

1.2 Резюме на русском языке

В 2006 г. в Европейском регионе ВОЗ было зарегистрировано 422 830 случаев туберкулеза (ТБ). Общий показатель зарегистрированных случаев составлял 48 случаев на 100 000 человек, причем в последние годы значительно различался между странами, с последовательным градиентом с Запада на Восток. Показатели смертности от ТБ в последние годы, в общем, отражали показатели сообщенных случаев в их географическом градиенте по региону (общий средний показатель: 0,8/100 000, величина разности: 0,0 – 25,4).

Европейский Союз (ЕС) и Запад (34 страны)

В 2006 г., 27 стран ЕС и Андорра, Исландия, Израиль, Норвегия, и Швейцария (Запад, данные из Монако и Сан Марино отсутствуют) сообщили о 89 032 случаях ТБ. Показатели зарегистрированных случаев ТБ (17/100 000 в общем) были самыми высокими в Румынии (127) и в Болгарии (42) – которые присоединились к ЕС в 2007 г. – а также в прибалтийских странах (34-75). На протяжении с 2002 по 2006 г. показатели снижались на 4 % ежегодно, отражая снижение в ранее нелеченных случаях туберкулеза. Тем не менее, значительное повышение наблюдалось в Греции (+5 %, улучшенная отчетность), а также в Швеции и в Соединенном Королевстве (+5% и +4% соответственно, в большинстве случаев у больных родившихся за рубежом). В 2006 г., 20 % случаев (величина разности: 0–100 %) было иностранного происхождения, из которых, две трети были из Азии или Африки и 7 % из стран бывшего Советского Союза (бывший СССР). Превалентность ВИЧ у случаев ТБ в 2000–2006 годах в Эстонии и Латвии увеличилась (от <1 % до 9% и 3% соответственно), а в Соединенном Королевстве в 2000-2003 годах увеличилась вдвое (от 4% до 8%). В остальных странах она составила 1% или менее в 9 странах, 2–7% в 9 других, 15% в Исландии (2 случая), 14 % в Португалии. Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) остается выше в прибалтийских странах (комбинированная МЛУ: 15-19 %) по сравнению с другими странами (0 - 2%; 7 % в Израиле, 14 % на Мальте – 2 случая), в которых МЛУ наблюдалась, в основном, у лиц иностранного происхождения. В 25 странах предоставивших полные данные по исходам лечения (2005 г.), благоприятный исход сообщался у 79 % новых случаев легочного ТБ с положительной культурой. Прерванное лечение наблюдалось чаще у иностранцев чем у коренных жителей (19 % по сравнению с 12 %, все случаи с легочным ТБ), но менее часто сообщалось о летальных исходах (5 % против 7 %). Показатели смертности от ТБ колебались от 0,0 – 9,6/100 000 (29 стран, последние доступные данные с 2001 до 2005 гг.)

Балканы (7 стран)

В балканских странах было зарегистрировано 26 911 случаев в 2006 г., из которых 76 % только в Турции (а также 1 122 случая в Косово). Общие показатели случаев ТБ в 2006 г. достигли 28/100 000 и были выше в Боснии и Герцеговине (46) чем в Албании, Хорватии, бывшей Югославской республике Македонии, Черногории, Сербии и Турции (16–31). Показатели случаев ТБ в Турции стабилизировались в последние годы в результате выявления случаев ТБ, но снизились в других странах с 2002 г. (-4 до -11 % ежегодно). Превалентность ВИЧ среди случаев ТБ была <0,0-0,6 % в 4 странах предоставивших данные. Комбинированная МЛУ достигла 0,4-1,9 % в 3 странах предоставивших репрезентативные данные. Пропорция удачного лечения среди новых конкретных легочных случаев (2005 г.) достигла 85-97% в 3 странах, но была более низкой в 3 странах (46–84 %; исключая пилотную программу в Черногории). Показатели смертности от ТБ колебались от 2,5 до 3,8/100 000 (4 страны, последние доступные полные данные с 2002 до 2005 гг.)

Восток (12 стран бывшего СССР)

В 2006 г. в Восточной Европе было зарегистрировано 306 887 случаев ТБ, из которых 50 % в Российской Федерации. Показатели случаев ТБ в 2006 г. (110/100 000 в общем) были самые высокие в Казахстане (282), Молдове (160), Грузии (142) и Кыргызстане (127), а более низкие в Армении, Азербайджане, Беларуси, Российской Федерации, Таджикистане, Туркменистане, Украине и Узбекистане (62 – 106). Среднее годовое повышение с 2002 по 2006 гг. было ниже, чем это наблюдалось в 1998-2002 гг. (+3 против +6 %). Количество новых случаев уменьшилось между 2005 и 2006 годом в 9 странах. Превалентность ВИЧ среди случаев ТБ колебалась в пределах 1 % или ниже в 7 странах в последние годы, но была выше в Российской Федерации и в Украине (1,7% и 5,1% соответственно среди новых случаев в 2006 г.) Общенациональные и региональные данные по лекарственной устойчивости из многих стран показывают распространенную превалентность МЛУ (напр: 7-16 % первичной МЛУ в Грузии, Российской Федерации и Украине в 2005-2006 гг.). В странах предоставивших исходы лечения у полных когорт новых легочных случаев с положительным мазком мокроты (2005), 85 % успешного лечения наблюдалось в 2-х странах, но эта пропорция была ниже в остальных 9 странах (59-82 %). Низкий уровень успешного лечения в связи с высокой степенью неудач (неблагоприятного исхода)(4-14 %) возможно отражает частоту первичной МЛУ. Показатели смертности колебались от 10,4 до 25,4/100 000 (5 стран, последние доступные полные данные с 2003 по 2006 гг.)

В Европейском регионе, страны бывшего СССР имеют высокие показатели сообщенных случаев ТБ и смертности, а также высокий уровень случаев ТБ и МЛУ ТБ. Бывший СССР остается региональным приоритетом для контроля ТБ, что часто усложняется неадекватной информацией и средствами, необходимых для подготовки необходимых мер. Далее на Западе, недавние политические изменения повлияли на многообразие форм ТБ в сегодняшнем ЕС. Промышленно развитые страны, предусматривающие устранение ТБ, должны направить контроль в первую очередь на уязвимые подгруппы. Прибалтийские государства должны направить усилие на борьбу с МЛУ, а также на ВИЧ, которые в возрастающей мере содействуют бремени случаев ТБ. Страны центральной Европы, должны наблюдать за возможным повторным появлением ТБ, как это случилось в Западной Европе в начале 90-х. Страны-кандидаты на вступление в ЕС должны в дальнейшем приложить усилие для осуществления эффективного эпиднадзора за ТБ на своих территориях.