

Глобальний звіт з туберкульозу 2025



World Health
Organization

Глобальний звіт з туберкульозу 2025



World Health
Organization

Global tuberculosis report 2025

ISBN 978-92-4-011692-4 (electronic version)

ISBN 978-92-4-011693-1 (print version)

© World Health Organization 2025

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Under the terms of this licence, you may copy, redistribute and adapt the work for non-commercial purposes, provided the work is appropriately cited, as indicated below. In any use of this work, there should be no suggestion that WHO endorses any specific organization, products or services. The use of the WHO logo is not permitted. If you adapt the work, then you must license your work under the same or equivalent Creative Commons licence. If you create a translation of this work, you should add the following disclaimer along with the suggested citation: "This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition".

Any mediation relating to disputes arising under the licence shall be conducted in accordance with the mediation rules of the World Intellectual Property Organization (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Suggested citation. Global tuberculosis report 2025. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <https://iris.who.int/>.

Sales, rights and licensing. To purchase WHO publications, see <https://www.who.int/publications/book-orders>. To submit requests for commercial use and queries on rights and licensing, see <https://www.who.int/copyright>.

Third-party materials. If you wish to reuse material from this work that is attributed to a third party, such as tables, figures or images, it is your responsibility to determine whether permission is needed for that reuse and to obtain permission from the copyright holder. The risk of claims resulting from infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

General disclaimers. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by WHO in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by WHO to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall WHO be liable for damages arising from its use.

Designed by minimum graphics

Cover design by Irwin Law

Зміст

Вдячність	vii
Скорочення	xiii
1. Вступ	1
2. Глобальні зобов'язання, стратегія та цілі щодо боротьби з ТБ	3
3. Основні висновки та рекомендації	6
4. Висновки	38
Список літератури	39
Додаток 1. Основні факти про ТБ	43
Додаток 2. Джерела даних та доступ до них	45
Додаток 3. Глобальні списки країн з високим тягарем ТБ, визначені ВООЗ	47
Додаток 4. Оновлення оцінки тягара захворюваності на ТБ	53
Додаток 5. Система моніторингу ВООЗ щодо ЦСР у сфері боротьби з ТБ	56



Д-р Тедрос Аданом Гебреїсус
Генеральний директор
Всесвітня організація охорони здоров'я



Це вирішальний період. Попри те, що ми маємо наполегливо працювати над виконанням зобов'язань, узятих під час другого високорівневого засідання ООН щодо ТБ, ми вступили в нову фазу обмежених ресурсів. ВООЗ залишається відданою співпраці з донорами, партнерами та постраждалими країнами, щоб зменшити вплив скорочення фінансування, знайти інноваційні рішення та мобілізувати необхідні політичні й фінансові зобов'язання для подолання ТБ..



Д-р Тереза Касаєва

Директорка

Департаменту з питань ВІЛ, ТБ, гепатиту та ІПСШ

“ Звіт ВООЗ про глобальну ситуацію з ТБ за 2025 рік показує, що прогрес можливий, навіть попри постійні виклики.

Охоплення заходами з профілактики, діагностики та лікування ТБ продовжує зростати завдяки новим інструментам, рекомендованим ВООЗ — від скринінгу на основі штучного інтелекту та швидкої діагностики до коротших і більш ефективних схем лікування, що рятують життя.

ВООЗ очолює цей процес, надаючи технічну експертизу та сприяючи інноваціям, щоб забезпечити справедливий і рівний доступ до цих досягнень для всіх і всюди.

Вдячність

Глобальний звіт про туберкульоз за 2025 рік був підготовлений Департаментом ВООЗ з питань ВІЛ, туберкульозу, гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом. До основної групи авторів звіту входили Тагред Адам, Німалан Арінампаті, Анабель Бадделі, Мат'є Бастард, Денніс Фальзон, Кетрін Флойд, Небіат Гебреселассі, Авінаш Канчар, Ірвін Лоу, Сесілі Міллер, Хазім Тімімі, І Ван та Такуя Яманака. Керівником групи була Кетрін Флойд. Загальний нагляд здійснювала директор Департаменту з питань ВІЛ, туберкульозу, гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом, Тереза Касаєва.

Форма для збору даних була розроблена Хазімом

Тімімі за участю співробітників Департаменту ВООЗ з питань ВІЛ, туберкульозу, гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом. Хазім Тімімі керував та організовував усі аспекти управління даними та кодами, включаючи підготовку та впровадження веб-системи, яка використовувалася для збору даних про туберкульоз (ТБ) у 215 країнах та регіонах у 2025 році. Дані були перевірені наступними співробітниками штаб-квартири ВООЗ: Аннабель Бадделі, Мат'є Бастард, Аннеміке Брандс, Ханна Моніка Діас, Денніс Фальзон, Медея Гегія, Лісе Гонсалес Ангуло, Патрісія Холл-Ейдсон, Монік Камфхуйс, Авінаш Канчар, Олексій Коробітсин, Марек Лаллі, Сесілі Міллер, Карл-Майкл Натансон, Лін Нгуєн, Гіта Парваті, Дебора Педраццолі, Самуель Шумахер, Лана Сасд, Хазім Тімімі, Сабіне Веркуйл, Керрі Вайні, Олена Вовц та І Ван. Дані для Європейського регіону були зібрані та перевірені спільно Європейським регіональним бюро ВООЗ та Європейським центром з профілактики та контролю захворювань (ECDC).

Пітер Додд (Університет Шеффілда, Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії) зробив важливий внесок у підготовку оцінок тягаря захворюваності на туберкульоз з розбивкою за віком і статтю, а також оцінок тягаря захворюваності, спричиненого резистентним до ліків туберкульозом. Ендрю Сірока (Data Driven) взяв участь в огляді даних про фінансування, а Мікашмі Колі (консультант ВООЗ) – в огляді даних, пов'язаних з діагностичним тестуванням на ТБ.

Доріс Ма Фат з групи ВООЗ з питань смертності та тягаря хвороб надала дані з бази даних ВООЗ про смертність, які були використані для оцінки кількості смертей від туберкульозу серед ВІЛ-негативних людей.

Спільна програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДУ (ЮНЕЙДС) керувала процесом збору даних з національних програм з ВІЛ та надавала доступ до їхніх

даних про туберкульоз/ВІЛ. Перегляд та перевірка даних про туберкульоз/ВІЛ були проведені співробітниками ВООЗ у співпраці з Вікторією Бендо (ЮНЕЙДС). Джуліана Дахер та Мері Махі (ЮНЕЙДС) надали епідеміологічні дані, які були використані для оцінки захворюваності на туберкульоз та смертності серед людей з ВІЛ.

Основний текст звіту був написаний Кетрін Флойд за участю Мат'є Бастара, Денніса Фальзона, Терези Касаєвої, Ірвіна Лоу та Такуя Яманака. Ірвін Лоу організував підготовку всіх рисунків і таблиць, які були створені Мат'є Бастаром, Небіатом Гебреселассі, Ірвіном Лоу, Хазімом Тімімі та Такуя Яманака. Додатки 1 і 5 були підготовлені Кетрін Флойд; додаток 2 – Хазімом Тімімі; додаток 3 – Кетрін Флойд та Ірвіном Лоу; додаток 4 – Мат'є Бастардом за участю Німалана Арінампаті та Кетрін Флойд.

Веб-сторінки звіту про захворюваність та смертність від туберкульозу були підготовлені Німаланом Арінампаті, Мат'є Бастардом та Кетрін Флойд. Веб-сторінка про лікарсько-резистентний туберкульоз була підготовлена Мат'є Бастардом. Веб-сторінку про національні дослідження поширеності туберкульозу підготував Ірвін Лоу. Веб-сторінки про діагностику та лікування туберкульозу підготували Кетрін Флойд і Такуя Яманака за участю Патрісії Холл-Ейдсон, Олексія Коробіцина, Фуада Мірзаєва, Карла-Міхаеля Натансона та Лін Нхат Нгуєна. Веб-сторінка про профілактику та скринінг туберкульозу була підготовлена Аннабель Бадделі, Деннісом Фальзоном, Авінашем Канчаром, Сесілі Міллер та Хазімом Тімімі. Веб-сторінки про фінансування послуг з профілактики, діагностики та лікування туберкульозу були підготовлені Тагрід Адам та Такуя Яманака за участю Кетрін Флойд. Веб-сторінки про загальне медичне страхування (ЗМС) та детермінанти туберкульозу були підготовлені Мат'є Бастардом. Веб-сторінка, присвячена національним дослідженням витрат, з якими стикаються домогосподарства, уражені туберкульозом, соціальній захисті та правам людини, була підготовлена Такуя Яманакою за участю Тагрід Адам, Кетрін Флойд та Монік Камфюїс.

Веб-сторінка, присвячена багатосекторальній підзвітності, була підготовлена Ханною Монікою Діас, Анною Стукаловою, І Ван та Такуя Яманакою. Веб-сторінка, присвячена дослідженням та інноваціям у сфері туберкульозу, була підготовлена Небіатом Гебреселассі та Ірвіном Лоу за участю Денніса Фальзона, Кетрін Флойд, Медеї Гегії, Патрісії Холл-Ейдсон, Авінаша Канчара, Олексія Коробіцина, Сесілі Міллер, Фуада Мірзаєва та Маттео Зігнола. Підтримка в аналізі даних та пов'язаних з цим підготовка веб-сторінки звіту була забезпечена компанією Glocal Commune LLC; команда, що

готувала звіт, висловлює велику вдячність за їхню чудову роботу.

Тема про національне дослідження поширеності туберкульозу в Камбоджі в 2023 році була підготовлена Німаланом Арінамінапаті та Ірвіном Лоу за участю Кетрін Флойд та у тісній співпраці з Міністерством охорони здоров'я та представництвом ВООЗ в Камбоджі. Особлива подяка Мао Тан Еанг (Міністерство охорони здоров'я), Хуот Чан Юда (Національний центр боротьби з туберкульозом та проказою, Камбоджа), Ікуші Онозакі (Науково-дослідний інститут туберкульозу/Японська асоціація боротьби з туберкульозом, Японія), Хай Мар Аунг (Науково-дослідний інститут туберкульозу/Японська асоціація боротьби з туберкульозом, Японія) та Серонгкеа Денг (Країнне представництво ВООЗ, Камбоджа). Тема про вплив скорочення міжнародного донорського фінансування боротьби з туберкульозом у 2025 році на послуги з боротьби з туберкульозом була підготовлена Німаланом Арінамінапаті, Кетрін Флойд та Ірвіном Лоу у тісній співпраці з Каріною Галле (Департамент ВООЗ з питань ВІЛ, туберкульозу, гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом), Кларисою Халум (Країнне представництво ВООЗ, Філіппіни), Томасом Хіаттом (Країнне представництво ВООЗ, Філіппіни), Небіатом Гебреселассі, Тає Летта Джанфа (Міністерство охорони здоров'я, Ефіопія), Сетіаваном Лаксоно (Країнне представництво ВООЗ, Індонезія), Нкатеко Мхондо (Країнне представництво ВООЗ, Південна Африка), Ангелом Мубанга (Національна програма боротьби з туберкульозом, Замбія) та Сабіною Веркуйл. Тема про розширення профілактичного лікування туберкульозу в Китаї була підготовлена Чен Чжунданом (Країнне представництво ВООЗ, Китай), Деннісом Фальзоном і І Ван у тісній співпраці з Яньлінь Чжао і Цайхун Сю (Центр контролю та профілактики захворювань, Китай) та Лімей Чжу (Муніципальний центр контролю та профілактики захворювань провінції Цзянсу, Китай). Тема про туберкульоз та гендерну рівність була підготовлена Німаланом Арінамінапаті, Мат'є Бастардом, Стівеном Бертелем Сквайром (Ліверпульська школа тропічної медицини, Велика Британія та Північна Ірландія) та Кетрін Хортон (Лондонська школа гігієни та тропічної медицини, Велика Британія та Північна Ірландія)..

Онлайн-додаток з технічною інформацією, в якому пояснюються методи, що використовуються для оцінки тяжкості захворювання на туберкульоз, був підготовлений Мат'є Бастардом за участю Німалана Арінамінапаті та Пітера Додда.

Онлайн-додаток з технічною інформацією, в якому пояснюються методи, використані для отримання оцінок щодо фінансування боротьби з туберкульозом, був підготовлений Такуя Яманакою та Тагрід Адам. Дані та інший контент, представлені в мобільному додатку до звіту, були підготовлені Кетрін Флойд, Ірвіном Лоу та Хазімом Тімімі. Додаток був вперше розроблений у співпраці з Adappt у 2019 році; згодом Adappt підтримував його протягом року, а потім оновлював щорічно. Команда, що готувала звіт, дуже вдячна Adappt за чудову роботу.

Веб-версії глобальних, регіональних та національних профілів були підготовлені Хазімом Тімімі.

Команда, що готувала звіт, висловлює вдячність різним особам за їхній внесок та поради щодо змісту звіту. У рамках ВООЗ особлива подяка належить Бочену Као, Джесіці Хо та Ваху Ретно (Аннет) Маханані за перегляд змісту, пов'язаного з оцінками тягаря захворюваності на туберкульоз; а також Габріелі Флорес Пентцке Сен-Жермен та Хапсату Туре за перегляд матеріалів, пов'язаних з фінансуванням боротьби з туберкульозом та загальним охопленням медичними послугами. За межами ВООЗ команда висловлює вдячність Заїду Танвіру (TB Alliance, Сполучені Штати Америки) та Дженніфер Вуллі (Міжнародна ініціатива з розробки вакцини проти СНІДу, Сполучені Штати Америки) за їхній внесок у зміст звіту, що стосується досліджень ТБ.

Фінансування підготовки цього звіту було забезпечено урядами Китаю та Франції. ВООЗ висловлює їм свою вдячність за надану підтримку.

Окрім основної групи авторів звіту та вищезазначених осіб, у підготовці звіту взяли участь багато співробітників регіональних та національних офісів ВООЗ, а також сотні людей, які працюють у національних програмах боротьби з туберкульозом або в національних системах епідеміологічного нагляду, які надали дані та взяли участь у перегляді матеріалів звіту перед публікацією. Ці особи перелічені нижче за регіонами ВООЗ.

Серед співробітників ВООЗ, перелічених нижче, команда, що готувала звіт, висловлює особливу подяку Жану Луї Абені Фое, Педро Аведілло, Вініту Бхатія, Мартіну ван ден Буму, Мішелю Гасані, Діані Хафез, Акудо Езінні Ікпеазу, Жану де Д'є Ірагені, Сантоші Келамане, Гіоргі Кучухідзе, Ернесто Монторо, Фукуші Морішіті, Кюн Хюн О, Мд Камар Резван та Аскару Єділбаєву за їхній внесок у збір та перевірку даних, а також за перегляд та затвердження матеріалів звіту країнами перед публікацією.

Співробітники ВООЗ у регіональних та національних офісах

Африканський регіон ВООЗ

Маріама Баїсса Абдуллає, Жан Луї Абена, Харуна Адаму, Аджоа Агбоджан-Прінс, Прешіус Андіфасі, Ніколь Аншамбі, Фекадеселассі Мікру Асфав, Лаймі Софія Наліт'є Ашипала, Нає Ба, Тако Балло, Нурбай Калу, Кароліна Кардозу да Сілва Гомеш, Ластон Чітембо, Сібду Гіслен Комомбо Кафандо, Сейду Уарітіо Кулібалі, Тешоме Деста Волдеханна, Нделла Діахате, Анжелі Дзабату Бабо, Ана Белла Екірі Нґуе, Ісмаель Гассен Ендріс, Омонії Амос Фадаре, Фатімету Захра Фалл, Луїза Ґанда, Мішель Гасана, Боїнготло Гасеннелве, Джонатан Ґрін, Сірак Хайлу Бантьєвалу, Телесфор Хуансу, Акудо Езінне Ікпеазу, Жан де Дьє Іраґена, Мозес Джеронлон, Майкл Хосе, Єба Лаконі Каага, Мугаґґа Каґґва, Нзузі Катонді, Майкл Каянґе, Хурія Келіфі, Абдерахман Харчі Тфеїл, Аристід Дезіре Команґоя-Нзонзо, Ніабула Конє, Анжела Кетрін Лао Сеоане, Шарміла Ларіф-Джа, Вінні Лоу-Ва, Номтхандазо Лукхеле, Девід Лукуду, Франк Луле, Джонсон Лаймо, Тебого Мадідімало, Пол Майнука, Казімір Манзенго Мінґ'єді, Майкл Маззі, Олівія Бенедікт Мбітікон Дотар, Річард Мбумба Нґімбі, Тамба Жак Мілімоуно, Нкатеко Мкхондо, Ллойд Ерік Барро Муссаву, Лоран Мойєнга, Крістін Мусанху, Ахамада Насурі, Фабіан Ндензако, Андре Ндонгозьєм, Мозес Мутебі Нґанда, Бенджамін Мусембі Нґанда, Мкхокхелі Нгвенья, Деніз Нкезімана, Гіслен Нконє Ассєко, Спєс Карітас Нтабанґана, Аджой Нундучан, Іносєнт Брайт Нуваґіра, Юніс Омєса, Адієлє Нкасіобі Онґєзе, Мохамед Ульд Сіді Мохамед, Махамат Джарма Умейма, Джанґє Уміє, Генінсоа Рабаріджаона, Мухаймпунду Рібакаре, Ятта Саккі Вапое, Салію Санні, Кафуї Сеня, Данієль Сімнує, Джєссіка Вєйґа Суарєш, Фатім Талл, Евелін Тіббананука, Сьєка Турє, Дєйзі Тровоада, Ассєфаш Зєхайє.

Американський регіон ВООЗ

Зохра Абаакук, Моніка Алонсо, Анхель Альварєс, Клейдсон Алвєс, Фіона Елізабет Ентоні, Мігєль Анхель Арагон, Едєн Августус, Пєдро Авєдільйо, Сусана Боррото, Ана Ботєльйо, Олівія Брєйтуєйт, Рєйнієр Ескалада, Еммануєль Форлак, Гєрсон Гальдос Карденас, Ана дє ла Гарса, Гільєрмо Гонсалвєс, Моніка Ґуардо, Лурдєс Гутьєррєс Ромєро, Франклін Ернандєс, Рєйнольд Г'юїтт, Вєнді Ідіакєс, Сандра Джонс, Сєрін Джозєф, Оскар Мартін Мєсонєс Лапубль, Ракєль Махоке, Бєлкіс Марсєліно, Ернєсто Монторо, Ромєо Монтойя, Стівєн Нєрс Фіндлі, Ґабрієла Рєй, Елізабет Родрігєс, Грісєль Родрігєс, Ганс Салас, Марія Хєсус Санчєс, Прабджот Сінґх, Ніколь Гєлєн Слєк-Лібєрд, Катріна Сміт, Аїда Сото, Валєска Стємплюк, Данієль Варґас, Хорхє Вікторія, Марсєло Віла, Нєріс Вільялобос, Ґабрієла Марія Єрові, Данієла Завандо.

Східно-Середземноморський регіон ВООЗ

Мохаммєд Аль Абрі, Ранда Абу Рабє, Мохамєд Абукалиш, Абдулкадєр Алі Аду, Зіяд Альджарад, Адєль Аль-Джасарі, Фірас Аль Хафаґі, Діна Альхаміс, Лора АльСавалха, Алаа АльШєйх, Мубадда Ассі, Аватєф Бєла-хєль, Раяна Бу Хака, Зієд Буслама, Батуль Дауї, Нахла Гамаль Ельдін, Ранан Ельнорі, Діана Хафєз, Алаа Хашіш, Ханія Хусєйні, Нарантуя Джадамбаа, Асія Джама, Сантоша Кєламанє, Аднан Хамасі, Лаїк Ахмад Хаваджа, Мондгєр Лєтаїєф, Стєфані Муді-Гайслєр, Гада Муджазі, Халєд Нада, Сара Наср, Рамзі Ухічі, Аліссар Раді, Наїмулла Сафі, Сіндані Сєбіт, Мартін ван дєн Бум, Нєвін Вілсон, Омід Замані.

Європейський регіон ВООЗ

Жанара Бєкєнова, Стєла Бівол, Кассандра Буту, Ана Чобану, Андрій Даду, Георгій Димов, Судєх Есхані, Джамшід Гадєєв, Гаянє Гукасян, Оґтай Ґозалов, Сайохат Хасанова, Аракся Овганнєсян, Ґіоргі Кучухідзє, Арта Кулі, Ніно Мамулашвілі, Артан Мєсі, Туфан Наїр, Абдулахад Сафаров, Лєйлі Шамирадова, Джаваґір Сулєйманова, Александру Волок, Аскар Єділбаєв, Салтанат Єґєубаєва, Ольга Зайцєва.

Регіон Південно-Східної Азії ВООЗ

Кєнза Бєннані, Вінєєт Бхатія, Рік Браун, Лобзанг Дорджі, Тірадж Дакшіта Хапутхантрі, Ану-пама Хазаріка, Файха Ібраґім, Сара Джамал, Кім Джін Джу, Дєбашіш Кунду, Каллаєні Лаємпу, Тєт Наїнг У, Судірікку Хєннєдіґє Падмал, Шу-шіл Дєв Пант, Ґаутам Рабін, Мд Джуєл Рана, Мд Камар Рєзван, Назіс Арєфін Сакі, Бадрі Тхапа, Барша Тхапа, Донґбао Ю.

Західно-Тихоокеанський регіон ВООЗ

Шалала Рафаїл Ахмадова, Хємант Богаті, Цолмон Болдоо, Чжондан Чєн, Марія Рєґіна Крістіан, Сєронґкєа Дєнг, Байо Сєгун Фатунмбі, Сєм Фуллман, Діпа Ґамаджє, Філіп Ґаянт, Кларісса Бланка Халум, Лєпайтаи Гансєлл, Том Гайатт, Сєтіаван Джаті Лаксоно, Мугаґґа Малімбо, Фукуші Морішіта, Кьонґ Хьон О, Мачіко Отані, Аманда Рєйєс Вєліс, Чалла Нєґєрі Руда, Жак Сєбєр, Вілат Сєвісай, Мєттьє Шортус, Чун Пол Су, Сомдєт Сукал, Фасіха Талєо, Куанґ Хієу Ву, Раджєндра-Прасад Ядав.

Національні респонденти, які зробили внесок у подання та верифікацію даних

Африканський регіон ВООЗ

Абдельрахім Барка Абдеррамане, Ммолокі Абоненг, Яу Адусі–Поку, Діссу Афолабі, Арно Баурель Акієра, Софіан Алогаласса, Сумана Альфазазі, Геофрей Аманья, Фінарімахефа Тоніміхаміна Андріамампілантохері, Роберт Балама, Мамаду Патє Бальде, Адама Марі Банджура, Алегре Бембеле, Елісанжела Бонфім, Балле Бубакар, Артур Бушман, Герберт Чафулуміра, Обіома Чіджіоке–Аканіро, Еллен Чікото, Дікенс Чіматіро, Рехаб Чімзізі, Аджима Комбарі, Абдуль Карім Кулі– балі, Фату Т'єпе Кулібалі, Інасіу Алфреду да Кошта, Семоа да Тріндаде, Раматоу Дагноу Сумаоро, Фодє Данфаха, Мухаммед Ламін Дарбоє, Даміан Даш Дореш Вікторіану Антоніу, Сессі Дедехоуану, Джон Денг, Абрахам Дел, Адама Діалло, Мамаду Діонг, Мамаду Дьоп, Амброзіо Дісадіді, Сісело Дламіні, Алзіра ду Розаріу, Марта Ізабел душ Сантуш Фрейре Монтеіру, Боссу Блез Еканза, Антуан Депаду Етунді Евоуна, Хуан Ейєне Акюресіла, Яхох Фалл, Ерве Гільдас Гандо, Еваріст Ґасана, Абду Ґафару Ґбадамассі, Белайнех Ґірма, Марі Ґомез, Сестабіле Гулвако, Сантьяго Іско Естебан, Сіді Джайтех, Тає Летта Джанфа, Бенедіта Жозе, Вінсент Камара, Елхадж Малік Кан, Клара Чола Касапо, Іммакулейт Кату– ре, Фунґаї Кавенга, Колетт Кінкела, Різкі Кісонга, Сідні Кололо, Мадіна Конате, Девід Корбої, Джозефін Аміє Коро– ма, Куаку Жакмен Куаку, Раджив Кумар, Фелікс Квамі Афуту, Гертруд Лей Офалі, Ісак Лекуле, Фані Флер Лінґсґнює, Генрі Луззе, Лланг Бріджет Мабатлоунг Маама Маїме, Даніель Мабірізі, Раймунду Мачава, Маріама Махмуд, Чайбу Бегу Маймуна, Мпхо Макетекете Хеса, Жан П'єр Малемба, Бхекі Мамба, Стредіс Манґуінґа Ґуїтука, Саанді Мауліда, Романт'єзер Роберт Мбасса, Кузані Мбендера, Марі–Леопольдін Мбулула Мавагалі, Амануель Хадґу Мебрахту, Патрік Міґамбі, Тудуетсо Молефі, Луїне Морель, Крістін Мосі, Анжел Мубанга, Робсон Муквіза, Ліндіве Мвусі, Інносент Мвалука, Стелла Мваньоте, Віктор Мвемезі, Анн Мвене, Абубакар Мзембаба, Джудіт Мзьєце, Меннерс Нк'юбе, Ейфразі Ндіхокубвайо, Норберт Нджека, Квензівейінкосі Ндлову, Сіфіве Нгвеня, Віні Естель Марі Нкана Йікі, Апполоні Тєкла Кристель Ноа, Жозелін Нсанзеруг'єзе, Траст Ньондо, Луї Нзітунґа, Мед'ятріс Нзотума, Франк–Арден Окемба–Окомбі, Олавумі Олареваджу, Абдельхаді Оумар, Джозеф Паньюан, Ліліана Перейра, Тато Джойс Ралетінг Летсіє, Еміль Рамаросон, Рампракаш Ресол, Адулаї Гомеш Родрігеш, Айбан Роно, Патрік Рукундо, Нунурай Русва, Кантара Сако, Агбеньєган Самей, Нені Самуель, Тандаого Савадого, Руфус Сей, Себсіл Шабангу, Лабаран Шеху, Гіларіус Шиломболені, Пол Шімба, Дженебу Сідібе Джіре, Т'єнабе Сієн, Бакарі Сірагеу, Ніколас Сізіба, Мішель Харісон Тіарай, Абдаллахі Траоре, Тіті Тшолофело, Філіп Тумвесіґе, Адрієн Варє, Мардемон Єасуєн, Алі Мохамед Закір, Амтатачев Могес Зегеє, Шон Зісенгве.

Американський регіон ВООЗ

Леандра Абарка, Саріта Аґірре, Едвін Айспура, Антон'єта Аларкон Ґісадо, Сочиль Алеман де Крус, Ґабрієла Амая Лопес, Аїша Ендрюїн, Тіємі Аракава, Фабіола Аріас, Сандра Аріса Матіс, Карла Аяла, Карлос Альберто Маркос Аяла Луна, Енгельс Іліч Банегас Медіна, Адріана Чакон, Шон Чарлз, Майя Черноморець, Керолін Чонг, Джессі Чун, Ерік Коммісі, Марієла Контрера, Клара де ла Крус, ДайДжуан ДеРоза, Фернанда Докгорн Коста Йохансен, Аназія Едвардс, Надія Ескобар Салінас, Мерседес Еспанья, Уґо Фернандес, Андрес Фернандес, Сесілія Фігуєроа Бенітес, Ґрета Франко, Ґейл Ґаджадар, Алріса Ґардінер, Гаррі Ґеффрар, Квейсі Ґрант, Клаудія Ґутьєррес, Мері Ґаттон де Хеєкерен, Марія Генрі, Іраліс Янсен, Сара Джбара, Ґленіз Джонсон, Діана Лоренс, Марія де лос Анхелес Леон, Клаудія Ллерена Поло, Фатіма Летіція Луна Лопес, Маріна Маседо, Ежен Мадуро, Андреа Івет Мальдонадо Сааведра, Роса Ґабрієла Мамані Ала, Даніеле Марія Пеліссарі, Аліна Мартінес, Марія Росаріс Мартінес, Міґель Анхель Мартінес, Армандо Мартінес Ґуарнерос, Марія де Лурдес Мартінес Оліварес, Гармоні Масая, Меріл МакКвін, Анхеліка Медіна, Ніколь Менезес де Соуза, Александра Монтойя Еспіноса, Френсіс Морі, Франчина Мурільйо, Карла Ньютон, Ісменія Ракель Павон Валеріано, Хуліо Перес, Карла Белен Пінілья, Томаса Портільйо Есківель, Шон Рамруп, Міло Річард, Тайрон Робертс, Міріан Роман, Саманта Росас, Арелісабель Руїс, Сатіш Сахамурі, Рут дель Кармен Салас Урданета, Вільмер Салазар, Маріца Самайоа Пелаес, Танія Самудіо, Інгрід Санчес, Карла Марія Санчес Мендоса, Наташа Серретт, Сантузія Севдієн, Ахмед Шалауддін, Ґібеб Алехандра Сільвестре Туч, Нікола Скайєрс, Наталія Соса, Маріо Рафаель Сото Війялта, Мішель Тротман, Мелісса Вальдес, Даніель Васкес, Йоганн Вайт, Ханіф Вілсон, Дженніфер Вілсон, Алесія Ворґс, Орітта Закарія, Сесар Маурісіо Селая.

Східно-Середземноморський регіон ВООЗ

Іділ Абдірахім, Сухаїб Абу Файлат, Іхсане Агарррі, Білал Ахмад, Шахназ Ахмаді, Асад Ахмед, Абдуллаїф Аль–Хал, Надія Аль–Ані, Махмуд Аль–Баур, Калтом Альхамі, Абдулбарі Аль–Хаммаді, Омар Аль–Джафф, Нада Альмарзокі, Іхаб Аль–Саккаф, Лайс Аль–Саліхі, Хая Альсанан, Мохамед Альсаррадж, Халєєма Альсерехі, Аватеф

Альшаммері, Кіфах Альшагельді, Разан Аль-Тарабісі, Халса Аль-Тхулі, Фатма Аль-Якубі, Вагді Амін, Алі Мохаммад Амін, Імане Челлуфі, Джоан Дагфал, Дріс Дауді, Мохаммад Захер Ділдар, Маліка Ель Уахабі, Мохамед Фурдані, Сара Гемпі, Рашіда Хамід, Діаа Хджайя, Ахмад Ісмаїл, Ібрагім Майя, Ахмед Манхі, Бадіа Мансур, Мохамед Мохамед, Аафаф Мохамед, Махшід Насехі, Яссір Піро, Наджія Рашід, Салма Саад, Радія Сабуні, Мухаммад Зія Самад, Мохаммед Сгхіар, Саїд Шарафі, Файсал Сірадж, Сабіра Тахсін, Хіам Яакуб, Абдікадар Юсуф Аден, Моїнулла Зафарі.

Європейський регіон ВООЗ

Руслан Абдуллаєв, Малик Аденов, Ірада Ахундова, Саліхжан Алімов, Томас Альтгаус, Еккегард Альтпетер, Єлена Арбузова, Труде Маргрете Арнесен, Антуанетта Аттард, Ева Аугустинович-Копець, Заза Аваліані, Агнеш Бакош, Фонда Байкал, Снежана Брчкало, Ізабел Карвалью, Мамука Чинчараулі, Ніколета Валентина Чоран, Андрій Корлотеану, Шерон Кокс, Валеріу Круджу, Манфред Даніловіц, Едіта Давідавіченє, Тереза Домашевська, Ровшан Джумаєв, Албана Фіко, Маргарет Фіцгіббон, Мірея Гарсія Карраско, Федеріко Джанноні, Марта Гомеш, Більяна Грбавчевіч, Ірина Губанкова, Жан-Поль Гютманн, Марія Гельмріх, Заїда Еррадор, Уршка Грібар, Афаг Гусейнова, Еджебай Ішанова, Сара Джексон, Гульнора Джалілова, Єркер Йонссон, Едуард Кабасакалян, Олім Кабіров, Абдулла Кадиров, Гульміра Калмамбетова, Гульджамол Касимова, Ануш Хачатрян, Сігрід Кірмаєр, Шпела Клемен, Дмитро Клімук, Блеріна Кодра, Фіона Кельтрінгер, Марія Корзеневська-Коселя, Штефан Крьогер, Олена Кроткова, Ніно Ломтадзе, Звездана Ловрич Макаріч, Стеван Лучич, Філіпп Людін, Інна Мамедова, Франческо Марагліно, Таня Меліло, Доніка Мема, Шекер Моммєва, Біруте Накчерене, Едібе Нурзен Намли Бозкурт, Зоріца Нановіч, Алєна Ніколенка, Карін Нордstrand, Адам Новінський, Чолпон Нургазієва, Міхаєла Обровац, Мері О'Міра, Кремена Пармакова, Наргіза Парпієва, Сівавн Хайя Перл, Горанка Петровіч, Корюн Погосян, Георгета Гільда Попеску, Людмила Прилепіна, Мішель Раєсс, Єва Рімшане, Жером Робер, Елізабет Сант, Моніка Санє Шепізі, Жерар Шайден, Крістіне Шварц, Анита Сегліня, Арміне Серобян, Фіруза Шаріпова, Вінсьян Сізер, Нільс Сковгорт, Еріка Слуп, Ганна Соїні, Іван Солович, Сергій Стерліков, Майя Стошич, Яна Свєцова, Петра Светіна, Сільва Тафай, Севіндж Тагієва, Ілія Тасєв, Джеральдін тер Лінде, Яна Терлєєва, Маріона Тунеу Вальс, команда з нагляду за туберкульозом Агентства з безпеки здоров'я Великої Британії, Шахноза Усмонова, Зійовуддін Валієв, Лайма Василяускайте, Ірина Васильєва, Анн Вергізон, Пірет Війклепп, Валентина Вілц, Фонг Ву, Талі Вагнер, Їржі Валленфельс, Ангеліна Янева, Дмитро Журкін, Іва Зракіч.

Регіон Південно-Східної Азії ВООЗ

Шанта Ачанта, Богендра Ачар'я, Санджіда Анджум, Мд Атаур Рахман Бхуїя, Паранджой Бордолой, Мізая Кейдер, Шивані Чандра, Ашиш Чаудхарі, Сандіп Чаухан, Дхрубаджйоті Дека, Мріген Дека, Рінчен Дема, Тшелтрім Дема, Віна Дхауан, Вінай Гарг, Дів'я Гупта, Ф. М. Монірул Гак, Хавва Шамаа Гассан Рашид, Атія Файза Хок, Лок Радж Джоші, Шив Джоші, Мд Захангір Кабір, Іль Нам Канг, Джйоті Касєтх, Ахмадул Хасан Хан, Софія Кхумукчам, Рахул Кумар, Нішант Кумар, Бгавані Сінгх Кушваха, Сонам Тшокі Лхаму, Константіно Лопеш, Санджай Матту, Зубайда Насрін, Тун Оо, Грасінда Орлеанш Тілман, Оналі Раджапакше, Рагхурам Рао, Пірабу Раванан, Абу Саєм Мухаммад Шафін, Праміта Шантхілатха, Урваші Сінгх, Антоніу Соареш, Вігнешваран Сомасундарам, Вілауан Сомсонг, Радга Таралекар, Фурпа Тензін, Джанака Тілакаратне, Шрі Рам Тіварі, Крайсорн Тотхубтіанг, Карчунг Тшерінг, Шакіла Єсмін.

Західно-Тихоокеанський регіон ВООЗ

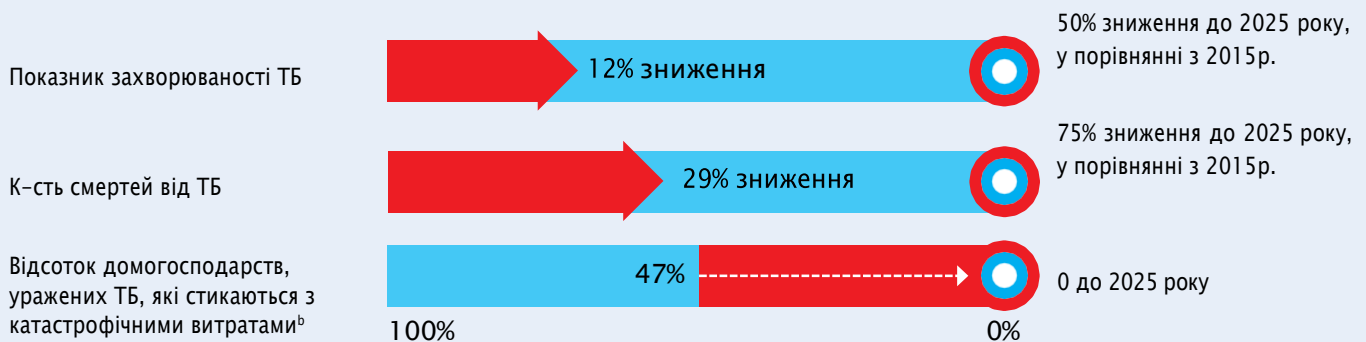
Сіті Гафсах Абдул Халім, Асад Абдуллаї, Шазелін Аліпітчай, Рената Амос, Марвін Апас, Аділах Азіз, Нурул Бадрія, Ладонг Беларі, Лусе Буїнімасі, Ріса Букбук, Квок Чіу Чанг, Вей Чен, Клеман Куто, Аліс Куєнка, Луїс Дєскітадо, Маремі Діас, Луонг Дінь Ван, Марія Алезандра Егюя, Мейлін Джек Екієк, Мейліна Фаріха, Клеман Філісетті, Анджела Патоло Фінеанганіфо, Людовік Флорі, Гантунгалаг Ганбаатар, Дорж Ганцєцєг, Ліззі Горрєлл, Нор Азіан бінті Хаджі Гафнех, Чан Юда Хуот, Донекам Інтхавонг, Вонгкхам Інтхавонг, Одрі Джек, Генрі Како, Ксайсомванг Кеодавонг, Мартіна Кіфраві, Джінсан Кім, Джіун Кім, Фонесаван Комманіван, Осциліна Кулатєа, Він Мар К'яу, Ті Хай Мін Ле, Син Ін Лі, Шук Нор Марія Лі, Хьовон Лі, Ліза Лопєс, Брассіке Мабансаг, Шєріз Малбасіас, Кєвін Картер Марафі, Бенгур Маталавеа, Джейн Матанайак, Чіма Мбаквєм, Крісія Дєніс Міса, Сєрафі Моа, Сузана Мохд Гашиєм, Енкнаєрн Мягмар, Дебора Хі Лін Нг, Бінь Хоа Нгуєн, Геролін Нінділ, Чанлі Но, Національний консультативний комітет з туберкульозу (Австралія), Акіхіро Окадо, Конні Оліконг, Тіффані Тіара Пакасі, Ілагіна Пєпєуга, Теау Пуна, Берека Рейгер, Івон Саблан, Ваїмайла Салєлє, Інджонг Шин, Аноусон Сісуван, Сулістіо Сулістіо, Сєнолін Сайн, Лай Бун Тай, Джозєф Такай, Лія Танагосє, Енні Тіанакі, Сіванна Тієнг, Мароу Тікатаакє, Вівіан Тоанісо, Ка Ін Ю, Казухіро Учимура, Варєті Уріам, Ду Сін, Ян Лін Жао.

Скорочення

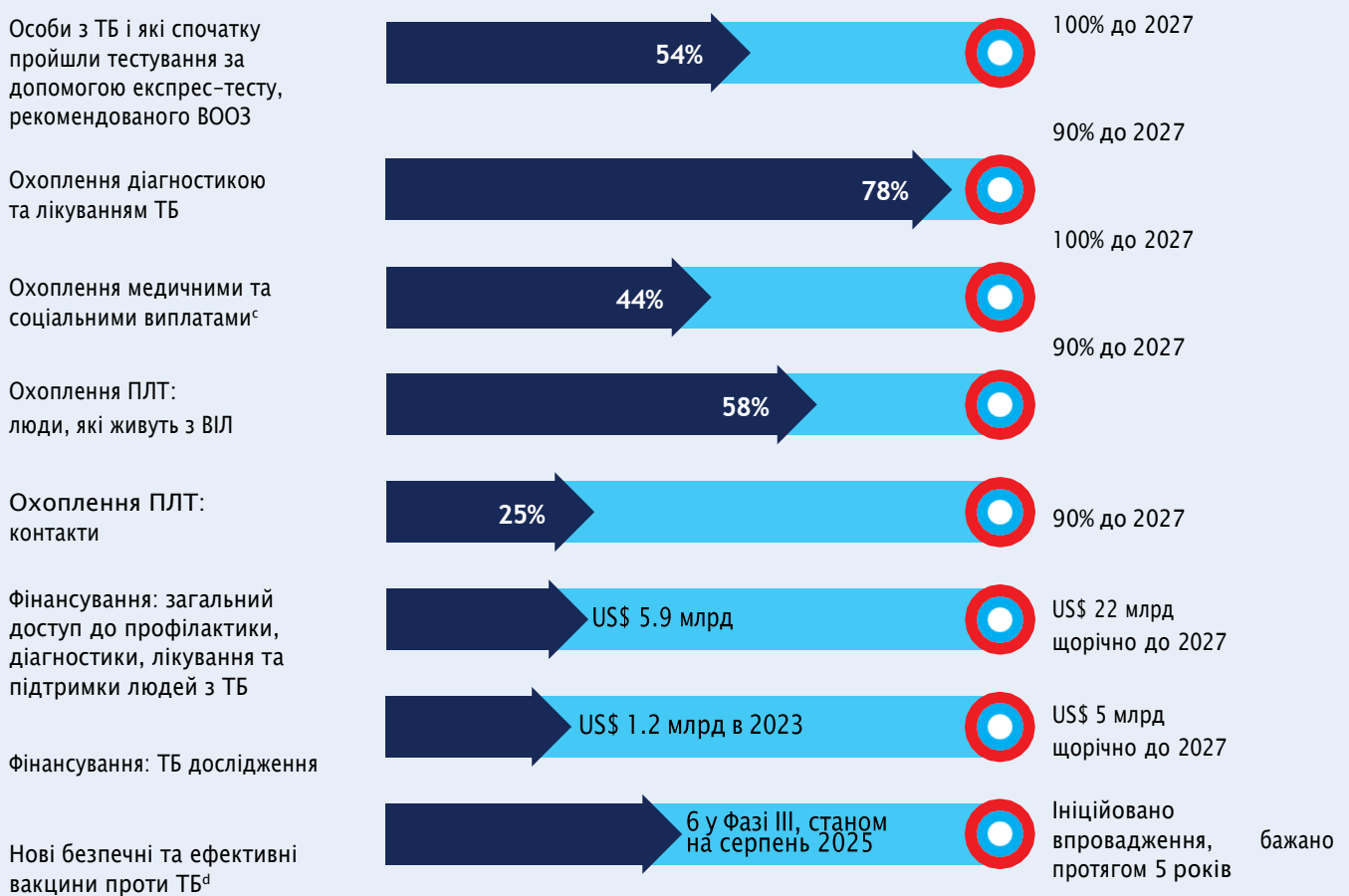
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
АРТ	антиретровірусна терапія
БЦЖ	Бацила Кальметта — Герена
БРІКС	Бразилія, рф, Індія, Китай і ЮАР
CSV	дані із роздільниками-комами
СІ	довірчий інтервал
COVID-19	коронавірусна хвороба 2019
ЄЦКПХ	Європейські Центри контролю та профілактики хвороб
ВВП	валовий внутрішній продукт
НВС	країни з високим тягарем захворюваності
ВІЛ	вірус імунodefіциту людини
ІГРА	тести вивільнення гамма-інтерферону
ІНМЕ	Інститут вимірювання та оцінки показників здоров'я
МОП	Міжнародна організація праці
LF-LAM	ліпоарабіноманновий тест бокового зсуву
LMICs	країни з низьким та середнім рівнем доходу
MAF-TB	Механізм багатосекторальної підзвітності ВООЗ
МЛС-ТБ	мультирезистентний туберкульоз
НТП	національна ТБ програма
ОЕСР	Організація економічного співробітництва та розвитку
ПКС	паритет купівельної спроможності
PPPR	готовність, профілактика та реагування на пандемію
Риф-ТБ	рифампіцин-резистентний ТБ
SCI	індекс охоплення послугами
ЦСР	цілі сталого розвитку
ТБ	туберкульоз
ПЛТ	профілактичне лікування туберкульозу
УОПОЗ	загальне охоплення послугами охорони здоров'я
ІН	інтервальна невизначеність
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД
UNPD	Народонаселення ООН
USAID	Агентство США з міжнародного розвитку
USG	уряд США
ДР	демографічна реєстрація
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
WRD	швидкі діагностичні тести, рекомендовані ТБ
ШЛС-ТБ	ТБ із широкою лікарською стійкістю

Глобальні етапи та цілі у боротьбі з туберкульозом: останній прогрес

Стратегія «Покласти кінець ТБ», основні етапи до 2025 року



2023 р. - засідання високого рівня ООН з питань ТБ, цілі



ПЛТ, профілактичне лікування ТБ.

^a Це кінець 2024 року для всіх індикаторів, якщо не вказано інше.

^b Цей індикатор не збігається з індикатором SDG для катастрофічних витрат на охорону здоров'я. Див. вставку 3 для подальшого пояснення.

^c Цей показник виражає відсоток загальної чисельності населення, яке отримує принаймні одну соціальну допомогу, причому значення для кожної країни зважується відповідно до її частки у загальній кількості зареєстрованих випадків ТБ у світі. Незважене значення становить 52%.

^d Тривалість індикатора становить 2 роки (з п'яти) з моменту проведення у 2023 році засідання високого рівня ООН з питань ТБ.

1. Вступ

Туберкульоз (ТБ) є захворюванням, яке можна попередити і яке зазвичай піддається лікуванню. Проте щороку понад 10 млн людей продовжують хворіти на ТБ, а понад 1 млн помирають від цього, що робить її провідною причиною смертності від одного інфекційного агента у світі та однією з 10 основних причин смертності у світі. Необхідно вжити термінових заходів, щоб покласти край глобальній епідемії ТБ до 2030 року, що є метою, яку прийняли всі держави-члени ООН та ВООЗ (1, 2).

ТБ викликається бактерією *Mycobacterium tuberculosis*, яка поширюється, коли люди з ТБ виділяють бактерії в повітря (наприклад, при кашлі). За оцінками, близько чверті населення світу інфіковано ТБ (3). Після зараження ризик розвитку ТБ найвищий у перші 2 роки (приблизно 5 %), після чого він значно знижується (4).¹ Деякі люди виліковуються від інфекції (5, 6). З загальної кількості людей, які щороку хворіють на ТБ, приблизно 90% становлять дорослі, причому серед чоловіків випадків захворювання більше, ніж серед жінок. Зазвичай хвороба вражає легені (легеневий ТБ), але може вражати й інші органи.

Основні факти про туберкульоз наведені в Додатку 1. Без лікування смертність від ТБ є високою (близько 50%) (7). За допомогою лікування, яке на даний момент рекомендує ВООЗ (курс протягом 4–6 міс), можнавилікувати близько 90% людей з ТБ. Для лікування ТБ-інфекції доступні схеми лікування тривалістю від 1 до 6 міс. Загальне охоплення послугами охорони здоров'я (УОПОЗ), яке означає, що кожен може отримати необхідні медичні послуги без фінансових труднощів, є необхідним для забезпечення доступу до лікування всіх людей, які потребують лікування ТБ або ТБ-інфекції. Кількість людей, які заражаються ТБ-інфекцією і хворіють (а отже, і кількість смертей від ТБ) також можна зменшити за допомогою багатосекторальних заходів, спрямованих на усунення більш загальних чинників, що визначають захворюваність на ТБ, таких як бідність, недоїдання, ВІЛ, куріння та діабет.

Деякі країни вже зменшили тягар захворюваності на ТБ до менше ніж 10 випадків і менше ніж 1 смертельного випадку на 100 000 нас на рік. Для швидкого зменшення щорічної кількості випадків захворювання та смертності у світі до рівня, якого вже досягли ці країни з низьким тягарем захворюваності, необхідні прориви в наукових дослідженнях (напр. нова вакцина).

В останні роки політична налаштованість на подолання епідемії ТБ посилилася. ООН провела дві зустрічі високого рівня з питань ТБ: першу в 2018 році (8) і другу в 2023 році. Політична декларація, прийнята на засіданні 2023 року, підтвердила існуючі зобов'язання та цілі, встановлені в Цілях сталого розвитку ООН та Стратегії ВООЗ щодо ліквідації ТБ, а також включила нові зобов'язання та цілі на період 2023–2030 років (9). Третє засідання високого рівня ООН з питань ТБ заплановано на 2028 рік.

ВООЗ щорічно з 1997 року публікує глобальний звіт про ТБ. Його основною метою є надання всебічної та актуальної оцінки стану епідемії ТБ та прогресу в боротьбі з нею на глобальному, регіональному та національному рівнях у контексті глобальних зобов'язань, стратегій та цілей щодо ТБ.

Як і попередні глобальні звіти про ТБ, видання 2025 року базується переважно на даних, зібраних ВООЗ від національних міністерств охорони здоров'я під час щорічних циклів збору даних. У 2025 році 184 країни та регіони (з 215) з понад 99% світового населення та кількістю випадків ТБ подали дані (Додаток 2), включаючи всі країни з високим рівнем захворюваності на ТБ (Додаток 3). Також використовуються дані з бази даних ВООЗ щодо смертності та Глобальної обсерваторії здоров'я (ГНО), а також бази даних, що ведуться іншими агентствами ООН та Світовим банком.

Звіт складається з 3-ьох частин: короткого «основного» звіту, в якому висвітлюються основні висновки та повідомлення (цей документ); веб-сторінок, що містять більш детальну та оцифровану інформацію, включаючи велику кількість (>100) інтерактивних графіків;² та додатку, що містить профілі країн, регіонів та світу. Такий формат забезпечує легкий доступ до всього вмісту у вигляді відносно невеликих та «зручних для сприйняття» фрагментів, що полегшує доступ, навігацію, читання та використання. Усі дані та оцінки можна завантажити з онлайн-бази даних ВООЗ про туберкульоз у світі (10).

Основні висновки та повідомлення звіту за 2025 рік викладені в Таблиці 1.

¹ Для людей з давно встановленою інфекцією емпіричні дані вказують на щорічний ризик приблизно 10–20 на 100 000 осіб.

² Є 16 веб-сторінок, організованих за шістьма «стандартними» темами: тягар захворювання на туберкульоз; діагностика та лікування ТБ; профілактика та скринінг ТБ; фінансування боротьби з ТБ; УОПОЗ та детермінанти ТБ; дослідження ТБ. Також є веб-сторінки, присвячені чотирьом «особливим темам». Це третє (2023) національне дослідження поширеності ТБ в Камбоджі; вплив скорочення міжнародного донорського фінансування в 2025 році на послуги з боротьби з ТБ; ТБ та гендер; розширення лікування ТБ-інфекції в Китаї.

Таблиця 1. Основні висновки та рекомендації звіту за 2025 рік

ТБ залишається серйозною глобальною проблемою охорони здоров'я, а прогрес у зменшенні тягаря захворювання в більшості регіонів світу значно відстає від цілей, поставлених на 2030 рік. Проте, після невдач під час пандемії COVID-19, більшість показників рухаються в правильному напрямку, і є приклади успіху на регіональному та національному рівнях. Зміни у фінансуванні загрожують цьому прогресу. За оцінками, у 2024 році в світі 10,7 млн людей (95% інтервал невизначеності (ІН): 9,9–11,5 млн) захворіли на ТБ (нові випадки захворювання), а 1,23 млн померли від цієї хвороби (95% ІН: 1,13–1,33 млн). а Показник захворюваності на ТБ (кількість нових випадків на 100 000 населення на рік) становив 131 (95 % ІН: 122–141), а летальність — 11,5 %. ТБ входить до 10 основних причин смертності у світі та є провідною причиною смертності від одного інфекційного агента. Більшість людей, які щороку хворіють на ТБ, проживають у 30 країнах з високим рівнем захворюваності на ТБ: у 2024 році на них припадало 87% від загальної кількості захворювань у світі. До першої вісімки (67% від загальної кількості у світі) увійшли Індія (25%), Індонезія (10%), Філіппіни (6,8%), Китай (6,5%), Пакистан (6,3%), Нігерія (4,8%), Демократична Республіка Конго (3,9%) та Бангладеш (3,6%).

У 2024 році 54% людей, які захворіли на туберкульоз, були чоловіками, 35% — жінками і 11% — дітьми. У глобальному масштабі абсолютна к-сть людей, які захворіли на ТБ, у 2024 році вперше з 2020 р. зменшилася після 3р. поспіль зростання (2021–2023) через порушення діагностики та лікування ТБ, пов'язані з COVID. Загальна кількість у 10,7 млн осіб була лише незначно (на 1 %) меншою, ніж у 2023 р. (10,8 млн), але все ще перевищувала рівень 2020 р. (10,3 млн). У період з 2023 по 2024 р. відбулося більш значне (1,7%) глобальне зниження рівня захворюваності на туберкульоз; у 2024 р. цей показник становив 131 на 100 000 нас, що повернулося до рівня 2020 р. Чисте зниження з 2015 по 2024 р. становило 12 %, що далеко від проміжного результату Стратегії з подолання ТБ – зниження на 50 % до 2025 р. та цілі – зниження на 80 % до 2030 року.

У 2024 році к-сть смертей від ТБ також зменшилася у всьому світі. Загальна кількість смертей склала 1,23 млн, що на 3% менше, ніж у 2023 р. (1,27 млн). Чисте зниження з 2015 по 2024 р. є більш вражаючим і становить 29%, але все ще далеко від етапу Стратегії боротьби з ТБ щодо зниження на 75% до 2025 р. та цілі щодо зниження на 90% до 2030 р.

У деяких регіонах і країнах було досягнуто значно більшого прогресу у зменшенні тягаря ТБ. У період з 2015 по 2024 рік Африканський регіон ВООЗ досяг на 28% зниження захворюваності на ТБ і на 46% зниження смертності від ТБ. Європейський регіон ВООЗ досяг зниження на 39% та 49% відповідно. 101 країна досягла зниження захворюваності на ТБ щонайменше на 20%, а 65 країн досягли зниження смертності від туберкульозу щонайменше на 35%. Для подальшого зниження тягаря туберкульозу необхідно поліпшити охоплення діагностикою, лікуванням та профілактичними заходами; вжити заходів щодо більш широких детермінант, що сприяють

поширенню інфекцій та збільшують ризик розвитку захворювання після зараження; а також досягти технологічних проривів, таких як створення нової вакцини проти ТБ. Все це залежить від належного фінансування.

У 2024 р. в світі було зареєстровано 8,3 млн нових випадків ТБ, що є незначним збільшенням порівняно з 8,2 млн у 2023 р. та становить 78% (95% ІН: 72–84%) від оціночної кількості нових випадків. З них 54% були спочатку протестовані за допомогою експрес-тесту, що є збільшенням порівняно з 48% у 2023 році.

У 2024 році загалом 164 545 осіб отримали лікування від резистентного до рифампіцину ТБ (РР-ТБ). Це становило 42 % від приблизно 390 000 осіб, які захворіли на РР-ТБ у 2024 р., що майже не відрізняється від показників 2023 р.

Рівень успішності лікування ТБ, чутливого до ліків, залишається високим – 88%, а для RR-ТБ він покращився до 71%. За оцінками, у період з 2000 по 2024 рік лікування людей з ТБ, дозволило запобігти 83 млн смертей.

У 2024 р. в усьому світі 5,3 млн людей з високим ризиком розвитку ТБ отримали профілактичне лікування туберкульозу («ПЛТ»): 3,5 млн осіб, які мали тісний контакт з людьми з ТБ, та 1,8 млн людей, які живуть з ВІЛ. Охоплення ПЛТ становило 58% серед ЛЖВ (зростання з 56% у 2023 р.) і 25% серед контактів у домогосподарствах (зростання з 20% у 2023 р.).

Однією з перешкод для доступу до діагностики та лікування ТБ є витрати, які несуть люди, які хворіють на ТБ, та їхні сім'ї; приблизно 50 % з них несуть витрати, що перевищують 20 % річного доходу домогосподарства. Зменшення цього економічного тягаря вимагає швидшого прогресу в напрямку досягнення загального охоплення медичними послугами та кращого рівня соціального захисту.

У більшості країн з високим рівнем захворюваності на ТБ менше 50 % загального населення має доступ принаймні до однієї соціальної виплати, а значення індексу охоплення послугами УОПОЗ коливаються в діапазоні 40–60 (зі 100). Основними чинниками, що впливають на рівень захворюваності на ТБ на рівні країни, є дохід на душу населення та поширеність недоїдання, ВІЛ, діабету, куріння та зловживання алкоголем.

Наразі в клінічній розробці перебуває 18 вакцин проти ТБ, у тому числі шість у 3-й фазі клінічних випробувань.

Фінансування заходів боротьби з ТБ залишається вкрай недостатнім і перебуває в стані стагнації. Фінансування заходів з профілактики, діагностики та лікування ТБ у 2024 році становило 5,9 млрд доларів США, а фінансування досліджень у сфері ТБ у 2023 р. – 1,2 млрд доларів США. Ці цифри становлять відповідно 27% та 24% від глобальних цілей у розмірі 22 млрд доларів США та 5 млрд доларів США щорічно до 2027 р.

Скорочення міжнародного донорського фінансування з 2025 р. загрожують загальному фінансуванню заходів боротьби з ТБ у багатьох країнах.

Досягнення мети щодо подолання глобальної епідемії ТБ, яку взяли на себе всі держави-члени ВООЗ та ООН, вимагає подальшої інтенсифікації зусиль. Після скорочення міжнародного донорського фінансування у 2025 р. політична воля та внутрішнє фінансування в країнах з високим рівнем захворюваності на ТБ стають важливішими ніж будь-коли.

^a Це включало 1,08 млн серед ВІЛ-негативних людей та 150 000 серед людей з ВІЛ (офіційно класифіковані як смерті від ВІЛ).

^b Ці скорочення відповідають цілям на 2020 рік, визначеним у Стратегії боротьби з туберкульозом (Блок 2).

^c Рифампіцин є найпотужнішим протитуберкульозним препаратом першої лінії.

^d Джерелом цієї цифри є останній звіт про фінансування досліджень туберкульозу, опублікований Treatment Action Group.

1. Глобальні зобов'язання, стратегія та цілі щодо боротьби з ТБ

У 2014 та 2015 роках усі держави-члени ВООЗ та ООН зобов'язалися покласти край епідемії ТБ, прийнявши Стратегію ВООЗ щодо ліквідації ТБ (Блок 2) та ЦСР ООН (1, 2, 11). Стратегія включала етапи (на 2020 та 2025 роки) та цілі (на 2030 та 2035р.) щодо значного зниження рівня захворюваності на ТБ (к-сть нових випадків на 100 000 нас на рік), абсолютної к-сті смертей від ТБ та витрат, які несуть люди з ТБ та їхні сім'ї.

Ключові вимоги для досягнення проміжних цілей і кінцевих результатів були визначені в рамках 3-ьох основних напрямків Стратегії боротьби з ТБ (Табл. 2) та включали надання послуг з профілактики, діагностики та лікування ТБ в контексті прогресу в напрямку досягнення загального охоплення медичними послугами та соцзахисту; багатосекторальні заходи для усунення більш широких соціальних та економічних детермінант ТБ, які сприяють поширенню нових інфекцій або збільшують ризик розвитку захворювання після зараження; а також технологічні прориви, такі як нова вакцина проти ТБ. Третью метою Стратегії боротьби з ТБ є усунення катастрофічних витрат для сімей, у яких є люди з ТБ¹. Ця мета була встановлена з урахуванням того, що усунення фінансових та економічних бар'єрів для доступу до діагностики та лікування ТБ є необхідною умовою для досягнення

проміжних цілей та цілей щодо зниження захворюваності та смертності від ТБ. «Катастрофічні» витрати визначаються як сукупні витрати (прямі медичні витрати, прямі немедичні витрати та непрямі витрати, такі як втрата доходу), що перевищують 20 % річного доходу. Більш детальна інформація про обґрунтування етапів та цілей, а також про те, як вони були визначені, доступна в інших джерелах (12).

В рамках системи моніторингу ЦСР (2016–2030) показником, що використовується для моніторингу прогресу в боротьбі з епідемією ТБ, є рівень захворюваності на ТБ.

У 2017 році відбулася глобальна міністерська конференція з питань ТБ, результатом якої стала московська декларація (13). Менш ніж через рік після цього відбулося перше в історії засідання високого рівня ООН з питань ТБ, на якому були підтверджені зобов'язання щодо ЦСР та Стратегії по боротьбі з туберкульозом і додані нові (8). Вперше були встановлені глобальні цілі щодо мобілізації фінансування та надання лікування на період 2018–2022 років. Оцінка ступеня досягнення цих цілей була частиною Глобального звіту ВООЗ про ТБ за 2023 рік (14).

Друге засідання високого рівня ООН відбулося у 2023 році. Політична декларація (9) містила нові зобов'язання та цілі на період 2023–2030 років (таблиця 1, таблиця 2). Цілі стосуються охоплення швидкими діагностичними тестами,

Таблиця 1

Глобальні цілі, встановлені в 2023 році на другому засіданні високого рівня ООН з питань ТБ

Індикатор	Ціль
Охоплення швидкими діагностичними тестами на ТБ (річна кількість осіб, у яких діагностовано ТБ і які спочатку пройшли тестування за допомогою швидкого діагностичного тесту, рекомендованого ВООЗ, у % від кількості осіб, у яких діагностовано ТБ у тому ж році)	100% до 2027 року
Охоплення діагностикою та лікуванням ТБ (річна кількість осіб, яким надано якісну діагностику та лікування ТБ, у % від оціночної кількості осіб, які захворіли на ТБ у тому ж році)	90% до 2027 року (що еквівалентно 45 мільйонам людей у всьому світі за 5-річний період 2023–2027 років)
Охоплення медичними та соціальними послугами людей, хворих на ТБ	100% до 2027 року
Охоплення ПЛТ (річна кількість осіб з високим ризиком розвитку ТБ, яким було надано ПЛТ, у % від приблизної кількості осіб, які підлягають лікуванню в тому ж році)	90% до 2027 року (що еквівалентно до 45 млн людей у всьому світі за 5-річний період 2023–2027 років: до 30 мільйонів членів сімей людей з ТБ та до 15 млн людей, які живуть з ВІЛ)
Щорічне фінансування для забезпечення загального доступу до якісної профілактики, діагностики, лікування та догляду за пацієнтами з ТБ	22 млрд доларів США до 2027 року, 35 млрд доларів США до 2030 року
Щорічне фінансування досліджень у сфері ТБ	5 млрд доларів США до 2027 року
Доступність нових вакцин проти ТБ, які є безпечними та ефективними	Розпочато впровадження, бажано протягом 5 років

¹ Цей показник не збігається з показником ЦСР щодо катастрофічних витрат на охорону здоров'я (див. Блок 3).

лікування ТБ, медичні та соціальні пільги для людей з ТБ; фінансування надання медичних послуг, пов'язаних з ТБ, та досліджень у сфері ТБ; а також доступність

нових безпечних та ефективних вакцини проти ТБ. Цілі фінансування були визначені на основі Глобального плану боротьби з ТБ на 2023–2030 роки, розробленого партнерством «Стоп ТБ» (15).

Блок 2. Короткий огляд стратегії «Подолання туберкульозу»

ВІЗІЯ	СВІТ БЕЗ ТУБЕРКУЛЬОЗУ — нульова смертність, захворюваність та страждання від туберкульозу			
ЦІЛЬ	ПОДОЛАТИ ГЛОБАЛЬНУ ЕПІДЕМІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ			
ІНДИКАТОРИ	Етапи		Цілі	
	2020	2025	2030	2035
Відсоткове зменшення абсолютної кількості смертей від ТБ а. (порівняно з початковим рівнем 2015 року)	35%	75%	90%	95%
Відсоткове зниження рівня захворюваності на ТБ (порівняно з початковим рівнем 2015 року)	20%	50%	80%	90%
Відсоток домогосподарств, постраждалих від туберкульозу, які несуть катастрофічні загальні витрати через ТБ б. (рівень у 2015 році невідомий)	0%	0%	0%	0%

ПРИНЦИПИ

1. Управління та підзвітність уряду, з моніторингом та оцінкою
2. Міцна коаліція з організаціями громадянського суспільства та громадами
3. Захист та просування прав людини, етики та рівності
4. Адаптація стратегії та цілей на рівні країни, з глобальною співпрацею

Основи та компоненти

1. Інтегрована, орієнтована на пацієнта медична допомога та профілактика

- A. Раннє діагностування туберкульозу, включаючи загальне тестування на чутливість до ліків, та систематичний скринінг контактних осіб і груп високого ризику
- B. Лікування всіх людей, хворих на туберкульоз, включаючи лікарсько-стійкий туберкульоз, та підтримка пацієнтів
- C. Спільні заходи щодо боротьби з туберкульозом/ВІЛ та лікування супутніх захворювань
- D. Профілактичне лікування осіб з високим ризиком та вакцинація проти туберкульозу

2. Рішучі політики та системи підтримки

- E. Політична налаштованість та виділення достатніх ресурсів для лікування та профілактики туберкульозу
- F. Залучення громад, організацій громадянського суспільства, державних та приватних медичних закладів
- G. Політика загального медичного страхування та нормативно-правова база для повідомлення про випадки захворювання, обліку актів цивільного стану, якісного та раціонального використання ліків, а також інфекційного контролю
- H. Соціальний захист, боротьба з бідністю та заходи щодо інших чинників, що впливають на туберкульоз

3. Інтенсивні дослідження та інновації

- I. Відкриття, розробка та швидке впровадження нових інструментів, заходів та стратегій
- I. Дослідження з метою оптимізації впровадження та впливу, а також сприяння інноваціям

а Цей показник відображає сукупну кількість смертей від туберкульозу серед ВІЛ-негативних та ВІЛ-позитивних осіб. Смерті від туберкульозу серед осіб з ВІЛ офіційно класифікуються як смерті, спричинені ВІЛ/СНІДом, з туберкульозом як супутньою причиною.

б Цей показник не збігається з показником ЦСР щодо катастрофічних витрат на охорону здоров'я. Докладніше див. Блок 3.

ТАБЛИЦЯ 2

Основні моменти зобов'язань та вимог, висунутих на другому засіданні високого рівня ООН з питань ТБ в 2023 році

а) Зобов'язання

Тема	Зобов'язання
Забезпечити комплексну підтримку всім людям, які хворіють на ТБ	Посилити надання комплексного догляду всім людям із ТБ, приділяючи особливу увагу вразливим верствам населення (наприклад, ЛЖВ, людям з інвалідністю через ТБ, літнім людям, мігрантам, біженцям, ВПО, вагітним та жінкам, які годують груддю), використовуючи конкретні моделі догляду, такі як харчування, підтримка психічного здоров'я та психосоціальна підтримка, соціальний захист, реабілітація та паліативний догляд.
	Посилити комплексні зусилля для усунення існуючих прогалин у профілактиці, діагностиці, лікуванні та догляді за дітьми.
Вирішення кризи ЛС–ТБ	Працювати над впровадженням універсальних, точних та доступних діагностичних засобів та тестів медикаментозної чутливості, які відповідають рекомендаціям ВООЗ, а також повністю пероральних короткострокових схем лікування для людей із ЛС–ТБ, доповнених моніторингом та управлінням ПР, а також доглядом та підтримкою для поліпшення результатів лікування.
Розвивати взаємозв'язки між глобальними програмами у сфері охорони здоров'я щодо ТБ, УОПОЗ та запобігання, готовності та реагування на пандемію, для посилення заходів боротьби з ТБ.	Визначити послуги з лікування ТБ як невід'ємні елементи національних та глобальних стратегій для просування охоплення медичними послугами, боротьби з резистентністю до антимікробних препаратів та посилення запобігання, готовності та реагування на пандемії.
	Інтегрувати систематичний скринінг, профілактику, лікування та догляд за людьми з ТБ та супутні захворювання, в систему ПМД, включаючи медичні послуги на рівні громади.
	Інвестувати в інфраструктуру охорони здоров'я та медичний персонал
Реагування на ТБ у сфері охорони здоров'я та гуманітарної допомоги у НС	Забезпечити збереження послуг з лікування ТБ як основних медичних послуг у сфері охорони здоров'я та гуманітарної допомоги під час надзвичайних ситуацій
Посилити залучення громадянського суспільства та громад, які стикнулися з проблемою ТБ	Посилити національні заходи щодо створення сприятливих правових та соціальних політик для боротьби з нерівністю та для ліквідації всіх форм стигматизації, дискримінації та інших перешкод і порушень прав людини, пов'язаних з ТБ.
	Посилити реальну участь парламентів, громадянського суспільства та місцевих громад, які стикнулися з проблемою ТБ, включаючи молодь та жінок, у всіх аспектах боротьби з ТБ, щоб забезпечити рівний та орієнтований на людей доступ до послуг з лікування ТБ, збільшуючи та підтримуючи інвестиції, особливо в ініціативи громад.
Забезпечити та вдосконалити дослідження в галузі ТБ	Створити сприятливе середовище для досліджень та інновацій у сфері туберкульозу в державах-членах та серед партнерів
	Посилити науково-дослідницький потенціал та співпрацю за допомогою платформ і мереж з дослідження ТБ в державному та приватному секторах, наукових колах та громадянському суспільстві.
	Прискорити дослідження, розробку та впровадження безпечних, ефективних, економічно прийнятних та доступних вакцин, бажано протягом найближчих 5 років, зокрема шляхом використання механізмів глобальної співпраці та ініціатив ВООЗ, таких як рада з прискорення розробки нових вакцин проти ТБ.
Сприяти забезпеченню доступності ліків	Сприяти рівному доступу до недорогих, безпечних, ефективних і якісних ліків, таких як генерики, вакцини, діагностичні засоби та медичні технології, в тому числі через партнерство «Стоп ТБ»/Глобальний фонд лікарських засобів, щоб забезпечити наявність і доступ до якісних і недорогих лікарських засобів, рекомендованих ВООЗ.
Посилити багатосекторальну відповідальність	Підтримати багатосекторальну систему підзвітності ВООЗ щодо ТБ шляхом зміцнення багатосекторальних механізмів підзвітності та контролю на високому рівні відповідно до національних особливостей, визначивши ролі та обов'язки відповідних секторів та зацікавлених сторін із залученням людей та громад, які стикнулися з проблемою ТБ.
	Розробити та впровадити комплексні, фінансово обґрунтовані національні стратегічні плани боротьби з ТБ або стратегії охорони здоров'я з використанням багатосекторального підходу.

б) Вимоги

Тема	Вимоги
Роль ВООЗ	ВООЗ запропоновано продовжувати забезпечувати глобальне лідерство з метою підтримки держав-членів у розробці стійких заходів реагування на ТБ як невід'ємної частини програми УОПОЗ, а також усунення причин і визначальних факторів епідемії, зокрема в контексті НС у сфері охорони здоров'я та гуманітарних катастроф, шляхом залучення різних секторів, надання нормативних рекомендацій і технічної підтримки, моніторингу, звітування та аналізу прогресу, а також просування програми досліджень і інновацій у сфері ТБ.
Звітність та аналіз прогресу	Генеральному секретарю ООН за підтримки ВООЗ запропоновано у своєму щорічному звіті про досягнення ЦСР повідомити про глобальні зусилля, спрямовані на ліквідацію ТБ.
	Генеральному секретарю ООН за підтримки ВООЗ запропоновано представити Генеральній Асамблеї ООН у 2027 році звіт про прогрес, досягнутий у реалізації зобов'язань, взятих у політичній декларації 2023 року щодо ТБ.
	Глави держав та урядів мають провести комплексний огляд досягнутого прогресу на засіданні високого рівня ООН з питань ТБ у 2028 році.

ВІЛ: вірус імунodefіциту людини; PPPR: запобігання, готовність та реагування на пандемію; SDG: Цілі сталого розвитку; УНС: універсальне охоплення медичними послугами ООН: Організація Об'єднаних Націй; ВООЗ: Всесвітня організація охорони здоров'я.

3. Основні висновки та рекомендації

Основні висновки та рекомендації охоплюють (у порядку) такі теми:

- оцінки тягаря захворюваності на ТБ,¹ включаючи кількість людей, які захворіли на ТБ (нові випадки захворювання) та ЛС-ТБ, к-сть смертей, спричинених ТБ, прогрес у досягненні етапів та цілей Стратегії «Покласти кінець ТБ» щодо зниження захворюваності та смертності від ТБ, а також дані, необхідні для вдосконалення оцінки тягаря захворюваності на ТБ у період до 2030 року;
- Діагностика та лікування ТБ, включаючи повідомлення про нові випадки, діагностичні тести на ТБ, знання про ВІЛ-статус серед осіб, у яких нещодавно діагностовано ТБ, охоплення діагностикою та лікуванням ТБ, надання АРТ особам з ТБ і які живуть з ВІЛ, та показники успішності лікування;
- діагностика та лікування осіб із ЛС-ТБ;
- профілактика та скринінг ТБ, з особливою увагою до ПЛТ;
- фінансування послуг з лікування ТБ;
- УОПОЗ та результати національних опитувань щодо витрат, які несуть домогосподарства, які зтикнулись з проблемою ТБ;
- багатосекторальні дії та підзвітність, з особливою увагою до соціального захисту, детермінант ТБ та MAF-ТБ;
- дослідження ТБ, з особливою увагою до останнього стану розробки нових засобів діагностики, ліків та вакцин проти ТБ.

Для більшості з цих питань, оцінка та дані стосуються періоду 2010–2024 рр.

Новий зміст порівняно з попередніми виданнями звіту включає:

- оцінка впливу скорочення міжнародного донорського фінансування у 2025 році на послуги з лікування ТБ на основі даних, наданих ВООЗ у 2025 році, з особливою увагою до країн, які повідомили про отримання грантів від ГФ та двостороннього фінансування від Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) у 2024 році;
- результати третього (2023) національного дослідження поширеності ТБ в Камбоджі, які показують значне зниження тягаря ТБ з часу першого дослідження в 2002 році;

- оцінка охоплення соціальним захистом на основі даних, опублікованих МОП, з особливою увагою до країн з високим тягарем ТБ;
- перелік країн, які, за оцінками, досягли перших етапів Стратегії «Покласти кінець ТБ» щодо зниження захворюваності та смертності від ТБ в період з 2020 по 2024 рік; та
- категоризація всіх країн відповідно до їхнього прогнозованого рівня захворюваності на ТБ у 2024 році та відповідний перелік країн, які змінили категорію (в бік підвищення або зниження) з 2015 року (базового року Стратегії «Покласти кінець ТБ»).

Важливо також підкреслити, що під час Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я в травні 2025 року Індонезія була переведена до Західно-Тихоокеанського регіону ВООЗ, раніше входячи до складу Південно-Східноазійського регіону.² У всіх аналізах тенденцій для регіонів ВООЗ Індонезія включена до Західно-Тихоокеанського регіону ВООЗ за весь період часу.

Кількість людей, які захворіли на ТБ

Глобальне зниження, пов'язане з COVID зростання змінилося на протилежне

У 2024 році кількість людей, які захворіли на ТБ (інцидентні випадки), вперше з 2020 року зменшилася після 3 років зростання (2021–2023) через пов'язані з COVID перебої в діагностиці та лікуванні ТБ (рис. 1). 3,4 Загальна кількість в 10,7 млн (95% УІ: 9,9–11,5 млн) у 2024 році була незначним (1%) зниженням порівняно з 10,8 млн (95% УІ: 10,0–11,6 млн) у 2023 році. Цей показник залишався вищим за рівень 10,3 млн (95% УІ: 9,6–11,0 млн) у 2020 році.

² Відповідно до резолюції WHA78.25 (2025), ухваленої 27 травня 2025 року.

³ Для підмножини країн, які зазнали значних порушень у діагностиці та лікуванні ТБ у 2020 або 2021 роках (визначених як повідомлення про випадки ТБ, що знизилися на 10% або > у 2020 або 2021 роках), для оцінки захворюваності та смертності від ТБ у період 2020–2024 років були використані моделі, специфічні для країни або регіону. Припускалося, що зниження кількості повідомлень відображає зменшення доступу до діагностики та лікування (та певний рівень недоповідомлення), що спричиняє збільшення числа людей з недіагностованим ТБ, а отже, і зростання смертності від ТБ та підвищення передачі інфекції. З певним лагом збільшення передачі призводить до зростання числа людей, які розвивають захворювання на ТБ (тобто захворюваності на ТБ). Детальніше наведено в інших джерелах (14, 16, 17).

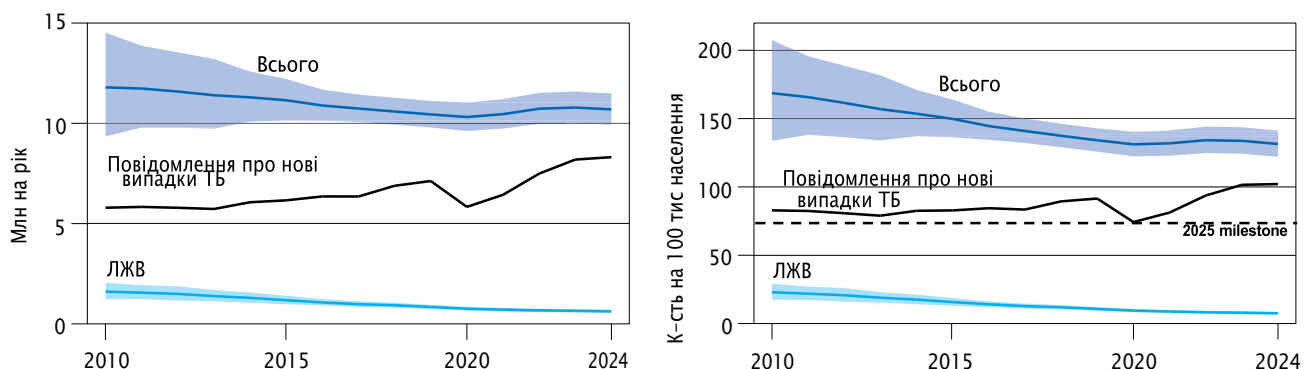
⁴ Основними внесками у глобальне зростання між 2020 та 2023 роками були (за абсолютним обсягом внеску) Індонезія, Філіппіни та М'янма.

¹ Оновлення методів, які використовувалися для оцінки тягаря ТБ у цьому звіті, узагальнено в Додатку 4.

Мал. 1

Глобальні тенденції в оцінюваній кількості нових випадків ТБ (ліворуч) та рівні захворюваності (праворуч), 2010-2024

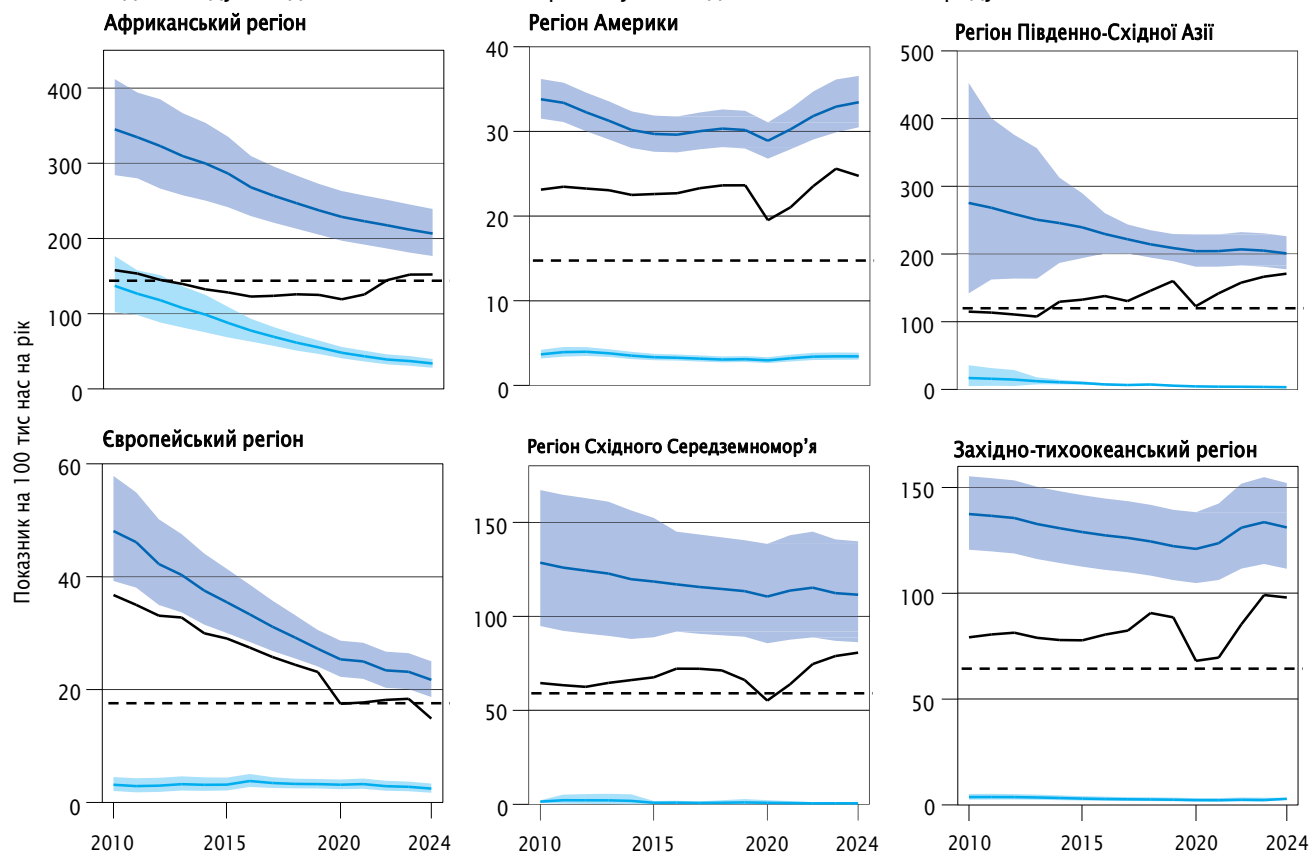
Горизонтальна пунктирна лінія показує орієнтир 2025 року Стратегії «Покласти кінець ТБ», який передбачає 50% скорочення рівня захворюваності на ТБ між 2015 та 2025 роками. Заштриховані області відображають 95% інтервали невизначеності.



Мал. 2

Тенденції у оцінюваних показниках захворюваності на ТБ за регіонами ВОЗ, 2010-2024

Загальний рівень захворюваності на ТБ показаний синім кольором, а рівень захворюваності серед ЛЖВ, – блакитним. Чорні суцільні лінії показують кількість повідомлень про нових випадків захворювання на ТБ для порівняння з оцінками загального рівня захворюваності. Зафарбовані області представляють 95% інтервали ТБ. Горизонтальна пунктирна лінія показує проміжний результат Стратегії «Покласти кінець туберкульозу» на 2025 рік, який полягає у зниженні захворюваності на ТБ на 50% у період з 2015 по 2025 рік. Індонезія включена до складу Західно-Тихоокеанського регіону ВОЗ для всього часового ряду.



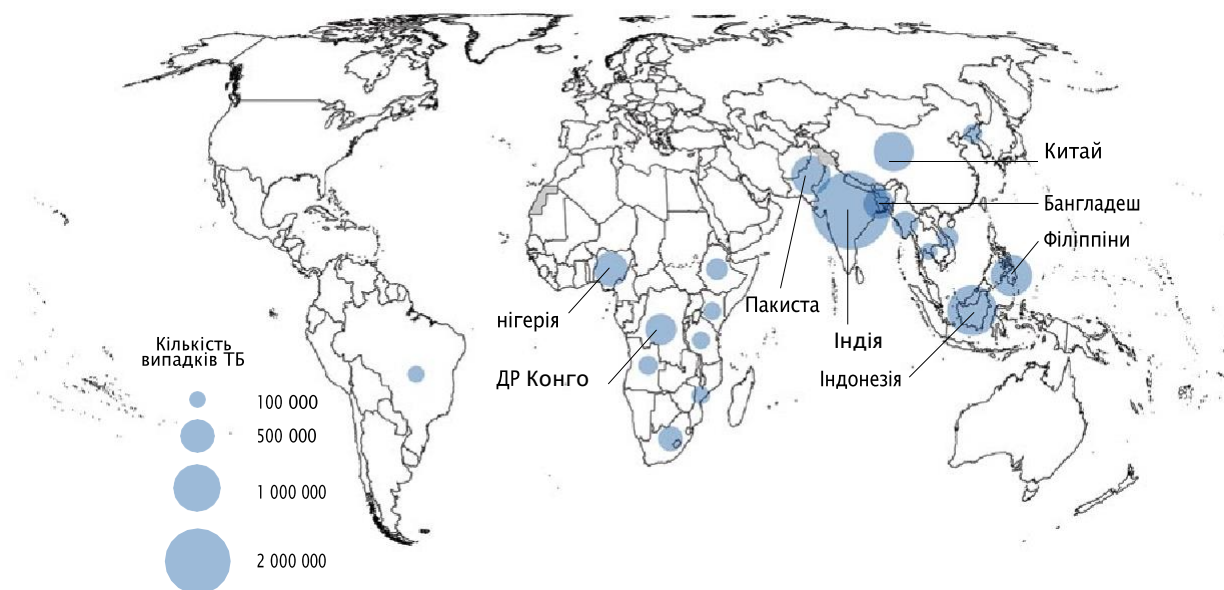
З 2023 по 2024 рік спостерігалось більш значне зниження (1,7%) глобального рівня захворюваності на ТБ (к-сть нових випадків на 100 000 нас на рік). У 2024 р

цей показник становив 131 на 100 тис нас (95% UI: 122-141), що повернулося до рівня 2020 року. На регіональному рівні тенденції щодо захворюваності на ТБ є різними (рис. 2). У 2024 році тенденція до зростання у 2020-2023 р. змінилась на протилежну.

¹ У звіті використано останні оцінки чисельності населення, опубліковані Відділом народонаселення ООН (див. дод 2).

Мал. 3

Орієнтовна к-сть випадків захворювання на ТБ у країнах з щонайменше 100 тис випадків, 2024^a

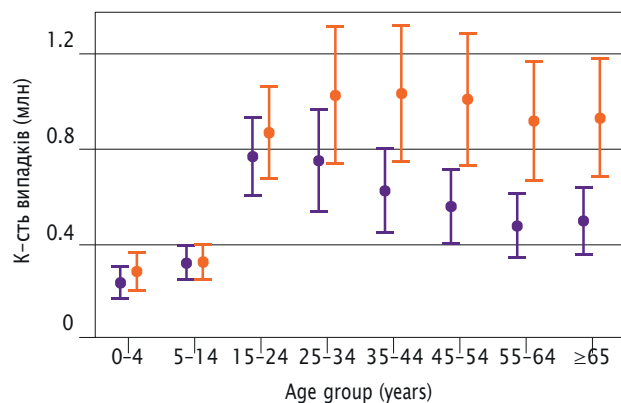


^a Мітки показують вісім країн, які в 2024 році припадали на дві третини від глобальної кількості людей, яким, за оцінками, було діагностовано ТБ.

Мал. 4

Глобальні оцінки захворюваності на ТБ (абс. числа) за віковими групами та статтю (жінки фіолетовим; чоловіки помаранчевим), 2024

Точки та смуги похибки показують найкращі оцінки та 95% інтервали невизначеності відповідно.



зменшувався другий рік поспіль у Регіонах Східного Середземномор'я та Південно-Східної Азії ВООЗ, що посилює зафіксоване у 2023 році припинення зростання, пов'язаного з COVID у 2020-2022 роках. У Європейському регіоні ВООЗ рівень захворюваності на ТБ знижується з 2022 року. В Африканському регіоні ВООЗ тривале багаторічне зниження рівня захворюваності на ТБ продовжилося у 2024 році. Найбільш тривожною

була тенденція в регіоні Америки, де рівень захворюваності зростає четвертий рік поспіль, відображаючи оцінюваний вплив недовиявлення випадків ТБ у 2020 році та все ще неповного відновлення у 2024 році.

Географічно більшість людей, які захворіли на ТБ у 2024 році, проживали в регіонах Південно-Східної Азії (34%), Західно-Тихоокеанському (27%) та Африканському (25%) регіонах ВООЗ, із меншими частками у Східному Середземномор'ї (8,6%), Америці (3,3%) та Європі (1,9%). 30 країн із високим тягарем ТБ забезпечили 87% усіх оціночних випадків у світі, причому вісім із них (рис. 3) разом становили дві третини (67%) глобального показника: Індія (25%), Індонезія (10%), Філіппіни (6,8%), Китай (6,5%), Пакистан (6,3%), Нігерія (4,8%), Демократична Республіка Конго (3,9%) та Бангладеш (3,6%). П'ять провідних країн разом становили 55% світового показника.

ТБ може вражати будь-кого, незалежно від віку чи статі (рис. 4). Найвищий рівень захворюваності спостерігається серед дорослих чоловіків (віком ≥ 15 років), із приблизно 5,8 млн випадків (95% ДІ: 4,2-7,4 млн) у 2024 році, що становить 54% від загальної оціночної кількості. Серед дорослих жінок (віком ≥ 15 років) було приблизно 3,7 млн випадків (95% ДІ: 2,7-

¹ Що стосується повідомлень про випадки ТБ, порушення у діагностиці та лікуванні ТБ під час пандемії COVID-19 були незначними в Африканському регіоні ВООЗ.

² Регіональні частки для Південно-Східної Азії та Західно-Тихоокеанського регіонів ВООЗ відрізняються від опублікованих у попередніх звітах через перенесення Індонезії до Західно-Тихоокеанського регіону ВООЗ (див. вище).

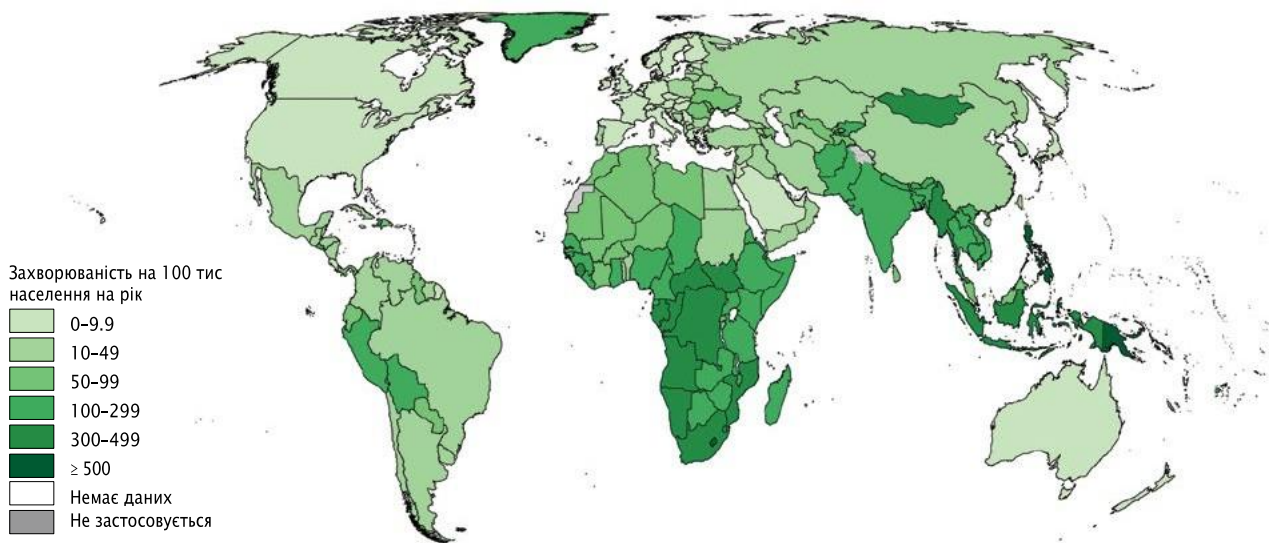
³ Регіональні відсотки не сумуються до 100 через округлення.

⁴ Див. дод. 3.

⁵ Вікові групи, для яких ВООЗ збирає дані про повідомлення випадків ТБ та готує оцінки тягара захворювання: 0-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 та ≥ 65 років.

Мал. 5

Оцінені показники захворюваності на ТБ на рівні країн, 2024



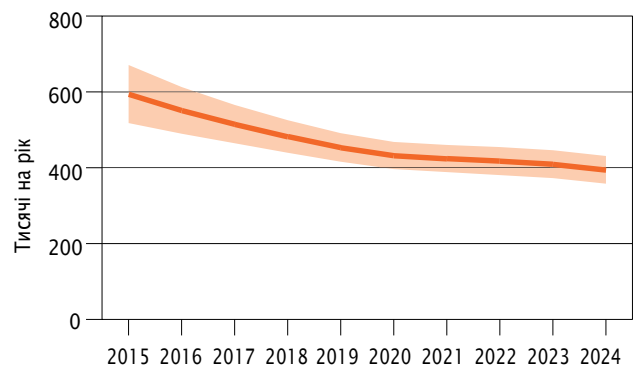
–4,7 млн), що дорівнює 35% загального показника; і 1,2 млн випадків припадало на 1,2 млн випадків (95% ДІ: 0,9–1,5 млн) серед дітей та підлітків молодшого віку (до 15 років), що становить 11% від загальної оціночної кількості. Більша частка випадків ТБ серед чоловіків узгоджується з даними національних обстежень поширеності ТБ, які показують, що тягар хвороби є вищим серед чоловіків, ніж серед жінок (18).

Серед усіх нових випадків ТБ у 2024 році 5,8% становили ЛЖВ, що менше порівняно з 6,1% у 2023 році. Цей показник стабільно знижується багато років, після піку у 17% у 2000 році. Частка людей з новим епізодом ТБ, які жили з ВІЛ, була найвищою в країнах Африканського регіону ВООЗ, перевищуючи 50% у деяких частинах Південної Африки. Тяжкість національних епідемій ТБ — за кількістю нових випадків на 100 000 нас на рік — значно варіює між країнами: від менш ніж 10 до більш ніж 500 (рис. 5). У 2024 році 62 країни мали низьку захворюваність на ТБ (<10 нових випадків на 100 000 нас на рік). Більшість цих країн були у Регіоні Америки та Європейському регіоні ВООЗ, решта — у Регіонах Східного Середземномор'я та Західно-Тихоокеанському. Найвищі показники переважно спостерігалися у країнах Африканського регіону, де 12 країн мали рівень понад 300. У більшості з 30 країн із високим тягарем ТБ цей показник становив 150–400, але в трьох країнах він перевищував 500: Лесото, Папуа–Нова Гвінея та Філіппіни. У період 2015–2024 років 61 країна змінила категорію захворюваності, показану на рис. 5; 52 перейшли до нижчої категорії, а дев'ять — до вищої.¹

Мал. 6

Глобальна тенденція щодо оцінюваної кількості людей, у яких розвинулося МЛС/Риф-ТБ (нові випадки), 2015–2024

Затемнена область показує 95% інтервал невизначеності.



Кількість людей у яких розвивається ЛС-ТБ Знижується у світі з 2015 року

Кількість людей, які захворіли на ЛС-ТБ, знижується у світі з 2015 року. ЛС-ТБ залишається загрозою для охорони здоров'я. Найбільше занепокоєння викликає стійкість до рифампіцину — найефективнішого ПТП першої лінії. ТБ, стійкий до рифампіцину та ізоніазиду, визначається як МЛС-ТБ. Як МЛС-ТБ, так і ТБ, стійкий до рифампіцину (Риф-ТБ), потребують лікування препаратами другої лінії.

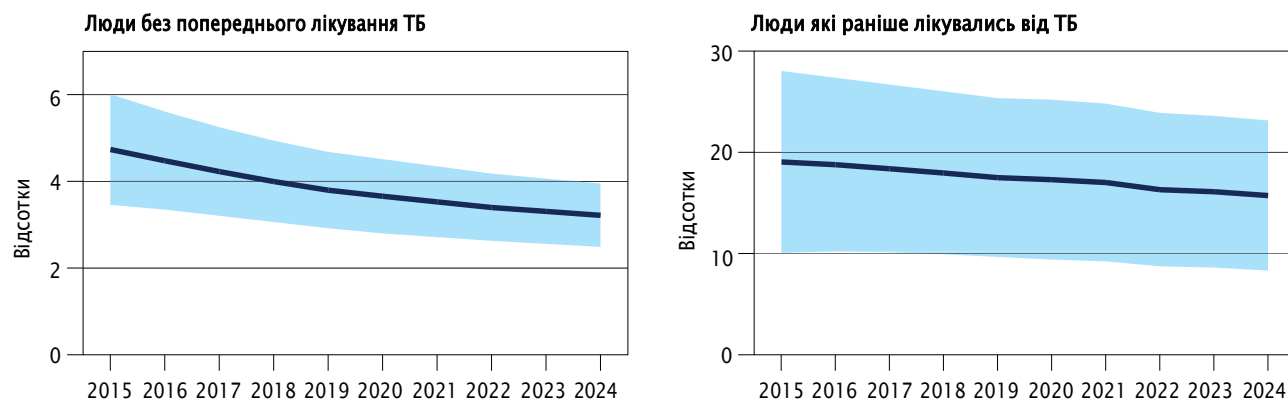
У світі щорічна кількість людей, які захворіли на МЛС-ТБ або Риф-ТБ, знижується з 2015 року. За оцінками, у 2024 році ця кількість становила 390 000 осіб (95% довірчий інтервал: 360 000–430 000). У 2024 році ця кількість становила 390 000 осіб

¹ Додаткову інформацію наведено в дод 3 (див. табл. А3.3).

Мал. 7

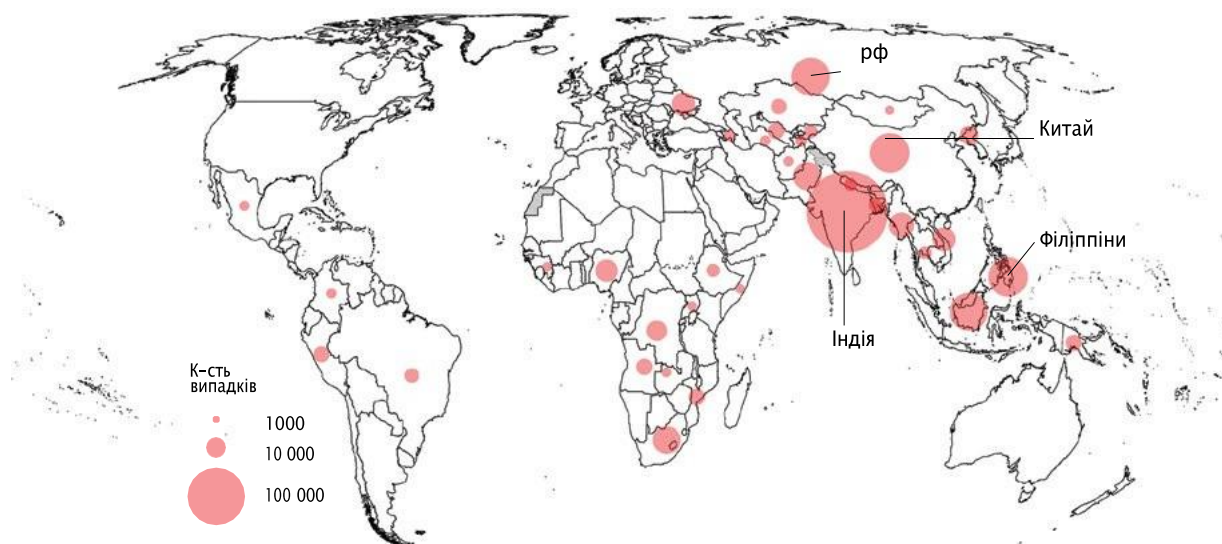
Глобальна тенденція щодо оцінюваного % людей із ТБ, у яких виявлено МЛС/Риф-ТБ, 2015-2024

Затемнена область показує 95% інтервал невизначеності.



Мал. 8

Оцінка к-сті людей, у яких розвинулося МЛС/Риф-ТБ (нові випадки) у країнах із принаймні 1000 нових випадків, 2024^a



^a Мітки показують чотири країни, які становили понад половину світової кількості людей, у яких, за оцінками, розвинулося МЛС/Риф-ТБ у 2024 р.

(95% ДІ: 360 000–430 000). У 2024 році частка людей із першим епізодом ТБ (нові випадки), у яких діагностували МР/РР-ТБ, становила 3,2% (95% ДІ: 2,5–3,9%), що менше порівняно з 4,7% (95% ДІ: 3,5–6,0%) у 2015 році).

Це зменшення порівняно з 19% (95% ДІ: 10–28%) у 2015 році. Чотири країни забезпечили понад половину глобальної кількості людей, у яких, за оцінками, розвинулося

МЛС/Риф-ТБ у 2024 році: Індія (32%), Китай (7,1%), Філіппіни (7,1%) та рф (6,7%) (рис. 8). Найвищі частки людей з ТБ, які мали МЛС/Риф-ТБ (>50% повторно лікуваних випадків у 2023 році), спостерігалися в Східній Європі та Центральній Азії.¹

¹ Додаткові відомості наведені на вебсторінках звіту (розд. 1.3).

Смертність від ТБ

у 2024 році у світі продовжилося зниження після зростання у 2020–2021 роках

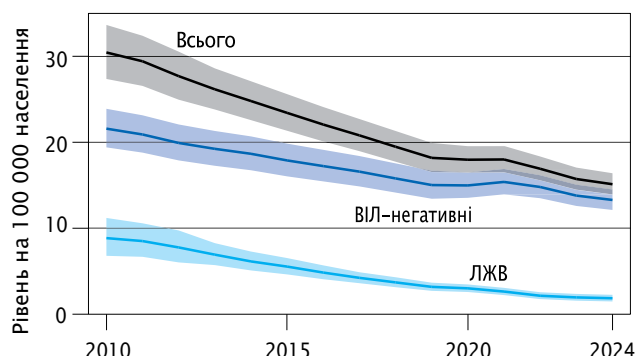
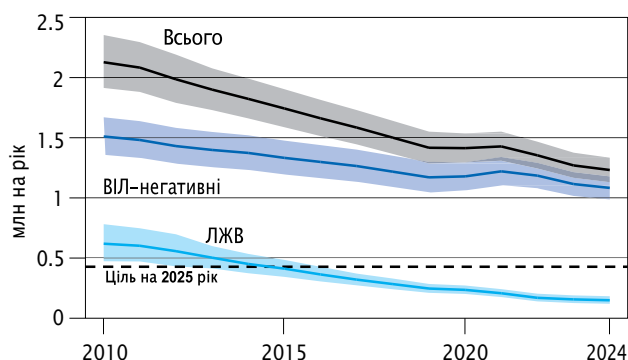
За оцінками, у 2024 році глобальна кількість смертей від ТБ зменшилася третій рік поспіль, продовжуючи відновлення після зростання смертності, що спостерігалось під час найгіршого періоду порушень діагностики та лікування ТБ через COVID-19 у 2020 та 2021 роках (рис. 9)² У 2024 році ТБ спричинив приблизно 1,23 млн людей

² Люди з ТБ, які залишаються недиагностованими та не отримують лікування, мають вищий ризик смерті, ніж ті, хто розпочав лікування. Вплив перерв у діагностиці та лікуванні ТБ більш відчутний для смертності від ТБ та проявляється з більшою затримкою для захворюваності на ТБ. Аналогічно, відновлення доступу до діагностики та лікування ТБ має більш негайний вплив на смертність від ТБ і більш відкладений ефект на захворюваність.

Мал. 9

Глобальні тенденції в оцінюванні кількості смертей від ТБ та рівень смертності від ТБ (праворуч),^a 2010-2024

Горизонтальна пунктирна лінія показує цільовий показник 2025 року Стратегії «Покласти край ТБ», який передбачає зниження загальної кількості смертей від ТБ на 75% у період з 2015 по 2025 рік. Заштриховані області відображають 95% інтервали невизначеності..



^a Смерті від ТБ серед людей, які живуть з ВІЛ, офіційно класифікуються як смерті від ВІЛ/СНІДу в Міжнародній класифікації хвороб, при цьому ТБ вказується як сприяюча причина.

(95% ІВ: 1,13–1,33 млн), з них 1,08 млн – серед людей без ВІЛ (95% ІВ: 0,99–1,18 млн) та 150 тис. – серед людей із ВІЛ (95% ІВ: 120–183 тис.). Це менше, ніж у 2023 році (1,27 млн; 95% ІВ: 1,17–1,38 млн), 2019 році (1,42 млн; 95% ІВ: 1,29–1,55 млн) та на 42% менше порівняно з 2010 роком (2,13 млн; 95% ІВ: 1,91–2,35 млн). Летальність становила 11,5%²

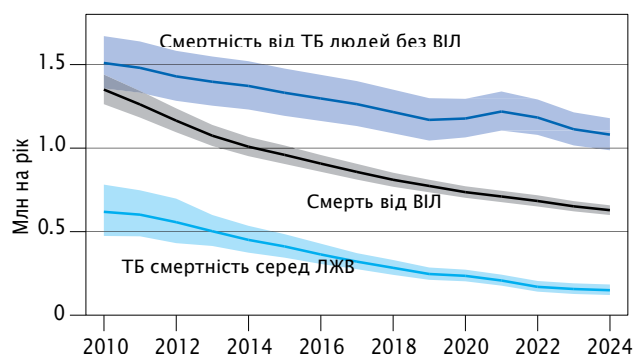
Глобальні тенденції щодо кількості смертей від ТБ відрізняються залежно від статусу ВІЛ. Смерті від ТБ серед ВІЛ-негативних людей визначали загальну динаміку, із щорічним зниженням до 2019 року, подальшим зростанням у 2020 та 2021 роках і зниженням у 2022–2024 роках. Смерті від ТБ серед ЛЖВ зменшувалися протягом багатьох років і до 2024 року скоротилися на 76% порівняно з 2010 роком. Останній рік, за який ВООЗ опублікувала оцінки глобальних смертей за причинами, – 2021. У тому році ТБ займало 10-те місце серед причин смерті у світі та друге місце серед смертей від однієї інфекційної хвороби після COVID-19. У регіонах Африки та Південно-Східної Азії ТБ було 4-ою та 5-ою провідними причинами смерті відповідно.⁴

У 2024 році ВООЗ було офіційно повідомлено про загалом 70 000 смертей від COVID-19. Це число не враховує

Мал. 10

Глобальні тенденції у оцінюванні кількості смертей, спричинених ТБ та ВІЛ (у млн), 2010-2024^{a,b}

Заштриховані області показують 95% інтервали невизначеності.



^a Для ВІЛ/СНІД найновіші оцінки кількості смертей у 2024 році, опубліковані UNAIDS, доступні за адресою <http://www.unaids.org/en/> (станом на 31 липня 2025 року). Для ТБ оцінки на 2024 рік наведені в цьому звіті.

^b Смерті від ТБ серед людей з ВІЛ офіційно класифікуються як смерті від ВІЛ/СНІДу у Міжнародній класифікації хвороб, при цьому ТБ розглядається як сприятлива причина.

запізнілу звітність або недозвітність, але, незважаючи на це, воно значно менше за оцінювану кількість смертей від ТБ.

Глобальна кількість смертей, офіційно класифікованих як спричинені ТБ у 2024 році, майже вдвічі перевищувала 630 000 (95% ДІ: 600 000–660 000), спричинених ВІЛ/СНІДом.

Регіональні тенденції щодо кількості смертей від ТБ різняться. Спостерігалася тенденція зниження до 2019 року, за якою послідувало збільшення під час пандемії COVID-19 і потім знову почалося зниження, починаючи з 2022

¹ Смерті від ТБ серед ЛЖВ офіційно класифікуються як смерті від ВІЛ/СНІД. Тому на мал. 9, мал. 10 та мал. 11 чітко розмежовані смерті серед людей без ВІЛ та серед ЛЖВ.

² Це приблизно обчислюється як кількість смертей у 2024 році, поділена на кількість нових випадків у 2024 році.

³ Оцінена кількість смертей від ТБ серед людей без ВІЛ становила 1,18 млн (95% ІВ: 1,06–1,30 млн) у 2020 році та 1,22 млн (95% ІВ: 1,11–1,34 млн) у 2021 році.

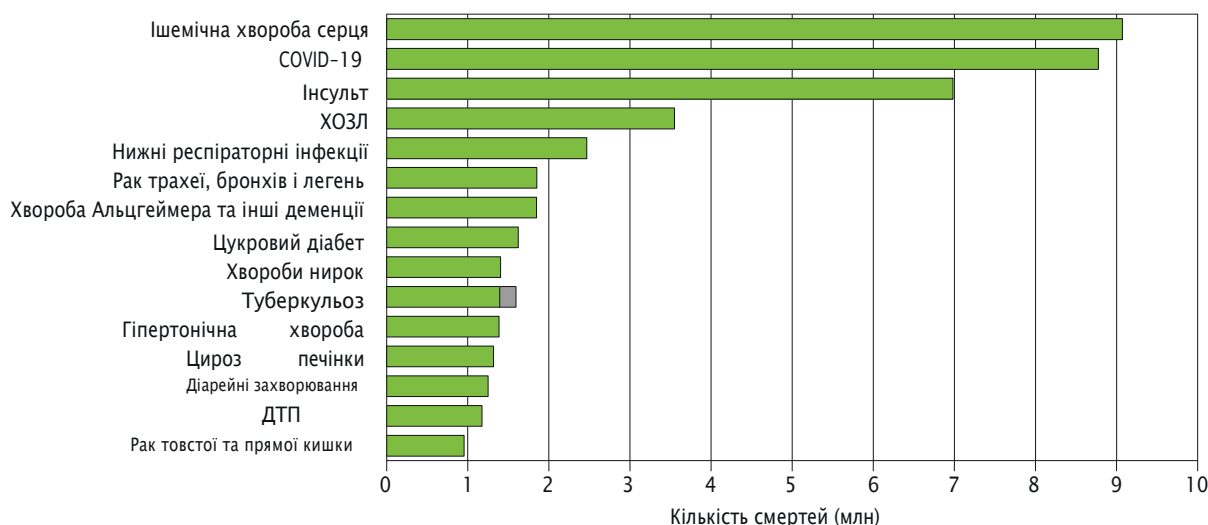
⁴ Тут оцінки для регіону Південно-Східної Азії ВООЗ включають Індонезію..

⁵ Дані за 2024 рік надійшли від 106 країн та територій — приблизно половина від кількості, що звітувала в попередні роки.

Мал. 11

Топ 15 причин смерті у світі у 2021^{a,b}

Смертність від ТБ серед ЛЖВ відмічено сірим.



^a Це останній рік, для якого наразі доступні оцінки за всіма причинами. Див. оцінки ВООЗ за посиланням:

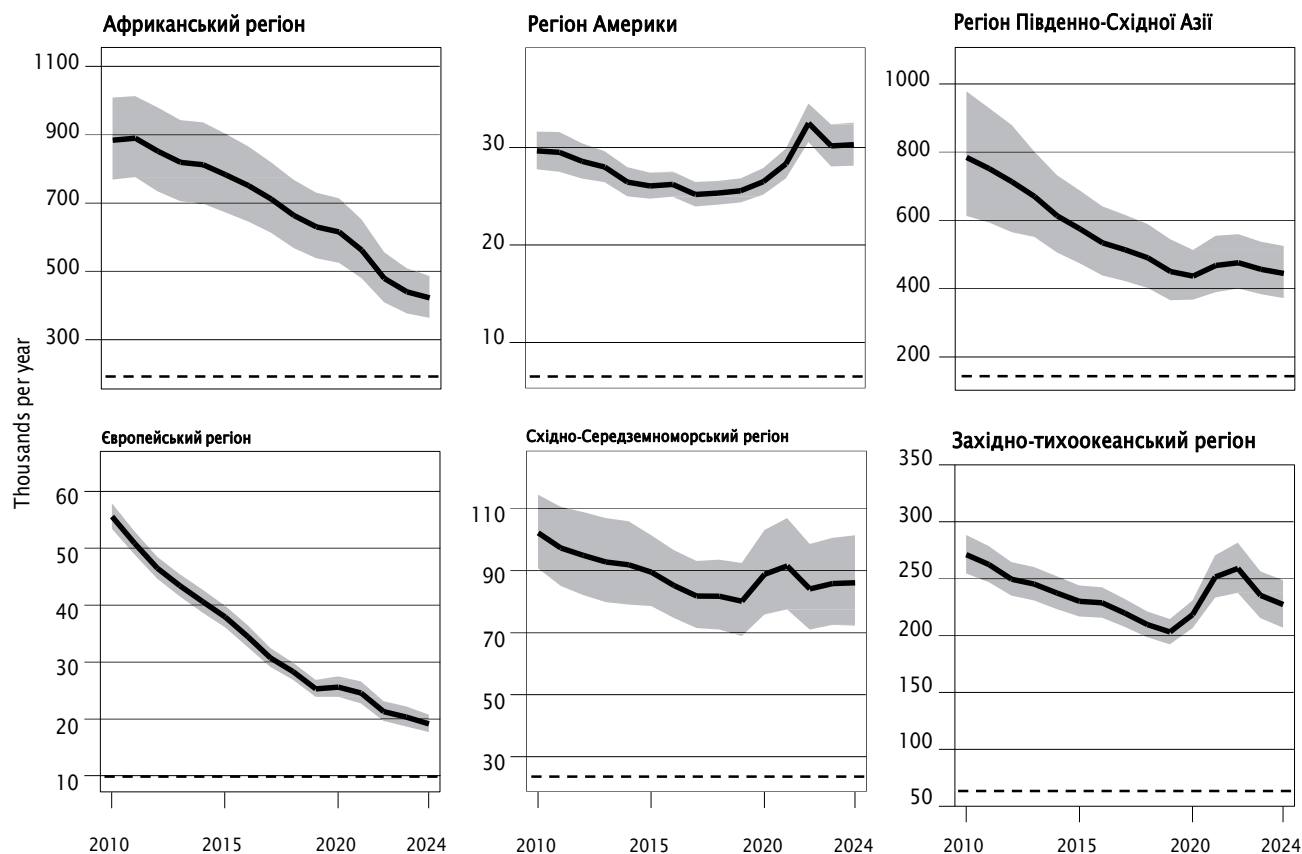
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghs-leading-causes-of-death>.

^b Смертність від ТБ серед ЛЖВ, офіційно класифікуються як смерті від ВІЛ/СНІД за Міжнародною класифікацією хвороб, при цьому ТБ вказується як супутня причина.

Мал. 12

Тенденції в оціненій абсолютній кількості смертей від ТБ (серед людей без ВІЛ та ЛЖВ^a) за регіонами ВООЗ, 2010-2024

Заштриховані області відображають 95% інтервали невизначеності. Горизонтальна пунктирна лінія показує етап 2025 року Стратегії «End TB», який передбачає 75% скорочення загальної к-сті смертей від ТБ у період з 2015 по 2025 рік. Індонезія включена до Західно-тихоокеанського регіону для всієї часової серії.



^a Смертність від ТБ серед ЛЖВ офіційно класифікуються як смерті від ВІЛ/СНІД за Міжнародною класифікацією хвороб, при цьому ТБ зазначається як сприяюча причина.

або 2023 року, що видно в регіонах Європи, Південно-Східної Азії та Західно-Тихоокеанському регіоні ВООЗ. У Східно-Середземному регіоні ВООЗ зростання в 2020 та 2021 роках було замінене зниженням у 2022 році, після чого спостерігалось невелике збільшення між 2022 та 2024 роками. У регіоні Америки кількість смертей від ТБ досягла піку в 2022 році, знизилася в 2023 році і стабілізувалася в 2024 році. У Африканському регіоні ВООЗ кількість смертей від ТБ зменшувалася щороку з 2011 року.

Шаблони в 30 країнах з високим тягарем ТБ різняться, але більшість демонструвала тенденцію до зниження або стабільності між 2023 та 2024 роками.¹

У 2024 році 69% глобальної кількості смертей від ТБ серед людей, що не живуть з ВІЛ, припадало на Африканський та Південно-Східно-Азійський регіони ВООЗ; одна лише Індія відповідала за 28% смертей у світі. Африканський та Південно-Східно-Азійський регіони ВООЗ разом відповідали за 71% загальної кількості смертей від ТБ серед людей з ВІЛ та без ВІЛ; Індія відповідала за 25% таких смертей.

З глобальної кількості смертей від ТБ серед людей без ВІЛ у 2024 році, приблизно 537 000 (95% ДІ: 368 000–705 000) були дорослі чоловіки (≥15 років), що становить 50% від загальної кількості; 372 000 (95% ДІ: 243 000–502 000) були дорослі жінки (≥15 років), що становить 34%; і 172 000 (95% ДІ: 107 000–236 000) були діти та підлітки (<15 років), що становить 16%.

З глобальної кількості смертей від ТБ серед людей з ВІЛ, приблизно 78 000 (95% ДІ: 39 000–116 000) були дорослі чоловіки (51,9% від загальної кількості), 70 000 (95% ДІ: 26 000–113 000) дорослі жінки (46,6%), і 2300 (95% ДІ: 1600–2900) діти та підлітки (1,5%).

Прогрес у досягненні проміжних цілей і показників щодо зменшення тягаря ТБ.

Переважно не відповідає плану, але є деякі успішні приклади

Перші етапи Стратегії «End TB» передбачали зменшення загальної кількості смертей від ТБ (включно з ЛЖВ) на 35% та зниження рівня захворюваності на ТБ на 20% до 2020 року порівняно з рівнями 2015 року; другі етапи, на 2025 рік, передбачають зменшення смертей від ТБ на 75% та зниження рівня захворюваності на ТБ на 50%. Цілі на 2030 рік – зменшення смертності від ТБ на 80%

Показник захворюваності на ТБ та зменшення числа смертей від ТБ на 90% порівняно з 2015 роком.

Міжнародні цілі на 2025 рік залишаються далекі

¹ Часові ряди для кожної з 30 країн із високим тягарем ТБ відображені у графіках на вебсторінках звіту та в додатку до звіту.

² Офіційно класифікуються як смерті від ВІЛ/СНІДу, при цьому ТБ зазначається як сприяюча причина.

від досягнення як у світі, так і в більшості країн у, при цьому відкат прогресу під час пандемії COVID-19 значно ускладнив їх досягнення. Водночас у деяких регіонах та країнах було досягнуто значного зниження захворюваності та смертності від ТБ.

У світі чисте зниження рівня захворюваності на ТБ у період з 2015 до 2024 року становило 12% – приблизно чверть шляху до етапної мети Стратегії «End TB» щодо зниження на 50% до 2025 року (Fig. 1, правий графік).

На рівні регіонів ВООЗ прогрес у зниженні захворюваності на ТБ з 2015 року значно різниться (мал. 2). Два регіони ВООЗ досягли значного прогресу: Європейський регіон – чисте зниження на 39% до 2024 року, Африканський регіон – на 28%. Менші чисті зниження спостерігались у двох інших регіонах ВООЗ: Південно-Східна Азія (16%) та Східне Середземномор'я (5,9%). В інших двох регіонах ВООЗ спостерігалось чисте зростання: у Західно-Тихоокеанському регіоні на 1,7% та в Регіоні Америки на 13%.⁴

Прогрес у зниженні захворюваності на ТБ на рівні країн дуже різниться (мал. 13). До 2024 року загалом 101 країна, переважно в Африканському та Європейському регіонах ВООЗ, досягла оціненого зниження щонайменше на 20% порівняно з 2015 роком, таким чином досягнувши або перевищивши першу ціль (2020) Стратегії «End TB», хоча з відставанням до 4 років (табл. 3). Загалом 30 країн оцінюються як такі, що досягли зниження щонайменше на 50% між 2015 і 2024 роками, перевищивши ціль 2025 року Стратегії «End TB». На іншому кінці спектра – 37 країн, у яких захворюваність на ТБ у 2024 році була оцінена як більш ніж на 5% вища, ніж у 2015 році. Багато з цих країн знаходяться в Регіоні Америк ВООЗ, а також включають три країни з високим тягарем ТБ в Азії: Індонезія, М'янма та Філіппіни.

У світі чисте зниження загальної кількості смертей від ТБ між 2015 і 2024 роками становило 29% (мал. 9, лівий графік), що все ще далеко від цілі 2025 року – 75% зниження.

Два регіони ВООЗ досягли значного прогресу: Європейський регіон – чисте зниження на 49% до 2024 року, Африканський регіон – на 46%. Після значних відкатів під час пандемії COVID-19 чисте зниження до 2024 року порівняно з 2015 роком становило 23% у Регіоні Південно-Східної Азії ВООЗ,

³ Це єдині регіони, які перевищили перший етап Стратегії «Покласти край ТБ».

⁴ Оцінки змін захворюваності та смертності від ТБ з 2015 року у регіонах Південно-Східної Азії та Західного Тихоокеанського регіону відрізняються від опублікованих у попередніх звітах через переведення Індонезії до Західного Тихоокеанського регіону (див. вище).

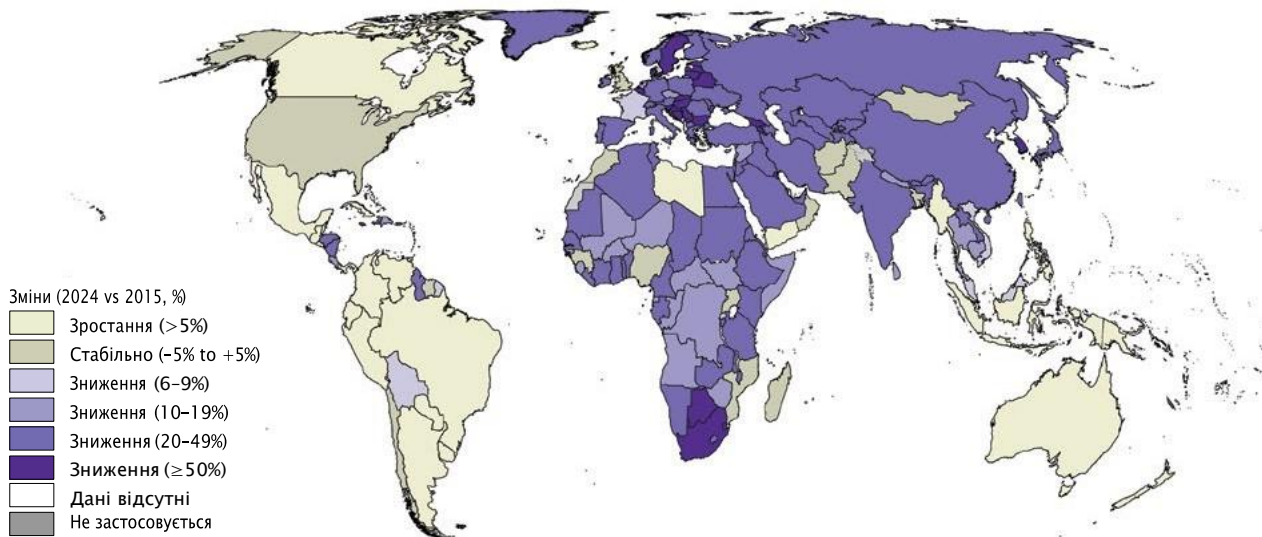
⁵ Аналіз тут обмежено країнами (без «територій»).

⁶ Це єдині регіони, які перевищили перший етап Стратегії «Покласти край ТБ».

Мал. 13

Зміна (%) оцінюваного рівня захворюваності на ТБ (нові випадки на 100 000 нас на рік) на рівні країн у 2024 році порівняно з 2015 роком

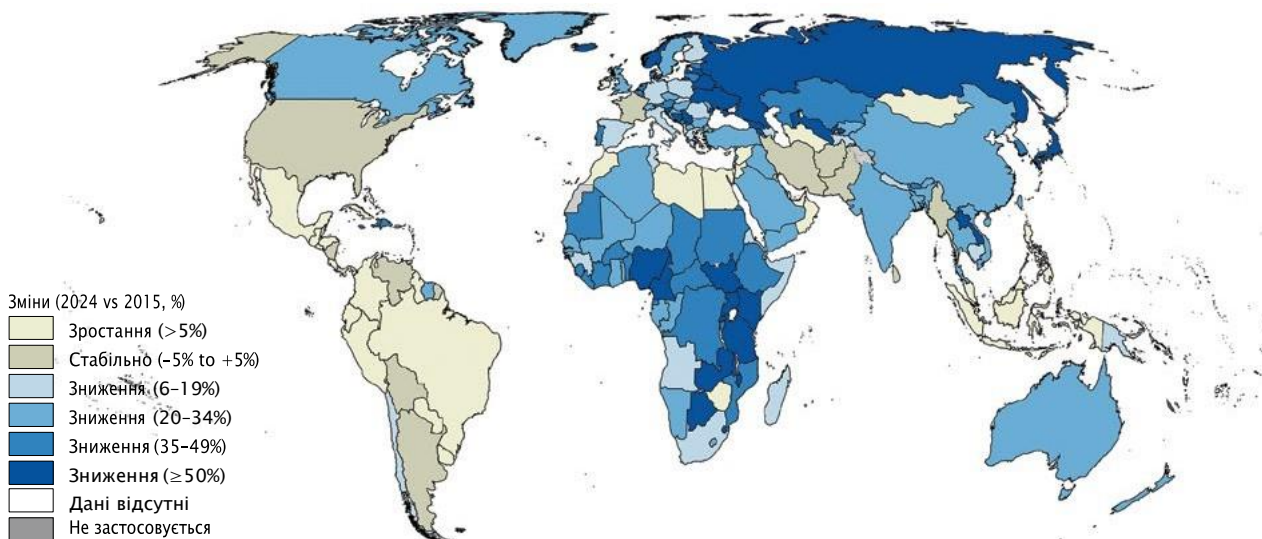
Перший етап Стратегії «Покласти край ТБ» передбачав зниження на 20% до 2020 року порівняно з 2015 роком; другий етап – зниження на 50% до 2025 року порівняно з 2015 роком. Останні дві категорії (зниження 20–49% та зниження $\geq 50\%$) виділяють країни, які досягли найбільшого прогресу до другого етапу Стратегії «Покласти край ТБ».



Мал. 14

Зміна (%) у кількості смертей від ТБ серед людей ВІЛ-негативним статусом, та ЛЖВ на рівні країн, 2024 порівняно з 2015 роком

Першим етапом Стратегії «End TB» було зниження на 35% до 2020 року порівняно з 2015; другим етапом є зниження на 75% до 2025 року порівняно з 2015. Останні дві категорії (зниження 35–49% та зниження $\geq 50\%$) виділяють країни, які досягли найбільшого прогресу до другого етапу Стратегії «End TB».



3,8% у Східному Середземноморському регіоні та 1,2% у Західно-Тихоокеанському регіоні. У Регіоні Америки ВООЗ оцінювана кількість смертей від ТБ у 2024 році була значно вищою, ніж у 2015 році (+16%). Незважаючи на це, абсолютна кількість смертей у 2024 році залишалася невеликою (близько 30 000), тоді як рівень смертності від ТБ був порівнянний з рівнем у Європейському регіоні ВООЗ і значно нижчим, ніж у інших чотирьох регіонах ВООЗ.¹

Прогрес у зниженні кількості смертей від ТБ на рівні окремих країн сильно варіює (мал. 14). До 2024 року загалом 65 країн досягли чистого зниження щонайменше на 35% порівняно з 2015 роком, таким чином досягнувши або перевищивши першу (2020) ціль Стратегії «End TB», хоч і з затримкою до 4 років (Таблиця 3). Ці країни здебільшого знаходяться в Африканському та Європейському регіонах ВООЗ. Декілька країн із високим тягарем ТБ в Африканському регіоні ВООЗ досягли зниження на 50% або більше (напр., Кенія, Нігерія, Уганда, Об'єднана Республіка Танзанія та Замбія). В Європейському регіоні ВООЗ одна з країн глобального списку спостереження за ТБ (рф) досягла зниження на 61%. З іншого боку, є 45 країн, де кількість смертей від ТБ у 2024 році перевищувала рівень 2015 року більш ніж на 5%, найбільше помітно це в Регіоні Америки ВООЗ.

Загалом 49 країн досягли обох перших цілей Стратегії «End TB» у період з 2020 по 2024 рік (Таблиця 3).

Оцінка захворюваності на ТБ

Повторні опитування та посилені нагляд необхідні для оцінки досягнення цілей 2030 р

Джерела даних, використані для оцінки захворюваності на ТБ у період 2010–2024 років, включають результати популяційних опитувань щодо поширеності захворювання на ТБ (для 29 країн, які становлять близько двох третин глобальної захворюваності на ТБ), результати національних інвентаризацій ТБ (для 10 країн, які разом становлять близько 18% глобальної захворюваності), дані про смертність (для 1 країни, яка становить 1,0% глобальної захворюваності), дані про повідомлення про випадки (доступні для всіх країн) та значення UHC SSI, доступні

для майже всіх країн). Для 26 країн із найбільшими абсолютними скороченнями повідомлень про випадки ТБ під час пандемії COVID-19, що явно відрізнялися від історичних тенденцій, оцінки захворюваності на ТБ у 2020–2024 роках ґрунтувалися на цих джерелах даних у поєднанні з динамічними моделями, специфічними для країни або регіону. Основним джерелом даних для оцінки смертності від ТБ у період 2010–2024 років є дані про причини смерті з національних або вибіркового систем реєстрації актів цивільного стану. Ці дані доступні для 123 країн, які становлять 55% глобальної кількості смертей від ТБ серед ВІЛ-негативних людей.⁶

У роки, що передують цільовому 2030 року Стратегії «Покласти край ТБ» та строку виконання ЦСР, необхідні повторні національні опитування поширеності ТБ, національні інвентаризаційні дослідження ТБ, актуальні дані про причини смерті з національних або вибіркового систем реєстрації актів цивільного стану високої якості та покриття, а також покращення якості та охоплення даних про повідомлення випадків ТБ для зміцнення оцінки тягаря захворювання, з метою забезпечити максимально надійну оцінку прогресу між базовим роком 2015 та цільовим роком 2030. ВООЗ координує глобальні зусилля для досягнення цієї мети в рамках Глобальної робочої групи ВООЗ з оцінки впливу на ТБ (21, 22).

Існують два відмінні приклади нещодавніх досліджень для оцінки тягаря ТБ. Перший приклад – повторне національне інвентаризаційне дослідження ТБ, завершене в Індонезії у 2023 році. Воно показало значне зменшення рівня недовідомлень про нові випадки ТБ порівняно з першим дослідженням у 2017 році та надало оцінки захворюваності на ТБ у 2023 році, які відповідали існуючим оцінкам на основі моделей (23).

Другий приклад – національне опитування поширеності ТБ, проведене в Камбоджі у 2023 році. Камбоджа стала першою країною, яка завершила три національні опитування поширеності ТБ у ХХІ столітті (після попередніх опитувань у 2002 та 2011 роках) і першою країною, яка провела опитування після пандемії COVID-19. Три опитування показують зниження поширеності ТБ приблизно на 50% за десятиліття в період між 2002 та 2023 роками (мал. 15).⁷

Станом на вересень 2025 року, національні інвентаризаційні дослідження ТБ перебували на етапі планування в Монголії, Філіппінах, ПАР та В'єтнамі. 12 країн активно цікавилися проведенням повторного національного опитування поширеності ТБ: Ефіопія,

¹ Рівень смертності від ТБ серед людей ВІЛ-негативним статусом, у регіоні Америк ВООЗ у 2024 році становив 2,1 на 100 тис нас, порівняно з 25 у Африканському регіоні, 1,6 у Європейському регіоні, 10 у Східно-Середземноморському регіоні, 24 у Південно-Східній Азії та 9,5 у Західно-Тихоокеанському регіоні.

² Поряд із списком 30 країн з високим тягарем ТБ на 2021–2025 роки, ВООЗ створила глобальний список спостереження за ТБ (дод. 3). До списку спостереження входять три країни, які вийшли зі попереднього списку на 2016–2020 роки: Камбоджа, РФ та Зімбабве.

³ Ці показники оцінюють рівень недообліку людей, діагностованих з ТБ, у офіційних даних про повідомлення про випадки ТБ; якщо виконані певні умови, методи «capture-recapture» можуть бути використані для оцінки захворюваності на ТБ.

⁴ Детальніші відомості про джерела даних та аналітичні методи, використані для оцінки захворюваності на ТБ, наведені на веб-сторінках звіту (розд. 1.1) та в технічному дод.

⁵ Ці методи були пояснені детальніше у виданнях звіту за 2022 та 2023 роки (14, 17); зокрема, див. Блок 3 у звіті за 2022 рік та Блок 4 у звіті за 2023 рік.

⁶ Детальніші відомості про джерела даних та аналітичні методи, використані для оцінки смертності від ТБ, наведені на веб-сторінках звіту (розділ 1.2) та в технічному додатку.

⁷ Національне обстеження поширеності ТБ у Камбоджі 2023–2024 років є однією з ключових тем на веб-сторінках звіту; тема описує, ілюструє та обговорює основні результати обстеження та здобуті уроки.

Табл. 3

Країни, які досягли перших віх Стратегії «Покінчити з ТБ» щодо скорочення захворюваності та смертності від ТБ у період 2020-2024 років, за регіонами ВООЗ.

Перші цілі передбачали скорочення рівня захв-ї на ТБ на 20% та зменшення числа смертей від ТБ на 35% порівняно з рівнем 2015 року; спочатку ці цілі були встановлені на 2020 рік (Блок 2). У табл. вказано рік досягнення цілей.

Країна	Захворюваність	Смертність
Африканський регіон		
Загальна кількість країн	27	26
Алжир	2020	
Бенін	2020	2022
Ботсвана	2020	2022
Буркіна-Фасо		2024
Бурунді	2020	2022
Кабо Верде	2020	
Камерун	2020	2022
ЦАР*		2022
Чад	2022	2023
Коморі	2021	2024
Кот-д'Івуар	2020	2021
ДР Конго		2022
Екваторіальна Гвінея		2022
Еритрея	2020	
Есватіні	2020	2020
Ефіопія*	2020	2024
Габон*	2022	
Гамбія	2024	
Гана	2024	
Кенія*	2020	2020
Лесото*	2020	
Ліберія*	2022	2020
Малаві	2020	2020
Мавританія	2020	2022
Мозамбік*		2020
Намібія*	2020	
Нігерія*		2022
Руанда		2022
Сан-Томе і Принсіпі	2020	2020
Сенегал	2024	
Сьєрра-Леоне*		2023
ПАР*	2020	
Південний Судан		2020
Того	2020	
Уганда*		2021
Танзанія*	2020	2020
Замбія*	2021	2021
Регіон Америки		
Загальна кількість країн	11	7
Антигуа і Барбуда	2020	2021
Домініка	2020	2020
Домініканська Республіка		2020
Гренада	2020	2020
Гаяна	2020	
Гаїті	2020	2023
Гондурас	2020	
Ямайка	2020	2020
Нікарагуа	2020	
Сент-Кітс і Невіс	2020	
Сент-Люсія	2020	2020
Сент-Вінсент і Гренадіни	2020	
Регіон Східного Середземномор'я		
Загальна кількість країн	11	1
Бахрейн	2020	
Джибуті	2020	
Єгипет	2023	
Іран	2020	
Ірак	2020	
Йорданія	2021	
Кувейт	2020	
Саудівська Аравія	2020	
Судан	2020	2020
Туніс	2022	
Об'єднані Арабські Емірати	2021	

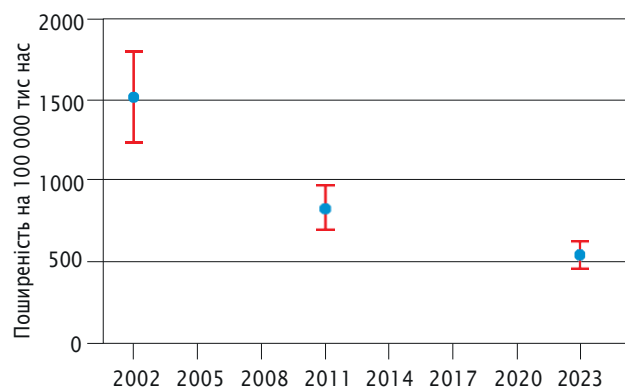
Країна	Захворюваність	Смертність
Європейський регіон		
Загальна кількість країн	40	21
Арменія	2020	2020
Австрія	2020	2020
Азербайджан	2020	
Білорусь	2020	2020
Бельгія	2023	2020
Боснія і Герцеговина	2020	2020
Болгарія	2020	
Хорватія	2020	
Данія	2020	2020
Естонія	2020	2020
Фінляндія	2020	
Грузія	2020	2020
Німеччина	2020	
Греція	2021	
Угорщина	2020	
Ісландія		2020
Ірландія	2020	
Ізраїль	2020	
Італія	2020	
Казахстан	2020	2023
Киргизстан	2020	
Латвія	2020	2020
Литва	2020	2020
Чорногорія		2024
Нідерланди		2020
Північна Македонія	2020	
Норвегія	2020	2022
Польща	2020	
Португалія	2020	2024
Молдова	2020	
Румунія	2020	
рф*	2020	2020
Сербія	2020	2020
Словачія	2020	
Словеччина	2020	2020
Іспанія	2020	
Швеція	2020	
Швейцарія	2020	
Таджикистан	2020	
Турція	2020	
Туркменістан	2020	
Україна	2020	2020
Uzbekistan	2021	2020

Західно-Тихоокеанський регіон		
Загальна кількість країн	9	9
Китай*	2024	
Японія	2020	2023
Лаоська Народна-Демократична Республіка	2021	2020
Маршаллові Острови		2024
Палау	2020	2020
Корея	2020	2020
Самоа	2020	2020
Сінгапур		2020
Соломонові Острови	2020	
Тонга	2020	2020
Вануату	2020	2020

*Країни зі списку 30 країн з високим тягарем ТБ ВООЗ, а також три країни з Глобального списку нагляду за ТБ (Додаток 3).

Мал. 15

Поширеність бактеріологічно підтвердженого легеневого ТБ серед людей віком ≥ 15 років у Камбоджі, виміряна^a у трьох національних опитуваннях щодо поширеності ТБ: 2002, 2011, 2023



^a Оцінки базуються на визначеннях випадків, що використовуються в кожному опитуванні.

Гана, Малаві, Нігерія, Уганда, Танзанія, Замбія та Зімбабве в Африці; Бангладеш, Індонезія, Пакистан і Таїланд в Азії.¹ В Нігерії інноваційний підхід до проєктування та проведення опитування перебуває на просунутому етапі розробки. Він передбачає використання наявного персоналу, лаб. інфраструктури та ін. ресурсів, уже створених для масштабного активного виявлення випадків у громадах та ЗОЗ, із проведенням 1–2 субнаціональних опитувань у межах нацопитування. У рамках подальших дій після вересневого засідання 2024 року Глобальної робочої групи ВООЗ з оцінки впливу на ТБ² розробляється глобальний пріоритетний список для нацопитувань поширеності ТБ до 2030 року на основі консультацій із державами-членами та партнерськими організаціями.

Реєстрація випадків ТБ

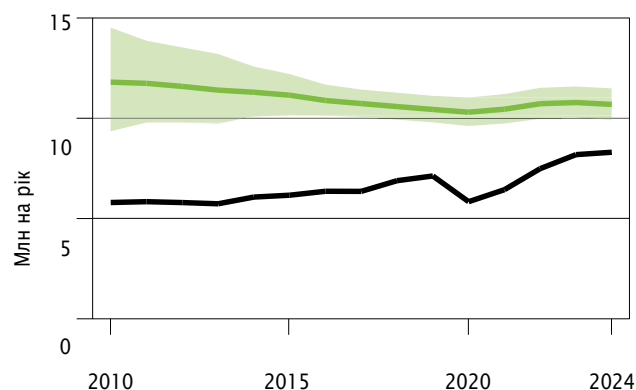
Невелике зростання у світі

У 2024 році у світі 8,3 млн людей вперше було діагностовано з ТБ і офіційно зареєстровано як випадок ТБ, що схоже на рівень 8,2 млн у 2023 році і на 17% вище за доковідний рівень 7,1 млн у 2019 році (мал. 16). Високі показники реєстрації випадків ТБ протягом 3–ьох років (2022–2024) пояснюються активним відновленням після COVID у наданні та доступі до діагностики й лікування ТБ, накопиченням людей з ТБ, чий діагноз був відкладений через пандемію, та зростанням загальної кількості людей, що захворіли на ТБ (мал. 1) через збільшену передачу інфекції внаслідок затримок у діагностиці. Це відбувається після серйозних COVID–пов’язаних перебоїв у службах охорони здоров’я, пов’язаних із ТБ, у 2020 і 2021 роках, коли зареєстрована кількість

Мал. 16

Глобальна тенденція у повідомленнях про випадки людей, у яких вперше діагностували ТБ (чорна лінія), та в оціненій кількості нових випадків ТБ (зелена лінія), 2010–2024

Заштрихована область показує 95% інтервал невизначеності.



людей, вперше діагностованих із ТБ, значно знизилася порівняно з доковідним рівнем — до 5,8 млн у 2020 році та 6,4 млн у 2021 році.

На рівні регіонів ВООЗ нещодавні тенденції (з доковідного 2019 року) у реєстрації випадків ТБ різняться (мал. 17).

У регіонах Східного Середземномор’я та Південно–Східної Азії спостерігалася подібна до глобальної тенденція: велике зниження у 2020 році, після чого щорічне збільшення у 2021–2024 роках (глобальну тенденцію формував регіон Південно–Східної Азії). У регіоні Америки, Європейському регіоні та регіоні Західного Тихого океану спостерігалася різке падіння у 2020 році, потім зростання у 2021–2023 роках, але у 2024 році показники знову знизилися. ВООЗ Африканський регіон став помітним винятком: показники впали лише незначно у 2020 році, а потім зростали, особливо між 2021 і 2023 роками, після чого стабілізувалися у 2024 році. У 2024 році зареєстрована кількість людей, вперше діагностованих із ТБ в Африканському регіоні ВООЗ, перевищила рівень 2019 року на 38%.

У більшості з 30 країн з високим тягарем ТБ кількість зареєстрованих випадків зменшилася в 2020 році, а згодом відновилися до рівня перед пандемією (2019) або вище. Винятками є 3 країни, де реєстрація випадків зростала протягом усього періоду 2019–2024 років (ЦАР, ДР Конго та Нігерія), дві країни, де довгострокове історичне зниження до 2020 року продовжилось майже безперервно (Китай та КНДР), і Ефіопія, де відносно стабільне зниження протягом кількох років змінилося на зростання з 2021 року (можливо, внаслідок активного виявлення випадків)²

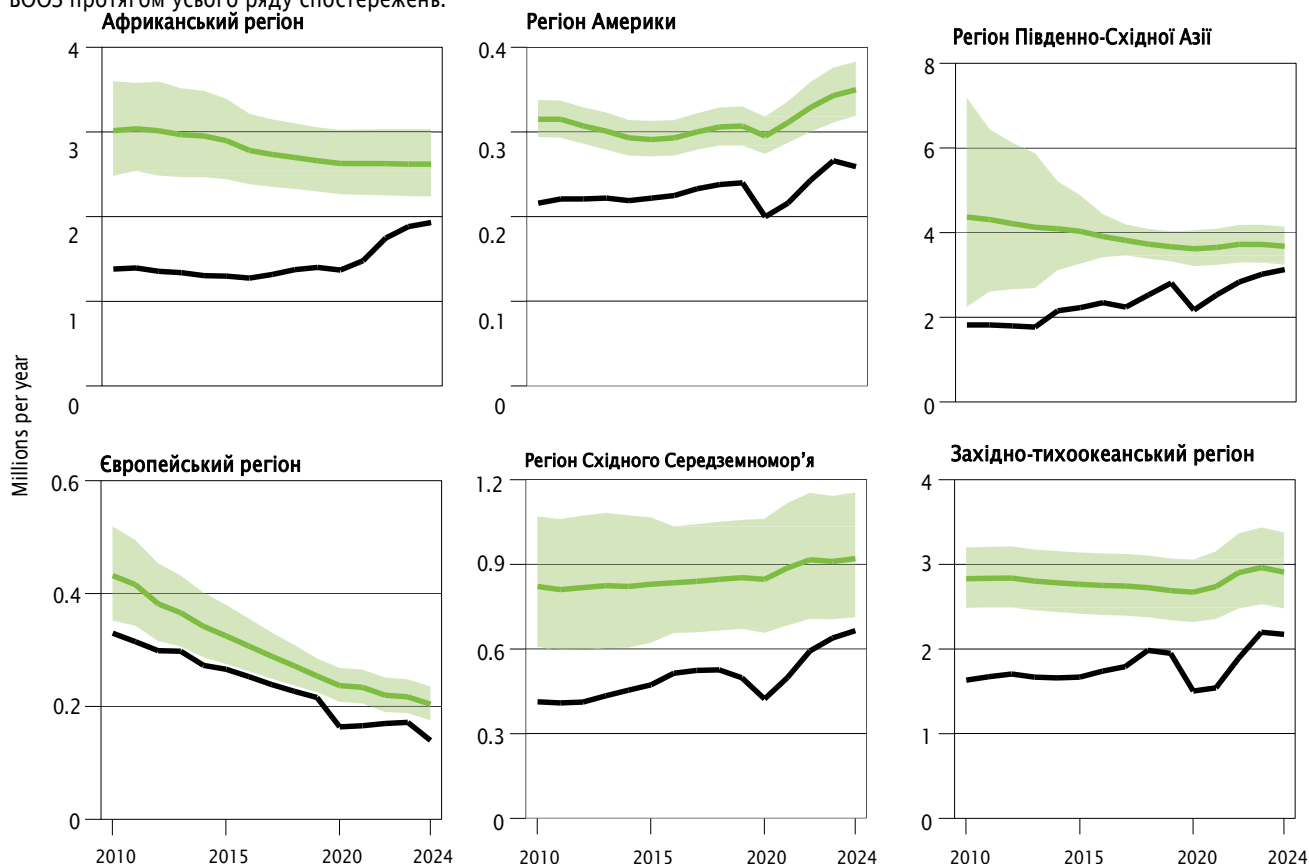
¹ Детальніша інформація наведена на вебсторінках звіту (розд. 1.4).

² Детальніша інформація наведена на вебсторінках звіту (розд. 2.1)

Мал. 17

Тенденції у кількості людей, у яких вперше діагностовано ТБ та які офіційно повідомлені як випадки ТБ (чорна лінія), і в оціненій кількості нових випадків ТБ (зелена лінія) за регіонами ВООЗ, 2010-2024

Заштриховані області показують 95% інтервали невизначеності. Індонезію включено до Західно-тихоокеанського регіону ВООЗ протягом усього ряду спостережень.



Діагностика ТБ

Охоплення швидкими тестами зростає, але потрібно значно більше

Важливим етапом у ланцюгу надання допомоги при ТБ є швидке та точне діагностичне тестування. З 2011 року швидкі молекулярні тести суттєво змінили підхід до діагностики ТБ, який раніше ґрунтувався на традиційних методах мікроскопії та культури.

Людей, діагностованих із застосуванням рекомендованих ВООЗ швидких діагностичних тестів (WRDs), тестів на ліпоарабіноманан у сечі (LF-LAM), мікроскопії мазків мокротиння або культури, визначають як «бактеріологічно підтверджені» випадки ТБ. Мікробіологічне виявлення ТБ є критично важливим, оскільки дозволяє правильно встановити діагноз та забезпечує ранній вибір найбільш ефективного режиму лікування залежно від типу лікарської стійкості.

Використання швидких тестів зростає, але залишається значно обмеженим і далеко від цілі – 100% покриття до 2027 року. (Мал. 18, Табл. 1). У світі у 2024 році WRDs використовувалися як початковий діагностичний тест для 54% (4,5 млн) із 8,3 млн людей, які були ново діагностовані з ТБ, що є покращенням порівняно з 48% (3,9/8,2 млн) у 2023 році та 47% (3,5/

7,5 млн) у 2022 році. У 2024 році спостерігалася значна різниця у охопленні швидкими тестами серед регіонів та країн (мал. 18, мал. 19).

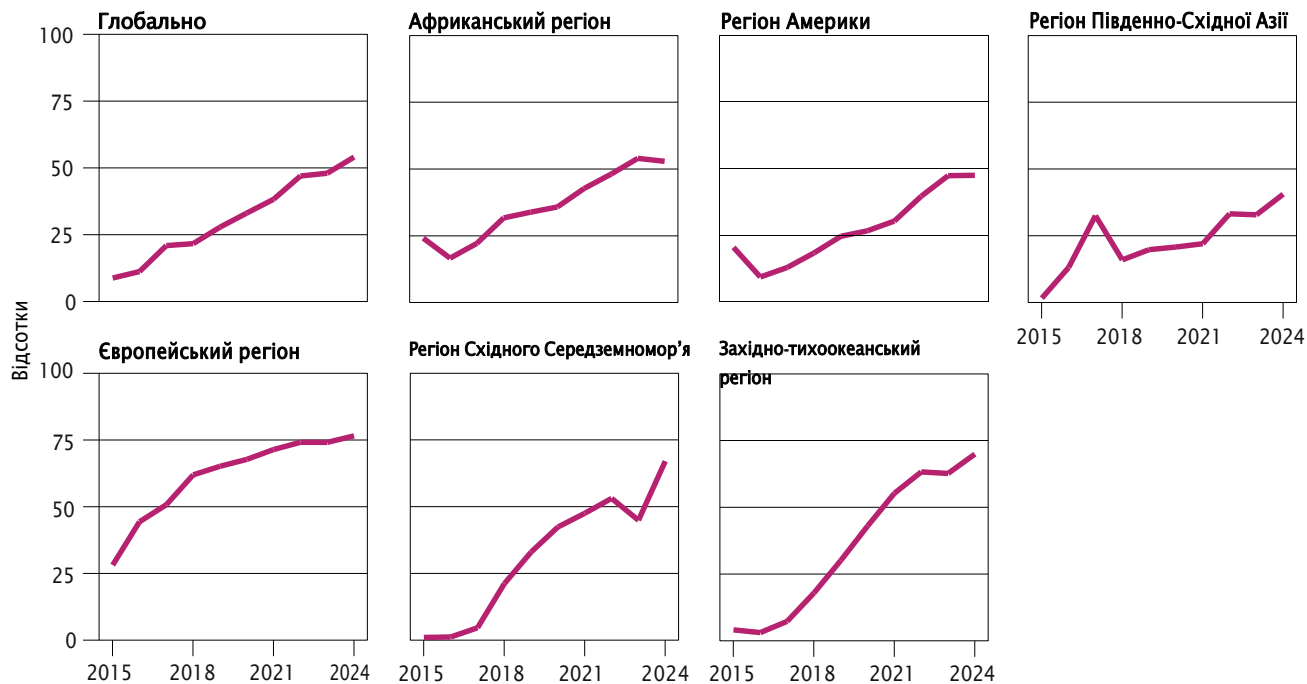
Серед регіонів ВООЗ найкращого рівня охоплення досягнуто у Європейському регіоні (77%) та в західно-тихоокеанському регіоні (70%); найнижче охоплення спостерігалася у регіоні Південно-Східної Азії (41%). На рівні країн у 2024 році 69 країн досягли рівня охоплення щонайменше 80%. Сюди входили сім країн із високим тягарем ТБ: ЦАР, Китай, Монголія, Мозамбік, Намібія, Уганда та Замбія. Серед 49 країн, включених до одного з трьох глобальних списків країн із високим тягарем захворюваності (за ТБ, ТБ з ВІЛ, та МЛС/Риф-ТБ), 37 повідомили, що WRD було використано як початковий тест для більш ніж половини людей, нещодавно діагностованих із ТБ у 2024 році – порівняно з 31 країною у 2023 році. Охоплення швидким тестуванням було менше ніж 20% у 21 країні. Важливим фактором, що впливає на охоплення швидким тестуванням, є частка діагностичних пунктів ТБ, які мають доступ до WRD. У 2024 році лише в 8 з 30 країн із високим тягарем ТБ повідомили, що більше ніж 50% їхніх

¹ Дивитись додаток 3.

Мал. 18

Відсоток людей, нещодавно діагностованих із ТБ, які спочатку пройшли тестування за допомогою рекомендованого ВООЗ швидкого діагностичного тесту (WRD), у світі та за регіонами ВООЗ, 2015-2024^a

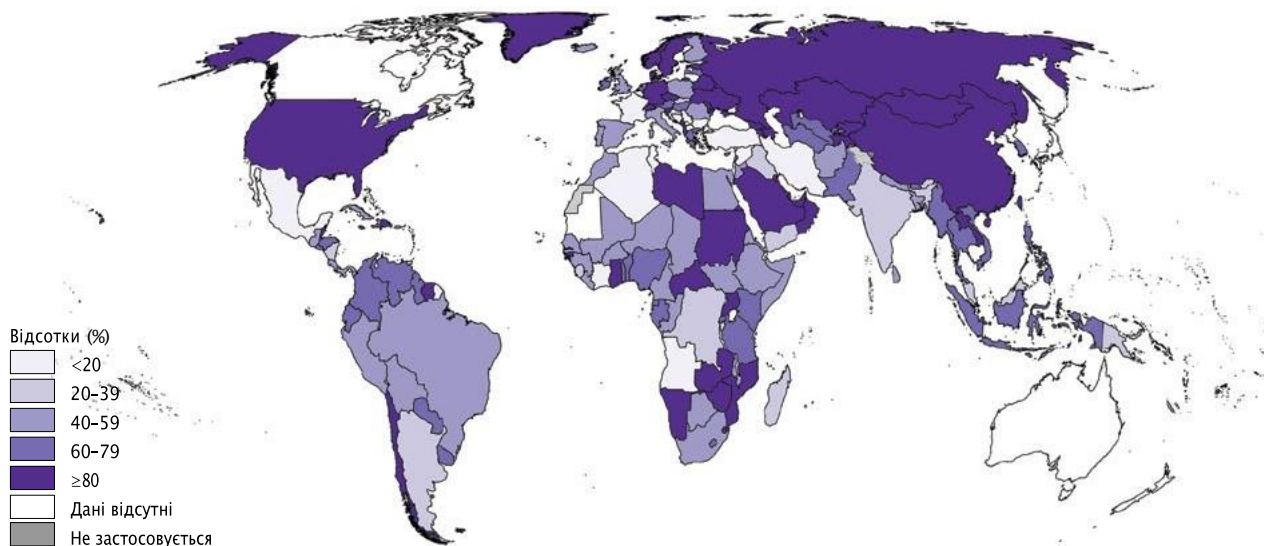
Індонезію включено до Західно-тихоокеанського регіону ВООЗ протягом усього ряду спостережень.



^a Дані стосуються повідомлених випадків.

Мал. 19

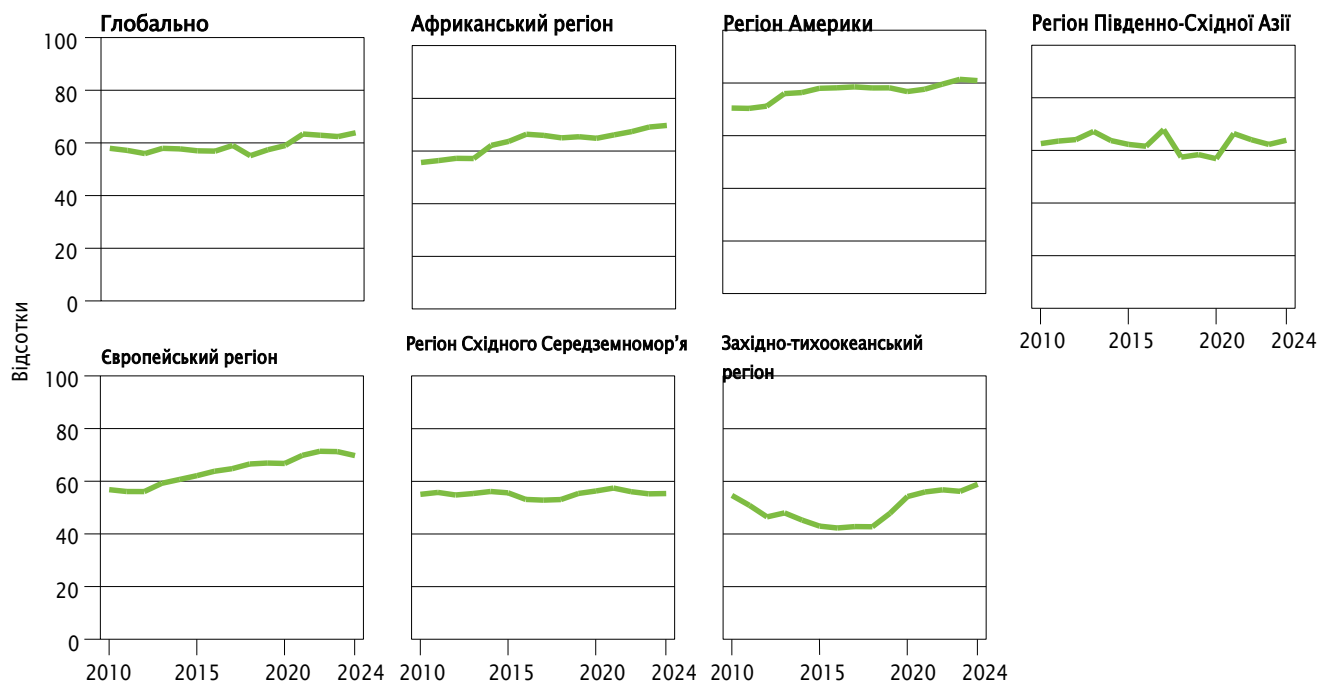
Відсоток людей, нещодавно діагностованих із ТБ, які спочатку пройшли тестування за допомогою рекомендованого ВООЗ швидких діагностичних тестів на рівні країни, ^a 2024



^a Дані стосуються повідомлених випадків.

Відсоток людей, нещодавно діагностованих із легеневим ТБ, які були бактеріологічно підтверджені, у світі та за регіонами ВООЗ,^a 2010-2024

Індонезію включено до Західно-тихоокеанського регіону ВООЗ протягом усього ряду спостережень.



^a Дані стосуються зареєстрованих випадків. Розрахунок для років до 2013 базується на результатах мазка, за винятком Європейського регіону, де дані про підтвердження за допомогою культури також були доступні за період 2010–2012 рр.

пунктів ТБ мали доступ до WRD: Бангладеш, Китай, Лесото, Монголія, Намібія, Папуа Нова Гвінея, ПАР та Замбія. Цей перелік не змінився порівняно з 2023 роком. Розширення доступу до діагностики ТБ із використанням швидких тестів має стати пріоритетом для всіх країн. Зниження цін на швидкі тести сприятиме такому розширенню.

У багатьох країнах необхідно збільшити відсоток людей, у яких діагноз ТБ легень підтверджено бактеріологічно, зокрема шляхом забезпечення того, щоб усі, кому встановлено діагноз ТБ, спочатку проходили швидке тестування відповідно до глобальної мети, встановленої на 2027 рік (Табл. 1).

Із 6,9 млн людей, у яких у світі було діагностовано легеневий ТБ у 2024 році, 64% мали бактеріологічно підтверджений діагноз (мал. 20), що є незначним покращенням порівняно з 62% у 2023 році. Серед 6-и регіонів ВООЗ у період 2020–2024 років спостерігалось поступове покращення у Африканському регіоні (з 65% до 70%) та в Регіоні Америки (з 77% до 81%); у інших регіонах рівень бактеріологічного підтвердження залишався стабільним або дещо знизився (мал.19).

На рівні країн відсоток людей із ТБ легень, у яких діагноз був бактеріологічно підтверджений, становив 80% або більше у 114 країнах. Серед 30 країн із високим тягарем ТБ шість досягли рівня 75% або вище:

Бангладеш, Ліберія, Монголія, Намібія, Нігерія і В'єтнам.

Рівні бактеріологічного підтвердження, які вже досягнуті в Регіоні Америки ВООЗ та в різних країнах інших регіонів світу, показують, що можливо досягти за допомогою наявних діагностичних методів для ТБ. У інших країнах потрібні зусилля для досягнення порівнянних рівнів, особливо шляхом розширеного використання швидких тестів.¹

Тестування на ВІЛ серед людей з ТБ

Високий рівень охоплення збережено

Глобальне охоплення тестуванням на ВІЛ серед людей з ТБ, залишалося високим у 2024 році і становило 82%. Це невелике зростання порівняно з 81% у 2023 році та 80% у 2022 році.

На регіональному рівні найвищі показники були досягнуті у Африканському регіоні ВООЗ (89%) та Європейському регіоні (94%). У 101 країні чи території щонайменше 90% людей, у яких діагностовано ТБ, знали свій ВІЛ-статус; серед них 32 з 47 країн Африканського регіону ВООЗ, де навантаження ВІЛ-асоційованого ТБ є найвищим.

У світі у 2024 році було зареєстровано 413 516 випадків ТБ серед ЛЖВ, що становить 6,2% від 6,7 млн людей, новодіагностованих із ТБ, у яких був результат тесту на ВІЛ. Загалом, відсоток людей, нових випадків ТБ, у яких тест на ВІЛ виявився позитивним, зменшується у всьому світі

¹ Детальніші відомості (напр., по окремих країнах) наведені на вебсторінках звіту (розділ 2.2) та в додатку до звіту..

протягом багатьох років після пікового значення у 2006 році – 28%.

Охоплення діагностикою та лікуванням ТБ

Відновлення після COVID триває, проте залишаються значні розриви

Досягнення проміжної мети на 2025 рік та цілей на 2030/2035 роки, визначених у Стратегії «The End TB», можливе лише за умови, що всі люди, які захворіли на ТБ, будуть своєчасно діагностовані за допомогою рекомендованих ВООЗ діагностичних тестів, а потім вилікувані завдяки схемам лікування, рекомендованими ВООЗ (24, 26, 27). Однією з цілей, встановлених на засіданні Наради високого рівня ООН з питань ТБ в 2023 році, є забезпечення доступу 90 % людям, які хворіють на ТБ, до діагностики та лікування з гарантованою якістю до 2027 року. (Таблиця 1).

Все ще існують значні глобальні та регіональні розбіжності між оціночною к-стю людей, які щороку захворіють на ТБ, та к-стю людей, у яких нещодавно діагностували ТБ і які офіційно зареєстровані як люди з ТБ (Fig. 16, Fig. 17). У 2024 році найвища оцінка глобального розриву становила 2,4 млн. Розрив зменшувався з 2020 року, проте він значно збільшився (до рівня 4,5 млн) на тлі викликів, пов'язаних з COVID, у 1-ий рік пандемії. Розрив також зменшився в п'яти регіонах ВООЗ, зокрема в регіонах Африки, Східного Середземномор'я та Південно-Східної Азії. Винятком є регіон Америки.

Причини розбіжностей між оціночною к-стю людей, які к-стю хворіють на ТБ (інцидентні випадки), та кількістю людей, у яких діагностували ТБ і які офіційно зареєстровані як люди з ТБ, включають недодіагностику, а також недореєстрацію людей, у яких діагностовано ТБ, у національних органах влади (останні не враховуються в офіційних даних про повідомлення про випадки захворювання). Важливо також підкреслити, що деякі люди з ТБ і які офіційно зареєстровані можуть не мати цього захворювання. Надмірна діагностика найчастіше трапляється серед людей, які мають ознаки та симптоми ТБ, але мають негативний результат бактеріологічного тесту. Для обмеження кількості надмірних діагнозів необхідне загальне охоплення найбільш чутливими та специфічними діагностичними методами, рекомендованими ВООЗ, для всіх людей, у яких можливий ТБ. Загальна кількість людей, у яких було вперше діагностовано ТБ і які були офіційно зареєстровані у 2024 році (8,3 мільйона), становила 78% (95% UI: 72–84%) від приблизно 10,7 мільйона (95% UI: 9,9–11,5 мільйона) людей, які захворіли на ТБ у 2024 році. Це було незначне збільшення. Від 76% (95% UI: 71–82%) в 2023 році і був значно вищим за рівні 49% (95% UI: 40–63%) у 2010 році та 57% (95% UI: 53–61%) у 2020 році.

Серед 30 країн з високим рівнем захворюваності на ТБ у 2024 році кількість людей, у яких було

вперше діагностовано ТБ і які були офіційно зареєстровані, у % від приблизної кількості людей, які захворіли на ТБ (інцидентні випадки), була найвищою (>80%) у Бангладеш, Бразилії, Ефіопії, Індії, Кенії, Мозамбіку, Уганді та Замбії.³ Особливо в Мозамбіку надмірна діагностика могла штучно завищити дані про повідомлення, враховуючи, що частка повідомлених випадків, діагностованих на основі бактеріологічного підтвердження в 2024 році, становила лише 50%. У трьох країнах з високим рівнем захворюваності на ТБ кількість нових випадків захворювання на ТБ була особливо низькою порівняно з прогнозованим рівнем захворюваності у 2024 році: Лесото (близько 50 %), Монголія (<50 %) та М'янма (<50 %).

У 2024 році глобальний розрив між оціночною захворюваністю на ТБ та зареєстрованою кількістю нових випадків захворювання на ТБ переважно припадав на 10 країн. (Fig. 21). Ці 10 країн разом становили 63% світового розриву. П'ятірку лідерів (які разом становили 40% світового розриву) очолювали Індонезія (10%), Індія (8,8%), Філіппіни (7,5%), Пакистан (7,2%) і Китай (6,9%). З глобальної точки зору, зусилля з підвищення рівня виявлення та лікування випадків захворювання мають особливе значення в цих країнах.

АРТ для людей, які живуть з ВІЛ та ТБ

Високий рівень охоплення, можливості для подальшого прогресу

Серед людей, які живуть з ВІЛ і хворіють на ТБ, для запобігання непотрібним смертям від ТБ та ВІЛ необхідне як лікування ТБ, так і АРТ для ВІЛ. З 2019 року глобальний рівень охоплення АРТ для ЛЖВ, у яких нещодавно діагностували ТБ і які зареєстровані як люди з ТБ, АРТ підтримується на високому рівні; у 2024 році воно досягло 91%, порівняно з 88% у 2023 році. Однак, якщо порівняти надання АРТ із загальною кількістю ЛЖВ і, за оцінками, захворіють на ТБ у 2024 році, охоплення було значно нижчим – 61%. Це майже не змінилося порівняно з рівнем 60% у 2023 році і значно нижче загального рівня охоплення АРТ для ЛЖВ, який на кінець 2024 року становив 77% (95% UI: 62–90%)(28). Основною причиною відносно низького охоплення була велика різниця між оціночною кількістю ЛЖВ і захворіли на ТБ у 2024 році (найвища оцінка – 619 000), та зареєстрованою кількістю людей, які живуть з ВІЛ і яким було діагностовано ТБ у 2024 році. (413 516).

Результати лікування ТБ

Утримується на високому рівні

Рівень ефективності лікування людей, які лікуються від чутливого до ліків ТБ, в останні роки залишається високим. У 2023 та 2022 роках він становив 88% у всьому світі, що є зростанням порівняно з 87% у 2021 році та 86% у 2020 році. (Fig. 22).

Ефективність лікування захищається нижчою для ЛЖВ

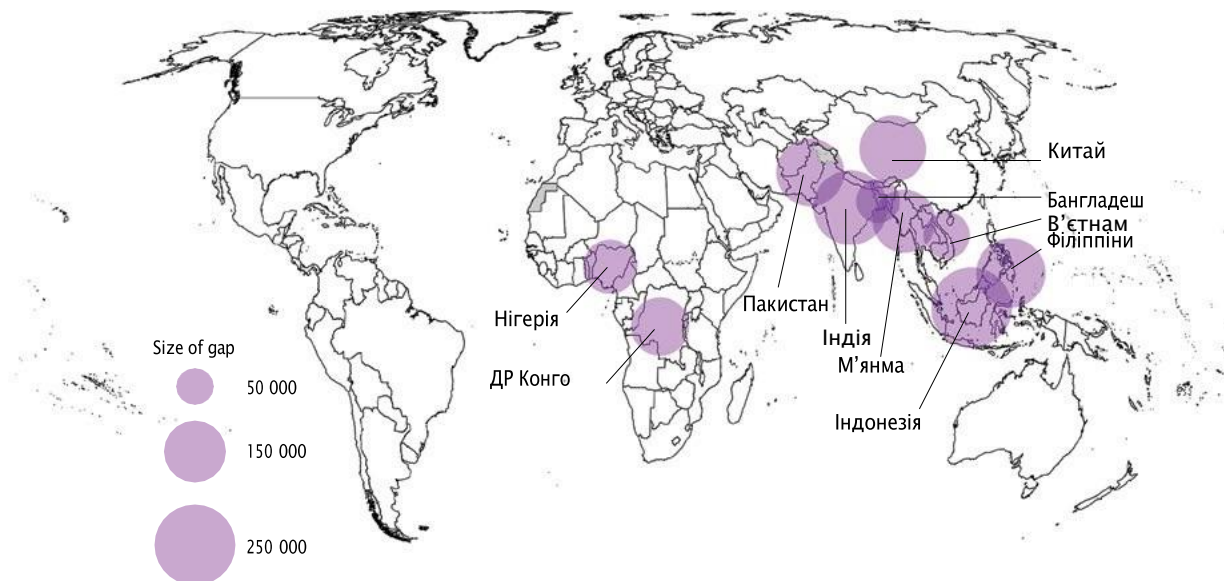
¹ Короткий виклад рекомендованих ВООЗ схем лікування наведено в Додатку 1.

² Тобто різниця між найкращою оцінкою 10,7 млн випадків ТБ і 8,3 млн людей, ново діагностованих із ТБ та офіційно зареєстрованих як випадки ТБ.

³ Детальніші відомості наведені на вебсторінках звіту (розділ 2.3).

Мал. 21

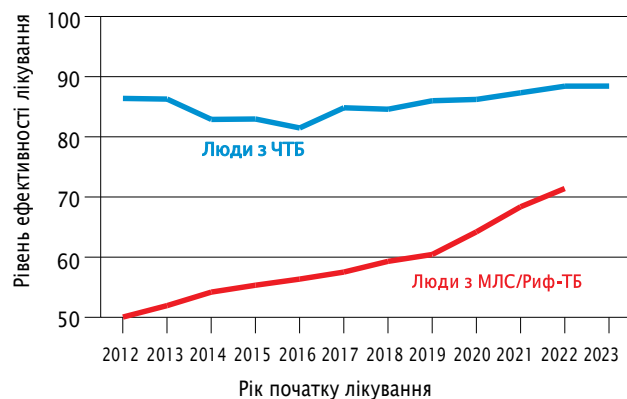
Десять країн з найбільшими розбіжностями між повідомленнями про нові випадки ТБ з найточнішими оцінками захворюваності на ТБ,^a 2024



^a Десять країн, розташованих у порядку зменшення розриву між зареєстрованими випадками та найкращими оцінками захворюваності на ТБ у 2024 році, є Індонезія, Індія, Філіппіни, Пакистан, Китай, М'янма, Демократична Республіка Конго, Нігерія, В'єтнам та Бангладеш.

Мал. 22

Глобальні показники ефективності лікування чутливого до ліків ТБ та МЛС-ТБ/Риф-ТБ, 2012-2023^a



^a 2012 є першим роком, за який ВООЗ збирила дані про результати лікування МЛС-ТБ/Риф-ТБ.

(79% у світі в 2023 році, без змін порівняно з 2022 роком). У 2023 році рівень успішності лікування дітей та підлітків (віком до 15 років) становив 92%, що є зростанням порівняно з 90% у 2022 році. Серед 31 країни з високим рівнем захворюваності¹, які надали дані про результати лікування з розбивкою за статтю, у 2023 році рівень успішності лікування був дещо вищим серед жінок (90%) ніж серед чоловіків (87%).

За оцінками, надання лікування ТБ ВІЛ-негативним людям дозволило запобігти 45 млн смертей у період з 2010 по 2024 рік; серед ЛЖВ і у яких було діагностовано ТБ, за оцінками, поєднання лікування ТБ та АРТ дозволило запобігти ще 7,0 млн смертей у період з 2010 по 2024 рік (таблиця 4). Загальна кількість за період 2000–2024 років склала 83 млн.

ЛС-ТБ: діагностика та лікування

Діагностичні прогалини, поліпшення результатів лікування, зростання використання 6-місячних схем лікування

ВООЗ використовує п'ять категорій для класифікації випадків ЛС-ТБ:

- ▶ ізоніазид-стійкий ТБ;
- ▶ Риф-ТБ (вказаний вище);
- ▶ МЛС-ТБ (вказаний вище);
- ▶ пре-ШЛС, визначається як ТБ, стійкий до рифампіцину та

¹ З 2021 року ВООЗ запитує дані про результати лікування з розбивкою за статтю у 49 країнах, що входять до одного з трьох списків ВООЗ країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз, ВІЛ-асоційований ТБ та МЛС-ТБ/Риф-ТБ. (додаток 3). У майбутньому перелік країн, від яких вимагаються такі дані, може бути розширено (напр., включити всі країни, що мають цифрові системи спостереження за випадками ТБ).

Табл. 4

Кумулятивна кількість смертей (у млн), яких вдалося уникнути завдяки а) лікуванню ТБ, а також б) АРТ людей, у яких було діагностовано ТБ і які також були інфіковані ВІЛ, у світі та за регіонами ВООЗ, 2010-2024

Індонезію включено до Західно-тихоокеанського регіону ВООЗ протягом усього ряду спостережень.

РЕГІОН ВООЗ	Люди з ВІЛ-негативним статусом		ЛЖВ ^а		Загалом	
	НАЙВИЩА ОЦІНКА	ДІАПАЗОН НЕВИЗНАЧЕНОСТІ	НАЙВИЩА ОЦІНКА	ДІАПАЗОН НЕВИЗНАЧЕНОСТІ	НАЙВИЩА ОЦІНКА	ДІАПАЗОН НЕВИЗНАЧЕНОСТІ
Африканський регіон	6.6	5.4–7.7	5.2	4.4–6.0	12	10–13
Регіон Америки	1.5	1.4–1.6	0.27	0.24–0.29	1.8	1.6–1.9
Регіон Південно-східної Азії	17	14–19	0.85	0.52–1.2	18	15–20
Європейський регіон	1.3	1.2–1.5	0.25	0.22–0.28	1.6	1.4–1.7
Східний Середземноморський регіон	4.2	3.6–4.7	0.056	0.024–0.088	4.2	3.7–4.8
Західний Тихоокеанський регіон	14	13–16	0.42	0.34–0.50	15	13–16
Загалом	45	40–50	7	6.0–7.9	52	46–57

^а Смерті від ТБ серед людей, які живуть з ВІЛ, офіційно класифікуються як смерті від ВІЛ/СНІДу (ТБ вважається сприяючою причиною). Саме тому оцінки чітко розділяють людей з ВІЛ та без нього.

будь-якого фторхінолону (клас ПТП другого ряду);
➤ ШЛС-ТБ, що визначається як ТБ, стійкий до рифампіцину, будь-якого фторхінолону та принаймні одного з таких препаратів: бедаквілін або лінезолід.

Риф-ТВ включений до Списку пріоритетних бактеріальних патогенів ВООЗ, де він знаходиться в категорії «критичної групи». (29).¹

Виявлення резистентності до ліків вимагає бактеріологічного підтвердження ТБ та тестування на резистентність за допомогою швидких молекулярних діагностичних тестів, методів культивування або технологій секвенування.

З 2018 року ВООЗ рекомендує повністю пероральні схеми лікування МЛС/Риф-ТБ (30). Останні рекомендації щодо лікування ЛС-ТБ включають три основні схеми лікування. (26, 27):

- два 6-місячні повністю пероральні режими для людей з МЛС-ТБ/Риф-ТБ (з резистентністю до фторхінолонів або без неї);²
- кілька повністю пероральних коротких схем лікування тривалістю 9 місяців для осіб з МЛС-ТБ/Риф-ТБ, які не мають резистентності до фторхінолонів
- триваліші курси лікування тривалістю 18–20 місяців, які можуть включати ін'єкційний препарат (амікацин).

6-місячні схеми лікування є пріоритетними, тоді як найдовші схеми застосовуються в крайньому випадку.

¹ Список включає 15 патогенів. Чотири з них належать до «критичної групи», сім – до «високої групи» і чотири – до «середньої групи»

² Один режим, який називається ВРaLM, включає бедаквілін, претоманід, лінезолід і моксифлоксацин. Інший режим, який називається BDLLfxC, включає бедаквілін, деламанід і лінезолід у поєднанні з левофлоксацином або клофазиміном, або обома препаратами. На відміну від ВРaLM, останній режим можна застосовувати дітям і вагітним жінкам

У 2024 році в усьому світі 83% людей, у яких було діагностовано бактеріологічно підтверджений ТБ, пройшли тестування на резистентність до рифампіцину (3,7/4,5 млн), що > на 79% (3,4/4,3 млн) у 2023 році, що є значним прогресом порівняно з 69% (2,4/3,5 млн) у 2021 році та 62% (2,2/3,6 млн) у 2019 році, до початку пандемії. (Fig. 23). У всіх шести регіонах ВООЗ спостерігалися поліпшення; у 2024 році найкращий охоплення було в Європейському регіоні (91%), Південно-Східній Азії (90%) та Західно-Тихоокеанському регіоні. (89%).

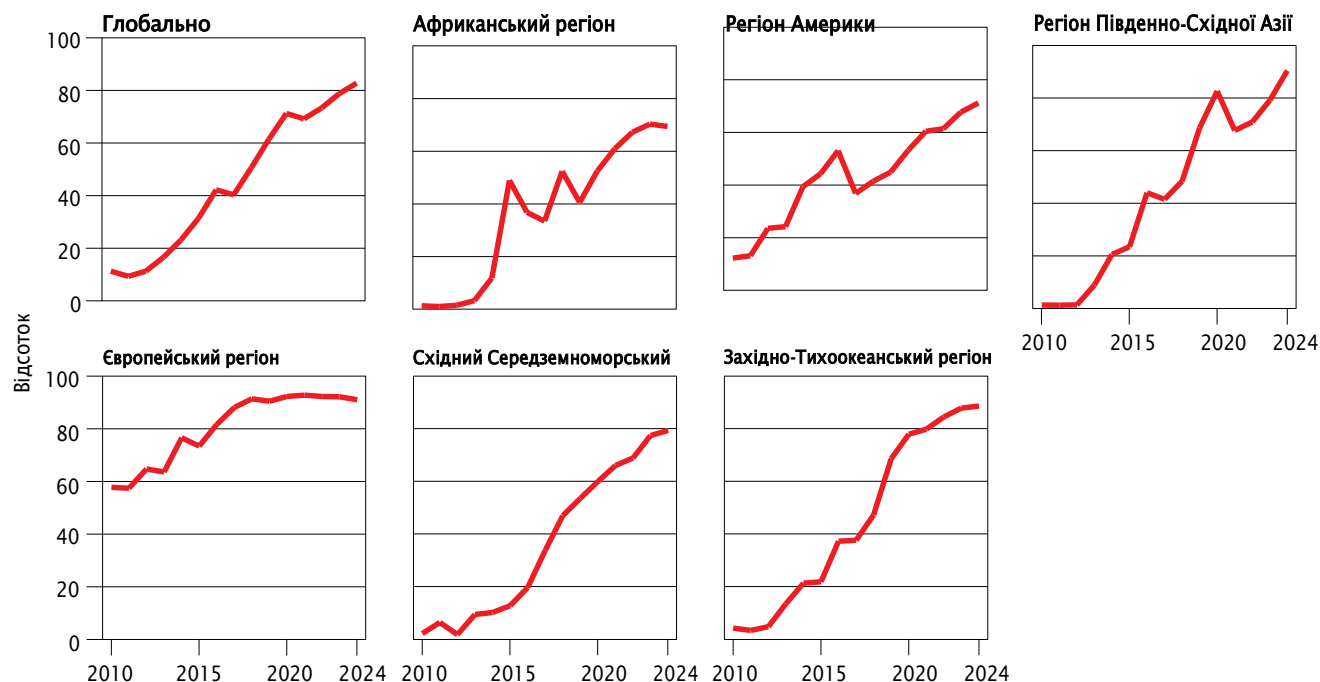
З 30 країн з високим рівнем захворюваності на МЛС/Риф ТБ 24 досягли охоплення щонайменше 80% у 2024 році: Ангола, Азербайджан, Бангладеш, Білорусь, Китай, Індія, Індонезія, Казахстан, Киргизстан, Монголія, М'янма, Нігерія, Папуа-Нова Гвінея, Перу, Республіка Молдова, Російська Федерація, Сомалі, Південна Африка, Таджикистан, Україна, Узбекистан, В'єтнам, Замбія та Зімбабве. Три країни з високим рівнем захворюваності на МЛС/Риф-ТБ не досягли рівня охоплення 50%: КНДР (1,6%), ДР Конго (35%) та Мозамбік. (31%). Серед осіб, які пройшли тестування на Риф-ТБ у всьому світі в 2024 році, виявлено 147 592 ос. з МЛС/Риф-ТБ та 25 140 осіб з пре-ШЛС-ТБ/ШЛС, що в сумі становить 172 732 ос. (4,6 % від усіх протестованих). Це було зменшенням (-8,9%) порівняно з загальною к-стю 189 631 у 2023 році. Незважаючи на збільшення охоплення тестуванням та зростання абс. к-сті протестованих осіб, кількість виявлених осіб з МЛС/Риф-ТБ у 2024 році була нижчою, ніж у 2019 році (коли загальна кількість становила 202 009 осіб). Це відповідає оціночному зниженню частки осіб з ТБ, які мають МЛС/Риф-ТБ. (Мал. 7).

У 2024 році в усьому світі на лікування було зареєстровано 164 545 осіб з МЛС/Риф-ТБ, що на 7,0 % менше, ніж у 2023 році (177 017 осіб) (рис. 24). Цей рівень реєстрації відповідає 42 % від оціночної

Мал. 23

Відсоток осіб, у яких діагностовано бактеріологічно підтверджений ТБ і які пройшли тестування на Риф-ТБ, у світі та в регіонах ВООЗ, 2010-2024 рр

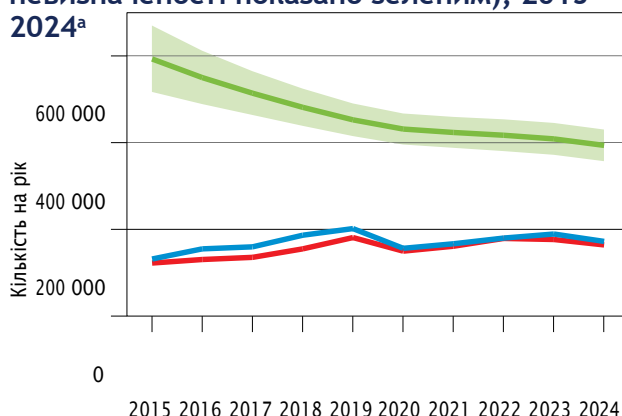
Індонезія включена до складу Західно-Тихоокеанського регіону ВООЗ для всього часового ряду.



^a Включає як нові, так і раніше ліковані випадки; дані з 2017 року стосуються лише випадків захворювання легень.

Мал. 24

Світова кількість людей, діагностованих із МЛС/Риф-ТБ (синім), та кількість осіб, які розпочали лікування МЛС-ТБ (червоним), порівняно з оцінками глобальної кількості нових випадків МЛС/Риф-ТБ (95% інтервал невизначеності показано зеленим), 2015-2024^a



^a Цей період відповідає періоду, за який доступні оцінки захворюваності на МЛС/Риф-ТБ.

у кого розвинувся МЛС/Риф-ТБ у 2024, подібний до рівня 43% у 2023 році (Рис. 6, Рис. 24)

П'ять країн встановили близько 60% розриву між оціночною глобальною кількістю людей, які захворіли на МЛС/Риф-ТБ у 2024 році (випадки захворювання на МЛС-ТБ), та глобальною кількістю людей, які проходили лікування у 2024 році. У порядку їх частки у глобальному розриві ці країни були Індія (33%), Філіппіни (9,3%), Індонезія (7,3%), Китай (6,1%) та Пакистан (4,1%)

Щоб подолати глобальний та національний розрив між оціночною кількістю людей, які щороку хворіють на МЛС/Риф-ТБ, та кількістю людей, які щороку починають лікування МЛС/Риф-ТБ, необхідно подальше поліпшення охоплення тестуванням на Риф-ТБ осіб з бактеріологічно підтвердженим ТБ, підвищення відсотка осіб, у яких діагностовано ТБ, що підтверджено бактеріологічно (необхідно для тестування на резистентність до ліків), та підвищення частки осіб з ТБ, у яких діагностовано захворювання.

В останні роки було досягнуто значного прогресу в успішності лікування людей, у яких діагностовано МЛС/Риф-ТБ (Рис. 22). Для людей, які розпочали лікування у 2022 році (останній рік, за який доступні дані про результати),¹ рівень успішності лікування становив 71% – це більше, ніж 68% у 2021 році та 64% у 2020 році, і набагато краще ніж рівень 50% у 2012 році¹.

¹ Затримка часу пояснюється тим, що деякі схеми лікування тривають 18-20 місяців.

Серед регіонів ВООЗ рівень успішності лікування у 2022 році коливався від 60% у регіоні Америки до 77% у регіоні Південно-Східної Азії.

У всьому світі все ширше застосовуються 6-міс. схеми лікування. У 2024 році, за повідомленнями, 34 256 осіб з МЛС/Риф-ТБ розпочали лікування за 6-міс. схемами, що є суттєвим збільшенням порівняно з 5653 особами у 2023 році та 1744 особами у 2022 році. На кінець 2024 року 6-місячні схеми застосовувалися для лікування МЛС/Риф-ТБ у 97 країнах, що є зростанням порівняно з 60 країнами на кінець 2023 року та 41 країною на кінець 2022 року. Довші схеми лікування (18–20 місяців) залишаються найбільш поширеними з 3-ьох основних категорій схем лікування.

У 2024 році 54 % осіб з МЛС/Риф-ТБ були залучені до лікування за довгими схемами, за ними йшли 9-місячні (21 %) та 6-місячні (21 %) схеми.² На регіональному рівні % осіб, які лікувалися від МЛС/Риф-ТБ за 6-міс. схемами, значно зріс у період з 2023 по 2024 рік у регіонах Африки, Східного Середземномор'я та Західної частини Тихого океану, що входять до складу ВООЗ. У 2024 році найвищі показники були зафіксовані в Африканському регіоні ВООЗ (45 %) та регіоні Східного Середземномор'я (57%).

Профілактика та скринінг ТБ

Глобальне охоплення ПЛТ зростає

Основним медичним втручанням, яке дає змогу зменшити ризик переходу ТБ-інфекції в активне захворювання, є профілактичне лікування ТБ (ПЛТ). Інші профілактичні заходи включають інфекційний контроль ТБ та вакцинацію дітей вакциною БЦЖ, яка забезпечує захист переважно від тяжких форм ТБ у дітей.

ВООЗ рекомендує ПЛТ для ЛЖВ, контактних людей, а також для осіб із клінічними групами ризику (наприклад, тих, хто отримує діаліз). Варіанти включають щотижневий прийом ізоніазиду та рифапентину протягом 3 міс, щоденний прийом ізоніазиду та рифапентину протягом 3 міс, щоденний прийом ізоніазиду та рифапентину протягом 1 міс, щоденний прийом рифапентину протягом 4 міс та щоденний прийом ізоніазиду протягом 6 або 9 міс. Для людей, які зазнали впливу МР/РР-ТБ, рекомендовано щоденний прийом левофлоксацину протягом 6 міс. У 2024 році глобальна кількість осіб, яким було надано ПЛТ, становила 5.3 млн — це подальше зростання порівняно з 4.7 млн у 2023 році та > ніж у п'ятеро, ніж у 2015 році⁴

З 2021 року спостерігається особливо помітне зростання

¹ 2012 рік був першим, коли ВООЗ почала збирати дані про результати лікування людей з МЛС/Риф-ТБ.

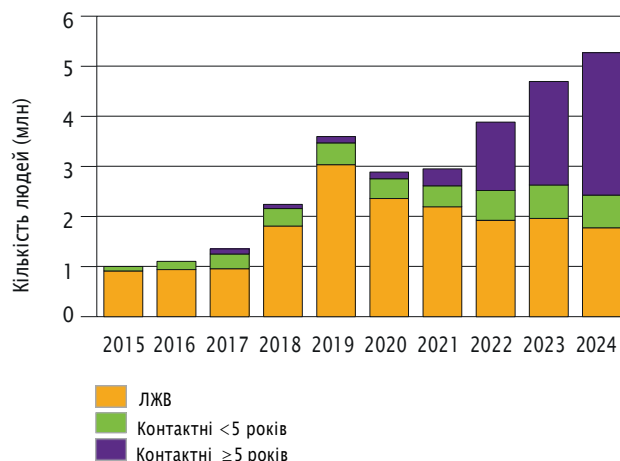
² У 4% випадків тип режиму лікування не був зазначений.

³ Усунення ширших детермінантів, які впливають на епідемію ТБ, також може допомогти запобігти інфекції та захворюванню на ТБ. Про це йдеться нижче.

⁴ Кількість у 2015 році становила 1,0 млн.

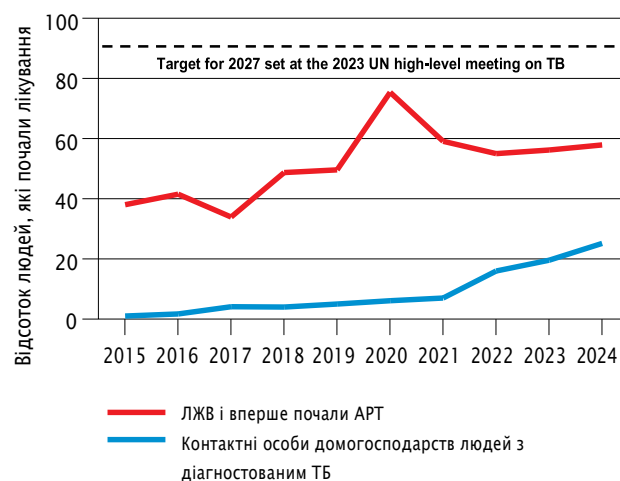
Мал. 25

Загальна кількість людей, яких охоплено ПЛТ, 2015–2024



Мал. 26

Загальне охоплення ПЛТ, 2015–2024



кількості членів домогосподарств, залучених до ПЛТ: від 0,76 млн у 2021 році до 3,5 млн у 2024 році. Натомість кількість людей, що живуть з ВІЛ, які були залучені до ПЛТ, зростала між 2015 і 2019 роками (досягнувши піку в 3,0 млн у 2019 році), після чого у 2020 році знизилася і надалі стабілізувалася приблизно на рівні 2 млн осіб на рік.

Оцінюване глобальне охоплення ПЛТ серед членів домогосподарств досягло 25% у 2024 році, порівняно з 20% у 2023 році і значно перевищує рівні 2015 року (<1%) та 2019 року (5,0%). Для людей, що живуть з ВІЛ, охоплення серед тих, хто вперше розпочав АРТ, було вищим — 58%; це невелике зростання порівняно з 56% у 2023 році. Глобальна ціль у 90% охоплення до 2027 року залишається далекою.

У 95 країнах, які надали дані, медіанний показник завершення ПЛТ серед членів домогосподарств, які

⁵ Дані за регіонами та країнами надаються на вебсторінках звіту (розділ 3) та в додатку до звіту.

його розпочали у 2023 році, становив 89%, порівняно з 87% у 2022 році (за даними 85 країн). Для ЛЖВ, медіанний показник завершення у 38 країнах, які надали дані, у 2023 році становив 84%, порівняно з 81% у 42 країнах у 2022 році.

Потрібне значне посилення та розширення зусиль і інвестицій для покращення надання ПЛТ. Це включає більше скринінгів на ТБ на рівні домогосподарств, поліпшення подальшого контролю після скринінгу серед членів домогосподарств і ЛЖВ, а також розширення доступу до коротких (1–3 місяці) режимів на основі рифаміцину. Кількість людей, які лікуються за короткими режимами, зростає; у 2024 році вона досягла 2,1 млн осіб (44% тих, хто розпочав ПЛТ) у 88 країнах, що більш ніж удвічі перевищує 1,0 млн осіб у 86 країнах у 2023 році та в десять разів більше порівняно з 0,19 млн осіб у 52 країнах у 2021 році.

Співвідношення рівня повідомлень про випадки ТБ серед медичних працівників до рівня повідомлень про ТБ у загальній дорослій популяції відображає ефективність контролю інфекцій ТБ у медичних закладах; це співвідношення має становити близько 1. У 2024 році співвідношення перевищувало 1 у дев'яти країнах, які повідомили про 5 і > випадків ТБ серед медпрацівників; це трохи менше, ніж у 12 країнах у 2023 році та 14 країнах у 2022 і 2021 роках. Глобальне охоплення вакцинацією БЦЖ дітей у 2024 році становило 88%, що схоже на рівні 2023 року (87%) і 2022 року (88%) після занепокоєння зниженням до 86% у 2020 році та 85% у 2021 році під час пандемії COVID-19.

Фінансування послуг з подолання ТБ

Застій у світі та відхилення від цілей

Скорочення МТД загрожувє прогресу

Досягнення прогресу у зниженні тягаря ТБ вимагає адекватного фінансування послуг з профілактики, діагностики та лікування ТБ, яке підтримується протягом багатьох років. Проте в країнах із низьким та середнім рівнем доходу (LMICs)— на які припадає 99% нових зареєстрованих випадків ТБ щороку — фінансування стояло на місці протягом 5 років, і у 2024 році воно залишалося набагато нижче від необхідного рівня. Скорочення МТД у 2025 році тепер загрожувє стійкості поточного рівня послуг з профілактики, діагностики та лікування ТБ, і робить внутрішнє фінансування в країнах із високим тягарем ТБ важливішим ніж будь-коли. У 2024 році загальне фінансування, доступне LMIC, становило

US\$ 5.9 млрд (у постійних US\$ 2024р),² що становить

¹ Серед цих 88 країн, 82 повідомили про використання 3-місячного щотижневого режиму рифапентину та ізоніазиду, а 28 повідомили про використання 1-місячного щоденного режиму рифапентину та ізоніазиду. Загалом, ці два режими застосовувалися у 73% випадків лікування за схемами на основі рифаміцину.

² Усі суми в цьому підрозділі наведено в US\$ 2024 року. Числа не слід безпосередньо порівнювати з попередніми звітами, оскільки для кожного нового звіту проводяться коригування всієї часової серії з урахуванням інфляції.

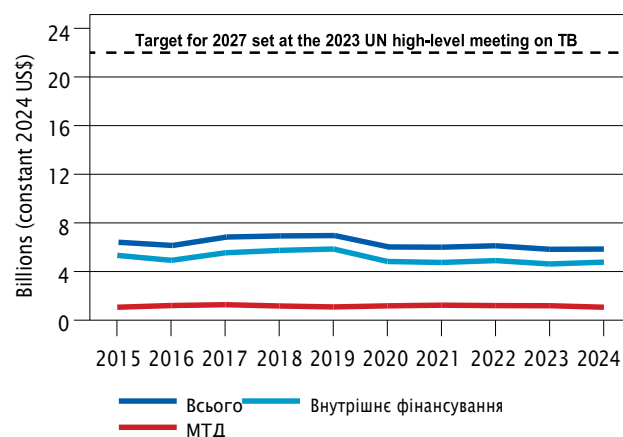
лише 27% від глобальної цілі — досягти 22 млрд дол. США на рік до 2027 року. Рівень фінансування стояв на місці з 2020 року, коливаючись приблизно навколо 6 млрд дол. США на рік.

Протягом 2015–2024 років частка фінансування з внутрішніх та міжнародних джерел у LMIC залишалася відносно стабільною. У 2024 році 82% фінансування послуг з профілактики, діагностики та лікування ТБ надходило з внутрішніх джерел. МТД становило 1,1 млрд дол. США у 2024 році, коливаючись від 1,1 до 1,2 млрд дол. США майже щороку з 2015 року, більшість цього фінансування надходила через гранти Глобального фонду та двостороннє фінансування від USAID⁴

У 2024 році загальна частка фінансування з внутрішніх джерел у LMIC і надалі значною мірою визначалася п'ятьма країнами-учасницями BRICS: Бразилією, рф, Індією, Китаєм та ПАР

Мал. 27

Фінансування послуг з профілактики, діагностики та лікування ТБ у 131 країні з низьким та середнім рівнем доходу за джерелами, 2015–2024 роки



^a Джерела: дані, надані НТП, та оцінки, підготовлені Департаментом ВООЗ з ВІЛ, ТБ, ВГ та інфекцій, що передаються статевим шляхом.

^b Джерела даних, межі, правила обліку та методи оцінки, використані в цьому звіті, відрізняються від системи обліку витрат на охорону здоров'я 2011 року (SHA2011). Тому дані про фінансування ТБ, наведені тут, не сумісні з даними про витрати на захворювання, включно з ТБ, які публікуються в Глобальній базі даних ВООЗ з витрат на охорону здоров'я.

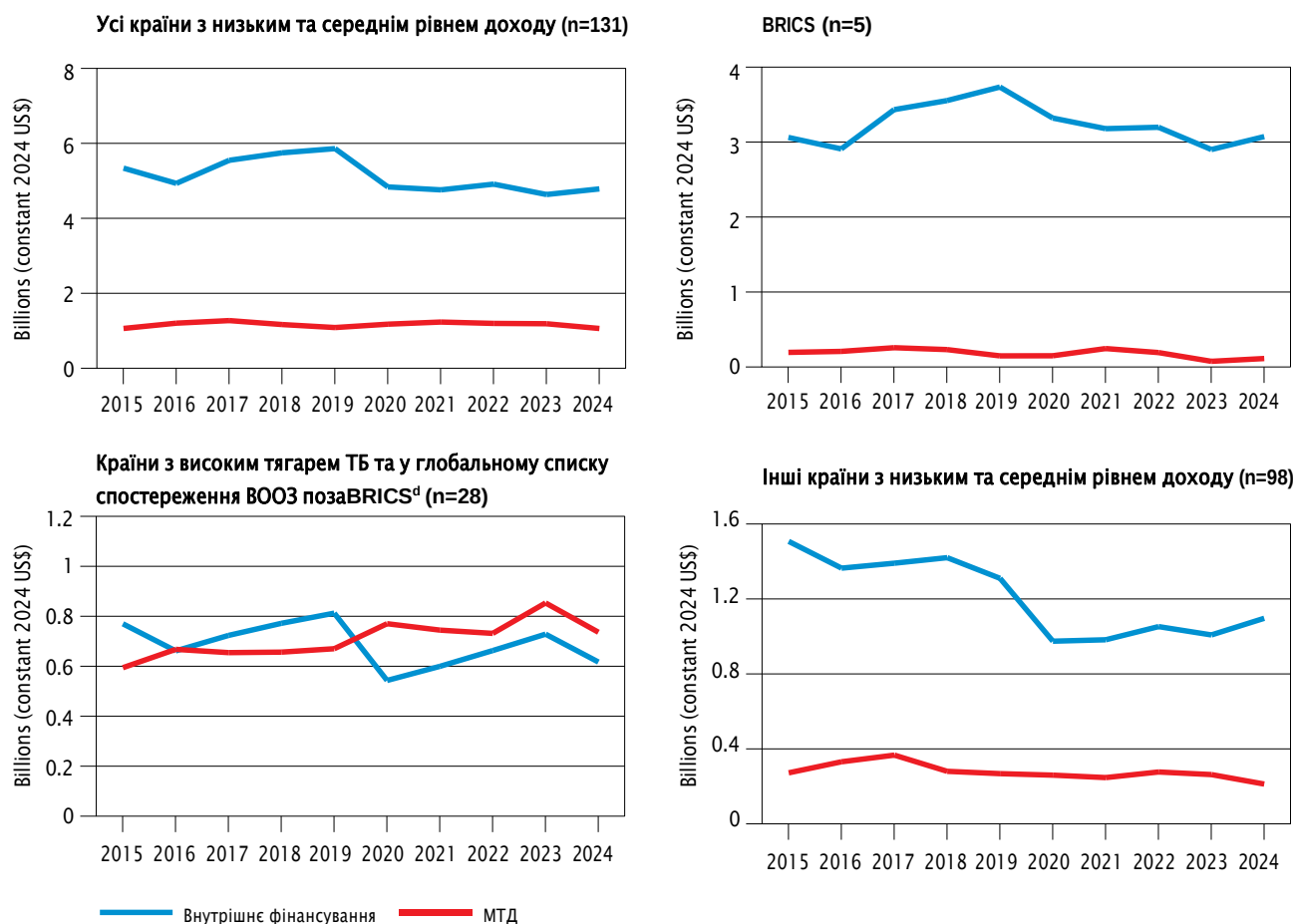
^c Ці 131 країна припадають на 99% глобальної кількості зареєстрованих випадків ТБ у 2024 році.

³ Винятком був 2017 рік, коли фінансування досягло 1,3 млрд дол.США.

⁴ Детальнішу інформацію наведено на веб-сторінках звіту (розділи 4.1 і 4.2).

⁵ У найновішій класифікації країн за групами доходу, опублікованій Світовим банком, рф віднесена до країн із високим рівнем доходу. Вона включена до аналізу для LMIC, оскільки протягом більшої частини періоду 2015–2024 років була країною з доходом вище середнього, перебуває у списку ВООЗ країн із високим тягарем резистентного ТБ та є однією з трьох країн у глобальному списку спостереження ВООЗ по ТБ (Додаток 3).

Фінансування послуг з профілактики, діагностики та лікування ТБ у 131 країні з низьким та середнім рівнем доходу та у трьох інших групах країн,^{a,b} 2015–2024



BRICS: Бразилія, рф, Індія, Китай, ПАР.

^a Джерела: дані, надані НТП, та оцінки, підготовлені Департаментом ВООЗ з ВІЛ, ТБ, ВГ та ІПСШ.

^b Джерела даних, межі, правила обліку та методи оцінки, використані в цьому звіті, відрізняються від системи обліку витрат на охорону здоров'я 2011 року (SHA2011). Тому дані про фінансування ТБ, наведені тут, не сумісні з даними про витрати на захворювання, включно з ТБ, які публікуються в Глобальній базі даних ВООЗ з витрат на охорону здоров'я.

^c Ці 131 країна припадають на 99% глобальної кількості зареєстрованих випадків ТБ у 2024 році.

^d Дві країни зі глобального списку спостереження ВООЗ по ТБ, включені сюди, — Камбоджа та Зімбабве.

Разом ці країни забезпечили 3,1 млрд дол. США (64%) із загальної суми 4,8 млрд дол. США у 2024 році, що надійшла з внутрішніх джерел. Загалом, 96% доступного фінансування у країнах BRICS та все фінансування в Бразилії, Китаї та рф у 2024 році надходило з внутрішніх джерел.

В інших країнах із низьким та середнім рівнем доходу МТД залишалося ключовим (див. Мал. 28). У 2024 році таке фінансування становило 54% від доступного у 26 країнах із високим тягарем ТБ та двох країнах зі глобального списку (Камбоджа та Зімбабве) поза BRICS, а також 63% від доступного фінансування у країнах із низьким рівнем доходу.

У 2025 році рішення уряду США та загальні політичні дії призвели до скорочення МТД, зокрема

у сфері ОЗ загалом і на ТБ зокрема.

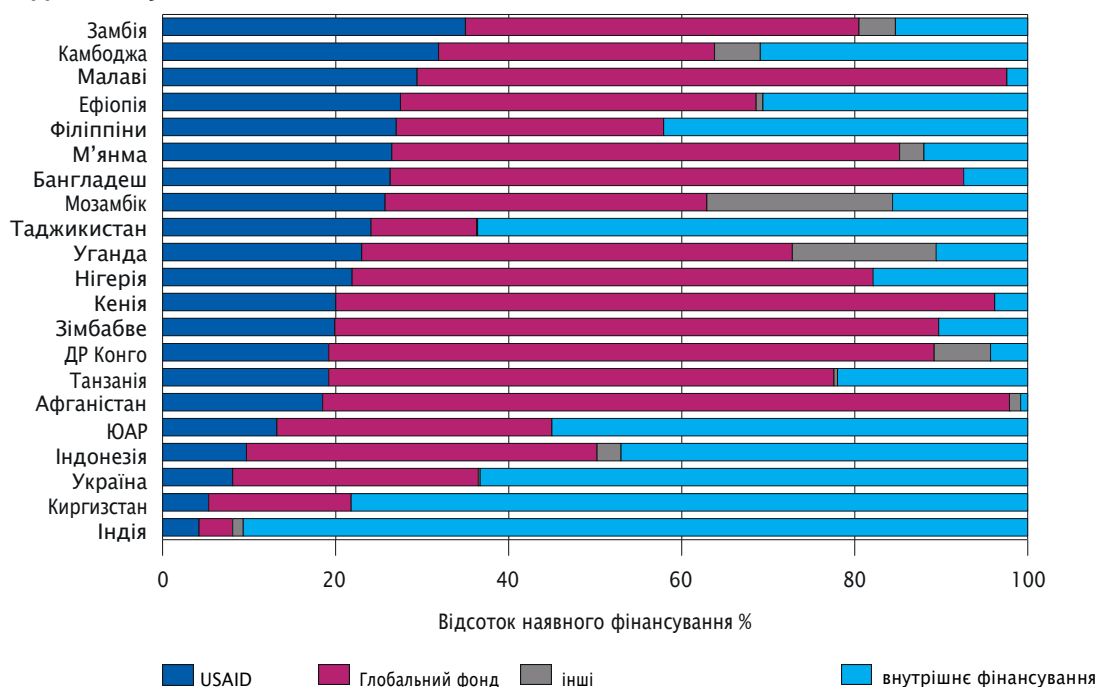
У 2024 році уряд США був найбільшим донором ГФ, забезпечуючи близько третньої частини його фінансування. Він також був найбільшим двостороннім донором для ТБ, надаючи гранти 24 пріоритетним країнам. Через ці два канали уряд США забезпечив приблизно 50% міжнародного донорського фінансування ТБ у період 2015–2024 років.²

У 2025 році ГФ передбачив скорочення внесків через зміни в структурі фінансування глобальної охорони здоров'я та запропонував країнам призупинити або відтермінувати діяльність як перший крок. Станом на липень 2025 року фінансування на грантовий цикл 2024–2026 років було скорочено на

¹ Термін BRICS тут використовується лише для позначення п'яти оригінальних членів групи BRICS, з урахуванням того, що ця група була розширена у 2024 році і станом на 2025 рік включає 11 країн.

² Ця ілюстрація базується на комплексному аналізі міжнародного донорського фінансування туберкульозу на основі звітів донорів до Організації економічного співробітництва та розвитку (OECD). Графік, що показує частки внесків країн-членів OECD, представлено на вебсторінках звіту (розділ 4.2)

Джерела наявного фінансування для послуг з профілактики, діагностики та лікування ТБ у 2024 році для 21 країни, які повідомили про отримання грантів ГФ та фінансування від USAID у 2024



USAID: Агентство США з міжнародного розвитку.

^a Внутрішнє фінансування на цьому графіку базується на даних, наданих НТП, які зазвичай не включають фінансові витрати, пов'язані з стаціонарним та амбулаторним лікуванням під час лікування ТБ.

^b Є ще три країни, які були пріоритетами USAID щодо двостороннього фінансування ТБ у 2024 році, для яких дані були недоступні: Пакистан, Узбекистан і В'єтнам.

1,4 млрд дол. США, що становить 11% від початкового розподілу.

Ще зарано робити надійну оцінку внутрішнього та міжнародного донорського фінансування відповіді на ТБ у 2025 році.¹ Однак частка фінансування НТП у 2024 році, яка надходила через двосторонні гранти USAID, гранти ГФ та внутрішні джерела у країнах, пріоритетних для США щодо ТБ, дає гарне уявлення про те, наскільки зміни у двосторонньому фінансуванні США та скорочення грантів ГФ можуть вплинути на загальний рівень фінансування у 2025 році.

У 2024 році двостороннє фінансування США складало 20% або > від загального доступного фінансування, яке повідомляли НТП, у 13 пріоритетних для США країнах щодо ТБ, при цьому найвища частка (> 30%) була у Замбії та Камбоджі (див. Рис. 29). Майже всі країни, що отримували двосторонні гранти США на ТБ у 2024 році, також значною мірою залежали від грантів ГФ (головним винятком була Індія). Моделювання вже було використано для оцінки того, як скорочення МТД для подолання ТБ у цих країнах та інших LMICs **Може вплинути на кількість людей, які захворіють**

на ТБ та кількість смертей від ТБ (35–38). Оцінки впливу включають:

- ▶ близько півмільйона додаткових смертей та 1,4 млн додаткових випадків у період 2025–2035, якщо фінансування USAID не буде відновлено, збільшуючись приблизно до 2 млн додаткових смертей та 5 млн додаткових випадків, коли врахувати також скорочення внесків до ГФ (36);³
- ▶ близько 0,1 млн додаткових смертей та 0,6 млн додаткових випадків у період 2025–2030 внаслідок скорочень фінансування США, якщо перебої в наданні послуг триватимуть лише 3 місяці і фінансування буде відновлено, з можливим збільшенням до приблизно 2 млн додаткових смертей та 10 млн додаткових випадків, якщо фінансування США не буде відновлено або замінено, а перебої в послугах затягнуться (37).⁴

За оцінками ВООЗ, перебої у діагностиці та лікуванні ТБ під час пандемії COVID-19 призвели приблизно до 700 000 додаткових смертей від ТБ у 4-річний період 2020–2023 років (23).

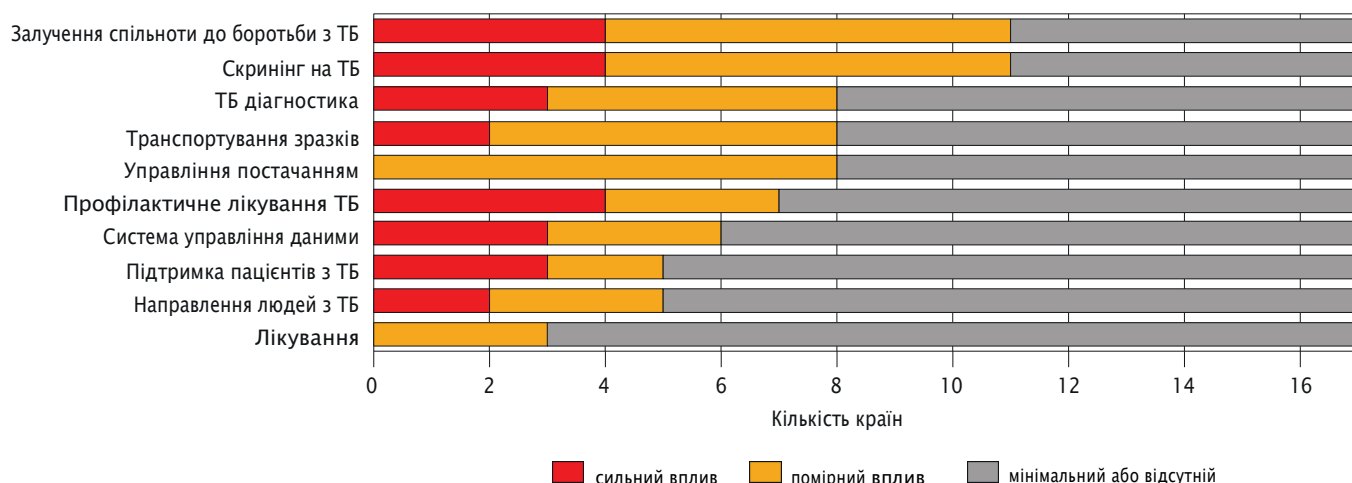
² Це порівнюється зі сценарієм, за якого рівень фінансування 2024 року зберігається.

³ Ці оцінки зроблено для 79 країн, які разом відповідають приблизно за 90% глобальної захворюваності на ТБ.

⁴ Ці оцінки зроблено для 26 країн із високим тягарем ТБ, які разом відповідають приблизно за 80% глобальної захворюваності на ТБ.

¹ Дані про загальну суму фінансування відповіді на ТБ у 2025 році, за джерелами фінансування та категоріями витрат, будуть зібрані ВООЗ у наступному (2026) кроці глобального збору даних по ТБ (Додаток 2)

Заявлений вплив на послуги з лікування ТБ та пов'язані системи підтримки у 2025 році для 17 країн, які повідомили про отримання грантів ГФ та фінансування від USAID, 2024



^a Станом на серпень 2025 року інформація була відсутня для чотирьох із 21 країни, показаних на Рис. 29. Дані було отримано від офісів ВООЗ у країнах у період з квітня по серпень 2025 року.

Важливим чинником, що впливає на моделювання прогнозів, є припущення, що скорочення фінансування призведе до пропорційного зменшення доступу до лікування.¹

З огляду на потенційний вплив скорочення фінансування на к-сть людей, які захворіють на ТБ, та смертей від ТБ, важливо відстежувати, як послуги з надання допомоги при ТБ зазнають впливу на практиці. У 2025 році ВООЗ збирала інформацію від країн про те, як послуги з надання допомоги при ТБ та пов'язані системи підтримки зазнають впливу, приділяючи особливу увагу країнам (показаним на рис. 29), які у 2024 році отримували як двостороннє фінансування США, так і гранти ГФ. ВООЗ також продовжує запитувати країни надавати попередні дані про випадки ТБ щомісяця або щокварталу (39), використовуючи систему, створену у 2020 році для моніторингу впливу порушень, пов'язаних із COVID-19; ці дані можуть надавати ранні сигнали того, чи відбуваються порушення діагностики та лікування. І знову, особлива увага приділяється країнам, які у 2024 році отримували як двостороннє фінансування, так і гранти ГФ.

Станом на серпень 2025 року найчастіше повідомлювані наслідки для послуг та систем підтримки стосувалися залучення громад до подолання ТБ, скринінгу на ТБ, діагностики ТБ, транспортування зразків та управління ланцюгами постачання; про помірний або серйозний вплив повідомили вісім або більше з 17 країн, які надали інформацію. Лише кілька країн повідомили, що послуги з лікування ТБ зазнали впливу (рис. 30). Щодо НТП зокрема, понад половина з 17 країн повідомили про вплив на технічну підтримку (наприклад, роботу національних консультантів), діяльність із менеджменту та нагляду,

кадрове забезпечення, закупівлю діагностичних матеріалів, періодичні обстеження (зокрема національні обстеження поширеності туберкульозу, національні дослідження лікарської стійкості та національні дослідження витрат домогосподарств, яких торкнувся ТБ), огляди програм та розробку національних стратегічних планів.²

Попередні щомісячні та щоквартальні дані про повідомлення випадків ТБ, доступні за перші 6 місяців 2025 року, свідчать про неоднорідну картину, яка потребуватиме подальшої уваги (Рис. 31). До країн, де зафіксовано зниження кількості повідомлень понад те, що можна було б очікувати на основі нещодавніх тенденцій, належать Камбоджа, Кенія, Мозамбік та Уганда.

У 2025 році Нігерія та ПАР є прикладами країн із

високим тягарем ТБ, які збільшили обсяги внутрішнього фінансування ТБ, щоб компенсувати втрату МТД. Відмінності в частці фінансування з внутрішніх джерел у межах однієї групи доходів свідчать про те, що існує потенціал для збільшення внутрішнього фінансування в деяких інших країнах із високим тягарем ТБ та країнах зі списку спостереження за ТБ. Надійні національні стратегічні плани з ТБ із належним бюджетуванням повинні забезпечити основу для мобілізації вн. ресурсів; країни взяли на себе зобов'язання щодо таких планів на другому високому рівні засіданні ООН з питань ТБ у 2023 році (Таблиця 2). Керівництво ВООЗ з національного стратегічного планування доступне (40), а модуль з ТБ в Інтегрованому інструменті ОЗ для планування та бюджетування (онлайн) може використовуватися як для складання бюджету, так і для оптимізації розподілу та використання ресурсів.

¹ У моделях це відображається як зниження показника діагностики та початку лікування на душу населення.

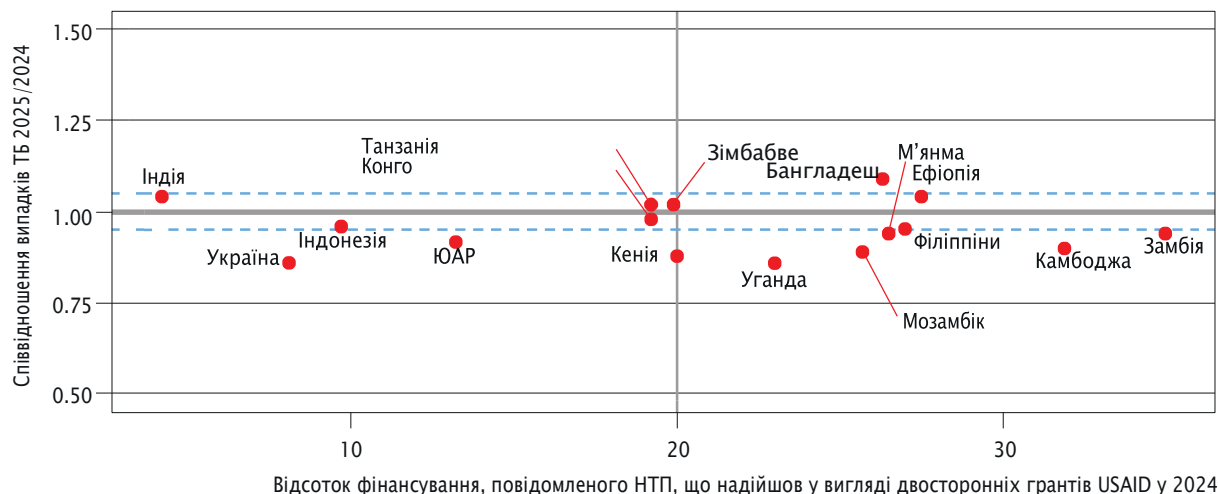
² Більш детальна інформація наведена в одній із «особливих тем» на веб-сторінках звіту.

³ Більш детальна інформація наведена на веб-сторінках звіту (розділ 4.1)

МАЛ. 31

Попередня кількість повідомлених випадків нових діагнозів ТБ у 2025 році (відносно 2024 року) порівняно з часткою фінансування ТБ, що надавалася через двосторонні гранти USAID у 2024 році, для 16 країн, які повідомили про отримання грантів ГФ та двостороннього фінансування від USAID у 2024 році.

На осі Y значення нижче 1 означають меншу кількість повідомлень про випадки ТБ у 2025 році порівняно з 2024 роком, а значення вище 1 — навпаки. Порівняння стосується перших шести місяців 2024 та 2025 років. Горизонтальні пунктирні лінії позначають рівні +5% і -5% відносно 2024 року.



^a Дані про сповіщення, надані ВООЗ станом на 8 жовтня 2025 року, були використані. 3 21 країни, яка надала відповідні дані про фінансування (рис. 29), попередні дані про сповіщення за 2025 рік не були доступні для Афганістану, Киргизстану, Малаві, Нігерії та Таджикистану.

УОПОЗ та витрати домогосподарств, постраждалих від ТБ

Потрібен швидший прогрес, ціль щодо ТБ відстає

Глобальні цілі зі зниження тягаря ТБ можна досягти лише за умови, що послуги з профілактики, діагностики та лікування ТБ надаються в рамках прогресу до УОПОЗ. Наприклад, коли Стратегію «Покласти край ТБ» ухвалили у 2014 році, було оцінено, що для досягнення цілі 2025 року – зниження смертності від ТБ на 75% порівняно з 2015 роком — потрібно зменшити показник летальності від ТБ до 6,5% до 2025 року.¹ Такий низький показник летальності можливий лише за умови, що кожна людина з ТБ зможе своєчасно отримати доступ до діагностичних та лікувальних послуг.

УОПОЗ означає, що кожна людина може отримати необхідні їй медичні послуги, не зазнаючи фінансових труднощів (41). У рамках ухвалення ЦСР всі країни взяли на себе зобов'язання досягти УОПОЗ до 2030 року: Ціль 3.8: «Досягти УОПОЗ, включно із фінансовим захистом, доступом до якісних базових медичних послуг та доступом до безпечних, ефективних, якісних і доступних основних ЛЗ та вакцин для всіх» (1). Два показники, які використовуються для моніторингу прогресу щодо цієї цілі, — це індекс охоплення послугами УОПОЗ (SCI) (Показник 3.8.1) та % населення, яке зазнає «великих» витрат домогосподарства на ОЗ

відносно загальних витрат або доходу домогосподарства (Показник 3.8.2).²

SCI може набувати значень від 0 (найгірше) до 100 (найкраще); на сьогодні він розраховується за допомогою 14 індикаторів, одним із яких є охоплення лікуванням ТБ. У моніторингу Показника 3.8.2, який здійснюють ВООЗ і Світовий банк, прямі витрати домогосподарств на медичну допомогу з власної кишені, що перевищують 10% річних витрат або доходу домогосподарства, класифікуються як «катастрофічні» (41–43). Станом на вересень 2025 року оцінки SCI на глобальному, регіональному та національному рівнях були доступні за період 2000–2021, а оцінки частки населення, що зіштовхується з катастрофічними витратами на охорону здоров'я, були доступні на глобальному, регіональному та рівні груп країн за рівнем доходів за період 2000–2019 (42, 43).^{3,4} У всьому світі значення SCI зросло з 45 (із 100) у 2000 році до 68 у 2019 році та залишалося на цьому рівні у 2021 році. Більшість прогресу відбулася в період з 2000 по 2015 рік і була зумовлена передусім покращенням охоплення послугами у сфері інфекційних захворювань

² Показник 3.8.2 відображає фін. труднощі, а не фін. бар'єри для доступу до мед. допомоги. Необхідність робити витрати з власної кишені може відлякувати багатьох людей від звернення за медичною допомогою.

³ З цієї причини оцінки в цьому розділі базуються на даних, опублікованих станом на вересень 2025 року.

⁴ Визначення Показника ЦСР 3.8.1 та Показника ЦСР 3.8.2 були оновлені в березні 2025 року; оновлені оцінки заплановано опублікувати в грудні 2025 року.

¹ Це відбувалось разом із зменшенням захворюваності на ТБ на 50%. Оцінений показник летальності у 2024р. – 11,5%.

(за дуже обмежених змін в інших напрямках надання послуг). На регіональному рівні значення SCI зросли в усіх шести регіонах ВООЗ у період із 2000 по 2019 рік; найбільший абсолютний прогрес спостерігався в Регіоні Східного Середземномор'я (з 30 до 62) та Західно-тихоокеанський регіон (з 49 до 79). Збільшення також відбулося в усіх 4-ьох групах за рівнем доходу Світового банку. У більшості регіонів ВООЗ і груп країн за рівнем доходу прогрес призупинився між 2019 і 2021 роками. У 2021 році найвищі значення мали Європейський регіон (81) і Регіон Америки (80); найнижче значення було в Африканському регіоні (44).

Серед 30 країн з високим тягарем ТБ більшість демонстрували прогрес у сфері охоплення послугами в період із 2000 по 2019 рік. Найбільше зростання (понад +30 пунктів індексу) спостерігалось в Китаї, Індії, М'янмі, Таїланді та В'єтнамі. Проте, як і на глобальному та регіональному рівнях, у більшості країн прогрес зупинився або навіть відкотився назад під час пандемії COVID-19. У 2021 році країнами з високим тягарем ТБ, що мали найвищі значення SCI (близько 80), були Бразилія, Китай і Таїланд; більшість інших країн мали показники в межах приблизно від 40 до 60 (рис. 32).

На відміну від покращення SCI, частка населення, яке зазнавало катастрофічних прямих витрат на охорону здоров'я, погіршилася в період між 2010 та 2019 роками: зросла з 11,4% (794 млн людей) у 2010 році до 13,5% (1,04 млрд людей) у 2019 році. На регіональному рівні вищі значення у 2019 році порівняно з 2010 роком були оцінені для всіх регіонів ВООЗ, крім Регіону Америки.

Національні показники частки населення, яке зазнає катастрофічних прямих витрат на охорону здоров'я, доступні для різних років і демонструють значно більшу географічну варіабельність, ніж SCI, зокрема в межах окремих регіонів. Серед 30 країн з високим тягарем ТБ особливо високі рівні катастрофічних витрат ($\geq 15\%$ населення) зафіксовані в таких країнах: Ангола, Бангладеш, Китай, Індія, Нігерія, Сьєрра-Леоне та Уганда.

Показники для обох індикаторів у 30 країнах з високим тягарем ТБ свідчать, що більшості з них ще далеко до досягнення ЦСР щодо УОПОЗ (рис. 32). Єдина країна, яка суттєво вирізняється – Таїланд, де одночасно зафіксовано дуже високий показник SCI — 82 у 2021 році та дуже низьку частку домогосподарств із катастрофічними витратами на охорону здоров'я — 2,0%. У Таїланді ще у 2002 році було запроваджено Universal Coverage Scheme, яка гарантує чітко визначений пакет медичних послуг усім громадянам, що не були охоплені іншими формами медичного страхування. Схема фінансується переважно з внутрішніх ресурсів і спирається на сильну систему ПМД, що й забезпечує високий рівень доступності та фінансового захисту населення.

Щоб досягти УОПОЗ, необхідно суттєво збільшити інвестиції в ОЗ. У період із 2000 по 2022 рік,²

у невеликій кількості країн із високим тягарем ТБ, особливо в країнах із доходом вище середнього — Бразилії, Китаї, ПАР та Таїланді, спостерігалися значні зростання витрат на ОЗ на душу нас. (зі всіх джерел). Значні збільшення також відбулися в декількох країнах із доходом нижче середнього: Бангладеш, Індія, Індонезія, Кенія, Лесото, Монголія, М'янма, Філіппіни та В'єтнам. Витрати на ОЗ зростали в більшості країн із низьким рівнем доходу та високим тягарем ТБ, особливо помітно в ЦАР, Ефіопії, Ліберії та Мозамбіку, хоча й із набагато нижчих початкових рівнів.³

Беручи до уваги важливість УОПОЗ для досягнення цілей зі зниження захворюваності та смертності від ТБ, Стратегія «Покласти край ТБ» включала третю ціль — зменшення фінансових бар'єрів для доступу до діагностики та лікування ТБ, з якими стикаються люди з ТБ та їхні домогосподарства (Блок 2). Ціль полягає в тому, щоб жодне домогосподарство, постраждало від ТБ, не зазнавало катастрофічних загальних витрат (що включають прямі медичні витрати, немедичні витрати та непрямі витрати, наприклад, втрату доходу), які визначаються як загальні витрати, що перевищують 20% річного доходу домогосподарства. Основні відмінності між цим специфічним показником для ТБ та показником ЦСР щодо УОПОЗ для витрат домогосподарств на охорону здоров'я (Показник 3.8.2) пояснені в Блоці 3.

У період із 2015 по серпень 2025 року 42 країни провели національне опитування щодо витрат, з якими стикаються люди, що лікуються від ТБ, та їхні домогосподарства; серед цих 42 країн 40 (у т.ч 20 із 30 країн із високим тягарем ТБ та 2 із 3 країн зі світового списку спостереження за ТБ) подали результати. У 2024 році повторні опитування було проведено в Молдові та В'єтнамі, а збір даних для повторного опитування тривав у Бразилії та Танзанії. Середні загальні витрати (у постійних цінах США 2024 року), що понесли люди, які лікувалися від ТБ, та їхні домогосподарства, коливалися від 78 дол. США (95% ДІ: 62–97 дол. США) у Гамбії до 3800 дол. США (95% ДІ: 3040–4560 дол. США) у Монголії. Відсоток домогосподарств, постраждалих від ТБ, які зазнавали катастрофічних загальних витрат, коливався від 13% (95% ДІ: 10–17%) в Сальвадорі до 92% (95% ДІ: 86–97%) на Соломонових Островах; середнє значення для всіх 40 країн, зважене за кількістю зареєстрованих випадків у кожній країні, становило 47% (95% ДІ: 37–58%) (рис. 33). Серед 37 країн, що надали розподілені дані, частка домогосподарств, які зазнавали катастрофічних загальних витрат, була значно вищою для ЛС-ТБ, з середнім показником 82% (95% ДІ: 71–93%). Результати опитувань були використані для розробки підходів до фінансування ОЗ, надання послуг та

³ Додаткові відомості наведено на вебсторінках звіту (розділ 5.1).

⁴ Див. Додаток 3.

⁵ Результати опитувань у Беніні та Китаї не були подані до ВООЗ.

⁶ Усі значення приведено до спільного року цін (постійні ціни США 2024 року) для забезпечення порівняльності між опитуваннями.

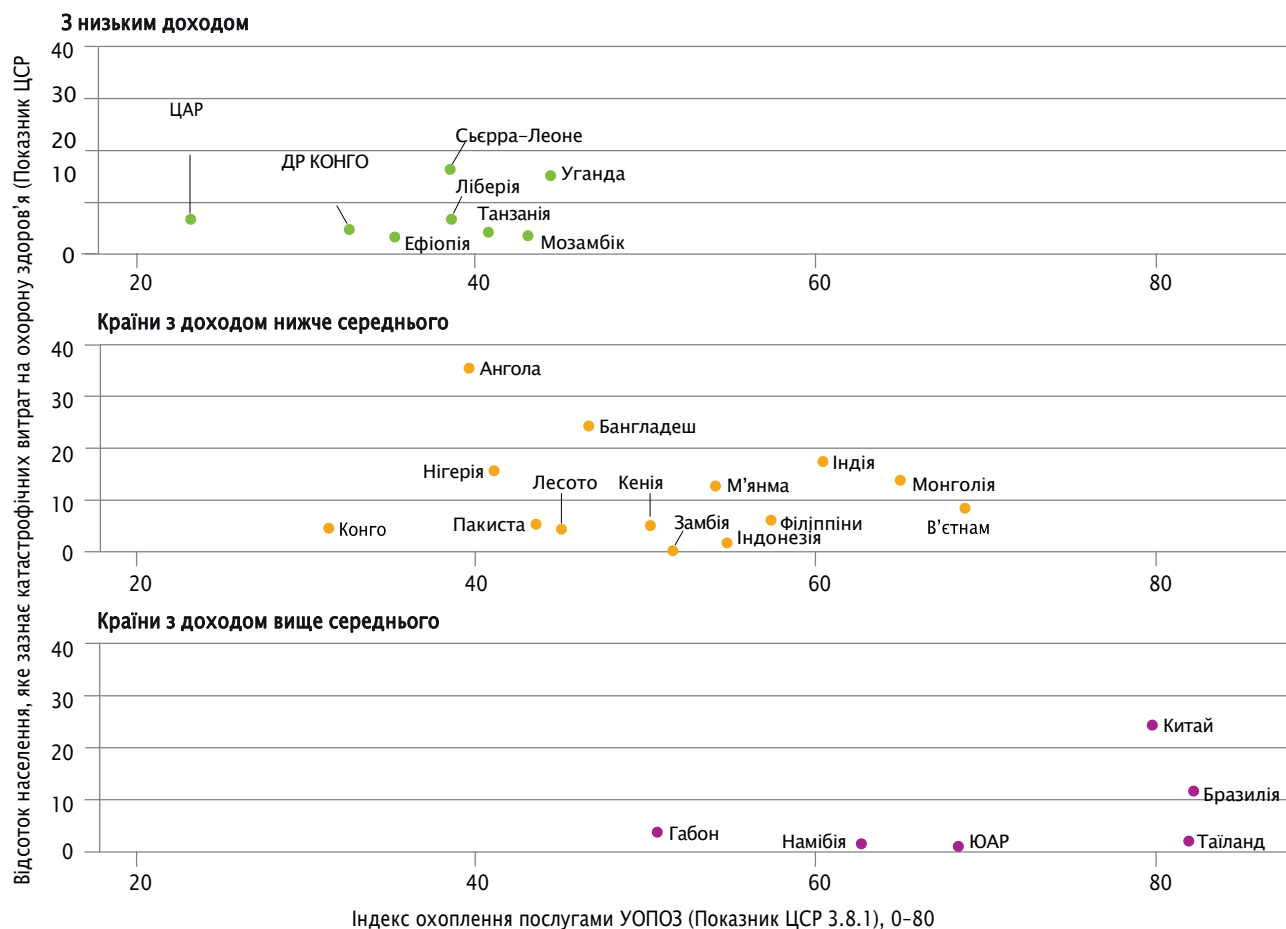
⁷ Додаткові відомості наведено на вебсторінках звіту (розділ 5.2)

¹ Категорії, які використовує ВООЗ для моніторингу SCI, такі:

«дуже високий» (≥ 80), «високий» (60–79) та «середній» (40–59).

² 2022 рік — останній рік, для якого наразі доступні дані.

Індекс охоплення послугами УОПОЗ (Показник ЦСР 3.8.1)^a та % населення, яке зазнає катастрофічних витрат на охорону здоров'я (Показник ЦСР 3.8.2)^b 30 країн із високим тягарем ТБ,^c стратифікованих за групами доходу^d



^a Індекс охоплення послугами УОПОЗ (SCI) може набувати значень від 0 (найгірше) до 100 (найкраще) і розраховується за 14 індикаторами, одним із яких є охоплення лікуванням ТБ. Значення SCI наведено для останнього доступного року, для якого є дані по Показнику ЦСР 3.8.2, і базуються на інтерполяції між наявними даними за 2000–2021 роки.

^b Катастрофічні витрати визначені у 2017 році як витрати, що перевищують 10% від загального споживання або доходу домогосподарства. Найновіші доступні дані для 30 країн із високим тягарем ТБ охоплюють період 2007–2021 роки.

^c Дані по Показнику ЦСР 3.8.2 відсутні для КНДР та Папуа Нової Гвінеї.

^d Класифікація наведена для останнього року, для якого доступні дані по Показнику 3.8.2. Джерело: Global Health Observatory (<https://www.who.int/data/gho>).

соціального захисту, які зменшують ці витрати (45, 46). Вони також були використані для отримання модельних оцінок загальних витрат домогосподарств, постраждалих від ТБ, в інших країнах (47).

Багатосекторальні дії та підзвітність

Охоплення соціальним захистом є недостатнім Недоїдання та ЦД — провідні детермінанти ТБ

Досягнення глобальних цілей зі зниження тягара ТБ потребує багатосекторальних дій, спрямованих на пом'якшення або усунення бар'єрів у доступі до основних послуг з ТБ та на подолання соціальних детермінант, які впливають на передачу ТБ та сприйнятливість до розвитку хвороби. На другій Нараді високого рівня ООН з питань ТБ

у 2023 році держави-члени ухвалили ціль, згідно з якою кожна людина з ТБ повинна мати доступ до пакета медичних і соціальних послуг до 2027 року (Таблиця 1), та зобов'язалися зміцнювати багатосекторальні дії та підзвітність (Таблиця 2), зокрема через використання підходу WHO MAF-TB (48)¹.

Докази щодо охоплення соціальним захистом надає ІЛО. Хоча ці дані стосуються загального населення, а не спеціально людей з ТБ, вони дають чітке уявлення про загальний рівень соцзахисту, зокрема й у країнах із високим тягарем ТБ. За оцінками, 52% населення світу охоплено хоча б однією соціальною виплатою

¹ Для підтримки використання MAF-TB на національному рівні ВООЗ опублікувала чекліст для оцінки ситуації, операційний посібник та приклади кращих практик (49–51).

Блок 3. Різниця між «катастрофічними загальними витратами» для домогосподарств, постраждалих від ТБ, та показником ЦСР щодо УПОЗ, пов'язаним із витратами домогосподарств на охорону здоров'я

Важливо розрізняти Показник ЦСР 3.8.2, «частку населення з великими витратами домогосподарства на ОЗ як частку від загальних витрат або доходу домогосподарства», та «% домогосподарств, постраждалих від ТБ, які стикаються з катастрофічними загальними витратами через ТБ», який є показником у рамках Стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ».

Показник ЦСР стосується загального населення. Витрати домогосподарства на ОЗ визначаються як прямі витрати на здоров'я всіх членів домогосподарства, які звертаються за будь-яким видом медичної допомоги (профілактичною, лікувальною, реабілітаційною або довготривалою) для будь-якого захворювання, у будь-якому типі медичного закладу (амбулаторно, стаціонарно або вдома). До них включаються як офіційні, так і неформальні витрати. Цей показник намагається оцінити вплив витрат домогосподарства на ОЗ на здатність домогосподарства витратити кошти на інші базові потреби.

Знаменник загальної популяції включає багатьох людей, які не мали контакту з системою ОЗ і, відповідно, не мали витрат на ОЗ. Хоча ці люди не зазнали фінансових труднощів через прямі витрати на медичну допомогу, вони все одно могли стикатися з фінансовими бар'єрами для доступу до необхідних медичних послуг. Тому показник ЦСР не можна використовувати як міру фінансових бар'єрів для доступу до охорони здоров'я.

Через характер захворювання люди з ТБ та їхні домогосподарства можуть стикатися з значними прямими та непрямими фінансовими і економічними витратами. Вони створюють бар'єри, які суттєво впливають на здатність отримати діагностику та лікування, а також успішно завершити лікування.

Витрати, включені до специфічного показника для ТБ, охоплюють не лише прямі медичні платежі за діагностику та лікування, але й прямі немедичні витрати (напр., на транспорт і проживання) та непрямі витрати (наприклад, втрата доходу). На відміну від Показника ЦСР 3.8.2, специфічний показник для ТБ обмежується конкретною популяцією: людьми, у яких діагностовано ТБ і які користуються медичними послугами в мережах НТП.

У зв'язку з цими концептуальними відмінностями, % домогосподарств, постраждалих від ТБ, що стикаються з «катастрофічними загальними витратами» (визначеними як прямі та непрямі витрати, що перевищують 20% річного доходу домогосподарства), очікувано буде значно вищим, ніж відсоток загального населення, яке стикається з катастрофічними витратами на ОЗ. Тому ці два показники не можна і не слід порівнювати безпосередньо

у 2015 році)¹, але спостерігається значна міжкраїнова варіація (Рис. 34). Охоплення тісно пов'язане з рівнем доходів: від середнього 9,7% у країнах з низьким доходом до 86% у країнах з високим доходом. Серед 30 країн із високим тягарем ТБ частка населення, охопленого принаймні однією соціальною виплатою, варіює від 3,1% в Уганді до 94% у Монголії; у 19 із цих країн цей показник нижчий за 50%.

Коли значення по країнах щодо частки людей, охоплених хоча б однією соціальною виплатою, визначаються відповідно до частки кожної країни у світовій кількості вперше діагностованих і зареєстрованих випадків ТБ у 2024 році, світовий середній показник становить 44%. Такий зважений середній показник є більш «чутливим до ТБ» глобальним індикатором охоплення соціальним захистом.

У липні 2025 року держави-члени ООН у «Севільській декларації» (52) визнали необхідність посилення зусиль для покращення рівня соцзахисту. У рамках цієї декларації взято зобов'язання розширювати фін. можливості для соцзахисту з метою збільшення охоплення щонайменше на 2 % на рік у країнах, де соцзахист ще не є універсальним.

Багато нових випадків ТБ пов'язано з 5-ма факторами ризику: недоїданням, цукровим діабетом, розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю,

курінням (особливо серед чоловіків) та ВІЛ-інфекцією (Рис. 35) (53–56).^{2,3} Для вирішення цих та інших детермінант ТБ, таких як ВВП на душу населення (Рис. 36) та бідність, необхідні багатосекторальні дії.⁴

Статус прогресу в посиленні багатосекторальної підзвітності щодо подолання ТБ на національному рівні можна оцінити за допомогою даних, які доступні для 3-ьох ключових елементів MAF-ТБ: багатосекторальні огляди прогресу в подоланні ТБ та відповідні рекомендації щодо дій, включаючи представництво громадянського суспільства та уражених громад; підготовка щорічного звіту про ТБ для інформування огляду на високому рівні; та залучення різних секторів уряду до подолання ТБ.

У 2025 році 90 країн повідомили, що мають механізм багатосекторального огляду, включно з 19 із 30 країн із високим тягарем ТБ. У 73 країнах ці механізми мали представництво громадянського суспільства та постраждалих спільнот, включно з 19 із 30 країн із високим тягарем ТБ.

Усього 110 країн повідомили, що вони публікують

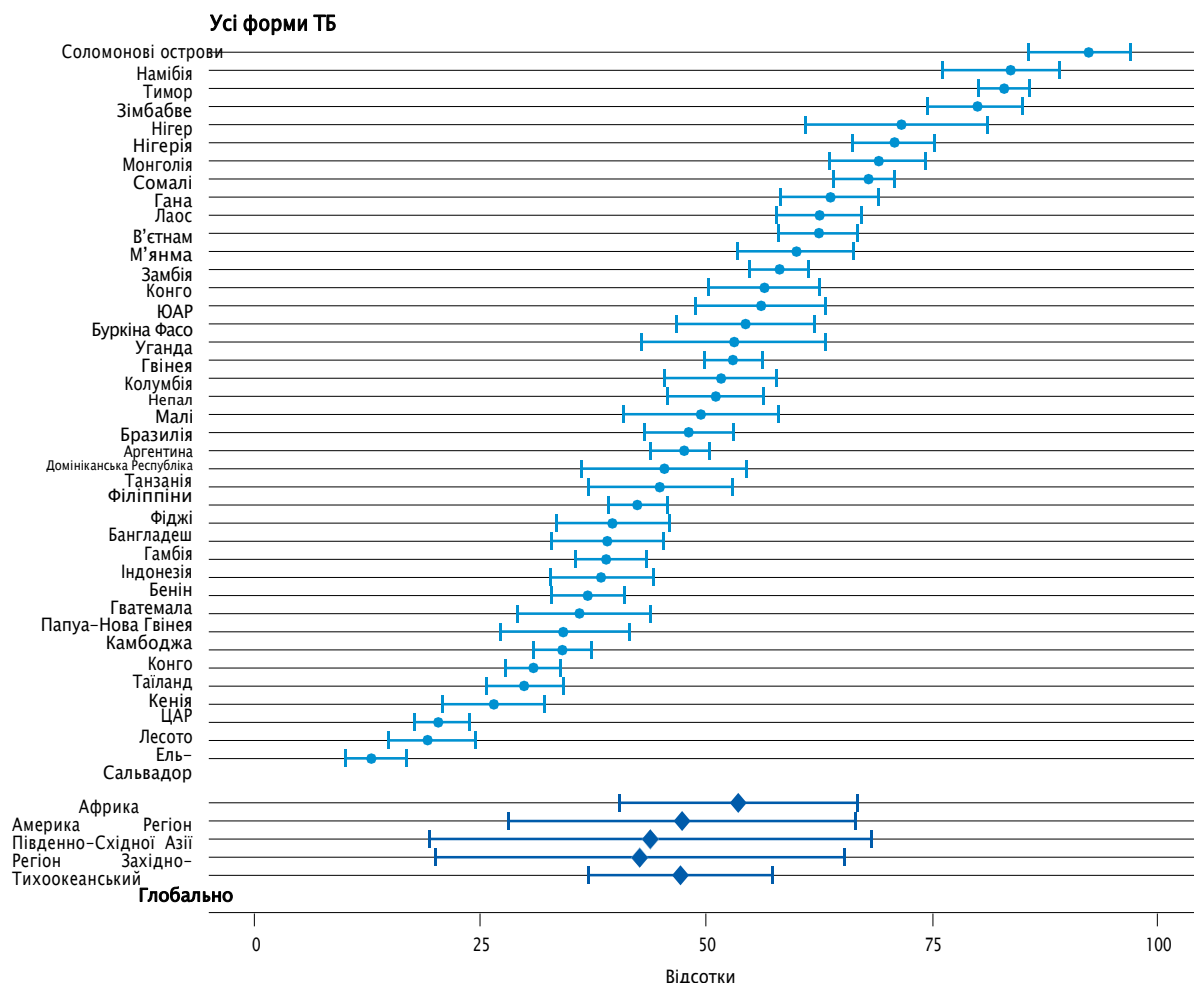
² Джерела даних, використані для складання оцінок, включають наукові статті (53–56), базу даних ЦСР Світового банку, WHO GHO та WHO World Health Data Hub.

³ Оцінки для діабету були переглянуті в бік збільшення після появи новіших оцінок поширеності ЦД серед загального населення (57).

⁴ Цілі та показники ЦСР, що пов'язані з рівнем захворюваності на ТБ, описані в Додатку 5.

¹ Ця оцінка базується на даних за останній доступний рік у кожній країні, який варіює від 2019 до 2025 року.

Оцінки частки осіб, які лікуються від ТБ, та їхніх домогосподарств, що стикаються з катастрофічними загальними витратами (середнє значення та довірчі інтервали), національні опитування, проведені у 2015-2025^b



^a Визначено як прямі медичні витрати, прямі немедичні витрати та непрямі витрати (наприклад, втрати доходу), що перевищують 20% річного доходу домогосподарства. Цей показник не збігається з показником ЦСР щодо катастрофічних витрат на охорону здоров'я; додаткові пояснення наведено в Рамці 3.

^b Відсотки наведено для 40 національних опитувань, які завершено та для яких опубліковано дані. Дані не були доступні для Китаю та Молдови.

щорічний звіт з ТБ про прогрес у досягненні національних цілей та зобов'язань, пов'язаних із ТБ, включно з 22 із 30 країн із високим тягарем ТБ.

Позаздоровничий сектор активно залучався в таких урядових сферах: освіта (42% країн), оборона (34%), правосуддя (27%) та соціальний розвиток (25%). Існує значний потенціал для збільшення залучення цих ключових секторів та інших.

ВООЗ також рекомендує, щоб країни проводили базову оцінку MAF-TB, а потім використовували результати для розробки плану впровадження MAF-TB. У 2025 році 60 країн повідомили, що вони завершили базову оцінку MAF-TB, а 64 країни повідомили, що розробили план впровадження MAF-TB. Усього 31 країна, включно з 12 країнами з високим тягарем ТБ, мала всі п'ять ключових елементів MAF-TB. Тобто вони мали багатосекторальний механізм перегляду, залучення громадянського суспільства та постраждалих громад до механізму перегляду,

щорічний звіт, базову оцінку та план реалізації.¹

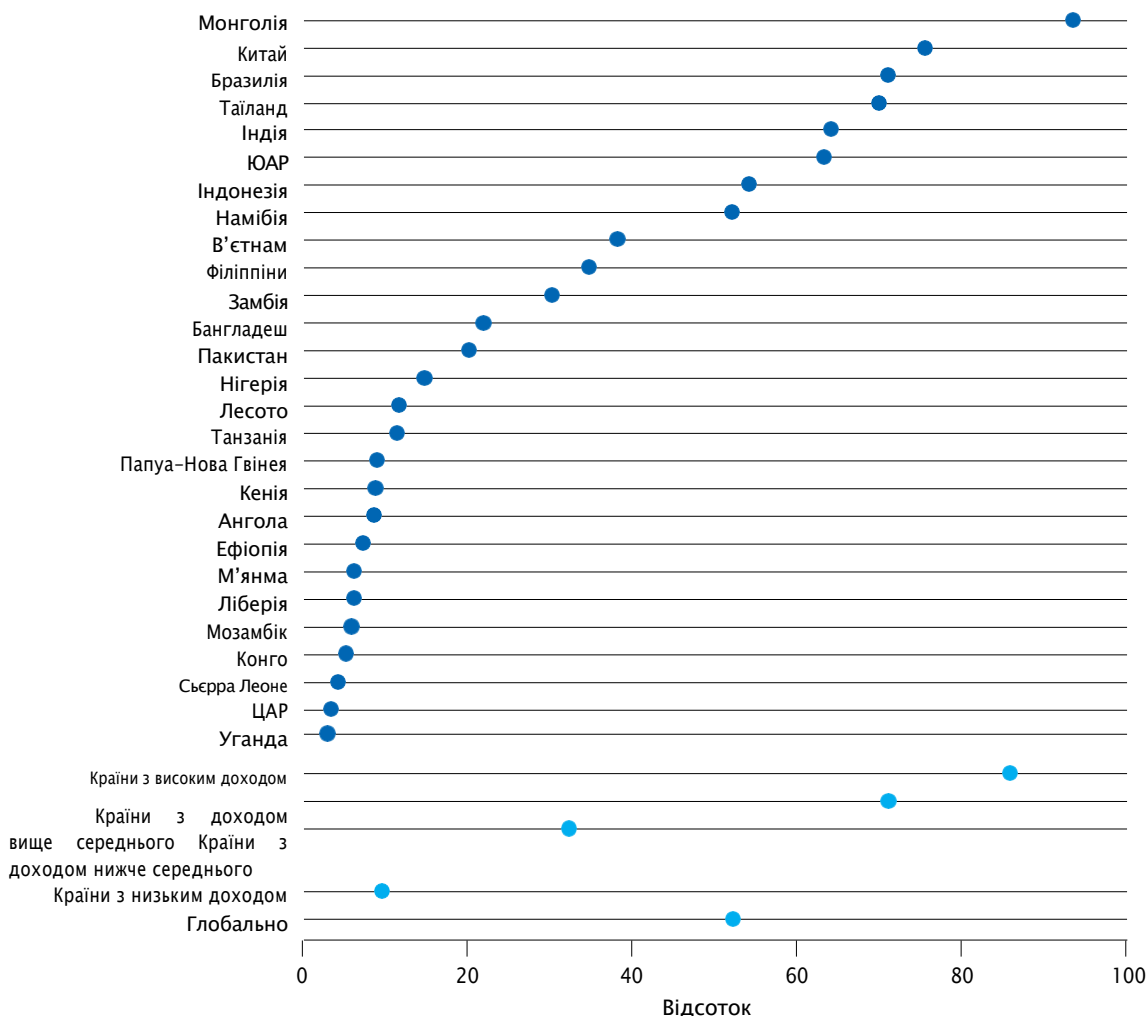
Відповідно до глобальної частини MAF-TB та за запитами на Нараді високого рівня ООН з питань ТБ у 2023 році (табл. 2), ВООЗ продовжуватиме координувати глобальний моніторинг, звітність та огляд ситуації з ТБ, а також надавати країнам і партнерам технічну підтримку та рекомендації. Ця робота й надалі буде ґрунтуватися на висновках Робочої групи ВООЗ із питань громадянського суспільства щодо ТБ.

У 2024 році ВООЗ розпочала дослідження впливу змін клімату на епідемію ТБ та прогрес у заходах протидії. Особлива увага приділяється трьом шляхам впливу змін клімату на ТБ: нестача продовольства та недоїдання, переміщення та міграція населення, порушення роботи систем охорони здоров'я. Аналітичну рамку та дослідницьку програму було опубліковано у 2025 році (58).

¹ Більш детальна інформація наведена на веб-сторінках звіту (розділ 5.4).

Мал. 34

% населення, охопленого принаймні однією соціальною виплатою, 30 країн із високим тягарем ТБ, а також за чотирма групами доходу та глобально, останній доступний рік^c



^a Дані були недоступні для Конго, Демократичної Народної Республіки Корея та Габону.

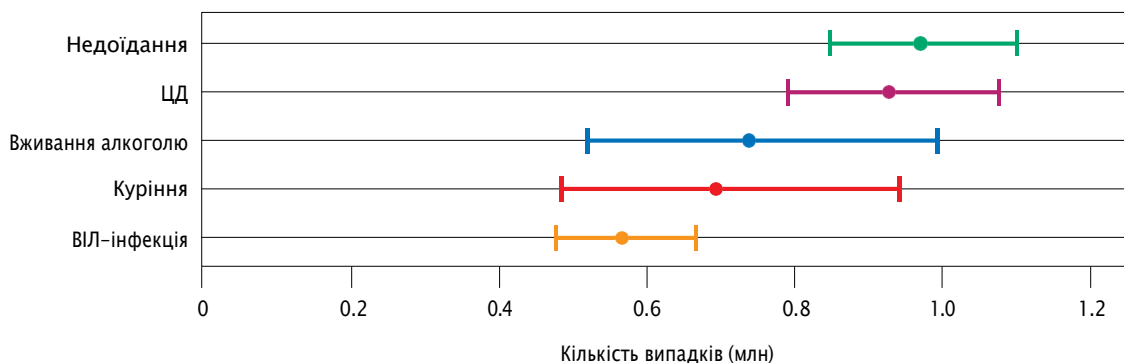
^b Дані наведено за групами доходу Світового банку, оскільки рівень доходу є ключовим фактором впливу на охоплення соціальним захистом

^c Останній доступний рік варіює від 2019 до 2025

року. Джерело: Міжнародна організація праці.

Мал. 35

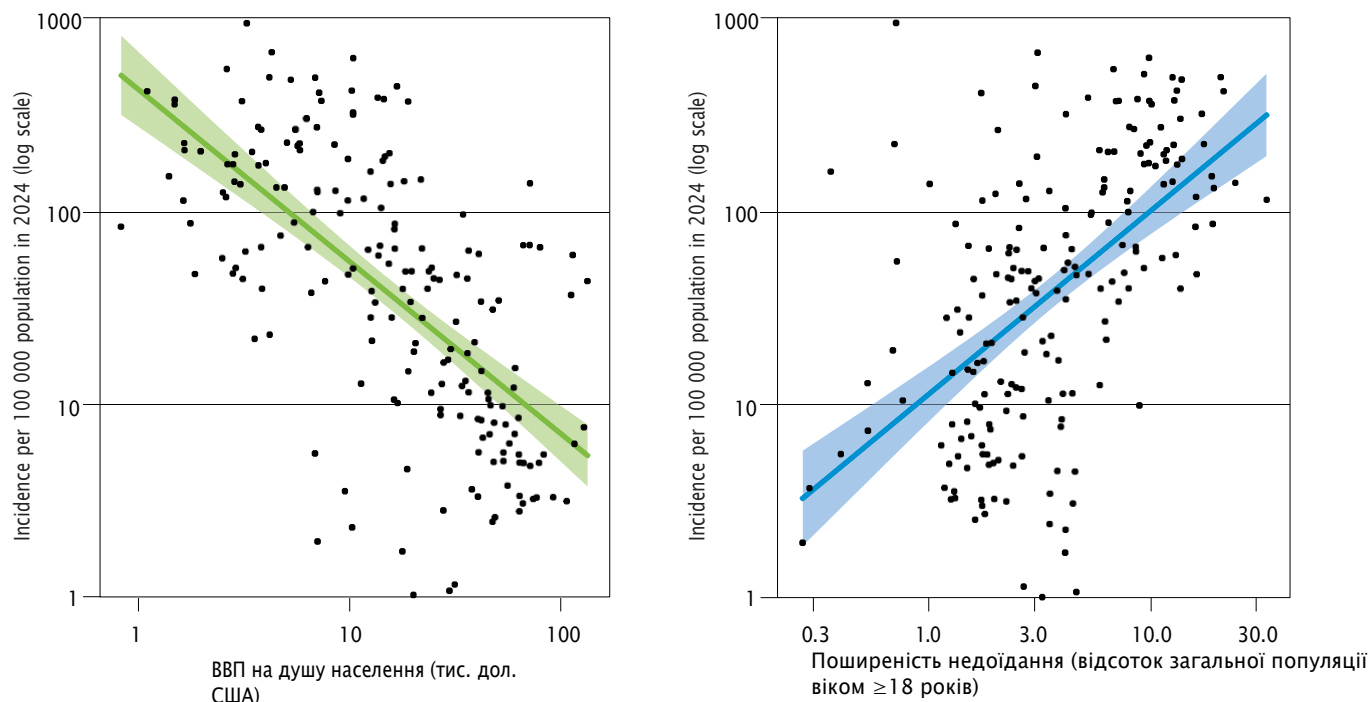
Глобальні оцінки кількості людей із новим епізодом ТБ (випадки захворювання), що пов'язані з п'ятьма факторами ризику, 2024 рік



^a Оцінки для ЦД, куріння та розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, стосуються лише дорослого населення; це відповідає наявним даним про поширеність. Для дорослих віком ≥ 18 років недоїдання визначається як індекс маси тіла (ІМТ) $< 18,5$. Для дітей та підлітків віком 5-17 років воно визначається як ІМТ менше ніж мінус 2 стандартні відхилення від медіани. Для дітей віком < 5 років недоїдання визначається як виснаження (вага до зросту менше ніж мінус 2 стандартні відхилення від медіани).

Зв'язок між двома показниками, пов'язаними з ЦСР, та рівнем захворюваності на ТБ

Кожна крапка представляє окрему країну або територію.



^a Рік, за який використовуються дані про ВВП на душу населення та поширеність недоїдання серед населення, є останнім роком, за який доступні дані від Світового банку (<https://data.worldbank.org/>) та Глобальної обсерваторії здоров'я ВООЗ (<https://www.who.int/data/gho>) відповідно.

^b Для дорослих віком ≥18 років недоїдання визначається як індекс маси тіла (ІМТ) <18,5. Для дітей та підлітків віком 5–17 років воно визначається як ІМТ, що менше ніж на 2 стандартних відхилення нижче медіани. Для дітей віком <5 років воно визначається як виснаження (вага для зросту менше ніж на 2 стандартних відхилення від медіани).

Дослідження ТБ

Розширення наукових розробок, але зміни у фінансуванні загрожують прогресу

Цілей Стратегії «Покласти край ТБ» на 2030 рік (Рамка 2) неможливо досягти без інтенсифікації досліджень та інновацій (12). Для прискорення щорічного зниження глобальної захворюваності на ТБ терміново потрібні значні технологічні прориви. Скорочення захворюваності на ТБ, досягнуте між 2015 і 2024 роками, є значно меншим за проміжний орієнтир стратегії на 2025 рік (12% порівняно з 50%).

Пріоритетами є нові вакцини для зниження ризику інфікування, нові вакцини або профілактичні ЛЗ для зниження ризику розвитку хвороби у вже інфікованих людей; швидкі діагностичні тести для точного виявлення ТБ на місці надання медичної допомоги; а також простіші й коротші схеми лікування ТБ. ВООЗ розробила глобальну стратегію досліджень та інновацій у сфері ТБ, яку було ухвалено всіма державами-членами у 2020 році (59). Вона спрямована на підтримку пришвидшених досліджень та інновацій у сфері ТБ, а також на поліпшення справедливого доступу до їхніх результатів.

Останні роки відзначилися важливим прогресом у розробці нових діагностичних засобів, лікарських препаратів та вакцин проти ТБ.¹

¹ У цьому підрозділі наведено короткий виклад на високому рівні. Більш детальна інформація наведена на веб-сторінках звіту (розділ 6).

Діагностичний напрям значно розширився. У серпні 2025 року в розробці перебували 63 тести для діагностики ТБ та ТБ-інфекції. Серед тестів для діагностики на ТБ були точкові тести (наприклад, латерально-потоківі тести), наближені до місця догляду NAAT-тести (тести ампліфікації нуклеїнових кислот), автоматизовані NAAT-тести низької та середньої складності, лінійні проби для виявлення лікарської стійкості, а також таргетоване секвенування наступного покоління. Для виявлення ТБ-інфекції розробляли інтерферон-γ релізні тести та шкірні тести на основі ТБ-АГ. У розробці також були нові технології для скринінгу ТБ (напр., комп'ютеризована інтерпретація цифрової РОГК) серед людей із високою ймовірністю наявності ТБ. Станом на серпень 2025 року 29 препаратів для лікування ТБ перебували на етапах клінічних випробувань 1, 2 або 3 фази. Це стільки ж, як і у 2024 році, але є значним зростанням порівняно лише з вісьмома препаратами у 2015 році.

29 препаратів включають:

- ▶ 18 нових хімічних сполук: alphibectir (BVL-GSK098), BTZ-043, delpazolid, GSK-286, ganfaborole (GSK-3036656), macozinone, MK-7762 (TBD09), quabodepistat (OPC-167832), TBAJ-587, TBAJ-876, TBI-223, pyrifazimine (TBI-166), TBA-7371, telacebec (Q203), sanfetrinem, SQ109, sutezolid та sudapyridine (WX-081);

- ▶ три препарати, які вже схвалені ВООЗ для лікування: бедаквілін, деламанід і претоманід;
- ▶ вісім препаратів, що застосовуються за новим призначенням: клофазимін, левофлоксацин, лінезолід, моксифлоксацин, рифампіцин (висока доза), рифапентин, сітафлоксацин та тедізолід.

Крім того, різні комбіновані схеми з новими або препаратами, що застосовуються за новим призначенням, а також терапії, спрямовані на організм пацієнта (host-directed therapies), перебувають на фазі 2 або фазі 3/4 клінічних випробувань або оцінюються в рамках ОД.

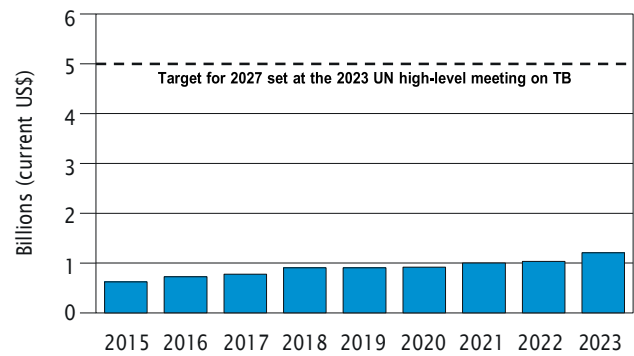
Станом на серпень 2025 року проводилося щонайменше 42 клінічні випробування та дослідження впровадження, щоб оцінити схеми лікування та моделі надання ПЛТ. Випробування використовуються для оцінки безпечності та ефективності деламаніду у профілактиці МЛС-ТБ, ПЛТ у людей із ЦД та нових коротких схем лікування (напр., ізоніазид і рифапентин 3р/тиж. протягом 1 місяця та монотерапії рифаміцинами протягом 6 або 8 тиж.). Щонайменше 16 досліджень нових моделей надання послуг у громаді та ЗОЗ реалізуються.

Станом на серпень 2025 року в клінічних випробуваннях брали участь 18 кандидатів у вакцини, порівняно з 15 у 2024 році: 4 на фазі 1, 8 на фазі 2 та 6 на фазі 3. Вони включали вакцини, спрямовані на запобігання ТБ-інфекції та ТБ, а також для покращення результатів лікування ТБ. Ефективні вакцини є особливо важливими для прискорення щорічного зниження захворюваності на ТБ до рівнів, значно вищих, ніж досягнуті історично.

Прогрес до цього часу обмежується загальним рівнем інвестицій. Найсвіжіші опубліковані дані (60) показують загальну суму 1,2 млрд дол. США у 2023 році (Рис. 37); це є невеликим збільшенням порівняно з 1,0 млрд дол. США у 2022 році, але все ще становить лише 24% від глобальної цілі у 5 млрд дол. США на рік до 2027 року (Таблиця 1).

Мал. 37

Фінансування ТБ досліджень 2015-2023



Source: Treatment Action Group, Stop TB Partnership. Tuberculosis research funding trends 2005-2023. New York: Treatment Action Group; 2024 (<https://www.treatmentactiongroup.org/resources/tbrd-report/tbrd-report-2024/>)

Навіть такий рівень інвестицій тепер опинився під загрозою. У 2023 році найбільшим джерелом фінансування досліджень у сфері ТБ був державний сектор (62% від загальної суми), за яким слідували БО (24%), приватний сектор (9%) та багатосторонні агентства (4%). Особливо важливим є те, що Національні інститути охорони здоров'я США (NIH) були найбільшим окремим донором, забезпечуючи 34% всього світового фінансування досліджень у сфері ТБ. У 2025 році багато грантів NIH на дослідження в галузі ОЗ було припинено (61), а на 2026 рік запропоновано скорочення бюджету NIH на 40% (62). Коли стає доступна нова інформація щодо нових препаратів проти ТБ, діагностичних тестів, схем лікування та вакцин, її розглядає ВООЗ і використовує для оновлення рекомендацій ВООЗ щодо профілактики, діагностики, лікування та догляду за людьми з ТБ (Рамка 4)

Блок 4. Нові рекомендації ВООЗ щодо профілактики, діагностики, лікування та догляду за людьми з ТБ

ВООЗ опублікувала нові рекомендації та довідники з профілактики, діагностики, лікування та догляду за людьми з ТБ у період з листопада 2024 до жовтня 2025 року:

- ▶ консолідовані рекомендації та операційний довідник з діагностики ТБ, які об'єднують у одному документі вказівки щодо виявлення ТБ-інфекції, ТБ та лікарської стійкості (24, 63);
- ▶ консолідовані рекомендації та операційний довідник з лікування та догляду за людьми з ТБ, які об'єднують вказівки для лікування ТБ, чутливого до препаратів, та ЛС-ТБ, що раніше надавалися окремо, а також включають нові вказівки щодо лікування МЛС/Риф-ТБ на основі доказів останніх випробувань (26, 64)
- ▶ третє видання операційного довідника з ТБ та супутніх захворювань, яке включає новий розділ про ЦД (65).

У грудні 2024 року було опубліковано керівництво щодо генерації доказів, пов'язаних з новими схемами лікування ТБ (66).

У червні 2025 року було опубліковано політичну заяву щодо використання комп'ютеризованого аналізу для скринінгу ТБ (67).

У серпні 2025 року було опубліковано профілі цільових продуктів для тестів скринінгу ТБ та консенсусну заяву щодо включення вагітних і жінок, що годують, у дослідження з ТБ (68, 69).

Нові рекомендації щодо ТБ та недоїдання були опубліковані в жовтні 2025 року (70) у рамках другого видання консолідованих рекомендацій з ТБ та супутніх захворювань.

Всі рекомендації та операційні довідники ВООЗ, а також навчальні модулі та ін. документи для підтримки створення доказово обґрунтованих рекомендацій доступні на Платформі обміну знаннями ВООЗ з ТБ (71).

4. Висновки

Всі держави-члени ВООЗ та ООН взяли на себе зобов'язання покласти край глобальній епідемії ТБ, прийнявши Стратегію боротьби з ТБ та ЦСР. Цілі Стратегії «Покінчити з туберкульозом» на 2030 рік передбачають зменшення кількості смертей від ТБ на 90 % та зниження рівня захворюваності на ТБ на 80 % порівняно з показниками 2015 року; проміжні цілі на 2025 рік передбачають зменшення цих показників на 75 % та 50 % відповідно.

Ці зобов'язання були підтверджені на двох засіданнях високого рівня ООН з питань ТБ, що відбулися у 2018 та 2023 роках, і підкріплені додатковими цілями, пов'язаними з фінансуванням, наданням лікування людям з ТБ або ТБ-інфекцією, та доступністю нових вакцин проти ТБ. ТБ залишається серйозною глобальною проблемою охорони здоров'я, і прогрес у зменшенні тягара захворювання в більшості регіонів світу значно відстає від цілей, поставлених на 2030 рік. Проте, після невдач під час пандемії COVID-19,

більшість показників рухаються в правильному напрямку, і є приклади успіху на регіональному та національному рівнях.

Для подальшого та швидшого зменшення тягара ТБ необхідно покращити охоплення діагностикою, лікуванням та профілактичними заходами; вжити заходів щодо більш широких детермінант, які сприяють поширенню нових інфекцій або збільшують ризик розвитку захворювання після зараження; а також досягти технологічних проривів, таких як створення нової вакцини проти ТБ. Все це залежить від належного фінансування, яке залишається вкрай недостатнім і з 2020 року перебуває в стані стагнації.

Скорочення міжнародної технічної підтримки з 2025 року загрожує загальному фінансуванню заходів боротьби з ТБ у багатьох країнах. Для досягнення мети подолання глобальної епідемії ТБ політична воля та внутрішнє фінансування в країнах з високим рівнем захворюваності на ТБ є важливішими ніж будь-коли.

Список літератури

1. Sustainable Development Goals [website]. United Nations; 2024 (<https://sdgs.un.org/>).
2. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 (Resolution WHA67.1, Agenda item 12.1). Geneva: World Health Assembly; 2014 (<https://iris.who.int/handle/10665/162760>).
3. Houben RM, Dodd PJ. The global burden of latent tuberculosis infection: a re-estimation using mathematical modelling. *PLoS Med*. 2016;13(10):e1002152 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002152>).
4. Menzies NA, Wolf E, Connors D, Bellerose M, Sbarra AN, Cohen T et al. Progression from latent infection to active disease in dynamic tuberculosis transmission models: a systematic review of the validity of modelling assumptions. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(8):e228–e38 ([https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30134-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30134-8)).
5. Emery JC, Richards AS, Dale KD, McQuaid CF, White RG, Denholm JT et al. Self-clearance of *Mycobacterium tuberculosis* infection: implications for lifetime risk and population at-risk of tuberculosis disease. *Proceedings of the Royal Society B*. 2021;288(1943):20201635 (<https://doi.org/10.1098/rspb.2020.1635>).
6. Behr MA, Edelstein PH, Ramakrishnan L. Is *Mycobacterium tuberculosis* infection life long? *BMJ*. 2019;367:l5770 (<https://doi.org/10.1136/bmj.l5770>).
7. Tiemersma EW, van der Werf MJ, Borgdorff MW, Williams BG, Nagelkerke NJ. Natural history of tuberculosis: duration and fatality of untreated pulmonary tuberculosis in HIV negative patients: a systematic review. *PLOS One*. 2011;6(4):e17601 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017601>).
8. Resolution 73/3: Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis. New York: United Nations; 2018 (<https://digitallibrary.un.org/record/1649568?v=pdf>).
9. Resolution 78/5: Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis. New York: United Nations; 2023 (<https://undocs.org/A/RES/78/5>).
10. Tuberculosis data [website]. World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/tb/data/en/>).
11. The End TB Strategy. World Health Organization; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/331326>).
12. Floyd K, Glaziou P, Houben R, Sumner T, White RG, Raviglione M. Global tuberculosis targets and milestones set for 2016–2035: definition and rationale. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2018;22(7):723–30 (<https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0835>).
13. Moscow Declaration to End TB; First WHO global ministerial conference on ending TB in the sustainable development era: a multisectoral response. Geneva: World Health Organization and the Ministry of Health of the Russian Federation; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/345527>). Licence: CC BY–NC–SA 3.0 IGO.
14. Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373828>). Licence: CC BY–NC–SA 3.0 IGO.
15. The Global Plan to End TB, 2023–2030. Geneva: Stop TB Partnership; 2022 (<https://www.stoptb.org/global-plan-to-end-tb/global-plan-to-end-tb-2023-2030>).
16. Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/346387>). Licence: CC BY–NC–SA 3.0 IGO.
17. Global tuberculosis report 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/363752>). Licence: CC BY–NC–SA 3.0 IGO.
18. National tuberculosis prevalence surveys 2007–2016. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341072>). Licence: CC BY–NC–SA 3.0 IGO.
19. Coronavirus (COVID–19) dashboard [website]. World Health Organization; 2025 (<https://covid19.who.int>).
20. AIDS info [website]. UNAIDS; 2025 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
21. WHO Global Task Force on TB Impact Measurement [website]. World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/groups/global-task-force-on-tb-impact-measurement>).
22. WHO Global Task Force on TB Impact Measurement: Report of a meeting on methods for producing estimates of TB incidence and mortality required for the End TB Strategy and Sustainable Development Goal 2025 milestones and 2030 targets assessment, 25–27 September 2024. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://www.who.int/groups/global-task-force-on-tb-impact-measurement/meetings/2024-09/docs/default-source/hq-tuberculosis/global-task-force-on-tb-impact-measurement/meetings/2024-09/meeting-documents/taskforcemeeting_september2024_report). Licence: CC BY–NC–SA 3.0 IGO.

23. Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379339>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
24. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 3: diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/381003>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
25. Consolidated guidance on tuberculosis data generation and use: module 1: tuberculosis surveillance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376612>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
26. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: treatment and care. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/380799>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
27. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 5: management of tuberculosis in children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/352522>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
28. Global HIV & AIDS statistics – fact sheet [website]. UNAIDS; 2025 (<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>).
29. WHO bacterial priority pathogens list, 2024: Bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376776>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
30. Rapid communication: key changes to treatment of multidrug- and rifampicin-resistant tuberculosis (MDR/RR-TB). Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/275383>).
31. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 1: prevention – tuberculosis preventive treatment, second edition. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/378536>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
32. The Global Health Observatory [website]. World Health Organization; 2025 ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/bcg-immunization-coverage-among-1-year-olds-\(--\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/bcg-immunization-coverage-among-1-year-olds-(--))).
33. World Bank Country and Lending Groups. New York: World Bank [website]. World Bank; 2025 (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>).
34. Green A. Global Fund plans to cut \$1.4 billion from grants it has already awarded [website]. Devex; 2025 (<https://www.devex.com/news/global-fund-plans-to-cut-1-4-billion-from-grants-it-has-already-awarded-110481>).
35. Cavalcanti DM, de Oliveira Ferreira de Sales L, da Silva AF, Basterra EL, Pena D, Monti C et al. Evaluating the impact of two decades of USAID interventions and projecting the effects of defunding on mortality up to 2030: a retrospective impact evaluation and forecasting analysis. *Lancet*. 2025;406(10500):283–94 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01186-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01186-9)).
36. Clark RA, McQuaid CF, Richards AS, Bakker R, Sumner T, Prys-Jones TO et al. The potential impact of reductions in international donor funding on tuberculosis in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2025;13(9):e1517–e24 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(25\)00232-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00232-3)).
37. Mandal S, Nair S, Sahu S, Ditiu L, Pretorius C. A deadly equation: The global toll of US TB funding cuts. *PLOS Glob Public Health*. 2025;5(9):e0004899 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004899>).
38. Stover J, Sonneveldt E, Tam Y, Horton KC, Phillips AN, Smith J et al. Effects of reductions in US foreign assistance on HIV, tuberculosis, family planning, and maternal and child health: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2025;13(10):e1669–e80 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(25\)00281-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00281-5)).
39. Tuberculosis data: provisional TB notifications by month or quarter [website]. World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data#prov_notifications).
40. Guidance for national strategic planning for tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/361418>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
41. World Health Organization, World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259817>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
42. World Health Organization, World Bank. Global monitoring report on financial protection in health 2021. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/350240>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
43. World Health Organization, World Bank. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374059>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
44. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet*. 2018;391(10126):1205–23 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3)).
45. National surveys of costs faced by TB patients and their households, 2015–2021. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/366277>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
46. Consolidated guidance on tuberculosis data generation and use: module 4: surveys of costs faced by households affected by tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/381505>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

47. Portnoy A, Yamanaka T, Nguhiu P, Nishikiori N, Garcia Baena I, Floyd K et al. Costs incurred by people receiving tuberculosis treatment in low-income and middle-income countries: a meta-regression analysis. *Lancet Glob Health*. 2023;11(10):e1640–e7 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00369-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00369-8)).
48. Multisectoral accountability framework to accelerate progress to end tuberculosis by 2030. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/331934>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
49. WHO Multisectoral accountability framework for TB (MAF-TB): baseline assessment checklist for country use in pursuing a national MAF-TB. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications/m/item/who-multisectoral-accountability-framework-for-tb-\(maf-tb\)-baseline-assessment-checklist-for-country-use-in-pursuing-a-national-maf-tb](https://www.who.int/publications/m/item/who-multisectoral-accountability-framework-for-tb-(maf-tb)-baseline-assessment-checklist-for-country-use-in-pursuing-a-national-maf-tb)). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
50. Adaptation and implementation of the WHO Multisectoral accountability framework to end TB: operational guidance. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373901>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
51. Adaptation and implementation of WHO's Multisectoral accountability framework to end TB (MAF-TB): best practices. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/365806>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
52. Sevilla Commitment. Fourth International Conference on Financing for Development, Seville, Spain, 2025 [website]. United Nations Digital Library; 2025 (<https://digitallibrary.un.org/record/4085602>).
53. Imtiaz S, Shield KD, Roerecke M, Samokhvalov AV, Lonnroth K, Rehm J. Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease. *Eur Respir J*. 2017;50(1) (<https://doi.org/10.1183/13993003.00216-2017>).
54. Hayashi S, Chandramohan D. Risk of active tuberculosis among people with diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2018;23(10):1058–70 (<https://doi.org/10.1111/tmi.13133>).
55. Lonnroth K, Castro KG, Chakaya JM, Chauhan LS, Floyd K, Glaziou P et al. Tuberculosis control and elimination 2010–50: cure, care, and social development. *Lancet*. 2010;375(9728):1814–29 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60483-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60483-7)).
56. Franco JV, Bongaerts B, Metzendorf MI, Risso A, Guo Y, Pena Silva L et al. Undernutrition as a risk factor for tuberculosis disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;6(6):CD015890 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD015890.pub2>).
57. N.C.D. Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *Lancet*. 2024;404(10467):2077–93 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02317-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02317-1)).
58. Saunders MJ, Boccia D, Khan PY, Gosce L, Gasparrini A, Clark RA et al. Climate change and tuberculosis: an analytical framework. *medRxiv*. 2025 (<https://doi.org/10.1101/2025.02.18.25322451>).
59. Global Strategy for Tuberculosis Research and Innovation (WHA73.3). Seventy-third World Health Assembly. Geneva: World Health Assembly; 2020 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R3-en.pdf).
60. Treatment Action Group, Stop TB Partnership. Tuberculosis research funding trends 2005–2023. New York: Treatment Action Group; 2024 (<https://www.treatmentactiongroup.org/resources/tbrd-report/tbrd-report-2024/>).
61. NIH scientists speak out over estimated \$12 billion in Trump funding cuts [website]. Reuters; 2025 (<https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/nih-scientists-speak-out-over-estimated-12-billion-trump-funding-cuts-2025-06-09/>).
62. FY 2026 Budget in Brief. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; 2025 (<https://www.hhs.gov/sites/default/files/fy-2026-budget-in-brief.pdf>).
63. WHO operational handbook on tuberculosis: module 3: diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/382121>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
64. WHO operational handbook on tuberculosis: module 4: treatment and care. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/359147>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
65. WHO operational handbook on tuberculosis: module 6: tuberculosis and comorbidities, 3rd edition. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/380063>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
66. Guidance on evidence generation on new regimens for tuberculosis treatment. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379830>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
67. Use of computer-aided detection software for tuberculosis screening: WHO policy statement. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/381613>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
68. Optimal and early inclusion of pregnant and lactating women in tuberculosis research: consensus statement. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/381875>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
69. Target product profiles for tuberculosis screening tests. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/382179>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
70. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 6: tuberculosis and comorbidities, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/382883>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
71. WHO TB Knowledge Sharing Platform [website]. World Health Organization; 2025 (<https://extranet.who.int/tbknowledge>).

Основні факти про ТБ

Туберкульоз (ТБ) — це давня хвороба. Дослідження людських скелетів показують, що вона вражала людей протягом тисячоліть (1). Причина її залишалася невідомою до 24 березня 1882 року, коли доктор Роберт Кох оголосив про своє відкриття бацили, відповідальної за хворобу, яку згодом назвали *Mycobacterium tuberculosis** (2). Хвороба поширюється, коли люди з ТБ, виділяють бактерії в повітря (наприклад, під час кашлю). ТБ зазвичай уражає легені (легеневий ТБ), але може вражати й інші органи (позалегеновий ТБ). Більшість людей, у яких розвивається ТБ (приблизно 90%), — це дорослі, причому випадків серед чоловіків більше, ніж серед жінок.

Діагностичні тести для виявлення ТБ значно вдосконалилися в останні роки. Наразі ВООЗ рекомендує кілька швидких молекулярних тестів як початкові діагностичні тести на ТБ, деякі з яких можуть одночасно виявляти лікарську стійкість (3). Ці тести можна використовувати на нижчих рівнях системи охорони здоров'я. Також ВООЗ рекомендує експрес-тест у форматі латерального потоку, що виконується на сечі; його основне призначення – допомога у діагностиці ТБ у людей із пізніми стадіями ВІЛ, у поєднанні зі швидкими молекулярними тестами. Існують додаткові швидкі молекулярні тести, спеціально розроблені для виявлення стійкості до різних препаратів першої та другої лінії проти ТБ, тоді як технології секвенування дозволяють отримати повний індивідуальний профіль лікарської стійкості. Старіший метод мікроскопії мазка мокротиння (розроблений понад 100 р. т.) все ще використовується для діагностики ТБ у країнах із низьким та середнім рівнем доходу, але поступово замінюється швидкими тестами.

Культуральне дослідження залишається еталонним стандартом діагностики ТБ. Крім того, культуральне дослідження необхідне для виявлення резистентності до нових ПТП, а також може використовуватися як підтверджувальний тест в ситуаціях, коли ймовірність ТБ у людей є низькою. Після постановки діагнозу культуральне дослідження або мазок (на відміну від швидких молекулярних тестів) необхідні для моніторингу реакції пацієнта на лікування.

Скринінг може використовуватися для виявлення людей з ТБ на ранніх стадіях захворювання, включаючи людей з ТБ, діагноз яких інакше міг би бути пропущений. Алгоритми скринінгу ТБ, рекомендовані ВООЗ, базуються на рентгені ОГК, комп'ютерному програмному забезпеченні для виявлення, молекулярних діагностичних тестах, симптомах, фізичних ознаках та інших інструментах (4). Без лікування смертність від ТБ є високою. Дослідження природного перебігу ТБ в

за відсутності лікування ПТП (проведені до появи лікарських засобів) показали, що близько 70 % осіб із позитивним результатом мазка мокротиння на ТБ легень помирали протягом 10 років після встановлення діагнозу, так само як і близько 20 % осіб із позитивним результатом культурального дослідження (але негативним результатом мазка) на ТБ легень (5).

Ефективні медикаментозні методи лікування були вперше розроблені в 1940-х роках.

Для людей з чутливим до ліків ТБ (як легеневим, так і позалегеновим) останні клінічні настанови ВООЗ (6) містять настійну рекомендацію щодо 6-місячного курсу лікування ізоніазидом (H), рифампіцином (R), етамбутолом (E) та піразинамідом (Z): всі чотири препарати протягом перших двох місяців, а потім H і R протягом решти 4 місяців. Керівні принципи також містять рекомендації щодо лікування осіб віком від 12 років з чутливим до ліків легеневим ТБ за допомогою 4-місячного курсу рифапентину (P), H, Z та моксифлоксацину (M), а діти та підлітки віком від 3 місяців до 16 років з нетяжким ТБ (без підозри або доказів резистентності до R та H) можуть лікуватися за 4-місячною схемою (2 місяці H, R, Z, а іноді також E, а потім 2 місяці H та R). У глобальному масштабі рівень успішності лікування людей з чутливим до ліків ТБ протягом багатьох років залишається високим. У останній щорічній когорті людей, які пройшли лікування, за якими є дані (2023), він становив 88%.

Лікування людей, у яких діагностовано Риф-ТБ та МЛС-ТБ (MDR-TB, що визначається як резистентність до H та R), вимагає інших схем лікування. Останні клінічні настанови ВООЗ (5) надають пріоритет двом 6-місячним схемам лікування. Один з них складається з бедаквіліну (B), претоманіду (Pa), лінезоліду (L) та M (BPaLM); він був затверджений ВООЗ у 2022 році. Другий складається з B, деламаніду (DL), L, левофлоксацину (Lfx) та клофазиміну (BDLLfxC); вона була затверджена ВООЗ у 2024 році. У глобальному масштабі рівень успішності лікування Риф-ТБ постійно покращується. Він досяг 71% у найновішій щорічній когорті людей, які пройшли лікування, за якими є дані (2022), порівняно з 50% у 2012 році. Очікується подальше поліпшення у міру поширення 6-місячних схем лікування.

Лікування ТБ з широкою резистентністю до ліків (XDR-TB, визначеного як резистентність до R, будь-якого фторхінолону та принаймні одного з B або L) залишається набагато складнішим, а рівень успішності лікування зазвичай є низьким.

Глобальне моделювання, опубліковане в 2016 році, показало, що приблизно чверть населення світу було інфіковано *M. tuberculosis* (7). Більш пізні аналізи та коментарі свідчать про те, що кількість інфікованих на даний момент є меншою, оскільки деякі люди виліковуються від ТБ-інфекції (8, 9). Після інфікування ризик розвитку ТБ найвищий у перші 2 роки (приблизно 5 %), після чого він значно знижується (10). Імовірність розвитку ТБ значно вища серед ЛЖВ, та серед людей, які мають такі фактори ризику, як недоїдання, діабет, куріння та вживання алкоголю.

Профілактичне лікування ТБ (ПЛТ) застосовується для лікування ТБ-інфекції у людей, які мають ризик розвитку ТБ. Рекомендовані варіанти включають: щотижневу дозу Н і Р протягом 3 місяців

(3HR), щоденна доза Н і Р протягом 1 місяця (1HP), щоденна доза R протягом 4 місяців (4R) і щоденна доза Н протягом 6 місяців (6H) або 9 місяців (9H) (11). Людям, які зазнали впливу МРТБ/РРТБ, рекомендується щоденна доза Lfx протягом 6 місяців (6Lfx).

Єдиною ліцензованою вакциною для профілактики туберкульозу є вакцина БЦЖ. Вакцина БЦЖ була введена понад 100 років тому, запобігає тяжким формам ТБ у дітей і широко використовується. Наразі не існує ліцензованої вакцини, яка була б ефективною для профілактики ТБ у дорослих, як до, так і після контакту з інфекцією ТБ; проте результати фази II випробувань вакцини-кандидата M72/AS01E є багатообіцяючими (12). Ця вакцина зараз проходить фазу III випробувань разом з п'ятьма іншими вакцинами-кандидатами.

Список літератури

1. Hershkovitz I, Donoghue HD, Minnikin DE, May H, Lee OY, Feldman M, et al. Tuberculosis origin: the Neolithic scenario. *Tuberculosis*. 2015;95 Suppl 1:S122–6 (<https://doi.org/10.1016/j.tube.2015.02.021>).
2. Sakula A. Robert Koch: centenary of the discovery of the tubercle bacillus, 1882. *Thorax*. 1982;37(4):246–51 (<https://doi.org/10.1136/thx.37.4.246>).
3. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: Diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/381003>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: Screening – systematic screening for tuberculosis disease. Geneva: World Health Organization, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/340255>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Tiemersma EW, van der Werf MJ, Borgdorff MW, Williams BG, Nagelkerke NJ. Natural history of tuberculosis: duration and fatality of untreated pulmonary tuberculosis in HIV negative patients: a systematic review. *PLoS One*. 2011;6(4):e17601 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017601>).
6. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment and care. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/380799>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Houben RMGJ, Dodd PJ. The global burden of latent tuberculosis infection: a re-estimation using mathematical modelling. *PLoS Med*. 2016 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002152>).
8. Emery JC, Richards AS, Dale KD, McQuaid FC, White RG, Denholm JT and Houben RMGJ. Self-clearance of *Mycobacterium tuberculosis* infection: implications for lifetime risk and population at-risk of tuberculosis disease. *Proc Biol Sci*. 2021 (<https://royalsocietypublishing.org/doi/full/10.1098/rspb.2020.1635>).
9. Behr MA, Edelstein PH, Ramakrishnan L. Is *Mycobacterium tuberculosis* infection life long? *BMJ* 2019;367:l5770 (<https://www.bmj.com/content/367/bmj.l5770>).
10. Menzies NA, Wolf E, Connors D, Bellerose M, Sbarra AN, Cohen T et al. Progression from latent infection to active disease in dynamic tuberculosis transmission models: a systematic review of the validity of modelling assumptions. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(8):e228–e38 ([https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30134-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30134-8)).
11. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: Prevention – tuberculosis preventive treatment, second edition. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/378536>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
12. Tait DR, Hatherill M, Van Der Meeren O, Ginsberg AM, Van Brakel E, Salaun B et al. Final analysis of a trial of M72/AS01E vaccine to prevent tuberculosis. *N Eng J Med*. 2019;381(25):2429–39 (<https://doi.org/10.1056/nejmoa1909953>).

Джерела даних та доступ до них

A2.1 Зміст бази даних

Глобальний звіт про ТБ 2025 базується на даних, які щорічно запитуються у 215 країнах і регіонах, включаючи всі 194 держави-члени ВООЗ. Дані зберігаються в глобальній базі даних про ТБ, якою управляє підрозділ з моніторингу, оцінки та стратегічної інформації про туберкульоз Департаменту ВООЗ з питань ВІЛ, ТБ, ВГ та ІПСШ.

Департамент здійснює щорічний збір даних, починаючи з 1995 року. Основний етап збору даних для цього звіту відбувся у квітні та травні 2025 року. Як і в попередні роки, дані збиралися щодо таких аспектів: повідомлення про випадки ТБ та результати лікування (включно з розподілом за типом випадку ТБ, віком, статтю, ВІЛ-статусом та лікарською стійкістю); лабораторні діагностичні послуги; моніторинг і оцінка, зокрема спостереження та опитування, пов'язані зі стійким до ліків ТБ; обстеження контактних осіб і профілактичне лікування ТБ; цифрові системи нагляду за ТБ; інфекційний контроль ТБ; залучення всіх державних і приватних медичних закладів до профілактики та лікування ТБ; участь громад; окремі елементи багатосекторальної системи підзвітності ВООЗ щодо ТБ; бюджети національних програм боротьби з ТБ (НТП); використання загальних медичних послуг (госпіталізація та амбулаторні відвідування) під час лікування; а також витрати НТП. Скорочену версію анкети було використано для країн із високим рівнем доходу (за визначенням Світового банку¹) або для країн із низьким рівнем захворюваності, тобто з показником менше ніж 20 випадків ТБ на 100 000 населення або менше ніж 10 випадків загалом у 2023 році.

Країнам з високим рівнем захворюваності на туберкульоз та окремим іншим пріоритетним країнам регіону також було запропоновано продовжувати щомісяця або щоквартально подавати попередні дані про повідомлення. Цей процес розпочався у 2020 році з метою моніторингу тенденцій у контексті пандемії COVID-19.

Країни та регіони подавали дані через спеціальний веб-сайт.² Країни Європейського Союзу подавали дані про повідомлення та результати лікування до системи TESSy, якою керує Європейський ЦКПХ. Дані з TESSy завантажувалися до глобальної бази даних ВООЗ про ТБ.

Додаткові дані про надання та завершення ПЛТ людям, які нещодавно або в даний час зареєстровані

Таблиця A2.1

Звітність даних у рамках глобального збору даних про ТБ за 2025 рік

Країни та регіони	К-сть, яка надала дані		Держави-члени ВООЗ	
	К-сть	К-сть, яка надала дані	К-сть	К-сть, яка надала дані
Африканський регіон	47	46	47	46
Регіон Америки	45	35	35	29
Регіон Південно-Східної Азії	10	10	10	10
Європейський регіон	54	40	53	39
Регіон Східного Середземномор'я	22	21	21	20
Регіон західної частини Тихого океану	37	32	28	26
Всього	215	184	194	170

в програмах лікування ВІЛ, виявлення ТБ серед людей, які нещодавно зареєструвалися в програмах лікування ВІЛ, та надання АРТ людям з ТБ, які живуть з ВІЛ, були зібрані Об'єднаною програмою Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС). Ці дані були спільно перевірені ВООЗ та ЮНЕЙДС, а потім завантажені до глобальної бази даних ВООЗ про ТБ.

Після перегляду та узгодження з країнами для основної частини цього звіту були використані дані, доступні станом на 30 липня 2025 року. У таблиці A2.1 наведено кількість країн і територій, які подали дані до 30 липня 2025 року.

Показники Цілей сталого розвитку (ЦСР), пов'язані з рівнем захворюваності на ТБ, були імпортовані до глобальної бази даних з ТБ 7 липня 2025 року. У таблиці A2.2 наведено використані джерела даних.

Оцінки чисельності населення, підготовлені Відділом народонаселення ООН у межах перегляду World Population Prospects за 2024 рік³, були імпортовані до глобальної бази даних з ТБ 2 липня 2024 року та використані в аналітичних розрахунках для цього звіту.

A2.2 Доступ до даних ТБ за допомогою сайту ВООЗ

Більшість даних, що містяться в глобальній базі даних ВООЗ про ТБ, доступні на веб-сторінці ВООЗ, присвяченій ТБ.⁴ На цій сторінці розміщені файли даних у форматі CSV (comma-separated value) та візуалізації даних, а також профілі країн, регіонів та світу.

¹ <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

² <https://extranet.who.int/tme>

³ <https://population.un.org/wpp/>

⁴ <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>

Таблиця А2.2

Джерела даних для показників ЦСР, пов'язаних із захворюваністю на ТБ

Індикатор ЦСР	НАЗВА	Джерело даних	Назва в джерелі	Посилання
1.1.1	Населення, що живе за міжнародною межею бідності (% населення)	ООН ЦСР база даних	Частка населення, що живе за міжнародною межею бідності, яка становить 1,90 \$ на день	https://unstats.un.org/SDGAPI/v1/sdg/Series/Data?seriesCode=SI_POV_DAY1
1.3.1	Населення, охоплене мінімальними рівнями/системами соціального захисту (% населення)	Світовий банк	Охоплення програмами соціального захисту та зайнятості (% населення)	http://data.worldbank.org/indicator/per_allsp.cov_pop_tot
2.1.1 (alternative)	Поширеність недоїдання (% населення віком ≥ 18 років)	ГОЗ ВООЗ	Поширеність недостатньої ваги серед дорослих, IMT < 18,5 (груба оцінка) (%)	https://ghoapi.azureedge.net/api/NCD_BMI_18C
3.3.1 (alternative)	Поширеність ВІЛ (% населення у віці 15–49 років)	ГОЗ ВООЗ	Поширеність ВІЛ серед дорослих у віці 15–49 років (%)	https://ghoapi.azureedge.net/api/MDG_0000000029
3.4.1 (alternative)	Поширеність діабету (% населення віком ≥ 18 р)	ГОЗ ВООЗ	Поширеність діабету, стандартизована за віком	https://ghoapi.azureedge.net/api/NCD_DIABETES_PREVALENCE_AGESTD
3.5.2 (alternative)	Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, поширеність за 12 міс (% населення віком ≥ 15 р)	ГОЗ ВООЗ	Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю (15+), поширеність за 12 місяців (%) з 95%	https://ghoapi.azureedge.net/api/SA_0000001462
3.a.1 (alternative)	Поширеність куріння (% населення віком ≥ 15 років)	ГОЗ ВООЗ	Оцінка поширеності куріння тютюну на даний момент (%) (віковий стандартизований показник)	https://ghoapi.azureedge.net/api/M_Est_smk_curr_std
3.8.1	Індекс УОПОЗ охоплення основних послуг (на основі 14 індикаторів, включаючи лікування ТБ)	ГОЗ ВООЗ	Індекс охоплення основними послугами УОПОЗ	https://ghoapi.azureedge.net/api/UHC_INDEX_REPORTED
3.8.2	> 10% від загальних витрат або доходів домогосподарств на охорону здоров'я (% нас)	ГОЗ ВООЗ	Катастрофічні витрати на охорону здоров'я з особистих коштів (показник ЦСР 3.8.2)	https://ghoapi.azureedge.net/api/FINPROTECTION_CATA_TOT_10_POP
3.8.2 (alternative)	Витрати на охорону здоров'я на душу населення (поточний міжнародний \$)	Світовий банк	Поточні витрати на охорону здоров'я на душу населення	http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD
7.1.2	Доступ до чистих видів палива та технологій для приготування їжі (% нас)	Світовий банк	Доступ до чистих видів палива та технологій для приготування їжі (% населення)	http://data.worldbank.org/indicator/EG.CFT.ACCS.ZS
8.1.1 (alternative)	ВВП на душу населення, ПКС (постійний міжнародний \$ 2011 року)	Світовий банк	ВВП на душу населення	http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.KD
10.1.1 (alternative)	Індекс Джині (0 = ідеальна рівність, 100 = ідеальна нерівність)	Світовий банк	Індекс Джині (оцінка Світового банку)	http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI
11.1.1	Населення, що проживає в неблагополучних районах (% міського нас)	ООН ЦСР база даних	Частка міського населення, що проживає в неблагополучних районах (%)	https://unstats.un.org/SDGAPI/v1/sdg/Series/Data?seriesCode=EN_LND_SLUM

Дані, що подаються країнами, такі як часові ряди щодо повідомлень про випадки та результатів лікування, а також оцінки ВООЗ щодо тягаря захворюваності на ТБ, можна завантажити у форматі CSV, які охоплюють усі роки, за які доступні дані. Їх можна імпортувати в багато застосунків, таких як електронні таблиці, бази даних та ПЗ для статистичного аналізу. Ці файли є основним ресурсом для всіх, хто зацікавлений у проведенні власного аналізу записів у глобальній базі даних ТБ. Також доступний словник даних, який визначає кожну змінну, що міститься у CSV-файлах.

CSV-файли генеруються на вимогу безпосередньо з глобальної бази даних ТБ ВООЗ і тому можуть містити оновлення, отримані після публікації Глобальної доповіді про ТБ 2025 року.

А2.3 Отримання даних про ТБ через ГОЗ ВООЗ

The Глобальна обсерваторія охорони здоров'я ВООЗ (ГОЗ)¹ — це портал, що забезпечує доступ до даних та аналітики для моніторингу глобальної ситуації у сфері ОЗ; він містить репозиторій даних. Дані з глобальної бази даних ВООЗ щодо ТБ можна переглядати, фільтрувати, агрегувати та завантажувати всередині репозиторію даних².

Існує також інтерфейс прикладного програмування (API)³, що використовує протокол відкритих даних. API дозволяє аналітикам і програмістам використовувати дані ГНО безпосередньо у своїх програмних застосунках.

¹ <https://www.who.int/data/gho>

² <https://www.who.int/data/gho/data/themes/tuberculosis>

³ <https://www.who.int/data/gho/info/gho-odata-api>

Глобальні списки країн з високим тягарем ТБ, визначені ВООЗ

А3.1 Передумови

У 1998–2015 рр. поняття НВС («країна з високим тягарем») стало широко вживаним у контексті ТБ. Перший глобальний список ВООЗ включав 22 НВС, на які припадало $\approx 80\%$ глобальних випадків ТБ; його сформували у 1998 р. Пізніше були визначені ще два списки НВС — для ТБ/ВІЛ та МЛС–ТБ. Станом на 2015 р. використовувалися три глобальні списки НВС: для ТБ, ТБ/ВІЛ та МЛС–ТБ. З початком у 2016 р. нової ери ЦСР ООН та стратегії ВООЗ «Покласти кінець ТБ» Глобальна програма ВООЗ з ТБ у 2015 р. провела повний перегляд трьох списків (1). Це включало розгляд питання про те, чи слід модифікувати списки (і якщо так — яким чином) або чи слід їх скасувати. Результатом перегляду стало визначення трьох нових глобальних списків НВС, по 30 країн кожен, на період 2016–2020 років: окремо для ТБ, для ТБ/ВІЛ та для МЛС–ТБ.

ВООЗ провела консультації у 2020 році та на початку 2021 року, які стали основою для визначення оновлених глобальних списків НВС на 2021–2025 роки.

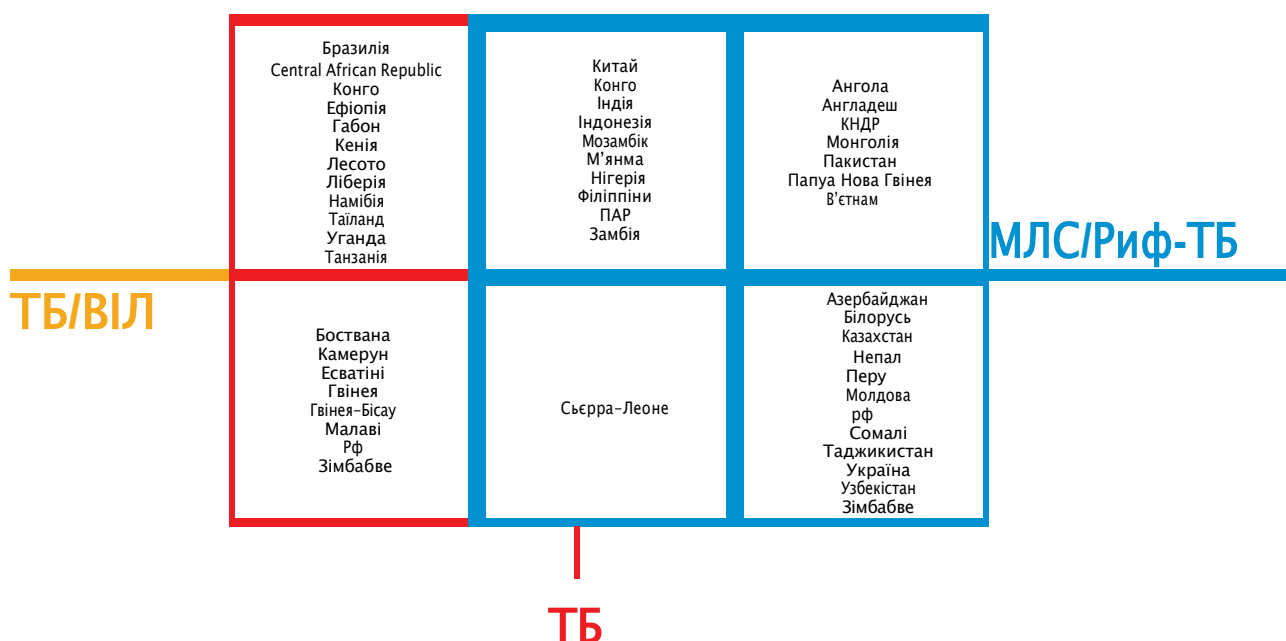
А3.2 Глобальні списки країн з високим тягарем ТБ, які використовує ВООЗ у 2021–2025 роках

На період 2021–2025 років були сформовані три глобальні списки НВС: один для ТБ, один для ТБ, асоційованого з ВІЛ, і один для МЛС–ТБ або Риф–ТБ. Списки були визначені за тими самими критеріями, що й узгоджені для списків на 2016–2020 роки, у поєднанні з оцінками ВООЗ (за 2019 рік) щодо захворюваності на ТБ, ТБ/ВІЛ та Риф–ТБ, опублікованими у Глобальній доповіді про ТБ 2020 року. Повні деталі наведені у фондовому документі (2).

Критерії для всіх трьох списків однакові:

- 20 країн, що посідають перші місця за оціночною абсолютною к-стю нових випадків захворювання у 2019 році
- 10 країн з найвищим тягарем захворюваності (кількість нових випадків на 100 000

FIG. А3.1. Три глобальні списки країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз, ВІЛ/ТБ та МЛС/Риф-ТБ, які використовуються ВООЗ у період 2021–2025 років, та області їх перетину



у 2019 р.) які ще не входять до топ-20 і відповідають мінімальному порогу з точки зору абсолютної кількості випадків. Порогові значення становлять 10 000 нових випадків на рік для ТБ та 1000 нових випадків на рік для ВІЛ/ТБ, риф-ТБ.

30 країн, що входять до кожного з трьох списків, наведено на рис. А3.1 та в таблиці А3.1. Ці три списки частково збігаються, але 49 країн входять принаймні до одного з них. Кожен список охоплює 86–90 % від оціненої глобальної захворюваності у 2019 році.

Основні зміни порівняно з попередніми списками за 2016–2020 роки:

- **30 країн з високим рівнем захворюваності на ТБ.** Камбоджа, рф та Зімбабве вийшли зі списку; Габон, Монголія та Уганда увійшли до списку..
- **30 країн з високим рівнем захворюваності на ТБ/ВІЛ.** Ангола, Чад, Гана та Папуа-Нова Гвінея вийшли зі списку; Габон, Гвінея, Філіппіни та рф увійшли до списку.
- **30 країн з високим рівнем захворюваності на МЛС/риф-ТБ.** Ефіопія, Кенія та Таїланд вийшли зі списку; Монголія, Непал та Замбія увійшли до списку.

Списки визначають пріоритети для глобальних дій щодо ТБ, ТБ/ВІЛ, та ЛС-ТБ у тих країнах, де прогрес є найбільш необхідним для досягнення цілей, установлених у Стратегії ВООЗ «Покінчити з ТБ», ЦСР ООН та у політичних деклараціях високорівневих засідань ООН щодо ТБ (Рамка 1, Таблиця 1). Вони також допомагають формувати та підтримувати національну політичну прихильність і фінансування в країнах з найбільшим тягарем у термінах абсолютних показників або тяжкості та сприяють глобальному моніторингу прогресу в чітко визначеній групі країн.

У звіті особлива увага приділяється 30 країнам з високим рівнем захворюваності на туберкульоз.

У випадках, коли оцінки захворюваності та оцінки прогресу в боротьбі з ТБ стосуються конкретно ТБ/ВІЛ або МЛС/Риф-ТБ, особлива увага приділяється країнам з інших двох списків. Профілі всіх країн доступні в Інтернеті, в тому числі в мобільному додатку до звіту.

А3.3 Глобальний перелік країн під наглядом щодо ТБ

Поряд із трьома оновленими глобальними списками країн з високим тягарем ТБ, ВООЗ створила «глобальний перелік країн під наглядом щодо ТБ». До нього входять три країни, які вибули зі світового списку 30 країн з високим тягарем ТБ у 2021 році, але все ще потребують пильної уваги та залишаються пріоритетними для підтримки з боку ВООЗ. До цього переліку входять: Камбоджа, рф та Зімбабве.

TABLE А3.1

Країни, що входять до трьох глобальних списків країн з високим рівнем захворюваності на ТБ, ВІЛ/ТБ та МЛС-ТБ/Риф-ТБ, які використовуються ВООЗ у період 2021-2025 років

Червоний квадрат означає, що країна входить до списку.

Країна	ТБ	ТБ/ВІЛ	МЛС/Риф-ТБ
Ангола	■		■
Азербайджан			■
Бангладеш	■		■
Білорусь			■
Ботсвана		■	
Бразилія	■	■	
Камерун		■	
Центральноафриканська Республіка	■	■	
Китай	■	■	■
Конго	■	■	
КНДР	■		■
ДРК	■	■	■
Есватіні		■	
Ефіопія	■	■	
Габон	■	■	
Гвінея		■	
Гвінея-Бісау		■	
Індія	■	■	■
Індонезія	■	■	■
Казахстан			■
Кенія	■	■	
Киргизстан			■
Лесото	■	■	
Ліберія	■	■	
Малаві		■	
Монголія	■		■
Мозамбік	■	■	■
М'янма	■	■	■
Намібія	■	■	
Непал			■
Нігерія	■	■	■
Пакистан	■		■
Папуа Нова Гвінея	■		■
Перу			■
Філіппіни	■	■	■
Молдова			■
рф		■	■
Сьєрра-Леоне	■		
Сомалі			■
ПАР	■	■	■
Таджикистан			■
Таїланд	■	■	
Уганда	■	■	
Україна			■
Танзанія	■	■	
Узбекистан			■
Viet Nam	■		■
Zambia	■	■	■
Zimbabwe		■	■

A3.4 Глобальні списки НВС на 2026–2030 роки

ВООЗ оновить поточні списки на 5-річний період 2026–2030 рр. наприкінці 2025 р. Списки будуть складені за тими самими критеріями, що й списки на 2016–2020 та 2021–2025 рр. Основою для оновлених списків стануть оцінки захворюваності на 2024 р.

A3.5 Класифікація всіх країн і регіонів за рівнем захворюваності на ТБ

Класифікація всіх країн і регіонів за оціночним рівнем захворюваності на ТБ у 2024 році наведена в таблиці А3.2. Країни, які змінили категорію між 2015 і 2024 роками, перелічені в таблиці А3.3.

Список літератури

1. World Health Organization. Use of high burden country lists for TB by WHO in the post-2015 era (discussion paper). Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/publications/m/item/who-hbm-tb-2015-29>).
2. World Health Organization. WHO global lists of high burden countries for tuberculosis (TB), TB/HIV and multidrug/rifampicin-resistant TB (MDR/RR-TB), 2021–2025: background document. Geneva. World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341980>).

Таблиця А3.2

Класифікація всіх країн і регіонів за рівнем захворюваності на ТБ у 2024 році

Країни класифікуються за оціночним рівнем захворюваності на ТБ (кількість нових випадків на 100 000 нас) у 2024 р. Категорії були визначені разом із затвердженням глобальних списків ВООЗ щодо високого та середнього рівня захворюваності на ТБ на 2021–2025 р. (2).

Категорія 1 – сильно ендемічна; категорія 2 – високо ендемічна; категорія 3 – ендемічна; категорія 4 – вище середнього рівня; категорія 5 – нижче середнього рівня; категорія 6 – низький рівень.

КАТЕГОРІЯ	КРАЇНИ ТА РЕГІОНИ, ВКЛЮЧЕНІ ДО РЕГІОНУ ВООЗ	КІЛЬКІСТЬ КРАЇН ТА РЕГІОНІВ, А ТАКОЖ ЧАСТКА КАТЕГОРІЇ (%) ВІД ЗАГАЛЬНОЇ ОЦІНЕНОЇ КІЛЬКОСТІ ВИПАДКІВ ТБ У СВІТІ У 2024 РОЦІ
Категорія 1 (≥500 випадків на 100 000 нас у 2024 р.)	Африканський регіон: Лесото Тихоокеанський регіон: Кірибаті, Папуа-Нова Гвінея, Філіппіни	4 країни та території — 8,8% від загальної кількості випадків ТБ у світі.
Категорія 2 (300–499 випадків на 100 000 нас у 2024 р.)	Африканський регіон: Ангола, ЦАР, Конго, ДР Конго, Есватіні, Габон, Мозамбік, Намібія, Сьєрра-Леоне, ЮАР, Південний Судан Східне Середземномор'я: Джибуті Південно-Східна Азія: М'янма, Східний Тимор Тихоокеанський регіон: Індонезія, Маршаллові Острови, Монголія	17 країн і територій — 23% від загальної кількості випадків ТБ у світі.
Категорія 3 (100–299 випадків на 100 000 нас у 2024 р.)	Африканський регіон: Ботсвана, Камерун, Чад, Екваторіальна Гвінея, Еритрея, Ефіопія, Гамбія, Гана, Гвінея, Гвінея-Бісау, Кенія, Лівія, Малаві, Нігерія, Сенегал, Уганда, Танзанія, Замбія, Зімбабве Регіон Америки: Болівія, Сальвадор, Гаїті, Перу Східно-Середземноморський регіон: Афганістан, Пакистан, Сомалі Європейський регіон: Гренландія, Киргизстан Регіон Південно-Східної Азії: Бангладеш, Бутан, Індія, Непал, Таїланд Тихоокеанський регіон: Камбоджа, Фіджі, Лаос, Мікронезія, Науру, Соломонові Острови, Тувалу, В'єтнам	42 країни та території — 54% від загальної кількості випадків ТБ у світі.
Категорія 4 (50–99 випадків на 100 000 нас в 2024р.)	Африканський регіон: Алжир, Буркіна-Фасо, Бурунді, Кот-д'Івуар, Малі, Мавританія, Нігер, Руанда, Сан-Томе і Принсіпі Регіон Америки: Домініканська Республіка, Еквадор, Гаяна, Панама, Парагвай Східно-Середземноморський регіон: Лівія, Марокко Європейський регіон: Азербайджан, Республіка Молдова, Румунія, Таджикистан, Україна, Узбекистан Регіон Південно-Східної Азії: Шрі-Ланка Тихоокеанський регіон: Бруней-Даруссалам, Китай, Гонконг, Макао, Гуам, Малайзія, Ніуе	29 країн і територій — 3,1% від загальної кількості випадків ТБ у світі.
Категорія 5 (10–49 випадків на 100 000 нас в 2024р.)	Африканський регіон: Бенін, Кабо-Верде, Коморські Острови, Маврикій, Сейшельські Острови, Того Регіон Америки: Аргентина, Багамські Острови, Беліз, Бразилія, Чилі, Колумбія, Куба, Гватемала, Гондурас, Мексика, Нікарагуа, Суринам, Тринідад і Тобаго, Уругвай, Венесуела Східно-Середземноморський регіон: Бахрейн, Єгипет, Іран, Ірак, Кувейт, Ліван, Оман, Катар, Судан, Сирія, Туніс, Ємен Європейський регіон: Албанія, Вірменія, Білорусь, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Грузія, Казахстан, Латвія, Литва, Мальта, Чорногорія, Північна Македонія, Польща, Португалія, рф, Туркменістан, Туреччина Регіон Південно-Східної Азії: Мальдіви. Тихоокеанський регіон: Китай, Французька Полінезія, Нова Каледонія, Північні Маріанські Острови, Палау, Республіка Корея, Сінгапур, Токелау, Вануату	60 країн і територій — 10% від загальної кількості випадків ТБ у світі.
Категорія 6 (<10 випадків на 100 000 нас в 2024р.)	Регіон Америки: Ангілья, Антигуа і Барбуда, Аруба, Барбадос, Бермудські Острови, Британські Віргінські Острови, Канада, Острови Кайман, Коста-Рика, Кюрасао, Домініка, Гренада, Ямайка, Монтсеррат, Пуерто-Рико, Сент-Кітс і Невіс, Сент-Люсія, Сент-Вінсент і Гренадіни, Сінт-Мартен (нідерландська частина), Острови Теркс і Кайкос, Сполучені Штати Америки. Східно-Середземноморський регіон: Йорданія, окупована палестинська територія, включно зі Східним Єрусалимом, Саудівська Аравія, ОАЕ. Європейський регіон: Андорра, Австрія, Бельгія, Хорватія, Кіпр, Чехія, Данія, Естонія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Греція, Угорщина, Ісландія, Ірландія, Ізраїль, Італія, Люксембург, Монако, Нідерланди (Королівство Нідерландів), Норвегія, Сан-Марино, Сербія, Словаччина, Словенія, Іспанія, Швеція, Швейцарія, Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії. Тихоокеанський регіон: Американське Самоа, Австралія, Острови Кука, Японія, Нова Зеландія, Самоа, Тонга, Уолліс і Футуна.	62 країни і території — 0,58% від загальної кількості випадків ТБ у світі.

^a Корейська Народна-Демократична Республіка не включена до таблиці, оскільки оцінки захворюваності на туберкульоз наразі переглядаються..

Таблиця А3.3

Країни, що змінили категорію захворюваності (n=61) між 2015 та 2024 роками, за регіонами ВООЗ

Кольорове кодування показує, чи країни перейшли до нижчої категорії (зелений) або вищої категорії (помаранчевий). Темніший зелений або помаранчевий означає, що країни опустилися або піднялися відповідно більш ніж на одну категорію. Зірочка (*) позначає країни, що входять до списку 30 країн з високим тягарем ТБ за даними ВООЗ на 2021–2025 роки.

а) Африканський регіон (n=16)

Країни та території	Категорія захворюваності у 2015	Категорія захворюваності у 2024
ЦАР*	Дуже високий рівень	Високий рівень
Есватіні	Дуже високий рівень	Високий рівень
Намібія*	Дуже високий рівень	Високий рівень
Південна Африка*	Дуже високий рівень	Високий рівень
Ботсвана	Високий рівень	Ендемічний
Кенія*	Високий рівень	Ендемічний
Об'єднана Республіка Танзанія*	Високий рівень	Ендемічний
Замбія*	Високий рівень	Ендемічний
Бурунді	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
Кот-д'Івуар	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
Мавританія	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
Сан-Томе і Принсіпі	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
Бенін	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Кабо-Верде	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Того	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Сейшельські Острови	Низький рівень	Нижньо-середній рівень

б) Регіон Америки (n=8)

Країни та території	Категорія захворюваності у 2015	Категорія захворюваності у 2024
Гаїті	Високий рівень	Ендемічний рівень
Гаяна	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
Сальвадор	Верхньо-середній рівень	Ендемічний рівень
Нікарагуа	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Острови Кайман	Нижньо-середній рівень	Низький рівень
Коста-Рика	Нижньо-середній рівень	Низький рівень
Еквадор	Нижньо-середній рівень	Верхньо-середній рівень
Куба	Низький рівень	Нижньо-середній рівень

с) Східно-Середземноморський регіон (n=5)

Країни та території	Категорія захворюваності у 2015	Категорія захворюваності у 2024
Джибуті	Дуже високий рівень	Високий рівень
Судан	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Туніс	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Лівія	Нижньо-середній рівень	Верхньо-середній рівень
Саудівська Аравія	Нижньо-середній рівень	Низький рівень

d) Європейський регіон (n=18)

Країни та території	Категорія захворюваності у 2015	Категорія захворюваності у 2024
Грузія	Ендемічний рівень	Нижньо-середній рівень
Республіка Молдова	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
Таджикистан	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
Україна	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
Вірменія	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Білорусь	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Казахстан	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Латвія	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Литва	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
рф	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Туркменістан	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Хорватія	Нижньо-середній рівень	Низький рівень
Естонія	Нижньо-середній рівень	Низький рівень
Угорщина	Нижньо-середній рівень	Низький рівень
Сербія	Нижньо-середній рівень	Низький рівень
Іспанія	Нижньо-середній рівень	Низький рівень
Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії	Нижньо-середній рівень	Низький рівень
Мальта	Низький рівень	Нижньо-середній рівень

e) Регіон Південно-Східної Азії (n=1)

Країни та території	Категорія захворюваності у 2015	Категорія захворюваності у 2024
Мальдіви	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень

f) Західно-Тихоокеанський регіон (n=13)

Країни та території	Категорія захворюваності у 2015	Категорія захворюваності у 2024
Камбоджа	Високий рівень	Ендемічний рівень
Малайзія	Ендемічний рівень	Верхньо-середній рівень
Токелау	Ендемічний рівень	Нижньо-середній рівень
Китай*	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Фіджі	Верхньо-середній рівень	Ендемічний рівень
Науру	Верхньо-середній рівень	Ендемічний рівень
Північні Маріанські Острови	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Палау	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Республіка Корея	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Вануату	Верхньо-середній рівень	Нижньо-середній рівень
Японія	Нижньо-середній рівень	Низький рівень
Тонга	Нижньо-середній рівень	Низький рівень
Ніуе	Низький рівень	Верхньо-середній рівень

Оновлення оцінки тягаря захворюваності на ТБ

Звіт містить оцінки тягаря захворюваності та смертності від ТБ за період 2010–2024 рр., оцінку даних захворюваності та смертності від ТБ дезаггегованих за віком та статтю за 2024 р., оцінку захворюваності на резистентний до рифампіцину ТБ (Риф-ТБ) за період 2015–2024 рр.

Оновлення методів, що використовуються для отримання цих оцінок, наведено нижче.

A4.1 Загальні оновлення, методи оцінки захворюваності на ТБ

У вересні 2024, ВООЗ скликала свою Глобальну робочу групу з оцінки впливу туберкульозу (1). Основною метою зустрічі було проведення комплексного огляду методів, які використовує ВООЗ для оцінки захворюваності та смертності від ТБ. Було узгоджено два нових методи оцінки захворюваності на ТБ, обидва з яких використовують індекс охоплення послугами (SCI) (2) в рамках універсального охоплення (УНС) (3, 4).

У цьому звіті два нових методи були використані наступним чином:

Збільшення кількості повідомлень про випадки ТБ на основі значень УНС SCI для конкретних країн. Цей метод було застосовано для 98 країн, на які в сукупності припадало 3,8 % від загальної кількості випадків ТБ у 2024 році.

Збільшення кількості повідомлень про випадки ТБ відповідно до співвідношення захворюваності та повідомлень, отриманого на основі статистичної моделі УНС SCI. Цей метод було застосовано для 32 країн, на які в сукупності припадало 7,4 % від загальної кількості випадків захворювання у 2024 році. Цей метод замінив попередній метод, який полягав у використанні повідомлень про випадки захворювання в поєднанні з експертною оцінкою прогалин у виявленні випадків захворювання.

Було шість країн, для яких новий метод на основі SCI УНС не був підходящою заміною попереднього методу використання повідомлень про випадки захворювання в поєднанні з експертною думкою про прогалини у виявленні випадків захворювання. Замість цього було використано індивідуальний підхід, заснований на глибоких двосторонніх обговореннях з НТП щодо останніх доступних даних та змін у сфері послуг з лікування ТБ та у сфері охорони здоров'я в цілому.

Нарешті, для 32 країн з дуже низьким рівнем захворюваності на ТБ (<10 зареєстрованих випадків на рік) оцінки захворюваності в цьому звіті базуються на повідомленнях про випадки ТБ без будь-яких коригувань. Цей підхід замінив попередній метод, який полягав у використанні повідомлень про випадки захворювання в поєднанні зі стандартним коригуванням у бік збільшення. Всі інші методи, що використовуються для оцінки захворюваності на ТБ, залишаються незмінними порівняно з тими, що використовувалися для Глобального звіту про ТБ 2024 (5).

A4.2 Оновлення для конкретних країн

Бразилія

За період 2010–2019 років захворюваність на ТБ оцінювалася шляхом коригування в бік збільшення кількості повідомлень про випадки ТБ відповідно до оціненої частки випадків захворювання, які лікувалися від ТБ. Ця частка була оцінена на основі даних про смертність від ТБ (6).

Камбоджа

У липні 2024 року в Камбоджі було завершено третє національне дослідження поширеності ТБ. Результати цього дослідження були використані разом з результатами попередніх досліджень (проведених у 2002 та 2011 роках) для оновлення оцінок захворюваності та смертності від ТБ за період 2010–2024 років.

Індія

Оновлені дані про причини смертності з Системи вибіркової реєстрації (SRS) за 2 роки (2020 і 2022) були включені в динамічну модель для конкретної країни, яка використовується для отримання оцінок захворюваності та смертності від ТБ, після їх офіційної публікації в 2025 році (7).

Оцінки захворюваності на Риф-ТБ у 2015–2024 рр. були отримані з використанням двох основних джерел даних: результатів національного дослідження резистентності до ПТП у 2016 році та даних регулярного епідеміологічного нагляду за 2024 рік. Раніше (до виходу Глобального звіту про ТБ за 2024 рік) для використання були доступні лише дані національного дослідження. Дані епідеміологічного нагляду за 2024 рік відповідали критеріям охоплення та якості, які використовує ВООЗ для визначення того, чи можна використовувати дані рутинного епідеміологічного нагляду для оцінки захворюваності на Риф-ТБ, і були передані до ВООЗ після ретельної перевірки даних НТП.

М'янмар

Дані про випадки ТБ за 2024р. показали, що порушення діагностики та лікування ТБ під час

пандемії COVID-19 були менш серйозними, ніж передбачалося раніше. Відповідно, було переглянуто оцінки захворюваності та смертності від ТБ з 2020 року.

Таїланд

Дані про кількість людей, які пройшли обстеження на ТБ з початку пандемії COVID-19, показали, що послуги з лікування ТБ відновилися до допандемічного рівня швидше, ніж це можна було припустити, виходячи лише з даних про зареєстровані випадки ТБ. Відповідно було переглянуто оцінки захворюваності та смертності від ТБ.

A4.3 Загальні оновлення

Декілька країн надали історичні дані, які раніше були відсутні, або внесли виправлення до раніше наданих даних, але це мало обмежений або незначний вплив на оновлені оцінки.

У липні 2025 року ЮНЕЙДС опублікувала оновлені оцінки поширеності ВІЛ та смертності від нього (8). Вони були використані замість попередніх оцінок.

A4.4 Огляд джерел даних для 30 країн з високим рівнем захворюваності на ТБ та трьох країн, що знаходяться під глобальним наглядом за ТБ

Основні джерела даних, які на даний момент доступні для оцінки тягаря захворюваності на ТБ у 30 країнах з високим рівнем захворюваності на ТБ та трьох країнах, що знаходяться під глобальним наглядом за ТБ (Додаток 3), наведені в таблиці A4.1.

Детальна інформація про методи, що використовувалися для всіх країн, наведена на веб-сторінках звіту (розділи 1.1 та 1.2) та в технічному додатку.

Список літератури

1. WHO Global Task Force on TB Impact Measurement [website]. World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/groups/global-task-force-on-tb-impact-measurement>).
2. World Health Organization/World Bank. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374059>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. TB incidence estimates for the Sustainable Development Goal and End TB Strategy 2025 milestone and 2030 targets assessment: data sources, analytical methods and process. Background document 3 for meeting of WHO Global Task Force on TB Impact Measurement, 25–27 September 2024. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-tuberculosis/global-task-force-on-tb-impact-measurement/meetings/2024-09/background-documents/background1-tbincidenceestimates.pdf?sfvrsn=ee240ead_11).
4. WHO Global Task Force on TB Impact Measurement: Report of a meeting on methods for producing estimates of TB incidence and mortality required for the End TB Strategy and Sustainable Development Goal 2025 milestones and 2030 targets assessment, 25–27 September 2024. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-tuberculosis/global-task-force-on-tb-impact-measurement/meetings/2024-09/meeting-documents/taskforcemeeting_september2024_report.pdf?sfvrsn=d50f0939_3).
5. Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379339>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Chitwood MH, Pelissari DM, Drummond Marques da Silva G, Bartholomay P, Rocha MS, Sanchez M et al. Bayesian evidence synthesis to estimate subnational TB incidence: an application in Brazil. *Epidemics*. 2021;35:100443 (<https://doi.org/10.1016/j.epidem.2021.100443>).
7. Sample Registration System (SRS) – cause of death in India 2020–2022. New Delhi: Office of the Registrar–General and Census Commissioner of India; 2023 (<https://censusindia.gov.in/nada/index.php/catalog/45568>).
8. AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS update. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2025/2025-global-aids-update>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Таблиця А4.1

Джерела даних, доступні для оцінки тягаря захворюваності на ТБ у 30 країнах з високим рівнем захворюваності на ТБ та трьох країнах, що знаходяться під глобальним наглядом за ТБ, 2010–2024 рр. **Блакитний** вказує що джерела даних доступні, **помаранчевий** свідчить про доступність в найближчому майбутньому, **червоні** – недоступні.

КРАЇНА	ДАНІ	СТАНДАРТИ ТА БЕНЧМАРКІНГОВА ОЦІНКА	НАЦІОНАЛЬН Е ОБЛКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	НАЦІОНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ТБ ^д	НАЦІОНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АБО МОНИТОРИНГ ЛІКАРСЬКОЇ СПІКОСТІ	НАЦІОНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІРТУАЛЬНИХ ДАНИХ АБО СМЕРТНОСТІ
Ангола	2000–2024	2019, 2023	–	–	2022–2024	–
Бангладеш	2000–2024	2019, 2022	–	2015	2011, 2019, 2024	–
Бразилія	2000–2024	2018	–	NA	2008	2000–2023
Камбоджа	2000–2024	2018, 2022	–	2002, 2011, 2023	2007, 2018, 2024	See footnote g
Центральна африканська республіка	2000–2024	2019, 2022	–	–	2009, 2024	–
Китай	2000–2024	–	2018, 2022	2000, 2010	2007, 2013, 2020, 2022–2024	2004–2021
Конго	2000–2024	2019, 2022	–	–	2024	–
КНДР	2000–2024	2017	–	2016	2014	–
Демократична республіка Конго	2000–2024	2019, 2022	–	–	2017	–
Ефіопія	2000–2024	2016, 2023	–	2011	2005, 2018, 2018, 2020, 2023	–
Габон	2000–2024	2018, 2020	–	–	2023	–
Індія	2000–2024	2019	2016	2019–2021	2016, 2024	2000–2019, 2020, 2022
Індонезія	2000–2024	2019, 2022	2017, 2023	2013–2014	2018, 2023, 2024	2006–2007, 2009–2015
Кенія	2000–2024	2017, 2021	2013	2015	2014, 2024, 2020, 2024	–
Лесото	2000–2024	2017, 2022	–	2019	2014, 2024, 2019–2024	–
Ліберія	2000–2024	2015, 2019	–	–	–	–
Монголія	2000–2024	2015, 2018	2026	2014–2015	2007, 2016, 2018–2024	2016–2019
Мозамбік	2000–2024	2013	–	2017–2019	2007, 2021, 2021–2023	–
М'янма	2000–2024	2017, 2022	–	2009, 2018	2003, 2008, 2013, 2018, 2020, 2023, 2024	–
Намібія	2000–2024	2019, 2022	–	2017–2018	2008, 2015, 2018, 2020–2024	–
Нігерія	2000–2024	2020, 2023	–	2012	2010, 2022–2024	–
Пакистан	2000–2024	2019, 2022	2012, 2017	2011	2013, 2019–2020	2006, 2007, 2010
Папуа Нова Гвінея	2000–2024	2017, 2023	–	–	2014, 2023–2024	–
Філіппіни	2000–2024	2016, 2019	2026	2007, 2016	2004, 2012, 2019, 2021–2023	2000–2014, 2016–2019
рф	2000–2024	2017	–	NA	2016–2024	2000–2024
Сьєрра Леоне	2000–2024	2015, 2020	–	–	–	–
Південна Африка	2000–2024	2019, 2022	2022	2026	2002, 2014, 2021–2024	Південна Африка
Таїланд	2000–2024	2013	–	2012	2001, 2006, 2012, 2018, 2023–2024	2000, 2002–2019
Уганда	2000–2024	2019, 2023	–	2014–2015	2011, 2018–2019, 2023	–
Танзанія	2000–2024	2018, 2023	–	2012	2007, 2018, 2021–2024	–
В'єтнам	2000–2024	2019, 2023	2017	2007, 2017–2018	2006, 2012, 2018, 2020–2024	–
Замбія	2000–2024	2016, 2020	–	2014	2000, 2008, 2020, 2018–2024	–
Зімбабве	2000–2024	2019, 2022	–	2014	2016, 2018–2020, 2022–2024	–

NA, не застосовуються; VR, фізична реєстрація

a Дані за період 2000–2009 рр. можуть бути використані для оцінки ситуації у 2010–2024 рр. і тому наводяться в даному звіті. Три країни, що входять до глобального списку країн, які перебувають під наглядом щодо ТБ – це Камбоджа, рф та Зімбабве..

b Контрольний список стандартів та критеріїв ВООЗ щодо епідеміологічного нагляду за ТБ призначений для оцінки якості та охоплення даних про повідомлення (на основі 9 основних стандартів), даних про VR (1 основний стандарт) та даних про ЛС–ТБ, конфекцію ВІЛ та дитячий ТБ (3 додаткові стандарти). Друге видання контрольного списку ВООЗ для епідеміологічного нагляду за ТБ також включає оцінку моніторингу та оцінки, пов'язаних з лікуванням ТБ (2 додаткові стандарти) та профілактикою ТБ (2 додаткові стандарти). Якщо було проведено більше двох оцінок, відображаються лише останні два роки..

c У 2026–2027 роках плануються проведення досліджень у Монголії, на Філіппінах та в Південній Африці. Рекомендується надати пріоритет дослідженням інвентаризації ТБ в країнах, де значна частина допомоги надається поза межами існуючої мережі НПТ.

d Бразилія не відповідає наступним критеріям, рекомендованим Глобальною робочою групою ВООЗ з оцінки впливу ТБ для проведення національного дослідження поширеності захворювання: захворюваність на ТБ ≥ 150 на 100 000 населення на рік, відсутність системи VR та рівень смертності дітей віком до 5 років (ймовірність смерті до 5 років на 1000 живо народжених) > 10 .

e Дані наведено лише для осіб, які раніше не лікувалися від ТБ. Дані отримано в результаті безперервного спостереження (позначено курсивом у синіх комірках) на основі рутинних діагностичних тестів у всіх перелічених країнах, крім Бразилії, КНДР, Демократичної Республіки Конго, Ліберії та Сьєрра-Леоне.

f Дані за роки, що стосуються Індонезії, Монголії, Пакистану та Південної Африки, були надані ВООЗ ІНМЕ.

g Вхідні дані, використані для інформування коваріантні для оцінки смертності від туберкульозу в Камбоджі, доступні тут: Ma, J., Vongpradith, A., Ledesma, J.R. et al. Прогрес у досягненні цілей стратегії ліквідації ТБ в Камбоджі до 2020 року: оцінки захворюваності та смертності від ТБ за віком та статтю за даними Глобального дослідження тягаря хвороб 2019 року BMC Infect Dis 22, 904 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07891-5>.

Система моніторингу ВООЗ щодо ЦСР у сфері боротьби з ТБ

У 2017 році ВООЗ розробила систему моніторингу показників ЦСР ООН, які тісно пов'язані з захворюваністю на ТБ. Це було зроблено в рамках підготовки до першої глобальної міністерської конференції з питань ТБ (1) на основі раніше опублікованих робіт, в яких було виявлено чіткий зв'язок між низкою соціальних, економічних та медичних показників і захворюваністю на ТБ (2–4)..

У 2024 році ця система була оновлена, і недоїдання було замінено на недостатнє харчування як обраний показник для ЦСР 2. Це відбулося після публікації систематичного огляду, пов'язаного з ризиком ТБ у людей з недоїданням і без нього (5).

Система моніторингу ТБ–ЦСР складається з 14 показників у рамках семи ЦСР. (Таблиця А5.1).

Для ЦСР 3, ця система включає 7 індикаторів:

- охоплення основних медичних послуг;
- частка населення з великими витратами домогосподарств на охорону здоров'я як частка загальних витрат або доходів домогосподарств;
- поточні витрати на охорону здоров'я на душу населення;
- поширеність ВІЛ;
- поширеність куріння;
- поширеність діабету; та
- поширеність розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю.

Для ЦСР 1, 2, 7, 8, 10 та 11 для моніторингу було обрано сім показників:

- частка населення, що живе за міжнародним прожитковим мінімумом;

- частка населення, охоплена мінімальним рівнем соціального захисту або системами соціального захисту;
- поширеність недоїдання;
- частка населення, яке в першу чергу покладається на чисті види палива та технології;
- валовий внутрішній продукт (ВВП) на душу населення;
- індекс Джині для оцінки нерівності доходів;
- частка міського населення, що проживає в неблагополучних районах.

Збір та подання даних за 14 показниками не вимагає додаткових зусиль з боку НТП щодо збору та подання даних. Це також не вимагає зусиль із збору та подання даних, які виходять за межі тих, до яких країни вже зобов'язалися в контексті ЦСР. На глобальному рівні ООН створила систему моніторингу показників ЦСР, і країни повинні щорічно подавати дані через відповідні агентства ООН (включно з ВООЗ). Тому аналіз стану та тенденцій 14 показників, пов'язаних з туберкульозом, може базуватися переважно на даних, що містяться в базі даних ЦСР ООН.

У деяких випадках офіційний показник ЦСР не вважався найкращим метричним показником, і було визначено та обґрунтовано кращу (але тісно пов'язану) альтернативу (одна в рамках ЦСР 2, п'ять в рамках ЦСР 3, одна в рамках ЦСР 8 та одна в рамках ЦСР 10). У таких випадках джерелами даних є одна з наступних організацій: ВООЗ, Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) або Світовий банк.

Список літератури

1. Monitoring and evaluation of TB in the context of the Sustainable Development Goals in Policy Briefs: WHO Global Ministerial Conference Ending TB in the Sustainable Development Era: Multisectoral Response. Geneva: World Health Organization; 2017. (<https://www.who.int/publications/m/item/moscow-conference---policy-brief>).
2. Lienhardt C, Glaziou P, Uplekar M, Lönnroth K, Getahun H, Raviglione M. Global tuberculosis control: lessons learnt and future prospects. *Nat Rev Microbiol*. 2012;10(6):407 (<https://doi.org/10.1038/nrmicro2797>).
3. Lönnroth K, Castro KG, Chakaya JM, Chauhan LS, Floyd K, Glaziou P et al. Tuberculosis control and elimination 2010–50: cure, care, and social development. *Lancet*. 2010;375(9728):1814–29 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60483-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60483-7)).
4. Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. *Soc Sci Med*. 2009;68(12):2240–6 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.041>).
5. Franco JVA, Bongaerts B, Metzendorf MI, Rizzo A, Guo Y, Pena Silva L et al. Undernutrition as a risk factor for tuberculosis disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 6. Art. No.CD015890. (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD015890.pub2>).

Таблиця А5.1

Система моніторингу ТБ-ЦСР: показники, що підлягають моніторингу в рамках ЦСР 3

ЦСР 3: Забезпечити здорове життя та сприяти добробуту для всіх у будь-якому віці					
ЦСР на період до 2030	ЦСР індикатор	Альтернативні показники для моніторингу	Рациональність	Джерело даних	Збирати дані спеціально для ТБ??
3.3 Покласти край епідеміям СНІДу, ТБ, малярії та занедбаних тропічних хвороб, а також боротися з ВГ, хворобами, що передаються через воду, та ін. інфекційними захворюваннями	3.3.1 Кількість нових випадків інфікування ВІЛ на 1000 неінфікованих осіб населення 3.3.1 Захворюваність на ТБ на 100 000 населення	Поширеність ВІЛ	ВІЛ є сильним фактором ризику розвитку ТБ і пов'язаний з гіршими результатами лікування. Поширеність ВІЛ віддається перевазі перед захворюваністю на ВІЛ, оскільки вона вимірюється безпосередньо..	UNAIDS BOO3	Збираються рутинно. NA
3.4 Зменшити передчасну смертність від неінфекційних захворювань на одну третину та сприяти психічному здоров'ю та благополуччю	3.4.1 Смертність, пов'язана з серцево-судинними захворюваннями, раком, діабетом або хронічними респіраторними захворюваннями	Поширеність діабету	Діабет є серйозним фактором ризику розвитку ТБ, хоча зв'язок із захворюваністю на ТБ на національному (на відміну від індивідуального) рівні важко встановити через наявність супутніх факторів. Поширеність діабету є більш важливим фактором, ніж смертність від ТБ, оскільки вона безпосередньо впливає на ризик розвитку ТБ.	BOO3	Може бути розглянуто на рівні країни для інформування про планування лікування супутніх захворювань.
3.5 Посилити профілактику та лікування зловживання психоактивними речовинами, включаючи зловживання наркотичними засобами та шкідливе вживання алкоголю	3.5.2 Споживання алкоголю на душу населення за рік (у літрах чистого алкоголю) серед осіб віком ≥ 15 років (шкідливий рівень, визначений на національному рівні)	Поширеність розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю	Вживання алкоголю є серйозним фактором ризику захворювання на ТБ та погіршення результатів лікування на індивідуальному рівні, хоча зв'язок захворюваністю на ТБ на національному (на відміну від індивідуального) рівні важко встановити через наявність супутніх факторів. Поширеність розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, найважливішим показником у контексті ТБ.	BOO3	Може бути розглянуто на рівні країни для інформування про планування лікування супутніх захворювань.
3.8 Досягти УНС, включаючи захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медичних послуг та доступ до безпечних, ефективних, якісних і доступних основних ліків та вакцин для всіх	3.8.1 Покриття основних медичних послуг (визначається як сер. покриття основних послуг на основі 16 контрольних заходів) 3.8.2 Частка населення з великими витратами домогосподарств на охорону здоров'я як частка від загальних витрат або доходів домогосподарств	NA NA	Досягнення УНС є необхідною умовою для виконання трьох високих цілей Стратегії подолання ТБ, а саме: зниження рівня захворюваності на ТБ, зменшення кількості смертей від ТБ, ліквідація катастрофічних загальних витрат для домогосподарств, уражених ТБ (визначених як $> 20\%$ доходу домогосподарства).	BOO3	Покриття лікування ТБ контролюється протягом багатьох років і є одним з 14 індикаторів-трасерів, які були обрані для вимірювання індикатора ЦСР 3.8.1. Існує індикатор, що стосується саме ТБ і доповнює 3.8.2 (див. вставку 3 основного звіту).
3.а Посилити виконання Рамкової конвенції BOO3 про боротьбу проти тютюну	3.а.1 Стандартизована за віком поширеність поточного вживання тютюну серед осіб віком ≥ 15 років	Поширеність куріння серед осіб віком ≥ 15 років (%)	Куріння є серйозним фактором ризику захворювання на ТБ на індивідуальному рівні, хоча зв'язок захворюваністю на ТБ на національному (на відміну від індивідуального) рівні важко встановити через наявність супутніх факторів.	BOO3	Може бути враховано (наприклад, для інформування про доступ до заходів щодо відмови від куріння).
3.с Істотно збільшити фінансування ОЗ та наймання, розвиток, навчання та утримання мед. працівників у країнах, що розвиваються, ос. в найменш розвинених країнах та малих острівних державах, що розвиваються	3.с.1 Щільність та розподіл медичних працівників	Поточні витрати на охорону здоров'я на душу населення	Витрати на охорону здоров'я на душу населення мають негативну кореляцію з захворюваністю на ТБ.	BOO3	No

СНІД, синдром набутого імунodefіциту; ВІЛ, вірус імунodefіциту людини; НД, не застосовується; ЦСР, Цілі сталого розвитку; ТБ, туберкульоз; УОЗ, універсальне охоплення медичним обслуговуванням; ЮНЕЙДС, Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД.

Система моніторингу ТВ-ЦСР: показники для моніторингу, що виходять за межі ЦСРЗ

ЦСР 1: Покінчити з бідністю у всіх її формах у всьому світі

ЦСР на період 2030	ЦСР індикатор	Альтернативні показники для моніторингу	Рациональність	Джерело даних	ЗБИРАТИ ДАНІ СПЕЦІАЛЬНО ДЛЯ ТБ??
1.1 Подолати крайню бідність для всіх людей у всьому світі, яка на даний момент визначається як життя на менше ніж 1,25 \$/д	1.1.1 Частка населення, що живе за межею міжнародного рівня бідності	NA	Бідність є серйозним фактором ризику захворювання на ТБ, що проявляється у декількох аспектах. Зниження рівня бідності також має сприяти своєчасному зверненню за медичною допомогою. Країни з вищим рівнем соціального захисту мають нижчий рівень захворюваності на ТБ.	ООН ЦСР Світовий банк	Ні
1.3 Впровадити відповідні національним умовам системи та заходи соціального захисту для всіх, включаючи мін. стандарти, та забезпечити значне охоплення бідних та вразливих верств нас	1.3.1 Частка населення, охопленого мінімальними рівнями/системами соціального захисту	NA	Прогрес за обома показниками допоможе досягти мети Стратегії «Покінчити з ТБ» щодо ліквідації катастрофічних витрат для людей з ТБ та їхніх сімей.		Може бути розглянуто (наприклад, для полегшення доступу до соціального захисту).

ЦСР 2: Подолати голод, забезпечити продовольчу безпеку та поліпшити харчування, а також сприяти сталому розвитку СГ

2.1 Покінчити з голодом і забезпечити доступ для всіх людей, особливо бідних і тих, хто перебуває у вразливому становищі, включаючи немовлят, до безпечної, поживної та достатньої їжі протягом усього року.	2.1 Покінчити з голодом і забезпечити доступ для всіх людей, особливо бідних і тих, хто перебуває у вразливому становищі, вкл. немовлят, до безпечної, поживної та достатньої їжі протягом усього року.	2.1 Покінчити з голодом і забезпечити доступ для всіх людей, особливо бідних і тих, хто перебуває у вразливому становищі, вкл. немовлят, до безпечної, поживної та достатньої їжі протягом усього року.	2.1 Покінчити з голодом і забезпечити доступ для всіх людей, особливо бідних і тих, хто перебуває у вразливому становищі, включаючи немовлят, до безпечної, поживної та достатньої їжі протягом усього року.	2.1 Покінчити з голодом і забезпечити доступ для всіх людей, особливо бідних і тих, хто перебуває у вразливому становищі, вкл. немовлят, до безпечної, поживної та достатньої їжі протягом усього року.	2.1 Покінчити з голодом і забезпечити доступ для всіх людей, особливо бідних і тих, хто перебуває у вразливому становищі, включаючи немовлят, до безпечної, поживної та достатньої їжі протягом усього року.
--	---	---	--	---	--

ЦСР 7: Забезпечити доступ до недорогої, надійної, стійкої та сучасної енергії для всіх

[illegible]

ЦСР 8: Сприяти стійкому, інклюзивному та сталому економічному зростанню, повній та продуктивній зайнятості та гідній праці для всіх

8.1 Підтримувати зростання на душу населення відповідно до національних умов і, зокрема, щонайменше 7% зростання ВВП на рік у найменш розвинених країнах.	8.1 Підтримувати зростання на душу населення відповідно до національних умов і, зокрема, щонайменше 7% зростання ВВП на рік у найменш розвинених країнах.	8.1 Підтримувати зростання на душу населення відповідно до національних умов і, зокрема, щонайменше 7% зростання ВВП на рік у найменш розвинених країнах.	8.1 Підтримувати зростання на душу населення відповідно до національних умов і, зокрема, щонайменше 7% зростання ВВП на рік у найменш розвинених країнах.	8.1 Підтримувати зростання на душу нас відповідно до нац. умов і, зокрема, щонайменше 7% зростання ВВП на рік у найменш розвинених країнах.	8.1 Підтримувати зростання на душу населення відповідно до національних умов і, зокрема, щонайменше 7% зростання ВВП на рік у найменш розвинених країнах.
---	---	---	---	---	---

ЦСР 10: Зменшити нерівність всередині країн та між країнами

10.1 Досягти і підтримувати зростання доходів нижчих 40% населення на рівні, вищому за середній по країні	10.1 Досягти і підтримувати зростання доходів нижчих 40% населення на рівні, вищому за середній по країні	10.1 Досягти і підтримувати зростання доходів нижчих 40% населення на рівні, вищому за середній по країні	10.1 Досягти і підтримувати зростання доходів нижчих 40% населення на рівні, вищому за середній по країні	10.1 Досягти і підтримувати зростання доходів нижчих 40% нас на рівні, вищому за середній по країні	10.1 Досягти і підтримувати зростання доходів нижчих 40% населення на рівні, вищому за середній по країні
---	---	---	---	---	---

ЦСР 11Створити інклюзивні, безпечні, стійкі та сталі міста та населені пункти

[illegible]



hasn't has for the longest