовых картриджей.

- Показатели успешного лечения ТБ по-прежнему являются самыми низкими в Европейском регионе, где в 2011 г. успешно пролечено было лишь 72% новых случаев.

Результаты выявления и лечения МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ

Невыявленные случаи и пробелы в охвате лечением создают кризис публичного здравоохранения

- В глобальных масштабах в 2012 г. данные обследований лекарственной устойчивости и непрерывного эпиднадзора случаев ТБ, по которым поступили уведомления, говорят о том, что МЛУ-ТБ наблюдался в 3,6% вновь диагностированных случаев ТБ и в 20% случаев с предшествующим лечением ТБ. Самые высокие уровни МЛУ-ТБ наблюдались в Восточной Европе и Центральной Азии, где в некоторых странах более 20% новых случаев ТБ и более 50% случаев с предшествующим лечением ТБ имели МЛУ-ТБ.
- В 2012 г. было выявлено в общей сложности 94 000 больных ТБ, подлежащих лечению МЛУ-ТБ: 84 000 человек с подтвержденным МЛУ-ТБ (т.е. устойчивости как к рифампицину, самому мощному лекарственному препарату против ТБ, так и к изониазиду), плюс 10 000 человек с устойчивостью к рифампицину были выявлены с использованием Xpert MTB/RIF. По сравнению с 2011 г. произошло увеличение на 42% числа выявленных случаев, подлежащих лечению. Наибольший прирост между 2011 г. и 2012 г. наблюдался в Индии, Южной Африке и на Украине.
- Лечение препаратами второго ряда в 2012 г. было начато для чуть более 77 000 человек с МЛУ-ТБ, что эквивалентно 82% от 94 000 впервые выявленных случаев, подлежащих лечению в глобальном масштабе. Пробелы в охвате лечением выявленных случаев были значительно больше в некоторых странах, особенно в Африканском регионе (51% зарегистрированных для лечения), и эти пробелы расширились в Китае, Пакистане и Южной Африке.
- По состоянию на конец 2012 г. 92 страны сообщили по крайней мере об одном случае туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ). В среднем, по оценкам, 9,6% случаев МЛУ-ТБ имеют ШЛУ-ТБ.
- В глобальном масштабе лишь 48% пациентов с МЛУ-ТБ из выявленной в 2010 г. совокупности случаев были успешно пролечены, что отражает высокие показатели смертности и потерь для дальнейшего наблюдения.. В 34 из 107 стран был достигнут показатель в 75% или более успешного лечения пациентов с МЛУ-ТБ.

Меры против ТБ-ВИЧ

Совместные услуги по ТБ-ВИЧ расширяются, но глобальные целевые показатели пока еще далеки.

- Основными вмешательствами по сокращению бремени ВИЧ-инфекции у больных ТБ являются тестирование на ВИЧ и обеспечение АРТ и профилактической терапии котримоксазолом (ПТК) ВИЧ-позитивных пациентов. Основными вмешательствами по сокращению ТБ у лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, являются регулярный скрининг на ТБ тех, кто наблюдается по поводу ВИЧ-инфекции, и проведение профилактической терапии изониазидом (ПТИ) для пациентов, у которых нет активного ТБ и которые удовлетворяют соответствующим критериям (по оценкам, это 50% новых пациентов, проходящих лечение ВИЧ-инфекции).
- В 2012 г. произошло дальнейшее упрочение прогресса в реализации мер по борьбе с ТБ/ВИЧ. В глобальных масштабах 46% больных ТБ знали о своем ВИЧ-статусе (по сравнению с 40% в 2011 г.). В Африканском регионе, где самое высокое бремя ТБ/ВИЧ – 74% больных ТБ знали о своем ВИЧ-статусе (по сравнению с 69% в 2011 г.). Если взять 41 страну с самым высоким

бременем ТБ/ВИЧ, то более 85% больных ТБ знали свой ВИЧ-статус в 15 странах, и в 7 из этих стран более 90% больных знали свой ВИЧ-статус.

- Охват АРТ больных ТБ, которые были зарегистрированы в качестве ВИЧ-позитивных, достиг 57% в 2012 г. по сравнению с 49% в 2011 году. Как и в последние несколько лет порядка 80% ВИЧ-позитивных больных ТБ получали ПТК.
- В 2012 г. 4,1 млн. человек, проходящих лечение ВИЧ, как сообщалось, прошли скрининг на ТБ по сравнению с 3,5 млн. человек в 2011 году. Из 1,6 млн. человек, которые, как сообщалось, были подключены к лечению ВИЧ-инфекции в 2012 г., 0,5 млн. (31%) были обеспечены ПТИ.

Финансирование борьбы с ТБ

Ключевыми факторами являются международное донорское финансирование и увеличение внутренних инвестиций

- Из 7-8 млрд. долл. США в год, которые необходимы в странах с низким и средним уровнем дохода в 2014 и 2015 гг., около двух третей этой суммы требуется на выявление и лечение поддающегося лекарственным препаратам ТБ, 20% – для лечения МЛУ-ТБ, 10% – для тестов быстрой диагностики и соответствующего укрепления лабораторий, и 5% – для совместной деятельности по ТБ/ВИЧ.
- В период после 2002 г. четко документирован рост внутреннего и международного донорского финансирования. Есть возможности для дальнейшего увеличения внутреннего финансирования, особенно в странах БРИКС (Бразилия, Российская Федерация, Индия, Китай и Южная Африка), на которые приходится почти 50% глобального числа случаев ТБ.
- По сообщениям НПТ, международное донорское финансирование составило в 2013 г. 0,8 млрд. долл. США, причем порядка трех четвертей из этой суммы поступило из Глобального фонда. Для ликвидации ресурсных пробелов в 2014 и 2015 гг. требуется по меньшей мере 1,6 млрд. долл. США.
- Международное донорское финансирование является жизненно важным во многих странах, и на его долю приходится более 50% общего финансирования в группе 17 НВС, за исключением стран БРИКС, и во всех странах с низким уровнем дохода. В некоторых отдельных странах этот показатель еще выше.

Научные исследования и разработки

Чтобы положить конец глобальной эпидемии ТБ, жизненно важны новые средства диагностики ТБ, лекарства и вакцины.

- Более 50 кампаний участвуют в разработке новых диагностических тестов.
- На завершающих этапах клинической разработки находится 10 новых или перепрофилированных препаратов против ТБ. В конце 2012 г. бедаквилин стал первым новым препаратом против ТБ, который был утвержден за прошедшие 40 лет. В июне 2013 г. ВОЗ опубликовала временные руководящие указания относительно его использования при лечении МЛУ-ТБ.
- Идет процесс подготовки 10 вакцин для профилактики ТБ и двух иммунотерапевтических вакцин. В начале 2013 г. были опубликованы результаты этапа Ib концептуального исследования одной из профилактических вакцин-кандидатов. Хотя эффективность не превосходила вакцину БЦЖ (бацилла Кальметта-Герена) при индивидуальном применении, исследование продемонстрировало, что испытание новой вакцины против ТБ осуществимо в условиях высокого бремени ТБ.
- Короткие, эффективные и легко переносимые курсы лечения латентной инфекции ТБ, диагностический тест для применения на месте оказания помощи, а также эффективная пост-экспозиционная вакцина необходимы для того, чтобы помочь положить конец глобальной эпидемии ТБ.

¹По оценкам, среди ВИЧ-позитивных в 2011 г. умерли от туберкулеза 336 000 человек. Оценки за весь период 1990-2012 гг. относительно смерти от ТБ среди ВИЧ-позитивных людей были обновлены в 2013 г. с использованием программного обеспечения Спектрум, которое уже более 10 лет используется для подготовки оценок по бремени болезни, вызванному ВИЧ. В 2013 г. в программном обеспечении Спектрум впервые появился модуль по туберкулезу, который предназначен для использования в страновых консультациях по оценкам бремени ВИЧ, которые каждые два года организует ЮНЭЙДС. В этот процесс была включена оценка числа больных ТБ, живущих с ВИЧ, а также числа смертей от туберкулеза среди ВИЧ-позитивных.

²22НВС являются: Афганистан, Бангладеш, Бразилия, Вьетнам, Демократическая Республика Эфиопия, Зимбабве, Индия, Индонезия, Камбоджа, Кения, Китай, Конго, Мозамбик, Мьянма, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Пакистан, Российская Федерация, Таиланд, Уганда, Филиппины и Южная Африка.