



Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2017 год

Резюме

Глобальный доклад о туберкулезе ВОЗ призван дать всеобъемлющую и актуальную оценку эпидемии туберкулеза (ТБ) и достижений в области его лечения и профилактики на глобальном, региональном и страновом уровняхⁱ. Такая оценка проводится в контексте рекомендованных глобальных стратегий по борьбе с ТБ и связанных с ними целевых показателей, а также более широких целей в области развития. На период 2016–2035 гг. ими являются Стратегия ВОЗ по ликвидации ТБ и Цели в области устойчивого развития (ЦУР) Организации Объединенных Наций (ООН), общая цель которых состоит в ликвидации глобальной эпидемии ТБ.

Конкретные целевые показатели, предусмотренные в Стратегии по ликвидации ТБ, включают в себя: снижение к 2030 г. смертности от ТБ на 90% и снижение заболеваемости (количества новых случаев в год) на 80% по сравнению с 2015 годом. Для достижения этих целевых показателей требуются меры по лечению и профилактике ТБ в более широком контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения, многосекторальные действия по устранению социальных и экономических детерминант и последствий ТБ, а также достижение к 2025 г. технологического прорыва, позволяющего снижать заболеваемость более быстрыми темпами, чем это происходило раньше.

Общая картина, согласно последним данным, по-прежнему характеризуется тяжелым бременем заболевания, а нынешних темпов улучшений недостаточно для того, чтобы достичь намеченных целевых показателей или добиться заметных успехов в устранении сохраняющихся пробелов.

ТБ занимает девятое место среди ведущих причин смертности в мире и является ведущей причиной смерти от какого-либо одного возбудителя инфекции, опережая ВИЧ/СПИД. В 2016 г. от ТБ, согласно оценкам, умерли 1,3 миллиона ВИЧ-негативных лиц (это меньше, чем 1,7 миллиона умерших в 2000 г.), кроме того, 374 000 случаев смерти было зарегистрировано среди ВИЧ-позитивных лицⁱⁱ. Число заболевших ТБ в 2016 г. оценивается на уровне 10,4 миллиона человек: из них 90% составляли взрослые, 65% – мужчины, 10% – люди, живущие с ВИЧ (в Африке 74%), и 56% – жители пяти стран: Индии, Индонезии, Китая, Филиппин и Пакистанаⁱⁱⁱ.

Сохраняется угроза лекарственно-устойчивого ТБ. В 2016 г. произошло 600 000 новых случаев ТБ с устойчивостью к рифампицину (РУ-ТБ), самому эффективному препарату первой линии, из которых 490 000 были случаями ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)^{iv}. Почти половина (47%) этих случаев произошла в Индии, Китае и Российской Федерацииⁱⁱⁱ.

Смертность от ТБ в глобальных масштабах снижается примерно на 3% в год. Заболеваемость ТБ уменьшается приблизительно на 2% в год; при этом 16% туберкулезных пациентов умирают от этого заболевания; к 2020 г. эти показатели должны быть улучшены и доведены до, соответственно, 4–5% в год и 10%, что позволит достичь контрольных показателей первого этапа (2020 г.) Стратегии по ликвидации ТБ.

Большинство смертей от ТБ можно было предотвратить путем ранней диагностики и надлежащего лечения. Каждый год ТБ диагностируется и успешно излечивается у миллионов людей, что позволяет спасти жизни миллионов людей (53 миллиона с 2000 по 2016 год), однако в работе по выявлению и лечению заболевания все еще наблюдаются значительные пробелы.

В 2016 г. было зарегистрировано 6,3 миллиона новых случаев ТБ (что выше 6,1 миллиона в 2015 г.), это соответствует 61% от расчетного уровня заболеваемости, составляющего 10,4 миллиона случаев; при этом показатель успешного лечения ТБ, согласно последним данным, составляет 83%, то есть примерно столько же, сколько и в последние годы. Среди ВИЧ-

позитивных людей было зарегистрировано 476 774 случаев заболевания ТБ (46% расчетного уровня заболеваемости), из которых 85% заболевших получали антиретровирусную терапию (АРТ). Лечение от лекарственно-устойчивых форм ТБ начали в общей сложности 129 689 человек; это немного больше, чем 125 629 человек в 2015 г., но составляет лишь 22% от расчетного уровня заболеваемости; показатель успешного лечения при этом остается низким и составляет 54% в глобальном масштабе.

Чтобы заметно продвинуться вперед в устранении этих пробелов, необходимы успехи в конкретной группе стран с тяжелым бременем ТБ. Семьдесят шесть процентов общего разрыва между показателем заболеваемости ТБ и статистикой зарегистрированных случаев приходится на 10 стран; первые три места среди которых занимают Индия (25%), Индонезия (16%) и Нигерия (8%)^v. На долю 10 стран приходится 75% разницы между количеством лиц, болеющих лекарственно устойчивым ТБ, и лиц, начинающих от него лечиться; 39% этого глобального расхождения приходится на Индию и Китай^{vi}. В случае ВИЧ-ассоциированного ТБ такие разрывы преимущественно наблюдались в Африканском регионе ВОЗ.

Расширяется охват профилактическим лечением ТБ, особенно в двух приоритетных группах риска: среди людей, живущих с ВИЧ, и детей младше пяти лет. Однако большинство людей, отвечающих критериям профилактического лечения ТБ, не имеют к нему доступа.

Финансирование лечения и профилактики ТБ растет уже более 10 лет, однако до сих пор остаются области, где наблюдается дефицит финансирования (2,3 млрд. долл. США в 2017 г.). Общие расходы на здравоохранение также не обеспечивают того объема ресурсов, который необходим для достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами. Для ликвидации этих пробелов необходимо увеличить поступление ресурсов как из внутренних источников (особенно в странах со средним уровнем доходов), так и от международных доноров (особенно в странах с низким уровнем доходов).

Более общие факторы, влияющие на эпидемию ТБ, включают в себя показатели бедности, инфицирования ВИЧ, недоедания и курения. Большинство стран с тяжелым бременем ТБ столкнутся с серьезными препятствиями на пути выполнения задач ЦУР, касающихся этих и других детерминант.

Разработка новых средств диагностики, лекарственных препаратов, схем лечения и вакцин продвигается вперед, однако медленными темпами. Требуется рост инвестиций в научные исследования и разработки, без которых достижение необходимого технологического прорыва к 2025 г. будет едва ли возможным.

Глобальная министерская конференция ВОЗ о ликвидации ТБ в эпоху устойчивого развития в ноябре 2017 г. и первое Совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по проблеме ТБ в 2018 г. служат историческим поводом для мобилизации политической поддержки, необходимой для усиления борьбы с ТБ и создания предпосылок для ликвидации его эпидемии во всем мире и в отдельных странах.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ ИЗ ДОКЛАДА

Введение

Основными источниками данных для доклада послужили ежегодные раунды глобального сбора данных по ТБ, проводимые Глобальной программой ВОЗ по борьбе с ТБ начиная с 1995 г., а также базы данных других департаментов ВОЗ, ЮНЭЙДС и Всемирного банка. В рамках глобального раунда сбора данных, проведенного ВОЗ в 2017 г., были получены данные от 201 страны и территории, на долю которых приходится более 99% населения мира и количества случаев ТБ.

ЦУР и Стратегия по ликвидации ТБ

Достижение первых контрольных показателей Стратегии по ликвидации ТБ намечено на 2020 год. Они предусматривают снижение смертности от ТБ на 35% и снижение заболеваемости

ТБ на 20% по сравнению с уровнями 2015 г.; кроме того, ни один туберкулезный пациент или его домашнее хозяйство не должны нести катастрофических расходов в результате заболевания ТБ.

Отслеживание специфических показателей ТБ хорошо налажено на глобальном и национальном уровнях. Так, с 1995 г. ведется глобальный и национальный стандартизованный мониторинг регистрации случаев ТБ и результатов его лечения, а оценки заболеваемости ТБ и смертности от него публикуются ВОЗ ежегодно на протяжении более десятилетия.

В 2017 г. ВОЗ разработала механизм мониторинга ТБ-ЦУР, состоящий из 14 показателей, имеющих отношение к заболеваемости ТБ, в рамках семи ЦУР. Под ЦУР 3 (здоровье и благополучие) подпадают семь показателей: охват основными медико-санитарными услугами; процентная доля платежей из собственных средств в общих расходах на здравоохранение; расходы на здравоохранение на душу населения; распространенность ВИЧ; распространенность курения; распространенность диабета; и распространенность расстройств, связанных с употреблением алкоголя. В качестве других семи показателей, связанных с ЦУР 1, 2, 7, 8, 10 и 11, выбраны: доля населения, живущего за международной чертой бедности; доля населения, охватываемого минимальным уровнем/системами социальной защиты; распространенность недоедания; доля населения, использующего в основном чистые виды топлива и технологии; валовый внутренний продукт (ВВП) на душу населения; индекс неравенства доходов Джини; и доля городского населения, проживающего в трущобах.

Бремя заболеваемости ТБ

Согласно оценкам, большинство произошедших в 2016 г. новых случаев заболевания имели место в Регионе Юго-Восточной Азии (45%), Африканском регионе (25%) и Регионе Западной части Тихого океана ВОЗ (17%); остальные случаи в меньших долях распределились между Регионом Восточного Средиземноморья (7%), Европейским регионом (3%) и Американским регионом ВОЗ (3%).

Отношение ежегодной численности новых случаев ТБ к численности населения в 2016 г. значительно варьировалось в зависимости от страны: от 10 и менее случаев на 100 000 населения в большинстве стран с высоким уровнем доходов до 150–300 в большинстве из 30 стран с тяжелым бременем ТБ и вплоть до 500 и выше в отдельных странах, включая Корейскую Народно-Демократическую Республику, Лесото, Мозамбик, Филиппины и Южную Африку.

В разбивке по регионам самое быстрое снижение заболеваемости ТБ происходит в Европейском регионе (на 4,6% с 2015 по 2016 год). С 2010 г. темпы снижения были выше 4% в год в нескольких странах с тяжелым бременем ТБ, в том числе Эфиопии, Кении, Лесото, Намибии, Российской Федерации, Объединенной Республике Танзания, Замбии и Зимбабве.

В 2016 г. примерно 82% случаев смерти от ТБ среди ВИЧ-негативных лиц произошло в Африканском регионе и Регионе Юго-Восточной Азии ВОЗ; на долю этих регионов пришлось 85% совокупной численности случаев смерти от ВИЧ среди ВИЧ-негативных и ВИЧ-позитивных лиц. В Индии произошло 33% глобального числа случаев смерти ВИЧ-позитивных лиц от ТБ и 26% совокупного числа случаев смерти от ТБ лиц с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусом.

В глобальных масштабах показатель смертности от ТБ (на 100 000 населения) с 2000 по 2016 год сократился на 37%. С точки зрения региональной динамики смертность от ТБ быстрее всего снижается в Европейском регионе и Регионе Западной части Тихого океана ВОЗ (с 2010 г. на 6,0% и 4,6% в год, соответственно).

Согласно глобальным оценкам, доля случаев МЛУ/РУ-ТБ в 2016 г. составила 4,1% (доверительный интервал 95%: 2,8–5,3%) среди новых случаев и 19% среди ранее пролеченных случаев (доверительный интервал 95%: 9,8–27%).

В целях прямого измерения заболеваемости и смертности от ТБ во всех странах необходимо укреплять национальные системы регистрации случаев и записи актов гражданского состояния.

Национальные обследования распространенности ТБ служат переходным решением на пути к прямым измерениям бремени заболеваемости ТБ в важной подгруппе стран с тяжелым бременем ТБ.

Диагноз и лечение: ТБ, ВИЧ-ассоциированный ТБ и ТБ с лекарственной устойчивостью

Глобальный рост числа уведомлений о новых случаях ТБ с 2013 г. произошел, главным образом, по причине их увеличения на 35% в Индии в 2013–2016 годах.

Глобальный коэффициент мужчины:женщины (М:Ж) по уведомлениям составил 1,7. По итогам национальных обследований распространенности ТБ среди взрослых были получены более высокие коэффициенты мужчины:женщины, из чего следует, что в данных уведомлениях занижается доля бремени ТБ, приходящаяся в некоторых странах на мужчин.

Во всем мире на детей (в возрасте до 15 лет) пришлось 6,9% новых случаев ТБ, зарегистрированных в 2016 году.

В 2016 г. тестированием на устойчивость с рифампицину были охвачены 33% новых больных ТБ и 60% ранее пролеченных больных, при общем охвате в 41% (рост по сравнению с 31% в 2015 г.).

В 2016 г. 57% зарегистрированных больных с ТБ во всем мире имели документированный результат теста на ВИЧ, что выше 55% в 2015 году. В Африканском регионе, где бремя ВИЧ-ассоциированного ТБ является наибольшим, документированный результат теста на ВИЧ имели 82% больных (что выше 81% в 2015 г.).

Показатель успешного лечения ВИЧ-ассоциированного ТБ (когорта 2015 г.) составил 78%, а ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) — 30% (когорта 2014 г.).

Не менее 35 стран ввели короткие схемы лечения МЛУ/РУ-ТБ. В рамках усилий по улучшению результатов лечения МЛУ/ШЛУ-ТБ 89 стран и территорий к июню 2017 г. начали использовать бедаквилин, а 54 страны и территории применяли деламаид.

Профилактика ТБ

Зарегистрированное число детей младше 5 лет, начавших профилактическое лечение от ТБ, за период 2015–2016 гг. увеличилось на 85% (с 87 242 до 161 740), но все еще составляло только 13% от 1,3 миллиона детей, которые, согласно оценкам, отвечают критериям такого лечения.

Согласно данным из 60 стран, в 2016 г. профилактическое лечение от ТБ начали получать в общей сложности 940 269 человек, поступивших на лечение ВИЧ. Так же как и в предыдущие годы, наибольшая доля (41%) этой общей численности пришлось на Южную Африку; за которой следуют Мозамбик, Зимбабве и Малави. Вместе с тем 18 из 30 стран с тяжелым бременем ТБ/ВИЧ не представили в 2016 г. данных о проведении профилактического лечения. В 12 странах с тяжелым бременем ТБ/ВИЧ, представивших данные, охват этими услугами варьировался от 2,4% в Индонезии до 73% в Зимбабве.

В Кении на имелось данных за 2016 г. о численности лиц, поступивших на лечение от ВИЧ и начавших получать профилактическое лечение от ТБ. При этом профилактическое лечение от ТБ в 2016 г. предоставлялось в общей сложности 390 298 лицам, живущим с ВИЧ. В сочетании с данными, представленными другими странами, это означает, что глобальная общая численность людей, живущих с ВИЧ и начавших в 2016 г. получать профилактическое лечение от ТБ, составила не менее 1,3 миллиона.

Финансирование профилактики, диагностики и лечения ТБ

В 2017 г. объем финансирования противотуберкулезной помощи и профилактики достиг 6,9 млрд. долл. США в 118 странах с низким и средним уровнем доходов, которые представили данные (на их долю приходится 97% зарегистрированных случаев ТБ в мире). Это больше

6,3 млрд. долл. США в 2016 г. и более чем вдвое превышает 3,3 млрд. долл. США, выделенных в 2006 году.

Особого упоминания заслуживает Индия, где в 2017 г. произошло значительное увеличение бюджетных ассигнований на борьбу с ТБ (до 525 млн. долл. США, что почти вдвое больше уровня 2016 г.), после того как премьер-министр страны принял на себя политическое обязательство к 2025 г. достичь цели ликвидации ТБ. Данный бюджет полностью обеспечен финансированием, в частности, 387 млн. долл. США (74%) поступают из внутренних источников (что втрое больше 124 млн. долл. США в 2016 г.), а остальное финансирование (26%) – от международных доноров.

В целом основной объем финансирования в период с 2006 по 2016 год выделялся из внутренних источников, и в 2017 г. эта тенденция сохранилась (84% глобального совокупного финансирования в размере 6,9 млрд. долл. США). Агрегированные показатели, однако, не позволяют увидеть значительных расхождений между странами. Например, внутреннее финансирование является доминирующим (95% в целом с разбросом показателей 74–100%) в Бразилии, Российской Федерации, Индии, Китае и Южной Африке (БРИКС), на долю которых приходится в общей сложности почти половина больных ТБ в мире. В странах с низким уровнем доходов средства международных доноров превышают внутреннее финансирование, а в 25 странах с тяжелым бременем ТБ, не относящихся к БРИКС, объемы внутреннего и международного донорского финансирования сопоставимы между собой.

Всеобщий охват медицинским обслуживанием, социальная защита и социальные детерминанты

В Докладе ВОЗ *Оценка стоимости достижения связанных со здоровьем ЦУР*, 2017 г. опубликованы прогнозы общих расходов на здравоохранение в странах с низким и средним уровнем доходов на 2016–2030 гг. в сопоставлении с объемами финансирования, необходимыми для продвижения вперед к достижению всеобщего охвата медико-санитарными услугами и выполнению других связанных со здоровьем задач в рамках ЦУР. В целом они свидетельствуют о том, что большинство стран со средним уровнем доходов способны в течение этого периода привлечь финансовые средства, необходимые для обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами и выполнения других задач ЦУР в области здоровья, однако у стран с низким уровнем доходов вряд ли хватит для этого внутренних ресурсов.

В семи странах – Гане, Кении, Мьянме, Филиппинах, Республике Молдова, Тиморе-Лешти и Вьетнаме – завершены обследования расходов туберкулезных пациентов и их домашних хозяйств. Данные из Мьянмы и Вьетнама свидетельствуют о тяжелом экономическом и финансовом бремени, вызванном заболеваемостью ТБ. Это согласуется с данными, согласно которым в большинстве стран с тяжелым бременем ТБ значительная доля (>30%) общих расходов на здравоохранение приходится на оплату медицинской помощи из собственных средств.

Согласно оценкам, из 10,4 миллиона впервые выявленных в 2016 г. случаев заболевания ТБ 1,9 миллиона случаев были связаны с недоеданием, 1,0 миллиона – с ВИЧ-инфекцией, 0,8 миллиона – с курением и 0,8 миллиона – с диабетом.

Бразилия, Индонезия, Южная Африка, Таиланд и Вьетнам являются примерами стран с тяжелым бременем ТБ, в которых происходит относительное улучшение ситуации, хотя бы по некоторым параметрам, имеющим отношение к заболеваемости ТБ.

Научные исследования и разработки по ТБ

В 2017 г. появилось мало новых диагностических технологий, а апробация платформы GeneXpert Omni[®], призванной обеспечить возможность молекулярного экспресс-тестирования в непосредственной близости от мест оказания помощи, затягивается.

На стадиях I, II или III клинических испытаний находится 17 лекарственных препаратов, в том числе восемь новых соединений, два препарата, получивших ускоренное или условное

одобрение регулирующих органов на основании результатов стадии Пб, и семь перепрофилированных препаратов. Вторую либо третью стадию клинических испытаний проходят различные новые комбинированные схемы лечения.

На этапе клинических испытаний находится 12 вакцин-кандидатов: три на стадии I и девять на стадии II либо стадии III.

Данные по странам

В Приложении 2 содержатся обзорные данные по 30 странам с тяжелым бременем ТБ. В этом году каждый обзор был дополнен второй страницей. На ней приводится общая информация о текущем состоянии и наблюдавшейся в последнее время динамике показателей, включенных в разработанный ВОЗ в 2017 г. механизм мониторинга ТБ-ЦУР.

ⁱ ВОЗ публикует Глобальный доклад о туберкулезе ежегодно с 1997 года.

ⁱⁱ В случае смерти ВИЧ-положительного лица от туберкулеза основной причиной смерти, согласно системе Международной классификации болезней (МКБ-10), является ВИЧ.

ⁱⁱⁱ Страны перечислены в порядке убывания зарегистрированных в них новых случаев.

^{iv} МЛУ-ТБ определяется как наличие устойчивости к обоим наиболее эффективным лекарственным препаратам первой линии – изониазиду и рифампицину.

^v Этими десятью странами, в порядке уменьшения разрыва, являлись: Индия, Индонезия, Нигерия, Филиппины, Южная Африка, Пакистан, Бангладеш, Демократическая Республика Конго, Китай и Объединенная Республика Танзания.

^{vi} Этими десятью странами, в порядке уменьшения разницы, являлись: Индия, Китай, Российская Федерация, Индонезия, Филиппины, Пакистан, Нигерия, Украина, Мьянма и Узбекистан.