

Глобальная борьба с туберкулезом в 2007 г.: основные выводы

Глобальная эпидемия туберкулеза

Туберкулез по-прежнему является важной причиной смертности во всем мире, однако эта глобальная эпидемия находится на пороге сокращения

1. В 2005 г., по оценкам, имели место 8,8 миллиона новых случаев заболевания туберкулезом, из которых 7,4 миллиона пришлось на страны Азии и Африки к югу от Сахары. В общей сложности от туберкулеза умерли 1,6 миллиона человек, включая 195 000 пациентов, инфицированных ВИЧ.
2. Показатели распространенности и смертности от туберкулеза вероятно снижаются во всем мире в течение нескольких лет. В 2005 г. показатель заболеваемости туберкулезом, достигший во всем мире пиковых значений, оставался стабильным или снижался во всех шести регионах ВОЗ. Однако общая численность новых случаев заболевания туберкулезом по-прежнему медленно возрастала из-за продолжающегося увеличения числа пациентов в регионах Африки, Восточного Средиземноморья и Юго-Восточной Азии.

ДОТС и Стратегия "Остановить туберкулез"

Большинством государственных служб здравоохранения сегодня признается, что борьба с туберкулезом должна выходить за рамки ДОТС, однако в большинстве стран осуществление более широкой Стратегии "Остановить туберкулез" пока не развернулось в полном объеме

3. С 1980 по 2005 год в ВОЗ поступила информация о более чем 90 миллионах больных туберкулезом; с 1995 по 2005 год через программы ДОТС поступили уведомления о 26,5 миллиона пациентов, и в 1994-2004 гг. программами ДОТС были зарегистрированы для лечения 10,8 миллиона новых больных с положительной реакцией мазка.
4. В 2005 г. ДОТС, составляющий основу Стратегии "Остановить туберкулез", применялся в 187 странах; 89% населения мира проживало в районах, где ДОТС осуществлялся государственными службами здравоохранения.
5. В 2005 г. сообщения о 5 миллионах эпизодах туберкулеза (новых пациентах и рецидивах) поступили в общей сложности из 199 стран/районов; в 2005 г. через программы ДОТС поступила информация о 2,3 миллиона новых больных легочным туберкулезом с положительной реакцией мазка, и в 2004 г. для лечения были зарегистрированы 2,1 миллиона пациентов.
6. Квалифицированные и высоко сознательные кадры являются центральным звеном любой государственной здравоохранительной программы, однако планы национальных противотуберкулезных программ по развитию людских ресурсов на 2005-2006 гг. сильно варьируются по качеству. В частности, у семи из 22 стран с высоким бременем болезни, включая пять африканских

стран, планы являются ограниченными по охвату или находятся в стадии разработки.

7. Для оперативного диагностирования и эффективного лечения требуются полностью функционирующие лаборатории и надежные поставщики лекарственных средств. Несмотря на некоторые улучшения, национальные противотуберкулезные программы всех регионов ВОЗ сообщают о случаях истощения запасов лекарственных препаратов, крайней немногочисленности лабораторий, слабом контроле качества и ограниченных технических средствах для идентификации возбудителя и его чувствительности к препаратам. Многие национальные противотуберкулезные программы обратились к внешним агентствам с просьбой об оказании дополнительного технического содействия.
8. В 2005 г. в рамках ДОТС были направлены уведомления о почти 5 миллионах больных туберкулезом, и ожидается, что общее число диагностированных и прошедших курс лечения пациентов в 2006 г. примерно будет соответствовать Глобальному плану "Остановить туберкулез" (2006-2015 гг). Однако показатели выявления программами ДОТС больных с положительной реакцией мазка в регионах ВОЗ в 2005 г. варьировались: от 35% (Европа) до 76% (Западная часть Тихоокеанского региона), и этот разброс скорее всего сохранится в 2006 году.
9. Хотя число диагностированных и прошедших курс лечения ВИЧ-позитивных и обладающих множественной лекарственной устойчивостью больных туберкулезом в 2005 г. возросло, оно значительно ниже цифры, предложенной в Глобальном плане на 2006 год. В Африканском регионе происходит быстрое увеличение тестирования больных туберкулезом на ВИЧ, однако пока предпринимается мало усилий по проведению скрининга ВИЧ-инфицированных лиц на туберкулез, хотя это является относительно эффективным методом выявления больных. Средства для диагностирования и лечения МЛУ- туберкулеза, в том числе туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ- туберкулеза), пока не получили широкого распространения; международные масштабы проблемы МЛУ- туберкулеза пока неизвестны.
10. Показатель успешности лечения больных МЛУ- туберкулезом в рамках проектов, утвержденных Комитетом "Зеленого света" (GLC) превысил 60% и является более высоким чем в проектах, не имеющих отношения к этому Комитету.
11. Стратегия "Остановить туберкулез" является механизмом для установления связей между национальными противотуберкулезными программами, провайдерами медицинского обслуживания и общинами. Было продемонстрировано, что связи, устанавливаемые в рамках оказания медицинской помощи больным туберкулезом в общинах, частно-государственных ДОТС и практического подхода к обеспечению здоровья легких, ведут в ограниченных-средних масштабах к улучшению доступа к диагностированию и лечению. Однако ни одной стране пока не удалось развернуть осуществление всех этих мероприятий в полном объеме на национальном уровне.

12. Обзор национальных научных исследований в области туберкулеза проводится незначительным числом национальных противотуберкулезных программ, и немногие из них располагают квалифицированным персоналом и финансовыми ресурсами для осуществления важнейших оперативных исследований.

Финансирование борьбы против туберкулеза

Хотя с 2002 г. произошло огромное увеличение средств, имеющихся в наличии для борьбы с туберкулезом, которые достигли в 2007 г. 2,0 млрд. долл. США, для осуществления мероприятий в масштабах, предписываемых Глобальным планом "Остановить туберкулез", в 2007 г. дополнительно потребуются 1,1 млрд. долл. США

13. Финансовый анализ в этом докладе основан на данных из 90 стран, на которые пришлось 90% всех новых случаев заболевания туберкулезом в 2005 г., и которые включают все 22 страны с высоким бременем болезни и 84 страны, включенные в Глобальный план.
14. Во всех 90 проанализированных странах указанные на 2007 г. бюджеты национальных противотуберкулезных программ составляют 1,6 млрд. долл. США, причем совокупные расходы (бюджеты национальных противотуберкулезных программ плюс расходы общей системы здравоохранения на персонал и инфраструктуру, используемые в противотуберкулезном лечении, достигают 2,3 млрд. долл. США, и в наличии имеются 2,0 млрд. долл. США (то есть из сообщенных данных следует, что дефицит финансирования составляет 0,3 млрд. долл. США).
15. Если бы страновые планы соответствовали Глобальному плану, то дефицит финансирования был бы значительно больше, чем заявлено на 2007 год. Осуществление Глобального плана в 84 странах обойдется в 2007 г. в 3,1 млрд. долл. США, что на 1,1 млрд. долл. США превышает имеющиеся средства. Разница между Глобальным планом и средствами, которыми располагают 22 страны с высоким бременем болезни, составляет 0,8 млрд. долл. США.
16. Стоимость Глобального плана превышает страновые бюджеты главным образом потому, что в нем предполагается более высокая активность по ведению туберкулеза/ВИЧ и информационно-разъяснительной работе и социальной мобилизации, особенно в регионах Африки и Юго-Восточной Азии. Хотя некоторые издержки на совместную деятельность по туберкулезу/ВИЧу покрываются за счет программы борьбы с ВИЧ/СПИДом (например, на антиретровирусную терапию), в национальных противотуберкулезных программах предлагается меньший объем работы, чем это предусмотрено в Глобальном плане. Глобальный план включает значительный бюджет на информационно-разъяснительную деятельность и социальную мобилизацию, однако в отсутствие систематических руководящих указаний в 2006 г. (которые будут опубликованы в 2007 г.) бюджеты национальных противотуберкулезных программ, как правило, были невелики, а деятельность носила неровный характер.

17. Бюджетные тенденции за 2002-2007 гг. можно оценить по 22 странам с высоким бременем болезни. Бюджеты национальных противотуберкулезных программ возросли от уровня чуть более 500 млн. долл. США в 2002 г., до 1,25 млрд. долл. США в 2007 году. Общие расходы увеличились с 644 млн. долл. США в 2002 г., до 1,65 млрд. долл. США в 2007 году. Финансирование выросло с 644 млн. долл. США в 2002 г., до 1,4 млрд. долл. США в 2007 г. (241 млн. долл. США поступили от доноров, включая 168 млн. долл. США от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и 1,2 млрд. долл. США - от национальных правительств).
18. В 2007 г. три четверти суммы бюджетов национальных противотуберкулезных программ, заявленных странами с высоким бременем болезни, приходились на шесть стран: Бразилию, Российскую Федерацию, Китай, Южную Африку, Индию и Индонезию.
19. В период 2002-2007 гг. произошло значительное увеличение внутреннего финансирования в Китае, Российской Федерации и Южной Африке; в других странах большая часть возросшего финансирования была обеспечена Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.
20. В 2005 г. 11 стран с высоким бременем болезни (из 19 стран, предоставивших данные) израсходовали 90 или более процентов от имеющихся средств, в число которых входили Бразилия, Китай, Индия, Мьянма и Вьетнам. Афганистан и Пакистан израсходовали менее половины имеющихся средств. Кения, Мозамбик и Танзания израсходовали, по крайней мере, две трети своих средств в 2005 г. против менее чем половины в 2004 году.
21. Увеличение расходов было напрямую связано с ростом выявления случаев заболевания в Бангладеш, Китае, Демократической Республике Конго, Индии, Индонезии, Кении, Мьянме и Нигерии. Однако во всех странах с высоким бременем болезни систематическая взаимосвязь между нарастанием расходов и улучшением выявления случаев заболевания не наблюдалась. Связь между расходами и выявлением случаев болезни следует изучать и понимать по каждой отдельно взятой стране.
22. У большинства национальных противотуберкулезных программ в странах с высоким бременем болезни имеются среднесрочные (например, пятилетние) стратегические планы борьбы с туберкулезом. Они соответствуют Глобальному плану в нескольких странах, в том числе в Бразилии, Китае (за исключением лечения МЛУ-туберкулеза), Кении, Филиппинах и Вьетнаме. Другие страны нуждаются в бюджетах, которые в большей степени соответствуют Глобальному плану.

Продвижение в направлении целей и показателей

В рамках ДОТС курс лечения прошли более 26 миллионов больных туберкулезом, однако противотуберкулезные программы всего мира незначительно недотянули до целевых показателей 2005 г. по выявлению и лечению больных, и пока не следуют курсом, ведущим к достижению к 2015 г. Целей тысячелетия в области развития

23. Целевые показатели ВОЗ на 2005 г. для программ ДОТС, составляющие 70%-ное выявление больных и 85%-ное их излечение, были незначительно невыполнены во всем мире: выявление больных составило 60% (95%CL 52-69%); успех излечения составил 84%. Однако оба этих целевых показателя были достигнуты в Западной части Тихоокеанского региона, а успешность лечения в Регионе Юго-Восточной Азии превысила 85%.
24. Оба этих целевых показателя были достигнуты 26 странами, включая Китай, Филиппины и Вьетнам; 67 стран достигли по крайней мере 70%-ного выявления больных в 2005 г., и 57 стран сообщили о 85%-ном или более высоком успешном излечении для когорты 2004 года.
25. Если мировая заболеваемость туберкулезом действительно снижается, то Цель тысячелетия в области развития 6 (задача 8) уже достигнута более чем за 10 лет до наступления 2015 г., установленного в качестве крайнего срока.
26. Хотя бремя туберкулеза, возможно, снижается во всем мире, это снижение происходит недостаточно стремительно для того, чтобы выполнить целевые показатели по эффекту воздействия, установленные Партнерством "Остановить туберкулез": сократить к 2015 г. вдвое показатели распространенности и смертности 1990 года. Регион стран Америки и Юго-Восточной Азии, Западной части Тихого океана продвигаются к достижению этих целей; этого нельзя сказать об Африканском, Восточно-Средиземноморском и Европейском регионах. Страны и регионы с большей вероятностью достигнут этих целевых показателей, если смогут увеличить бюджеты и активизировать деятельность в соответствии с Глобальным планом.
27. Необходимо систематически совершенствовать процедуры сбора финансовых и эпидемиологических данных и иной информации о ходе осуществления программ. Необходимым условием точной оценки прогресса в борьбе с туберкулезом является всеобъемлющий эпиднадзор и мониторинг, а также хорошо построенные обследования.