

Ireneusz Szczuka

GRUŻLICA W POLSCE W 2004 ROKU

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą
Kierownik: Ireneusz Szczuka

Sytuację epidemiologiczną gruźlicy oceniono na podstawie rejestrowanej zapadalności oraz jej struktury bakteriologicznej i demograficznej. Ocena zapadalności w dłuższych przedziałach czasowych pozwoliła na określenie tendencji epidemicznej

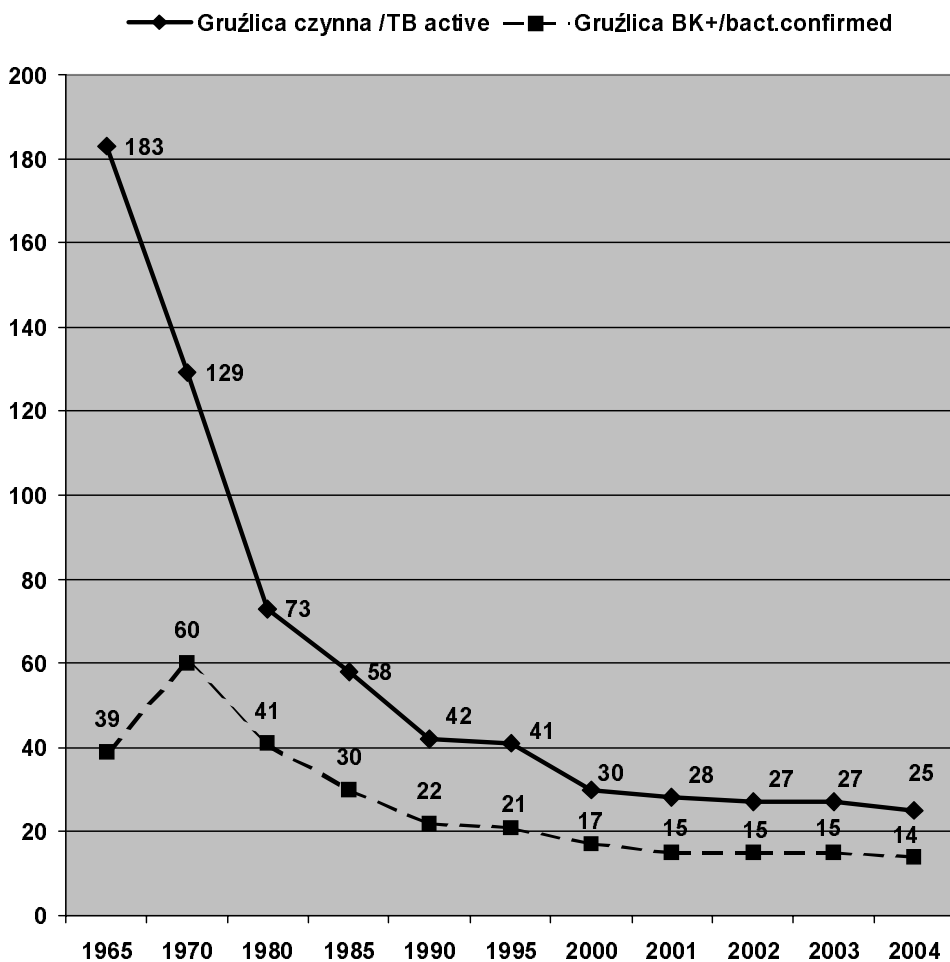
Słowa kluczowe: gruźlica, zapadalność, umieralność, lekooporność, rewakcyjnacja BCG;
Key words: tuberculosis, incidence, mortality, drug resistance, revaccination BCG

ZAPADALNOŚĆ NA GRUŻLICĘ

W 2004 r. kontynuowana była tendencja spadkowa w rejestrowanej zapadalności na gruźlicę, jaka utrzymuje się nieprzerwanie od 1994 r. (po nieznacznym wzroście zachorowań w latach 1991-1993). Zarejestrowano 9 493 zachorowania na gruźlicę – o 631 przypadków mniej niż w roku poprzednim. Współczynnik zapadalności – 24,9/100 000 był o 6,0% niższy, niż w roku poprzednim. W dziesięcioleciu 1995-2004 zapadalność zmniejszyła się o 39,4% i było to tempo zbliżone do zmienności zapadalności w poprzednich dekadach – ryc. 1. W porównywalnym okresie 1993-2003 było to średnie w skali europejskiej tempo spadku, niższe jednak od najszybszego występującego w Niemczech, Czechach, Słowacji i podobne jak w Szwecji i Francji.

Tak jak w latach poprzednich gruźlica była przede wszystkim chorobą płuc. Przypadki o tej lokalizacji – 8 691 – stanowiły 91,6% ogółu zachorowań. Zarejestrowano równocześnie 802 przypadki gruźlicy pozapłucnej. Było to o ponad sto przypadków mniej niż w roku poprzednim. Udział tych zachorowań od wielu lat utrzymuje się na zbliżonym poziomie – niższym niż w krajach z lepszą sytuacją epidemiologiczną. Ten niski udział jest najprawdopodobniej wynikiem niedorejestrowania przypadków w następstwie niezgłaszania ich przez lekarzy różnych specjalności rozpoznających i leczących przypadki gruźlicy pozapłucnej (gruźlica innych narządów poza mięszem płucnym i drzewem tchawiczooskrzelowym). Za taką oceną przemawia również znaczna zmienność w rejestracji tych postaci z roku na rok.

W 2004 roku najwięcej było przypadków gruźliczego wysiękowego zapalenia opłucnej – 330 chorych. W dalszej kolejności były to: gruźlica obwodowych węzłów chłonnych



Ryc. 1. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wg stanu bakteriologicznego w Polsce w latach 1965-2004. Współczynniki na 100.000 ludności

Fig. 1. Incidence of tuberculosis (all forms) according to bacteriological status. Poland 1965-2004

– 114 chorych, a gruźlica narządów moczowo-płciowych – 105 chorych. Gruźlicę kości i stawów rozpoznano u 88 chorych – w tym było 39 chorych na gruźlicę kręgosłupa. Najgroźniejszą postać gruźlicy pozapłucnej – gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – zarejestrowano u 22 chorych. Wśród nich były 2 zachorowania dzieci (w woj. woj. wielkopolskim i mazowieckim) i 2 zachorowania wśród młodocianych – oba w woj. śląskim. W ostatnich latach liczba takich postaci gruźlicy zarejestrowanych wśród dzieci nie przekracza 5 zachorowań rocznie. Na początku lat 50 ubiegłego wieku takich zachorowań wśród dzieci było ponad 1500, a śmiertelność przekraczała 90%.

Utrzymała się wieloletnia tendencja występowania wyższej zapadalności mężczyzn – 34,1 niż kobiet – 16,2. Ludność wiejska chorowała nieco częściej – 25,5 – niż mieszkańcy

miast – 24,5. Ryzyko zachorowania na gruźlicę wzrasta wraz z wiekiem: od 1,9 wśród dzieci do 51,7 wśród osób w wieku 65 lat i więcej. Mediana wieku zapadalności znajdowała się w przedziale 50-54 lata. Od wielu lat obserwuje się powolne zmniejszanie udziału w ogólnej zapadalności młodych chorych, a wzrasta, choć powoli, udział ludzi starszych – z 20,4% w 1994 r. do 27,1% w 2004 r. Nadal jednak znaczący odsetek stanowią chorzy w średnim wieku.

Szczególne miejsce w ocenie zapadalności mają zachorowania wśród dzieci, u których choroba jest najczęściej wynikiem narażenia na ścisły domowy kontakt z osobą dorosłą, chorą na gruźlicę niewykrytą i/lub nieleczoną. Dlatego zachorowania wśród dzieci (dobrze zdiagnozowane) są uważane za zwierciadło ogólnej sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w danym kraju/regionie. W 2004 roku zarejestrowano 120 zachorowań wśród dzieci – było to o 20 zachorowań więcej niż w roku poprzednim (odpowiednio zapadalność – 1,9 i 1,5). Zachorowania w tej grupie stanowiły 1,3% ogółu zachorowań na gruźlicę. Niepokoi nie sama wartość współczynników zapadalności, czy ich udział w ogólnej zapadalności – nie odbiegają one od wartości w innych krajach niejednokrotnie z lepszą sytuacją, ale zmienność tych zachorowań w ostatnich trzech latach (2002-2004) – odpowiednio 125, 100 i 120 przypadków. Tak znaczna zmienność w krótkim przedziale czasu, przy równocześnie utrzymującej się tendencji spadkowej ogólnej zapadalności przemawia za tym, że jest ona raczej odzwierciedleniem poziomu diagnozowania gruźlicy u dzieci przez lekarzy chorób płuc, niż odbiciem rzeczywistej sytuacji epidemiologicznej. Że tak jest istotnie, wykazała to przeprowadzona przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc weryfikacja rozpoznań gruźlicy u dzieci w dwóch województwach o największej liczbie zachorowań w woj. woj. łódzkim i mazowieckim. Wykazano, że w około 40% przypadków rozpoznanie gruźlicy u dzieci było nieuzasadnione. W 2004 r. w tych województwach zarejestrowano 58 przypadków (44 w woj. mazowieckim i 14 w woj. łódzkim). W pozostałych województwach liczba zarejestrowanych zachorowań dzieci nie przekraczała 5 przypadków. W takiej sytuacji niezbędne jest szkolenie lekarzy pediatrów i radiologów w zakresie gruźlicy dziecięcej. Zważywszy na obiektywnie duże trudności, jakie występują przy rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci, nadal pozostaje aktualny postulat Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc – konieczne jest rozpoznawanie gruźlicy u dzieci niezależnie przez 2 doświadczonych specjalistów chorób płuc dzieci.

W diagnozowaniu gruźlicy szczególne miejsce zajmują badania bakteriologiczne. Tylko dodatni wynik badania bakteriologicznego metodą posiewu na selektywnych podłożach gwarantuje pewne rozpoznanie choroby. W ocenianym roku takie bakteriologiczne potwierdzenie uzyskano u 5 308 chorych na wszystkie postacie gruźlicy – współczynnik 13,9 co stanowi 55,9% ogółu zachorowań. W przypadku gruźlicy płuc takie potwierdzenie uzyskano u 58,8% chorych. Znacznie mniejszy odsetek potwierdzonych zachorowań uzyskano w gruźlicy pozapłucnej – 24,9%, a wśród dzieci – tylko w 27,5%. Poprawa sytuacji w tym zakresie jest powolna. Niski odsetek potwierdzeń bakteriologicznych w gruźlicy u dzieci jest spowodowany tym, że występująca u nich najczęstsza postać – gruźlica węzłów chłonnych tchawiczo-oskrzelowych i węzłów wnęki jest postacią skapoprątkującą. Stwarza to znaczne trudności w rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci. W skali europejskiej Polska należy do krajów o relatywnie niskim odsetku przypadków gruźlicy potwierdzonych bakteriologicznie. W przekroju wojewódzkim występują znaczące różnice w tym zakresie. Podczas gdy odsetek przypadków gruźlicy płuc potwierdzonych bakteriologicznie

Tabela 1. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce wg województw w latach 2000-2004. Współczynniki na 100 000 ludności

Table 1. Tuberculosis cases and tuberculosis notification rates by voivodeships. Poland 2000-2004. Rate per 100 000 population

Województwa Voivodships	Liczby bezwzględne/ Absolute number					Współczynniki/ Rate				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
POLSKA	11.477	10.672	10.475	10.124	9493	29,7	27,6	27,4	26,5	24,9
1. Dolnośląskie	845	759	756	690	623	28,4	25,5	26,0	23,8	21,5
2. Kujawsko-pomorskie	501	449	481	422	432	23,8	21,4	23,2	20,4	20,9
3. Lubelskie	778	748	866	873	787	34,8	33,5	39,4	39,8	36,0
4. Lubuskie	163	236	216	189	174	15,9	23,0	21,4	18,8	17,2
5. Łódzkie	1.004	869	851	906	791	37,9	32,9	32,6	34,8	30,5
6. Małopolskie	669	594	616	606	600	20,7	18,3	19,1	18,7	18,4
7. Mazowieckie	1.863	1.806	1.614	1.603	1479	36,8	35,6	31,5	31,2	28,8
8. Opolskie	327	277	200	229	251	30,1	25,6	18,8	21,6	23,8
9. Podkarpackie	635	631	606	541	458	29,8	29,6	28,8	25,8	21,8
10. Podlaskie	271	259	303	294	236	22,2	21,2	25,1	24,4	19,6
11. Pomorskie	630	636	568	603	553	28,7	28,9	26,0	27,6	25,2
12. Śląskie	1.722	1.456	1.479	1.283	1320	35,4	30,1	31,2	27,2	28,0
13. Świętokrzyskie	487	475	446	494	455	36,8	35,9	34,4	38,2	35,3
14. Warmińsko-mazurskie	369	413	426	425	441	25,2	28,1	29,8	29,8	30,9
15. Wielkopolskie	766	614	622	567	488	22,8	18,3	18,6	16,9	14,5
16. Zachodnio-pomorskie	447	450	425	399	405	25,8	25,9	25,0	23,5	24,0

wynosił 80,7% w woj. kujawsko-pomorskim i 80,4% w woj. małopolskim, to w woj. pomorskim było to 45,0%, a w woj. świętokrzyskim – 46,4%. Te różnice nie mogą być tłumaczone brakiem dostępności do badań bakteriologicznych, bo tak nie jest.

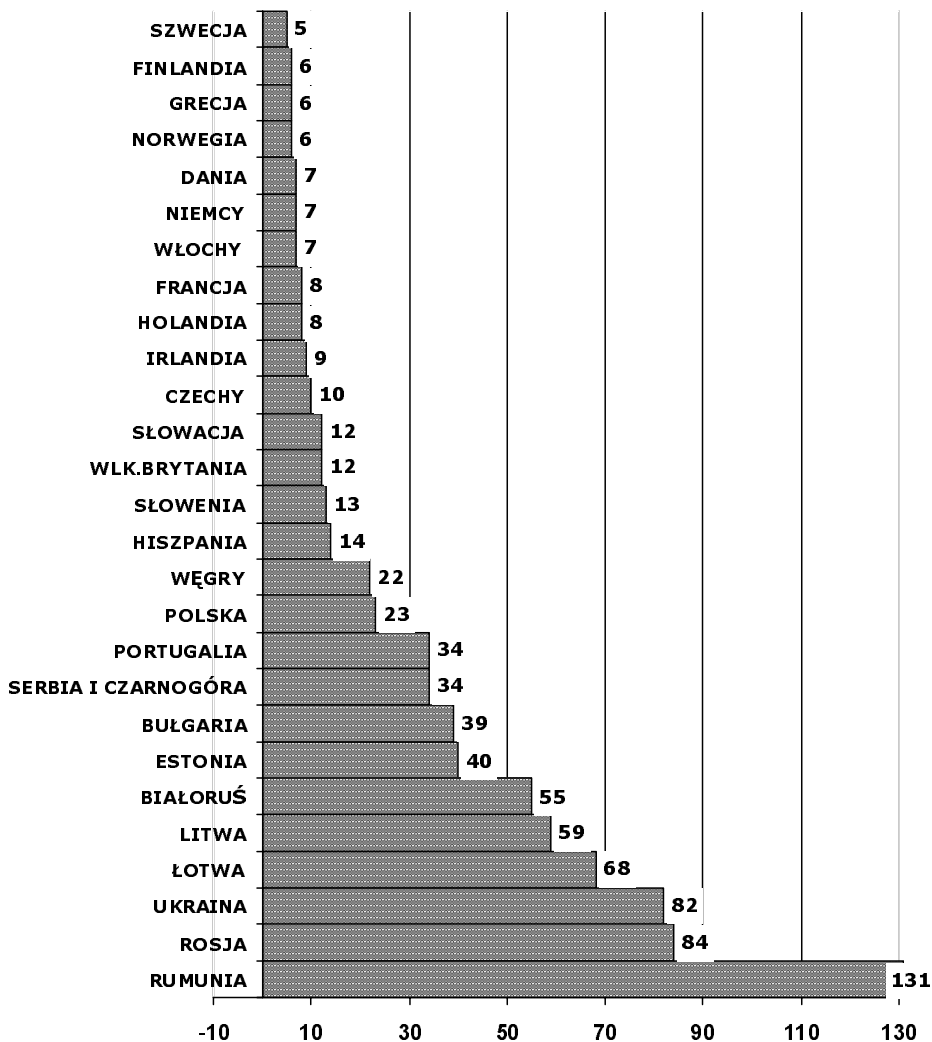
Znaczące różnice między województwami występują również w zakresie zapadalności ogólnej na gruźlicę (tab. I). W 2004 r. najwyższą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w woj. woj. lubelskim – 36,0, świętokrzyskim – 35,3 i warmińsko-mazurskim – 30,9. Najniższą w skali kraju zapadalność na gruźlicę rejestrowano w woj. woj. wielkopolskim – 14,5, lubuskim – 17,2 i małopolskim – 18,4. W 11 województwach zarejestrowano spadek zapadalności na gruźlicę w porównaniu z rokiem poprzednim. W dwóch województwach spadek ten przekraczał 15%. Tak było w woj. podlaskim – spadek o 19,7% i w woj. podkarpackim – spadek o 15,5%. Wzrost zachorowań zarejestrowano w 5 województwach: kujawsko-pomorskim, opolskim, śląskim i warmińsko-mazurskim. W woj. opolskim zapadalność wzrosła o 10,2%. Tak znaczny spadek / wzrost zachorowań w ciągu roku, wahanie rejestrowanej zapadalności w krótkim czasie wskazują na brak stabilnego systemu wykrywania i rejestracji nowych zachorowań. Za tym przemawia także zmienne tempo spadku zapadalności w całym kraju. Mimo istniejącego od prawie 50 lat obowiązku zgłaszania zachorowania/ zgonu z powodu gruźlicy – potwierdzonego w Ustawie o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 6 września 2001 r. – są podstawy, aby twierdzić, że rejestr zachorowań na gruźlicę nie jest kompletny. Dlatego należy podjąć działania dyscyplinujące lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej w tym zakresie.

W Polsce, w przeciwieństwie do naszych wschodnich sąsiadów (Rosja, Ukraina) nie są problemem epidemiologicznym zachorowania wśród więźniów. W 2004 r. było takich zachorowań 260 – tj. 2,6% ogółu zachorowań. Tylko u 12 chorych gruźlica rozwinęła się w trakcie pobytu w zakładzie karnym. U pozostałych stwierdzono ją podczas badania wstępnego. Takim problemem nie są również zachorowania wśród cudzoziemców – takich przypadków było w Krajowym Rejestrze Gruźlicy 16. Prawdopodobnie nie były to wszystkie zachorowania. Jednak Polska nie jest krajem docelowym imigracji, tylko tranzytowym. W chwili obecnej zachorowania wśród cudzoziemców stanowią raczej potencjalne niż aktualne zagrożenie dla sytuacji epidemiologicznej. Również zachorowań na gruźlicę wśród osób zakażonych HIV – w rejestrze było w ostatnich latach kilkanaście przypadków rocznie. Te przypadki są często niedorejestrowane i mimo wielokrotnych interwencji Instytutu nie są zgłaszane przez lekarzy/zakłady – leczące chorych zakażonych HIV/AIDS. Nie stanowią również zagrożenia dla obecnej sytuacji epidemiologicznej choroby wydalającej prątki lekooporne. W 2004 r. było 395 chorych wydalających prątki odporne, na co najmniej 1 lek przeciwpłatkowy. Stanowili oni 4,4% ogółu chorych i odsetek ten utrzymuje się na zbliżonym poziomie w ciągu ostatniej dekady. W grupie tych chorych było około 100 przypadków gruźlicy wielolekoopornej. Ta postać gruźlicy stanowi problem epidemiologiczny w krajach ze złą chemioterapią, np. w Rosji, na Ukrainie i w wielu krajach rozwijających się.

UMIERALNOŚĆ NA GRUŻLICĘ

W dobie skutecznych leków przeciwpłatkowych nie powinno być zgonów z powodu gruźlicy. Jeśli one występują – to są wynikiem złej realizacji programu zwalczania gruźlicy w dwóch jego najważniejszych elementach: wykrywaniu i leczeniu. Dlatego poziom umie-

ralności z powodu gruźlicy jest bardziej negatywnym miernikiem realizacji programu zwalczania gruźlicy niż miernikiem sytuacji epidemiologicznej. Wg danych GUS gruźlicę jako wyjściową przyczynę zgonów zarejestrowano w 2004 r. u 813 chorych, współczynnik 2,1 – był niższy niż w roku poprzednim. Mężczyźni umierali z powodu gruźlicy czterokrotnie częściej niż kobiety – odpowiednie współczynniki 3,5 i 0,8. Ludność wiejska częściej niż mieszkańcy miast – odpowiednio 2,3 i 2,0. Zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,2% ogó-



Ryc. 2. Zapadalność na gruźlicę w wybranych krajach Europy w 2004 roku. Współczynniki na 100 000 ludności*

Fig. 2. Notified incidence of tuberculosis (all forms) in selected countries in European region WHO in 2004. Rate per 100 000 population

łu zgonów i 36,4% zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce. Nie zarejestrowano zgonów z tej przyczyny u dzieci, a 1 zgon wśród młodocianych. Zgony osób w wieku 65 lat i więcej stanowiły 47,7% ogółu zgonów z gruźlicy. Najwyższą umieralność z powodu gruźlicy rejestrowano w woj.woj. śląskim- 3,5 i świętokrzyskim –3,0, a najniższą w woj.woj. wielkopolskim – 1,3 i małopolskim – 1,5.

PORÓWNIANIA MIĘDZYNARODOWE

Zapadalność na gruźlicę w Polsce w roku 2004 sytuowała nasz kraj w środkowej grupie krajów europejskich. Zapadalność na gruźlicę w Polsce była prawie trzykrotnie wyższa niż w Niemczech, ponad dwukrotnie wyższa niż w Czechach, także wyższa niż w Słowacji. Natomiast zapadalność na gruźlicę wśród naszych północnych i wschodnich sąsiadów (Rosja, Ukraina, Litwa, Białoruś) była trzykrotnie wyższa. (ryc. 2). Zapadalność na gruźlicę była w Polsce ponad dwukrotnie wyższa od średniej dla krajów „starej” Unii europejskiej. Utrzymuje się 20-25 letni dystans, jaki dzieli Polskę od krajów z najlepszą sytuacją epidemiologiczną tj. o niskiej zapadalności na gruźlicę.

KILKA UWAG O PROGRAMIE ZWALCZANIA GRUŻLICY

Polska jest zaliczana do krajów realizujących strategię DOTS zwalczania gruźlicy. Najważniejsze problemy, jakie istnieją w pełnym wdrożeniu strategii DOTS w Polsce to:

- rewitalizacja bezpośrednio nadzorowanego leczenia chorych (DOT – *Directly Observed Treatment*) najważniejszego elementu strategii DOTS. Polega ono na przyjmowaniu leków przeciwprątkowych przez chorego w obecności personelu medycznego. Takie leczenie ze względu na ograniczoną liczbę poradni chorób płuc i wygodę chorych może być prowadzone tylko na bazie podstawowej opieki zdrowotnej w poradni rejonowej najbliższej miejsca zamieszkania chorego. W chwili obecnej w Polsce takie leczenie – bezpośrednio nadzorowane – nie istnieje (rozwijano się w latach 70 i 80 ub.w.). Należy je ponownie wdrożyć. Ponieważ zdecydowana większość chorych jest wykrywana przez lekarzy p.o.z. – dlatego wczesne wykrycie chorych, oparcie diagnostyki gruźlicy o badania bakteriologiczne, zgłaszanie zachorowań – poprawa w tym zakresie zależy od ścisłej współpracy lekarza rodzinnego i specjalistycznej poradni chorób płuc,

- w 2006 r. po wieloletnich staraniach Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc przy ścisłej współpracy z Komisją Epidemiologiczną przy Głównym Inspektoracie Sanitarnym i przy aktywnym udziale Krajowego Konsultanta w dziedzinie Pediatrii, jak również Członkini Komitetu Doradczego ds. Bezpieczeństwa Szczepień Światowej Organizacji Zdrowia został radykalnie zmieniony program szczepień BCG począwszy od 2006 r. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia – w krajach o wysokiej zapadalności należy szczepić BCG dzieci najlepiej w wieku noworodkowym. Nie należy stosować rewakcytacji. Dlatego zrezygnowano z rewakcytacji BCG, a szczepienia ograniczono tylko do noworodków. Światowa Organizacja Zdrowia uważa, że nie ma przekonujących dowodów na to, że powtórne szczepienia BCG zwiększają odporność ponad tę indukowaną przy pierwszym szczepieniu. Polska obok republik środkowo-azjatyckich b. ZSRR należała do krajów o licznych rewakcyacjach. O zmianie programu szczepień BCG decydowały tylko i wyłącznie względy merytoryczne.

I Szczuka

TUBERCULOSIS IN POLAND IN 2004

SUMMARY

In 2004 y. decrease of tuberculosis notification rates in Poland has continued. In this year 9493 tuberculosis cases notified, incidence rate was 24.9 per 100.000 population with the large differences in notification rates between voivodships / region from 14.5 in the West to 36.0 in the East. The incidence in 2004 was 6.0% lower than in previous years and 39.9% lower than in 1995y.

Pulmonary cases represented 91.6% of all TB cases of which 59% were bacteriologically confirmed. Low proportion – 8.4% extrapulmonary TB cases which continues for many years may indicate inadequacies in diagnosis and registration of this form. Children TB cases – 120 incidence 1.9 – represented 1.3% of all TB cases notified in Poland.

The incidence of tuberculosis increases with age from 1.9 in children to 51.7 among 65 and older. Median age group – 50-54. The incidence of men 34.1 is two times higher than in woman – 14.2 and in rural population higher than in urban respectively 25.5 and 24.5.

Among of all TB pulmonary cases were 395 cases – about 4.2% TB cases – with resistance to at least one drug. In these cases were about 100 MDR cases. Every years registered a dozen or so cases among HIV/AIDS patients.

There were 813 (904) death due to tuberculosis from tuberculosis pulmonary 786/879 and 27 (25) from extrapulmonary tuberculosis reported in 2003 i.e. 2,4 /100.000. Mortality among males 3.5 (3.8) was four times higher than among females 8 (1.1). Almost 50% of all deaths were in patients 65 year of age and older. Since many years the TB mortality is of the order of 0.2% of total mortality and 37.8% (37.4%) from infectious diseases.

Conclusions: In last decade decrease of TB has continued. The incidence of tuberculosis in Poland was about two times higher than mean incidence for Enlarge European Union. The distance between Poland and EU countries with lowest incidence TB is estimated 20-25 years.

Adres Autora:

Dr n.med. Ireneusz Szczuka
Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą
ul.Płocka 26, 01-138 Warszawa