

## **Основные положения**

### **Эпидемия туберкулеза**

- В 2004 г. имели место 9 миллионов новых случаев заболевания туберкулезом и примерно 2 миллиона случаев смерти от туберкулеза.
- Число заболеваний туберкулезом оставалось стабильным или снижалось в 5 из 6 регионов ВОЗ, однако увеличивалось в Африке, где эпидемии туберкулеза по-прежнему способствует распространение ВИЧ.
- Более 80% всех больных туберкулезом проживают в странах Африки, к югу от Сахары, и Азии.

### **ДОТС и новая Стратегия "Остановить туберкулез"**

- В 2004 г. ДОТС, являющийся стержнем новой Стратегии "Остановить туберкулез", применялся в 183 странах; население было охвачено полностью в 9 из 22 стран с высоким бременем болезни и почти полностью в 5 других странах.
- К числу направлений расширяющейся деятельности в рамках новой Стратегии относятся: участие общин и неправительственных организаций в оказании помощи больным туберкулезом; информационно-разъяснительная работа и социальная мобилизация, а также совершенствование лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулеза/ВИЧ.
- Шесть стран Азии и Кения уже улучшили связь между национальными программами борьбы против туберкулеза, больницами и другими провайдерами медицинской помощи, однако в большинстве других стран с высоким бременем болезни совместное участие государственного и частного секторов в осуществлении ДОТС все еще находится на начальной стадии.
- Особенно слабыми местами являются лабораторные услуги, развитие людских ресурсов и мониторинг борьбы с туберкулезом/ВИЧ.

### **Финансирование**

- В 2006 г. в 22 странах с высоким бременем болезни общие затраты на борьбу против туберкулеза, включающие национальные программы борьбы против туберкулеза и издержки на общую систему оказания медицинской помощи, достигли 1,6 млрд. долл. США. Для всех 74 стран, предоставивших финансовые данные, эта цифра возросла до 2,0 млрд. долл. США.

- С 2002 г. финансирование поддержки борьбы против туберкулеза в 22 странах с высоким бременем болезни возросло почти на 500 млн. долл. США и достигнет в 2006 г. 1,4 млрд. долл. США.
- Правительства более богатых стран с высоким бременем болезни (в частности, Бразилии, Китая, Российской Федерации и Южной Африки) обеспечивают большую часть финансирования, необходимого для борьбы с туберкулезом в их странах; другие страны в большей степени зависят от грантов доноров, в том числе Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.
- Согласно данным, представленным 22 странами с высоким бременем болезни в 2006 г. дефицит финансирования, составит 141 млн. долл. США; для 74 стран, направивших данные, он составит в общей сложности 180 млн. долл. США.
- Бюджеты национальных программ борьбы с туберкулезом на 2006 г. в целом соответствуют Глобальному плану по предотвращению туберкулеза на 2006-2015 гг., за исключением борьбы с туберкулезом/ВИЧ, ассигнования на которую в национальных бюджетах борьбы с туберкулезом являются значительно более низкими.

### **Целевые показатели**

- В 2004 г. мировой показатель выявления случаев заболевания составил 53% и в 2005 г. он, скорее всего, превысит 60%, не достигнув целевого показателя в 70%.
- Успех излечения в когорте 2003 г. в 1,7 миллиона пациентов составил 82%, приблизившись к целевому показателю в 85%.
- Ожидается, что достигнут оба целевых показателя 2005 г. три региона ВОЗ: Регион стран Америки, Регион стран Юго-Восточной Азии и Регион Западной части Тихого океана.
- По крайней мере 7 стран с высоким бременем болезни должны были достичь целевые показатели 2005 г.: Камбоджа, Китай, Индия, Индонезия, Мьянма, Филиппины и Вьетнам.
- Ожидается, что к 2015 г. осуществление Глобального плана позволит повернуть вспять рост заболеваемости во всем мире, как это предусмотрено Целями тысячелетия в области развития, и сократить вдвое мировые показатели распространенности и смертности 1990 г., однако не в странах Африки и Восточной Европы.

## Резюме

### История вопроса и методы

1. Десятый ежегодный доклад ВОЗ об эпиднадзоре, планировании и финансировании Глобальной борьбы с туберкулезом включает данные об уведомлениях о заболеваниях, результатах лечения, деятельности, бюджетах, издержках и расходах. Результаты представлены по всем национальным программам борьбы с туберкулезом, сообщившим данные в ВОЗ, хотя упор сделан на ход работы в 22 странах с высоким бременем болезни.
2. Сегодня имеются данные за одиннадцать лет подряд (1994-2004 гг.), которые позволяют оценить прогресс в направлении достижения Целей тысячелетия в области, связанных с борьбой против туберкулеза, и целевых показателей, установленных Всемирной ассамблеей здравоохранения и Партнерством по предотвращению туберкулеза. Целевыми показателями Всемирной ассамблеи здравоохранения являются выявление к 2005 г. 70% новых больных с положительной реакцией мазка мокроты и успешное излечение 85% этих больных. Согласно восьмой задаче в рамках Целей тысячелетия в области развития (из 18) к 2015 г. должно быть остановлено распространение туберкулеза и положено начало тенденции к сокращению заболеваемости туберкулезом. Партнерство по предотвращению туберкулеза одобрило дополнительные задачи по сокращению к 2015 г. вдвое показателей распространенности и смертности 1990 года.

### Улучшение выявления и лечения больных

3. В общей сложности 200 (из 211) стран и территорий представили ВОЗ доклады о своих стратегиях борьбы против туберкулеза и об уведомлениях о заболеваниях туберкулезом и/или результатах лечения.
4. По нашим расчетам, полученным в результате обновления оценок заболеваемости с использованием данных эпиднадзора и обследований, в 2004 г. имели место 8,9 миллиона новых случаев заболевания туберкулезом (140 на 100 000 населения), из которых в 3,9 миллиона (62 на 100 000 населения) случаев имела место положительная реакция мазка и 741 000 случаев были зарегистрированы среди взрослых, инфицированных вирусным иммунодефицитом человека (ВИЧ). Число распространенных случаев составило 14,6 миллиона (229 на 100 000 населения), из которых в 6,1 миллиона случаев имело место положительная реакция мазка (95 на 100 000 населения). В 2004 г. более 80% всех новых больных туберкулезом были зарегистрированы в регионах Африки, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. В 2004 г. от туберкулеза, по оценкам, умерли 1,7 миллиона человек (27 на 100 000 населения), включая лиц, одновременно инфицированных ВИЧ (248 000).

5. В 2004 г. стратегия ДOTS осуществлялась в общей сложности 183 странами и территориями. К концу 2004 г. 83% мирового населения проживало в странах или частях стран, охваченных ДOTS. В 2004 г. программами ДOTS были направлены уведомления о 4,4 миллиона новых и повторных случаях заболевания туберкулезом, из которых 2,1 миллиона - новые случаи заболевания с положительной реакцией мазка. За 10-летний период 1995-2004 гг. лечение в рамках программ ДOTS прошли в общей сложности 21,5 миллиона больных туберкулезом и 10,7 миллиона больных с положительной реакцией мазка.
6. В конце 2004 г. расширение ДOTS было завершено в 9 странах с высоким бременем болезни и близилось к завершению в пяти других. К концу 2005 г. о достижении полного охвата ДOTS сообщил Пакистан, и охват существенно возрос в Афганистане, Бразилии, Индии и Российской Федерации.
7. 2,1 миллиона больных с положительной реакцией мазка, уведомления о которых были направлены программами ДOTS в 2004 г., представляют 53% оцениваемой заболеваемости. Прирост с 2003 по 2004 год числа больных с положительной реакцией мазка, уведомления о которых были направлены в рамках ДOTS (350 000), является более значительным, чем когда-либо ранее (среднегодовой прирост в период 1995-2000 гг. составлял 34 000). Если наблюдаемое ускорение выявления больных сохранится, то в 2005 г. программами ДOTS будут выявлены более 60% больных, однако этот показатель будет отставать от целевого задания в 70%.
8. С 2000 г. ускорение выявления случаев заболевания просматривается по отчетам о заболеваниях, поступающих из всех источников, а также от программ ДOTS. Мы делаем заключение о продолжающемся совершенствовании выявления больных, поскольку сообщения о заболевших приходят из новых источников, в том числе из государственных и частных клиник и больниц, особенно из регионов Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана.
9. Из дополнительных случаев заболевания с положительной реакцией мазка, заявленных в 2004 г. в рамках ДOTS, три четверти (75%) приходятся на Китай, Индию и Индонезию. Глобальное ускорение выявления случаев заболевания происходит за счет этих трех стран, а также Бангладеш, Бразилии и Мьянмы. Среди пациентов, которые в 2004 г. имели первый эпизод туберкулеза и не были выявлены программами ДOTS, 61% проживали в восьми странах: Бангладеш, Китае, Эфиопии, Индии, Индонезии, Нигерии, Пакистане и Российской Федерации.

10. Вплоть до 2001 г. показатель выявления случаев заболевания с положительной реакцией мазка в районах осуществления ДOTS удерживался на стабильном среднем уровне в 51%, однако в 2004 г. возрос до 64%. Это недавнее улучшение выявления случаев заболевания в районах ДOTS преимущественно происходит в Бангладеш, Бразилии, Китае, Индии, Индонезии, Мьянме и на Филиппинах.
11. Хотя ВОЗ измеряет выявление заболеваний преимущественно по болезням с положительной реакцией мазка, статистические данные о выявлении, основанные на иных диагностических методах, дают другую картину осуществления программ. Как показало сопоставление в 2004 г. 25 европейских стран, доля оцениваемых выявлений случаев болезни с положительной реакцией мазка всегда была выше доли оцениваемых выявлений случаев болезни с положительной культурой, однако ниже доли всех оцениваемых выявлений случаев заболевания туберкулезом. Напротив, в Регионе стран Америки в странах показатели выявления случаев с положительной реакцией мазка обычно были выше, чем показатели выявления всех случаев заболевания туберкулезом. Эти различия требуют дальнейшего изучения, поскольку они, скорее всего, имеют важное значение для сегодняшней оценки эпидемиологии туберкулеза и борьбы с ним, а также для оценки роли новых и более чувствительных инструментов диагностики.
12. Успех излечения когорты ДOTS 2003 г., насчитывающей 1,7 миллиона пациентов, составил в среднем 82%, приблизившись к целевому показателю в 85%. Как и в случае предыдущих когорт ДOTS, успех лечения был существенно ниже среднего в Африканском регионе (72%) и в Европейском регионе (75%). Относительно низкие результаты в этих двух регионах можно частично объяснить соответственно осложнениями коинфицирования ВИЧ и резистентностью к лекарственным препаратам. Однако столь же важное значение имеет неспособность программ ДOTS в этих двух регионах осуществлять мониторинг результатов лечения всех пациентов. Для достижения глобального целевого показателя успешности лечения в 85% необходимо предпринять специальные усилия по повышению показателей излечения в Африканском и Европейском регионах.
13. Согласно отчетности о случаях заболеваний и оценкам ВОЗ, к концу 2004 г. целевые показатели по выявлению заболеваний и успешности лечения были достигнуты 26 странами. Единственными странами с высоким бременем болезни, входящими в их число, являются Филиппины и Вьетнам. К концу 2005 г. эти целевые показатели, возможно, также были достигнуты Камбоджей, Китаем, Индией, Индонезией и Мьянмой (то есть в общей сложности, 7 странами из 22 с высоким бременем болезни), однако это не будет известно до конца 2006 года.

## Эпидемиологические тенденции и последствия борьбы с туберкулезом

14. В 2004 г. показатель заболеваемости туберкулезом на душу населения являлся стабильным или снижался в пяти из шести регионов ВОЗ, однако во всем мире он увеличивался на 0,6% в год. Исключение составляет Африканский регион, где показатель заболеваемости туберкулезом по-прежнему возрастает вслед за распространением ВИЧ. Однако ежегодное увеличение уведомлений о случаях заболеваний, поступающих из Африканского региона, с каждым годом снижается вероятно потому, что эпидемия ВИЧ в Африканских странах также замедляется. В Восточной Европе (главным образом, странах бывшего Советского Союза) показатель заболеваемости на душу населения в 1990-е годы возрастал, достиг своего максимума примерно в 2001 г. и с тех пор снижается.
15. Существует мало качественных данных для выведения показателей распространенности туберкулеза и смертности от туберкулеза в период между 1990-м годом, являющимся базовым годом ЦТР, и 2004 годом. Согласно нашим наиболее надежным оценкам, распространенность туберкулеза в мире снизилась с 297 на 100 000 населения в 1990-м году до 229 на 100 000 населения в 2004 г. (включая ВИЧ-позитивных больных туберкулезом) частично в результате расширения ДOTS. Смертность от туберкулеза сократилась с 29 на 100 000 населения в 1990 г. до 27 на 100 000 населения в 2004 году. В отсутствие резко негативных тенденций в Африке показатели распространенности и смертности снижались бы во всем мире значительно быстрее.
16. Эпидемиологический прогноз на 2005 г. и последующие годы содержится в Глобальном плане по предотвращению туберкулеза на 2006-2015 гг., осуществление которого обойдется в 56 млрд. долл. США. Внесение улучшений в выявление заболеваний, предложенных в Глобальном плане, с одновременным внедрением других элементов новой Стратегии "Остановить туберкулез" должно позволить повернуть вспять повышение заболеваемости туберкулезом к 2015 г. и сократить вдвое показатели распространенности и смертности во всем мире и во всех регионах, кроме Африки и Восточной Европы.

## Осуществление и планирование ДОТС

17. Несмотря на расширение сетей лабораторий, благодаря национальным и международным усилиям, обслуживание, предоставляемое противотуберкулезными лабораториями, нуждается в улучшении во многих странах. Области, требующие особого внимания, включают национальные справочные лаборатории, внешнее обеспечение качества во всех лабораториях и разработку потенциала и инфраструктуры для тестирования культур и восприимчивости к лекарственным препаратам.
18. В общей сложности 15 стран с высоким бременем болезни имеют планы развития людских ресурсов, однако большинство этих планов ограничиваются подготовкой кадров; 18 стран с высоким бременем болезни отметили в числе пяти наиболее полезных способов совершенствования ДОТС и укрепления систем здравоохранения инвестирование средств в персонал. В 2005 г. национальные программы борьбы с туберкулезом поддерживали развитие систем здравоохранения главным образом путем приведения противотуберкулезных программ в соответствие с процессом децентрализации медицинского обслуживания.
19. Децентрализация диагностических и лечебных услуг призвана улучшить доступ для всех пациентов, но особенно для бедных. Начинается вовлечение в национальные программы борьбы против туберкулеза общин и неправительственных организаций с целью повышения информированности об этих услугах и улучшения доступа к ним.
20. Элементом стратегии национальных программ борьбы с туберкулезом в 14 странах с высоким бременем болезни является участие общин в противотуберкулезных усилиях. В 2005 г. число стран с высоким бременем болезни, располагающих национальными стратегиями, информационно-разъяснительной деятельностью и социальной мобилизации, возросло с 2 в 2002 г. до 11 в 2005 г. и должно достигнуть 19 к 2007 году.
21. Страны с высоким бременем болезни находятся на различных стадиях развития сотрудничества внутри и между государственным и частным секторами здравоохранения (с помощью совместного участия государственного и частного секторов в осуществлении ДОТС). Если Бангладеш, Китай, Индия, Индонезия, Кения, Мьянма и Филиппины уже укрепили связи между национальными программами борьбы с туберкулезом, больницами и другими провайдерами медицинской помощи, то в большинстве других стран с высоким бременем болезни совместное участие государственного и частного секторов в осуществлении ДОТС по-прежнему находится на начальной стадии.

22. Во многих странах лечение туберкулеза, обладающего резистентностью к лекарственным препаратам, все еще является недостаточным. В некоторых странах лабораторная диагностика отличается низким качеством; в других странах отсутствует национальная политика в области управления МЛУ-туберкулезом; широкое распространение получили противотуберкулезные препараты первой и второй линии сомнительного качества и большое число больных МЛУ-туберкулезом подвергаются за пределами национальных программ борьбы против туберкулеза неадекватному диагностированию и лечению. Частичным средством исправления этой ситуации станет широкое применение новых руководящих принципов ВОЗ по ведению больных туберкулезом, обладающих устойчивостью к лекарственным препаратам.
23. У многих стран, затронутых в наибольшей степени ВИЧ/СПИДом, имеются национальные планы и меры политики по сотрудничеству в области туберкулеза/ВИЧ и обеспечению антиретровирусного лечения. Однако большинству еще предстоит обеспечить, чтобы оно стало доступным не только для ограниченной доли лиц, которым оно необходимо. В странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, быстро расширяющих доступ к антиретровирусному лечению, задача будет состоять в том, чтобы поддерживать доступ к антиретровирусному лечению и обеспечить его финансирование, не ослабляя финансирования других программ.

#### **Финансирование расширения ДOTS**

24. Финансовые доклады поступили от 140 из 211 стран (66%). На эти страны приходится 91% оцениваемого глобального бремени болезни. Полные данные по бюджетам на 2005 г. и 2006 г. были соответственно сообщены 87 и 71 странами, а 73 страны предоставили полные данные по расходам за 2004 год. Все 22 страны с высоким бременем болезни, кроме Южной Африки, предоставили полные бюджетные данные, и 17 стран предоставили полные данные по расходам. С тех пор как ВОЗ приступила в 2002 г. к сбору финансовых данных, их объем и качество продолжают возрастать.
25. В 2006 г. бюджеты национальных программ борьбы с туберкулезом, сообщенные 22 странами с высоким бременем болезни, составят в совокупности 990 млн. долл. США, что вдвое больше общей суммы в 446 млн. долл. США в 2002 году. Российская Федерация, Китай, Индия и Индонезия имеют самые крупные бюджеты (составляющие 72% от общей суммы по 21 стране с высоким бременем болезни, которые представили данные).

26. За последние пять лет финансирование бюджетов национальных программ борьбы с туберкулезом возросло почти на 500 млн. долл. США и составит в 2006 г. в общей сложности 830 млн. долл. США. Это является, главным образом, результатом увеличения финансирования правительствами Китая и Российской Федерацией, а также Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. В Афганистане, Уганде, Объединенной Республике Танзании и Вьетнаме объем финансирования в 2006 г. был равен финансированию в 2002 г., или ниже.
27. Среди 21 страны с высоким бременем болезни, которые представили данные, национальные правительства обеспечат 600 млн. долл. США (61%) в счет финансирования, необходимого для национальных программ борьбы с туберкулезом в 2006 г., агентства-доноры предоставят 230 млн. долл. США (23%), а источники финансирования 19 млн. долл. США (2%) в настоящее время не известны. Таким образом, дефицит финансирования составляет 141 млн. долл. США (14%). За этими цифрами скрывается серьезный разброс, так как многие страны в значительной мере полагаются на финансирование донорами.
28. Согласно прогнозам, в 2006 г. общие затраты на борьбу с туберкулезом, включающие оплату персонала общей системы здравоохранения и инфраструктуры, используемых в борьбе с туберкулезом, а также бюджетные потребности национальных программ борьбы с туберкулезом, составят в 22 странах с высоким бременем болезни 1,6 млрд. долл. США против 876 млн. долл. США в 2002 году. Российская Федерация и Южная Африка несут самые крупные издержки, составляющие в совокупности 810 млн. долл. США. Если исходить из того, что системы здравоохранения располагают потенциалом для ведения в 2006 г. возросшего числа больных туберкулезом, то в 2006 г. дефицит финансирования совокупных расходов на борьбу с туберкулезом будет таким же, как и дефицит финансирования бюджетов национальных программ борьбы с туберкулезом, то есть составит 141 млн. долл. США. После включения всех 74 стран, представивших данные, совокупные затраты возрастут до 2,0 млрд. долл. США, а дефицит финансирования увеличится до 180 млн. долл. США. На указанные 74 страны приходится 89% больных туберкулезом во всем мире.
29. Во всех 22 странах с высоким бременем болезни, кроме одной, увеличивших с 2003 г. по 2004 г. расходы, также возросло число новых больных с положительной реакцией мазка, которые были выявлены и прошли лечение в рамках программ ДOTS. В Камбодже произошло увеличение расходов, однако общее число пациентов с положительной реакцией мазка, пролеченных в рамках ДOTS, не возросло.

30. Среди 22 стран с высоким бременем болезни 5 стран (Индия, Индонезия, Мьянма, Филиппины и Вьетнам) находятся в наилучшем финансовом положении для достижения в 2005 г. целевых показателей Всемирной ассамблеи здравоохранения. Две страны (Камбоджа и Китай) располагают для этого благоприятными условиями, если смогут ликвидировать дефицит финансирования.
31. В Глобальном плане содержатся оценки инвестиций, необходимых для достижения ЦТР, и целевых показателей Партнерства по предотвращению туберкулеза в области борьбы с туберкулезом. Эти оценки оставлены на каждый год периода 2006-2015 гг. по 7 регионам, которые насчитывают 172 страны. Потребности в инвестициях, подробно изложенные в Глобальном плане на 2006 г., аналогичны потребностям, заявленным странами, за двумя важными исключениями. Первое состоит в том, что по Африканскому региону в Глобальном плане предусмотрены значительно более крупные инвестиции на сотрудничество в области туберкулеза/ВИЧ, информационно-разъяснительную деятельность и социальную мобилизацию. Второе исключение заключается в том, что Глобальный план включает глобальный бюджет в 243 млн. долл. США на техническое сотрудничество в 2006 г., который обычно не является частью бюджетов национальных программ по борьбе против туберкулеза, и дефицит финансирования которого оценивается в 183 млн. долл. США. В случае увеличения планируемых инвестиций на сотрудничество в области туберкулеза/ВИЧ и на информационно-разъяснительную работу и социальную мобилизацию в Африканском регионе в соответствии с Глобальным планом и включения потребностей в области технического сотрудничества, то дефицит финансирования значительно превысит указанную итоговую сумму в 180 млн. долл. США.
32. В дальнейшей работе по финансированию борьбы с туберкулезом существуют четыре приоритета: (а) обеспечение того, чтобы страновые бюджеты и планы на 2006 г. и последующие годы базировались на новой Стратегии "Остановить туберкулез" и соответствовали Глобальному плану; (b) проведение финансовых оценок путей мобилизации дополнительных ресурсов, необходимых для реализации этих планов; (c) составление более точных оценок инвестиций в системы здравоохранения, которые необходимы для поддержки расширения усилий по борьбе с туберкулезом и другими болезнями; (d) повышение качества финансовых данных по Южной Африке и Европейскому региону.