

Ireneusz Szczuka

GRUŻLICA W POLSCE W 2003 ROKU

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

Słowa kluczowe: gruźlica, zapadalność, umieralność, lekooporność, szczepienia BCG, wykrywanie, leczenie, wyniki.

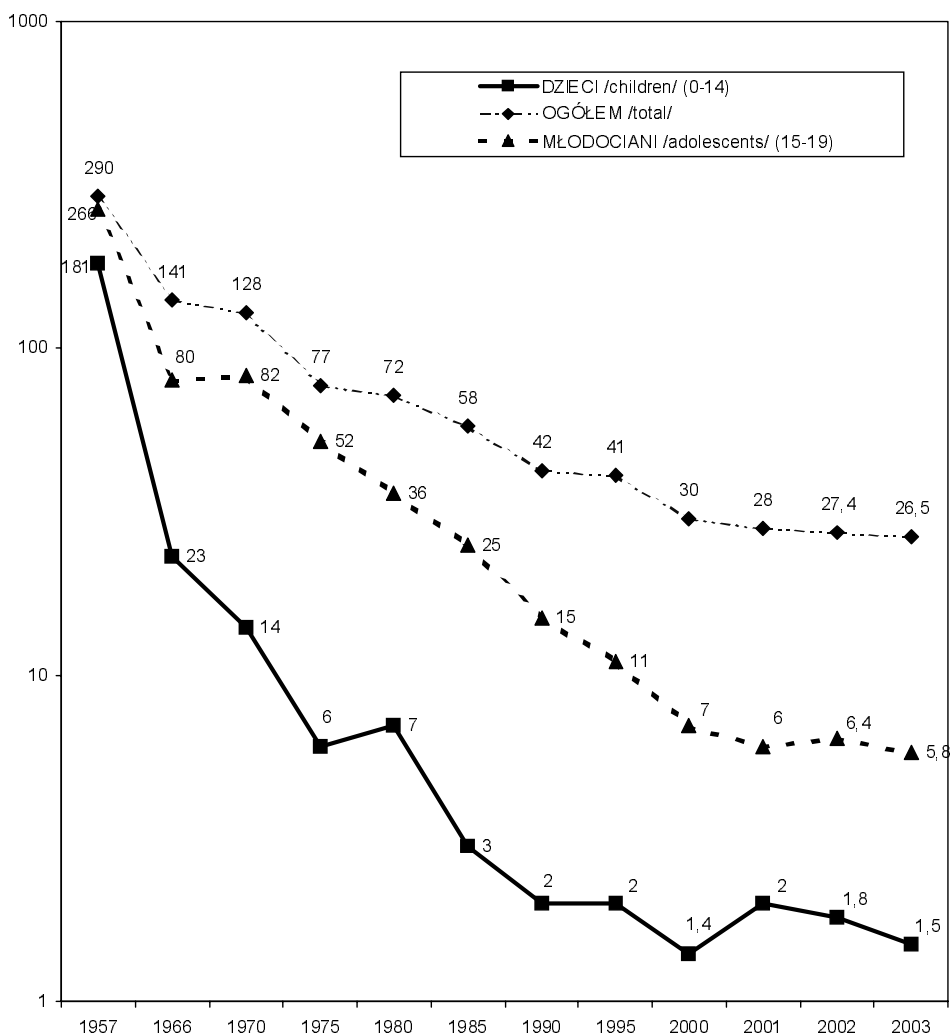
Key words: tuberculosis, incidence, mortality, drug resistance, BCG vaccination, case-finding, treatment outcomes.

Z a c h o r o w a n i a . W Polsce od 1994 r. utrzymuje się – z krótką przerwą w latach 1991-1993 – tendencja spadkowa zapadalności na gruźlicę (ryc. 1). Zarejestrowano 10 124 zachorowania na gruźlicę wszystkich postaci i było to o 6 529 przypadków mniej niż przed dziesięcioma laty. Współczynnik zapadalności – 26,5* był o 38,7% niższy od zapadalności w 1994 r. – 43,2. Średnioroczne tempo spadku w tej dekadzie – 3,9% było wyższe od tempa spadku w porównywalnych dekadach 1974-1984: 2,5% i 1984-1994: 2,9%. To tempo spadku było niższe niż w Niemczech i nieco niższe niż u południowych sąsiadów. W dekadzie 1992-2002 było to 5% w Niemczech, a w Czechach i Słowacji – 4,2%. Nowe zachorowania, podobnie jak w latach poprzednich, stanowiły 87,8% przypadków. Dominującą postacią gruźlicy była, podobnie jak w latach poprzednich, gruźlica płuc – stanowiła ona 90,0% ogółu zachorowań – zapadalność na tę postać – 24,1.

W 2003 r. zarejestrowano 917 zachorowań na gruźlicę pozapłucną – zapadalność – 2,4 – była niższa niż w porównywalnym roku poprzednim – 2,7. Tak jak w latach ubiegłych najczęstszymi postaciami gruźlicy pozapłucnej były: gruźlicze, wysiękowe zapalenie opłucnej – 398 przypadków, gruźlica węzłów chłonnych obwodowych – 152 zachorowania; gruźlica narządów moczowo-płciowych – 119 i gruźlica kości i stawów – 82 przypadki. Na najgroźniejszą postać gruźlicy pozapłucnej – gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu zachorowało 13 osób; w tej liczbie zachorowało 2 dzieci do 14 roku życia i 1 osoba młodociana. W ostatnich kilkunastu latach występowały wśród dzieci tylko nieznaczne (1-5 przypadków) zachorowania na tę postać. Dla przypomnienia, przed pięćdziesięcioma laty przed wprowadzeniem na szeroką skalę szczepień BCG i leków przeciwpłucnowych rejestrowano 1500-2000 zachorowań na gruźlicze zapalenie opon mózgowych wśród dzieci. Śmiertelność w tej postaci gruźlicy przekraczała 90%.

Odsetek gruźlicy pozapłucnej wśród ogółu zachorowań na gruźlicę jest w Polsce mniejszy niż w wielu krajach europejskich. Jest to prawdopodobnie w znacznej mierze spowodowane niedorejestrowaniem przypadków gruźlicy pozapłucnej – która jest rozpoznawa-

* Wszystkie współczynniki występujące w tekście odnoszą się do 100 000 ludności.



Ryc. 1. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2003

Fig. 1. Tuberculosis notification rates – children, adolescents and total population. Poland 1957-2003. Rate per 100.000 population

na przez wielu specjalistów klinicznych, którzy nie zawsze zgłaszają te przypadki do rejestru. Dzieje się tak, mimo że od 1957 r. istnieje obowiązek zgłaszania nowych zachorowań na gruźlicę, a także przypadków gruźlicy rozpoznanej sekcyjnie. Obowiązek ten został potwierdzony w Ustawie o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 6 września 2001 r.

Podobnie jak w latach poprzednich mężczyźni chorowali na gruźlicę dwukrotnie częściej niż kobiety – odpowiednia zapadalność 36,1 i 17,5. W ostatniej dekadzie tempo spadku zapadalności wśród mężczyzn i kobiet było zbliżone. Tak jak w latach ubiegłych zapadalność na gruźlicę ludności wiejskiej w 2003 r. – 27,5 była wyższa niż mieszkańców

miast – 25,9. Tempo spadku zachorowań w obu tych grupach było w ubiegłym dziesięcioleciu prawie takie samo.

Utrzymały się wieloletnie trendy zapadalności na gruźlicę w zależności od wieku. Zapadalność narasta wraz z wiekiem – od 1,5 wśród dzieci do 57,6 w grupie osób w wieku 65 lat i więcej. Mediana zachorowań mieści się w przedziale wieku 50-54 lat. W okresie od 1994 r. do 2004 r. zarejestrowano spadek udziału zachorowań ludzi młodych i dorosłych (20-44 lata) w ogólnej zachorowalności z 40,2% do 30,1%. Wzrósł natomiast udział zachorowań ludzi starych > 65 lat z 20,4% w 1994r. do 27,9% w 2003 r. W krajach z dobrą sytuacją epidemiologiczną przeważają ci ostatni chorzy.

W 2003 roku zarejestrowano w Polsce 100 zachorowań dzieci w wieku 0-14 lat; i było to o 25 zachorowań mniej niż w roku poprzednim (tab. I) i prawie tyle samo, co w 2000 r. W 2001 r. wystąpił po raz pierwszy od wielu lat znaczący wzrost zachorowań na gruźlicę dzieci, który na tym poziomie utrzymywał się w 2002r., by w 2003 r. ponownie zmniejszyć się. Tak znacząca zmienność w zapadalności na gruźlicę wśród dzieci, której nie towarzyszy w podobnym stopniu zmienność ogólnej zapadalności zadecydowała, że Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc przystąpił do szczegółowej analizy sytuacji w tej grupie. Powołano zespół specjalistów: 2 pediatrów, 2 pulmonologów, radiologa i epidemiologa, którzy dokonali oceny zasadności rozpoznania gruźlicy u dzieci w dwóch województwach o najwyższej zapadalności na gruźlicę w tej grupie wieku. Zespół stwierdził, że w ocenianych województwach w prawie 40% przypadków rozpoznanie gruźlicy u dzieci nie było uzasadnione. Należy zaznaczyć, że rozpoznanie gruźlicy u dzieci jest trudne, gdyż bardzo rzadko uzyskuje się potwierdzenie bakteriologicznie, a interpretacja obrazu radiologicznego płuc, węzłów wężki oraz węzłów tchawiczo-oskrzelowych (najczęstsza postać gruźlicy u dzieci) jest szczególnie trudna. Biorąc pod uwagę te trudności diagnostyczne Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc zaleca, aby ostateczne rozpoznanie gruźlicy u dziecka było dokonywane w placówkach o pełnych możliwościach diagnostycznych i przez 2 lekarzy niezależnie od siebie. Interpretując sytuację gruźlicy w tej grupie wiekowej, która uważana jest za grupę wskaźnikową dla ogólnej sytuacji epidemiologicznej, należy pamiętać o dwóch faktach:

- dopóki rejestrowana jest w Polsce w znacznej liczbie gruźlica wśród dorosłych, a szczepienia BCG nie zapewniają pełnej ochrony, tak długo występować będą zachorowania wśród dzieci;

- zapadalność na gruźlicę dzieci w Polsce jest w porównaniu z krajami o lepszej sytuacji epidemiologicznej nadal niska. W ostatniej dekadzie zapadalność na gruźlicę wśród dzieci zmniejszyła się o 34,8%.

- trudności w rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci i wysokie ryzyko błędnej diagnozy wskazują na konieczność intensyfikacji szkolenia w tym zakresie pediatrów i radiologów.

Takiej zmienności nie rejestruje się w zapadalności na gruźlicę wśród młodocianych w wieku 15-19 lat; w 2003 r. zarejestrowano 184 zachorowania, czyli o 27 mniej niż w roku poprzednim. Współczynnik zapadalności – 5,8 był o 47,4% niższy niż przed dziesięcioma laty. Zachorowania na gruźlicę wśród dzieci i młodocianych stanowiły w 2003 r. – 2,8% ogółu zachorowań; w 1994 r. – 3,3%; w 1980 r. – 6,1%, a nie w pełni porównywalnym roku 1957 – 27,0%. W gruźlicy najważniejszym dowodem etiologii choroby jest wykrycie prątka w materiale diagnostycznym pochodzącym od chorego. Rutynowo wykonywane badanie bakteriologiczne obejmujące badanie mikroskopowe (bakterioskopia) oraz posiew stanowią nadal złoty standard diagnostyczny w gruźlicy. W zdecydowanej więk-

Tabela I. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci (ogółem i dzieci 0-14 lat) w Polsce wg województw w latach 1999- 2003. Współczynniki na 100.000 ludności

Table I. Tuberculosis, all form (total and children 0-14) in Poland by voivodeship in 1999-2003. Incidence per 100 000 population

Województwa	Liczby						Współczynniki													
	1999		2000		2001		2002		2003		1999		2000		2001		2002		2003	
	ogółem	dzieci	ogółem	dzieci	ogółem	dzieci	ogółem	dzieci	ogółem	dzieci	ogółem	dzieci	ogółem	dzieci	ogółem	dzieci	ogółem	dzieci	ogółem	dzieci
POLSKA	12 179	108	11 477	103	10 672	124	10 475	125	10 124	100	31,5	1,4	29,7	1,4	27,6	1,7	27,4	1,8	26,5	1,5
1. Dolnośląskie	776	15	845	11	759	12	756	4	690	2	26,0	2,7	28,4	2,1	25,5	2,4	26,0	0,8	23,8	0,4
2. Kujawsko-pomorskie	536	11	501	5	449	-	481	3	422	1	25,5	2,5	23,8	1,2	21,4	-	23,2	0,8	20,4	0,3
3. Lubelskie	838	4	778	3	748	6	866	2	873	5	37,5	0,9	34,8	0,7	33,5	1,4	39,4	0,5	39,8	1,2
4. Lubuskie	155	-	163	3	236	-	216	3	189	-	15,2	-	15,9	1,5	23,0	-	21,4	1,6	18,8	-
5. Łódzkie	1 094	13	1 004	15	869	19	851	27	906	14	41,2	2,7	37,9	3,3	32,9	4,3	32,6	6,3	34,8	3,4
6. Małopolskie	717	6	669	2	594	4	616	2	606	7	22,3	0,9	20,7	0,3	18,3	0,6	19,1	0,3	18,7	1,2
7. Mazowieckie	2 061	8	1 863	21	1 806	39	1 614	27	1 603	31	40,7	0,8	36,8	2,3	35,6	4,4	31,5	3,1	31,2	3,6
8. Opolskie	321	1	327	-	277	2	200	1	229	3	29,5	0,5	30,1	-	25,6	1,0	18,8	0,5	21,6	1,7
9. Podkarpacie	727	5	635	2	631	5	606	2	541	-	34,2	1,0	29,8	0,4	29,6	1,1	28,8	0,5	25,8	-
10. Podlaskie	308	4	271	2	259	3	303	7	294	6	25,2	1,5	22,2	0,8	21,2	1,2	25,1	3,0	24,4	2,7
11. Pomorskie	628	7	630	15	636	12	568	6	603	7	28,7	1,5	28,7	3,4	28,9	2,8	26,0	1,4	27,6	1,7
12. Śląskie	1 911	19	1 722	10	1 456	12	1 479	22	1 283	10	39,2	2,1	35,4	1,2	30,1	1,5	31,2	2,8	27,2	1,3
13. Świętokrzyskie	539	-	487	2	475	3	446	2	494	2	40,7	-	36,8	0,8	35,9	1,2	34,4	0,9	38,2	0,9
14. Warmińsko-mazurskie	410	4	369	3	413	1	426	2	425	4	28,0	1,0	25,2	1,0	28,1	0,3	29,8	0,7	29,8	1,5
15. Wielkopolskie	730	7	766	7	614	3	622	12	567	8	21,8	1,2	22,8	1,0	18,3	0,5	18,6	1,9	16,9	1,3
16. Zachodnio-pomorskie	428	4	447	2	450	3	425	3	399	0	24,7	1,0	25,8	0,6	25,9	0,9	25,0	1,0	23,5	0,0

szości przypadków gruźlicy płuc potwierdzenie bakteriologicznego rozpoznania jest możliwe. Wg ŚOZ, takie potwierdzenie powinno się uzyskać w $\geq 60\%$ przypadków gruźlicy płuc, i u $>50\%$ wszystkich chorych już w badaniu mikroskopowym. W Polsce w 2003 r. chorzy, u których uzyskano potwierdzenie bakteriologiczne – było ich 5 830 – współczynnik 15,3 – stanowili 57,6% wszystkich przypadków; w gruźlicy pozapłucnej odsetek ten wynosił – 29,7, a u dzieci – 24,0.

Wśród chorych z rozpoznaną gruźlicą płuc – 9 207 – potwierdzenie bakteriologiczne uzyskano – u 60,4% i był to najwyższy odsetek od dwudziestu lat. Odsetek ten od wielu lat powoli wzrasta. Jest jednak nadal niezadowalający. Chorzy obficie prątkujący, tj. tacy u których prątki stwierdza się już w badaniu mikroskopowym i stanowiący rzeczywiste źródło zakażenia prątkiem w liczbie 3501 – stanowili 38% chorych na gruźlicę płuc.

W świetle przytoczonych wyżej postulatów ŚOZ, odsetki te są niskie. W przekroju wojewódzkim występują bardzo znaczące różnice między województwami. Udział przypadków gruźlicy płuc potwierdzonych bakteriologicznie, wśród ogółu postaci o tej lokalizacji, wahał się od 45,3% w województwie warmińsko-mazurskim i 46,7% w województwie świętokrzyskim do 76,3% w województwie małopolskim i 75,9% w kujawsko-pomorskim. Tak znaczące różnice nie dadzą się wytłumaczyć zróżnicowaną dostępnością do badań bakteriologicznych w tych województwach. Dlatego pozostaje ciągle aktualny postulat lepszego wykorzystania badań bakteriologicznych przez pulmonologów, oraz poprawa w zakresie jakości badań bakteriologicznych poprzez kontrolę jakości tych badań.

W 2003 roku, tak jak w poprzednich latach, utrzymują się znaczne różnice zapadalności między województwami. Zapadalność na gruźlicę w 2003 r. w województwie lubelskim – 39,8 (od dwóch lat wzrasta) i województwie świętokrzyskim – 38,2 (także wzrost w ostatnich dwóch latach) była ponad dwukrotnie wyższa niż w woj. wielkopolskim – 16,9, czy małopolskim – 18,7 (tab. I). W 5 województwach zapadalność na gruźlicę była w 2003r. wyższa niż w roku poprzednim – poza lubelskim i świętokrzyskim, również w woj. łódzkim, pomorskim i opolskim. W tym ostatnim aż o 14,9%. Wzrost ten należy traktować jako „wyrównawczy”, gdyż poprzedził go 26% spadek w roku poprzednim. Tak znaczna zmienność rejestrowanej zapadalności w krótkim okresie przy niezmiennym się istotnie otoczeniu zewnętrznym wskazuje, że te współczynniki nie odzwierciedlają rzeczywistej sytuacji epidemiologicznej. Sygnalizują one zaburzenia w zakresie wykrywania i/lub rejestracji zachorowań oraz realizacji programu zwalczania gruźlicy na danym terenie, co wymaga pilnej interwencji.

Wśród nowo zarejestrowanych przypadków było w 2003 roku 226 więźniów chorych na gruźlicę i stanowili oni 2,2% ogółu zachorowań. Gruźlica u tych chorych była w przeważającej części przypadków stwierdzona przy wstępnym badaniu osadzonych.

Brak jest wiarygodnych danych o liczbie zachorowań wśród cudzoziemców. Dopiero od 2003 r. w formularzu zgłoszenia zachorowania jest pytanie dotyczące obywatelstwa. Z dalece niekompletnych danych można ocenić, że w chwili obecnej zachorowania cudzoziemców nie wpływają w sposób istotny na sytuację epidemiologiczną gruźlicy w Polsce. Stanowią one natomiast potencjalne zagrożenie zwłaszcza, że dotyczą osób przybywających z krajów o znacznym nasileniu gruźlicy wielolekoopornej (kraje b. ZSRR, Rumunia, Indie, Pakistan).

Również na podstawie niekompletnych danych zachorowania na gruźlicę wśród osób zakażonych HIV nie stanowią istotnego problemu (kilkanaście w skali roku).

Chorobowość. Mimo, że chorego na gruźlicę można wyleczyć w ciągu 6-8 miesięcy, to jednak nie u wszystkich chorych udaje się to osiągnąć. Dlatego nadal ogólna liczba chorych – chorobowość – przekracza zapadalność. Z epidemiologicznego punktu widzenia ważna jest chorobowość na gruźlicę potwierdzona bakteriologicznie. Charakteryzuje ona bowiem liczbę chorych prątkujących – liczbę źródeł zakażenia. Takich źródeł zakażenia było na dzień 31 grudnia 2003 r. – 8 630 – współczynnik – 22,6. Wśród chorych prątkujących było tylko 168 chorych przewlekle prątkujących. W roku 2003 nastąpił dalszy spadek liczby chorych wydalających prątki odporne na co najmniej jeden lek przeciwprątkowy, było ich 292 i stanowili oni 3,4% ogółu chorych prątkujących. W tej grupie szczególne miejsca mają chorzy wydalający prątki wielolekooporne – tj. takie, które są odporne na działanie głównych leków p/prątkowych – izoniazydu i rifampicyny. Liczba takich chorych jest szacowana na 100 – tj. około 1% chorych prątkujących. Jest to niski odsetek w skali międzynarodowej.

Umieralność. W dobie skutecznej chemioterapii umieralność z powodu gruźlicy nie jest stosowana jako miernik oceny sytuacji epidemiologicznej danego kraju. Pozostaje jednak nadal negatywnym miernikiem realizacji programu zwalczania gruźlicy w zakresie jego najważniejszych składowych – wykrywania i leczenia. Innymi słowy jest miernikiem niedostatecznie wczesnego wykrywania i złego, nieskutecznego leczenia. Wg danych GUS w 2002 r. gruźlica była uznana jako wyjściowa przyczyna zgonu – przez lekarza wypełniającego kartę zgonu – u 892 zmarłych. Współczynnik umieralności – 2,3 był o prawie 35% niższy niż w 1990 r. Zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,2% ogółu zgonów i 37,4% zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych. Zgony z powodu gruźlicy występują głównie wśród starszych chorych w wieku 65 lat i więcej. Zgony w tej grupie stanowiły 49,2% ogółu zgonów z powodu gruźlicy, a umieralność osiąga poziom 9,0. Tylko wyjątkowo rejestrowane są zgony wśród dzieci. Umieralność wśród mężczyzn była ponad trzykrotnie wyższa niż wśród kobiet (odpowiednio współczynniki 3,7 i 1,1). Mieszkańcy wsi – współczynnik – 2,6 umierali częściej z powodu gruźlicy niż mieszkańcy miast – współczynnik – 2,2.

W przekroju wojewódzkim najwyższą umieralność zarejestrowano w woj.: śląskim – 4,2, świętokrzyskim – 4,0 i łódzkim – 3,1. Najniższą umieralność zarejestrowano w woj. małopolskim – 0,9 i opolskim – 1,2.

Sytuacja międzynarodowa. Porównanie zapadalności na gruźlicę w Polsce z porównywalnymi danymi z innych krajów za rok 2002 wskazuje, że Polska nadal należy do krajów europejskich o stosunkowo wysokiej zapadalności. W ostatnich latach 2000-2001 zapadalność na gruźlicę była w Polsce ponad dwukrotnie wyższa od średniej zapadalności na gruźlicę krajów „starej” Unii Europejskiej – w 2001 r. – 11,5. W 2002 r. zapadalność na gruźlicę w Polsce była prawie trzykrotnie wyższa niż w Niemczech, ponad dwukrotnie wyższa niż w Czechach i o 50% wyższa niż na Słowacji. Zapadalność w Polsce była natomiast znacząco niższa niż w Rumunii (najwyższa i rosnąca zapadalność na gruźlicę w Europie) i u naszych sąsiadów północnych i wschodnich – Rosji, Litwy, Białorusi i Ukrainy (tab. II).

Uwagi o programie zwalczania gruźlicy. Znacząca, mimo występujących zahamowań, poprawa sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w Polsce i spadek zapadalności z 128,5 w 1970 r. do 26,0 w 2004 r. były możliwe dzięki realizacji w Polsce nowoczesnego programu zwalczania gruźlicy, zawierającego w sobie wszystkie składowe

Tabela II. Zapadalność na gruźlicę w krajach Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia w 2002 roku. Współczynniki na 100 000 ludności

Table II. Notified incidence of tuberculosis in selected countries of European Region WHO in 2002. Rate per 100 000 population

Kraje Unii Europejskiej	wsp.	Dawne KDL i kraje b. Jugosławii	wsp.	Kraje b. ZSRR	wsp.	Inne	wsp.
Szwecja	4,0	Czechy	11,0	Armenia	47,0	Monaco	0,0
Grecja	5,0	Słowenia	17,0	Estonia	48,0	Islandia	3,0
Luksemburg	7,0	Albania	19,0	Białoruś	52,0	San Marino	4,0
Włochy	7,0	Słowacja	19,0	Azerbejdżan	62,0	Norwegia	5,0
Dania	8,0	Polska	26,0	Tadżykistan	65,0	Malta	6,0
Holandia	8,0	Węgry	30,0	Litwa	70,0	Andora	7,0
Finlandia	9,0	Chorwacja	33,0	Turkmenistan	77,0	Izrael	8,0
Niemcy	9,0	Macedonia	36,0	Łotwa	78,0	Szwajcaria	8,0
Francja	10,0	Bośnia i Hercegowina	41,0	Uzbekistan	80,0	Turecja	26,0
Irlandia	10,0	Bułgaria	42,0	Gruzja	87,0		
Austria	11,0	Serbia i Czarnogóra	42,0	Mołdawia	88,0		
Belgia	12,0	Rumunia	138,0	Rosja	89,0		
Wielka Brytania	12,0			Kirgistan	131,0		
Hiszpania	18,0			Kazachstan	178,0		
Portugalia	45,0			Ukraina	b.d.		
Średnia regionu europejskiego – 50,0							

Źródło: WHO Report 2004. Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, Financing. World Health Organization Geneva

zalecane przez ŚOZ w strategii DOTS. Absolutny priorytet w tym programie ma wykrywanie i leczenie. Zasadniczym ogniwem w systemie wykrywania gruźlicy są placówki podstawowej opieki zdrowotnej: lekarz rodzinny, rejonowy, wiejski, którzy wykrywają ponad 80% zachorowań na gruźlicę w Polsce. Od ich wiedzy, umiejętności i doświadczenia zależy, czy choroba zostanie wykryta wcześniej, czy później. Dlatego szkolenie przed- i podyplomowe tych lekarzy w zakresie gruźlicy, ich współpraca z poradniami chorób płuc i gruźlicy stanowią gwarancję poprawy w zakresie wczesnego wykrycia choroby. Od tej współpracy zależy także skuteczność leczenia przeciwpłatkowego w skali kraju. Osiągana obecnie w Polsce skuteczność leczenia, spełnia minimalne wymagania ŚOZ w tym zakresie: sukcesy w leczeniu stanowią 83,3% leczonych. Jednak znaczący odsetek – 7,8 przerywa leczenie. Leczenie kończy się niepowodzeniem u 1,1% chorych. W trakcie leczenia zmarło 6,2% chorych, w tym z powodu gruźlicy 2,4%.

Dalsza poprawa skuteczności leczenia będzie możliwa tylko poprzez powszechne wdrożenie bezpośrednio nadzorowanego leczenia krótkoterminowego (Directly Observed Treatment Short-Course), stanowiącego zasadniczy element strategii DOTS – zwalczania

gruźlicy zalecanej przez ŚOZ. W tej metodzie leczenia chory pobiera (polyka) leki przeciwprątkowe w obecności personelu medycznego. Powszechne wdrożenie tej metody będzie możliwe tylko we współpracy z zakładami/gabinetami p.o.z., bo te są najbardziej rozpowszechnione i najbliższe miejsca zamieszkania chorego. W tych placówkach chory będzie kontynuował leczenie po przejściu leczenia szpitalnego i odprątkowaniu (niezakaźny dla otoczenia), co następuje już po 2-3 tygodniach intensywnego leczenia przeciwprątkowego. Pomocniczym składnikiem nowoczesnych programów zwalczania gruźlicy pozostają szczepienia BCG, będące obecnie jedynie dostępną metodą swoistego zapobiegania gruźlicy. Szczepienia BCG były przez wiele lat jedyną masową akcją zwalczania tej choroby, stąd szczególny stosunek do tej metody, niekiedy bywa określany przez sceptyków jako „przecenianie roli szczepień BCG”. Obiektywna ocena szczepień BCG powinna być oparta o następujące fakty:

- meta-analiza wyników dotychczas przeprowadzonych badań epidemiologicznych pozwala oszacować ochronne działanie szczepień BCG – na 50% w płucnych (najczęstszych) postaciach gruźlicy i 75-95% w ostrych, krwiopochodnych rozsianych postaciach gruźlicy (rzadziej występujących);

- szczepienia BCG nie chronią przed zachorowaniem na gruźlicę popierwotną rozwijającą się z ognisk powstałych przy pierwszym zakażeniu – najczęstsza postać gruźlicy;

- szczepienia BCG nie mają wpływu na sytuację epidemiologiczną, gdyż wykonywane są u dzieci, chronią je przed zachorowaniem, a chore dzieci praktycznie nie uczestniczą w transmisji zakażenia prątkiem. Występujące u dzieci postacie gruźlicy są bowiem „skąpoprątkowe”;

- szczepienia BCG nie chronią przed zakażeniem prątkiem, stosowane są u osób niezakażonych (OT-), a gruźlica rozwija się najczęściej u osób uprzednio już zakażonych OT+;

- szczepionki BCG są obecnie (inne szczepionki są w fazie prób przedklinicznych) jedynymi dostępnymi szczepionkami przeciwgruźliczymi – dlatego ŚOZ zaleca wykonywanie szczepień BCG w krajach o wysokiej zapadalności na gruźlicę. Zaleca ich wykonywanie jednorazowo tuż po urodzeniu. Nie zaleca wykonywania rewakcytacji, gdyż nie istnieją dowody na to, że ponowne szczepienie BCG zwiększa odporność powyżej tej indukowanej przy pierwszym szczepieniu.

Polska należy do tych nielicznych krajów w Regionie Europejskim ŚOZ, poza Rosją i republikami azjatyckimi b. ZSRR, w którym rewakcytuje się kilkakrotnie.

Przytoczone powyżej fakty wynikające z badań epidemiologicznych i współczesnej wiedzy powinny stanowić racjonalną podstawę programu szczepień BCG również w Polsce. Dlatego wydaje się uzasadnione dalsze wycofywanie się z rewakcytacji BCG. Kroki te powinny być poprzedzone szkoleniem pediatrów i epidemiologów w tym zakresie.

PODSUMOWANIE

W 2003 r. utrzymała się dotychczasowa tendencja spadkowa w zapadalności i umieralności z powodu gruźlicy. Utrzymują się nadal znaczące różnice między województwami tak w zakresie zapadalności jak i umieralności. Znaczna zmienność zapadalności występująca w niektórych województwach wskazuje na brak stabilizacji w zakresie wykrywania i/lub rejestracji chorych.

Utrzymuje się, mimo poprawy, niski udział przypadków potwierdzonych bakteriologicznie wśród ogółu zachorowań. Wdrożenie bezpośrednio nadzorowanego leczenia krótkoterminowego jest niezbędne dla dalszej poprawy skuteczności leczenia.

Program szczepień BCG winien uwzględniać wyniki badań naukowych i aktualną sytuację epidemiologiczną, a także zalecenia w tym zakresie ŚOZ.

I Szczuka

TUBERCULOSIS IN POLAND IN 2003

SUMMARY

In 2003 year decrease of tuberculosis notification rates in Poland has continued. In this year 10 125 tuberculosis cases (TB) were notified in Poland – incidence rate – 26.5 per 100 000 population, with the large differences in notification rates between voivodeships (from 16.9 to 39.8/100 000). Between 1994-2003 notification rates decreased by 3.9% yearly overall. 87.8% of the TB cases notified were new cases. Pulmonary cases represented 90.9% of TB cases. Male to female sex ratio – 2.1. Age specific rates were much lower in children – 1.5/100 000 (100 cases) – 1% of all TB cases and highest in person over 65 years – 57.6/100 000 (27.9% all TB cases). Sixty percent of all pulmonary cases were confirmed by culture and 38% were sputum smear positive. Among all the pulmonary TB cases treated there were 292 cases with resistance to at least one drug. They represented 3.4% of bacteriologically positive pulmonary cases treated and from many years remains relatively low. There 892 death due tuberculosis reported in 2002 y.i.e. 2.3/100 000. Mortality among males – 3.7 and 1.1/100 000 among females. Since many years the TB mortality is of the order 0.2% of total mortality and almost 40% mortality from infectious diseases. In 2003 year – 93.5% new born babies were vaccinated BCG; 82% of all TB pulmonary cases were detect by symptoms and 4% by contact examination. Success rates (cured or completed) of treatment were reported in 83.3%; failed 1.0%; deaths during treatment were reported in 6.2% (2.4 % from TB) treatment default in 7.8% treated cases.

Adres autora:

Ireneusz Szczuka
Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa