



## Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2011 г.

### Краткое резюме

В настоящем документе кратко излагается содержание шестнадцатого доклада о глобальной борьбе с туберкулезом (ТБ), опубликованного ВОЗ в серии, начатой в 1997 году. Он содержит всестороннюю и обновленную оценку эпидемии ТБ и прогресса в осуществлении и финансировании деятельности по предупреждению, лечению ТБ и борьбе с ним на глобальном, региональном и страновом уровнях с помощью данных, представленных 198 странами, на которые приходится более 99% случаев ТБ в мире.

Во вступительной главе (Главе 1) дается общая справочная информация о ТБ, а также представлены глобальные задачи по борьбе с ТБ, Стратегия ВОЗ "Остановить ТБ" и Глобальный план действий "Остановить ТБ" на 2011-2015 гг., разработанный партнерством "Остановить ТБ". Основные результаты и послания в связи с шестью крупными темами, охваченными в остальной части доклада, представлены ниже.

### Бремя болезни, вызываемое ТБ (Глава 2)

В 2010 г. имели место 8,8 миллиона случаев заболевания ТБ (в диапазоне 8,5- 9,2 миллиона), 1,1 миллиона случаев смерти (в диапазоне 0,9 - 1,2 миллиона) от ТБ среди лиц, не имевших ВИЧ-инфекции, и еще 0,35 миллиона случаев смерти (в диапазоне 0,32 - 0,39 миллиона) от ВИЧ-ассоциированного ТБ.

Важными новыми результатами на глобальном уровне являются следующие:

- Абсолютное число случаев заболевания ТБ уменьшается с 2006 г. (а не медленно увеличивается, как указывалось в предыдущих глобальных докладах);
- Показатели заболеваемости уменьшаются с 2002 г. (на два года раньше, чем предполагалось ранее);
- Оценочное число случаев смерти от ТБ каждый год пересматривались в сторону понижения;
- В 2009 г. почти 10 миллионов детей остались сиротами в результате смерти родителей от ТБ.

Обновления оценок бремени болезни проводились по завершении серии консультаций с 96 странами в период между 2009 и 2011 гг., включая Китай, Индию и 17 африканских стран в прошлом году, а также в результате гораздо большего наличия и использования прямых измерений смертности от ТБ.

Представлена краткая информация о предпринимаемых в настоящее время под эгидой Глобальной целевой группы ВОЗ по измерению воздействия ТБ усилиях по дальнейшему улучшению измерения случаев заболевания ТБ и смерти от него, а также о впечатляющем прогрессе в исследованиях распространенности ТБ и о новаторской работе по усилению эпиднадзора.

На страновом уровне резкое сокращение случаев заболевания ТБ и смерти от ТБ достигнуто в Китае. В период между 1990 и 2010 гг. показатели распространенности сократились наполовину, показатели смертности упали почти на 80%, а показатели заболеваемости уменьшались на 3,4% в год. Методы, использованные для измерения тенденций в бремене болезни в Китае, - общенациональные исследования распространенности, образцовая система регистрации актов гражданского состояния и базирующаяся в сети интернет система уведомления о случаях заболевания - дают модель для многих других стран.

Другие результаты подкрепляют выводы предыдущих глобальных докладов:

- Мир и все шесть регионов ВОЗ продолжают работать над достижением Цели тысячелетия в области развития по сокращению к 2015 г. показателей заболеваемости ТБ;
- Показатели смертности от ТБ сократились более чем на треть с 1990 г., и весь мир, а также пять из шести регионов ВОЗ (исключением является Африканский регион) успешно работают над достижением цели, поставленной Партнерством "Остановить ТБ", которая заключается в сокращении наполовину к 2015 г. показателей смертности, зарегистрированных в 1990 году;
- Цель, поставленная Партнерством "Остановить ТБ", по сокращению наполовину к 2015 г. показателей распространенности ТБ, зарегистрированных в 1990 г., вряд ли будет достигнута во всем мире, хотя она уже достигнута в Регионе стран Америки, и Регион Западной части Тихого океана очень близок к ее достижению;
- В 2010 г. имели место 3,2 миллиона (в диапазоне 3,0–3,5 миллиона) случаев заболевания ТБ и 0,32 миллиона (в диапазоне 0,20–0,44 миллиона) случаев смерти от ТБ среди женщин;
- Около 13% случаев ТБ происходит среди людей, живущих с ВИЧ.

### **Регистрация случаев заболевания ТБ и результаты лечения** (Глава 3)

В 2010 г. было зарегистрировано 5,7 миллиона новых и рецидивных случаев заболевания ТБ, что эквивалентно 65% (в диапазоне 63%–68%) предполагаемого числа случаев заболевания ТБ в 2010 году. На Индию и Китай в 2010 г. приходилось 40% всех уведомлений о случаях ТБ в мире, на Африку - еще 24%, а на 22 страны с высоким бременем ТБ (СВБ) - 82%. На глобальном уровне в 2009 г.

показатель успешного лечения новых случаев ТБ легких с положительным результатом микроскопии мокроты составила 87%.

В период между 1995 г. и 2010 г. 55 миллионов больных ТБ прошли лечение в программах, принявших Стратегию DOTS/ «Остановить ТБ», и 46 миллионов были успешно вылечены, в результате чего было спасено почти 7 миллионов жизней.

Наряду с этими достижениями серьезной задачей продолжает оставаться диагностика и надлежащее лечение ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). В большинстве стран в 2010 г. на МЛУ-ТБ было проверено менее 5% новых и ранее пролеченных случаев ТБ. Зарегистрированное число больных, принявших участие в программах лечения, увеличилось и достигло 46 000 в 2010 году. Однако это эквивалентно всего лишь 16% от 290 000 случаев МЛУ-ТБ, которые, согласно оценкам, существуют среди больных ТБ, зарегистрированных в 2010 году.

## **Финансирование лечения ТБ и борьбы с ним**

### **(Глава 4)**

В 97 странах с 92% случаев ТБ в мире, для которых можно оценить тенденции, ожидается, что финансирование из внутренних и донорских источников в 2012 г. составит 4,4 млрд. долларов США по сравнению с 3,5 млрд. долл. США в 2006 году. Большая часть этого финансирования используется в поддержку диагностики и лечения лекарственно чувствительного ТБ, хотя финансирование для МЛУ-ТБ увеличивается, и, как ожидается, достигнет в 2012 г. 0,6 млрд. долл. США. Страны сообщают, что недостаток финансирования в 2012 г. составит 1 млрд. долл. США.

В целом на внутреннее финансирование приходится 86% всего финансирования, тогда как на Глобальный фонд - 12% (82% всего международного финансирования), а на гранты других организаций - 2%; резкий контраст между странами БРИКС (Бразилия, Российская Федерация, Индия, Китай и Южная Африка) и другими странами подчеркивают следующие факты:

- в 2010 г. страны БРИКС инвестировали в борьбу с ТБ 2,1 млрд. долл. США, причем 95% из них - из внутренних источников;
- В других 17 СВД общие расходы были гораздо меньшими (0,6 млрд. долл. США), и лишь 51% финансирования поступил из внутренних источников.

В странах БРИКС и других странах со средним уровнем доходов (ССУД) большая часть финансирования необходима для расширения масштабов лечения МЛУ-ТБ и достижения цели всеобщего доступа. Если страны БРИКС и другие ССУД смогут полностью финансировать расширение масштабов лечения МЛУ-ТБ из внутренних источников, нынешних уровней донорского финансирования для МЛУ-ТБ будет практически достаточно для финансирования расширения масштабов лечения МЛУ-ТБ в странах с низким уровнем доходов.

Ожидается, что донорское финансирование для ТБ в 2012 г. достигнет 0,6 млрд. долл. США, то есть увеличится на 50% по сравнению с 0,4 млрд. долл. США в 2006 г., но будет гораздо меньшим по сравнению с донорским финансированием борьбы с малярией (1,8 млрд. долл. США в 2010 г.) и ВИЧ-инфекцией (6,9 млрд. долл. США в 2010 г.).

## **Новые диагностические средства и укрепление лабораторий**

(Глава 5)

Имеются первые данные о том, что использование нового быстрого молекулярного теста (Хpert МТВ/RIF) может существенно улучшить и ускорить диагностику ТБ и лекарственно устойчивого ТБ. К 30 июня 2011 г., через шесть месяцев после одобрения ВОЗ теста Хpert МТВ/RIF в декабре 2010 г., 26 из 145 стран, имевших право покупать инструменты GeneХpert и картриджи Хpert МТВ/RIF по льготным ценам, сделали это. Это свидетельствует о том, что передача технологии развивающимся странам может быть быстрой.

Продолжающуюся неадекватность традиционного лабораторного потенциала иллюстрируют также следующие факты:

- В 2010 г. 8 из 22 СVB не достигнут показателя 1 центр микроскопии на 100 000 населения;
- Среди 36 стран в объединенном списке 22 СVB и 27 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ 20 имеют более низкий стандартный показатель, чем 1 лаборатория, способная выполнять культуральное тестирование и тестирование на лекарственную устойчивость, на 5 миллионов населения.

В целом, необходимо ускорить укрепление лабораторий, как это происходит в настоящее время в 27 странах, с помощью проекта EXPAND-ТБ, поддерживаемого организацией ЮНИТЭЙД.

## **Преодоление сочетанной эпидемии ТБ и ВИЧ-инфекции**

(Глава 6)

Прогресс в увеличении масштабов мероприятий для преодоления сочетанной эпидемии ТБ и ВИЧ-инфекции продолжается:

- В 2010 г. тестирование на ВИЧ-инфекцию больных ТБ достигло 34% во всем мире, 59% в Африканском регионе и  $\geq 75\%$  в 68 странах.
- Почти 80% больных ТБ с ВИЧ-инфекцией начали профилактическое лечение котримоксозолом (ПКК), и 46% проходили курс антиретровирусной терапии (АРТ) в 2010 г.;
- В 2010 г. имело место значительное увеличение охвата скринингом на ТБ лиц с ВИЧ-инфекцией и предоставление профилактического лечения изониазидом людям, не имеющим активного ТБ, особенно в Южной Африке.

Невзирая на впечатляющие улучшения, произошедшие за последние годы, необходимо сделать гораздо больше, чтобы выполнить задачи Глобального плана по тестированию на ВИЧ-инфекцию всех больных ТБ и по предоставлению ПЛК и АРТ всем больным ТБ, живущим с ВИЧ.

### **Научные исследования и разработки (Глава 7)**

Тема научных исследований и разработок впервые обсуждается в глобальном докладе. За последние годы произошел значительный прогресс в диагностических средствах, включая одобрение в конце 2010 г. Xpert MTB/RIF; готовы к внедрению и другие тесты, включая тестирование на месте оказания помощи. Клинические испытания проходят 10 новых или перепрофилированных видоизмененных противотуберкулезных препаратов, которые могут сократить сроки лечения лекарственно чувствительного ТБ и улучшить лечение МЛУ-ТБ. Результаты трех испытаний фазы III четырехмесячного режима для лечения лекарственно чувствительного ТБ, как ожидается, будут получены в период между 2012 и 2013 гг., а результаты двух испытаний фазы II новых лекарств для лечения МЛУ-ТБ ожидаются в 2012 году. Девять вакцин-кандидатов проходят испытания в фазе I или фазе II. Ожидается, что одна или обе вакцины-кандидаты, находящиеся в настоящее время в фазе II, в течение последующих 2-3 лет перейдут в фазу III испытаний с возможным лицензированием, по крайней мере, одной новой вакцины к 2020 году.