

Ireneusz Szczuka

GRUŹLICA W POLSCE W 2005 ROKU

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

Słowa kluczowe: gruźlica, zapadalność, umieralność, lekooporność
Keywords: tuberculosis, incidence, mortality, drug resistance

ZAPADALNOŚĆ NA GRUŹLICĘ

W 2005 roku kontynuowana była tendencja spadkowa w zapadalności na gruźlicę utrzymująca się nieprzerwanie od 1994 r. Zarejestrowano w Polsce 9.280 zachorowań na gruźlicę i było to o 213 przypadków mniej niż w roku poprzednim i o 6078 zachorowań mniej niż w 1996 r. Zapadalność na gruźlicę w ocenianym roku 24,3. Nastąpiło jednak spowolnienie tempa spadku w porównaniu z rokiem poprzednim - spadek odpowiednio 6,0% i 2,4%. Znaczące różnice tempa spadku rejestrowane w ostatnich latach wskazują na prawdopodobny brak stabilności w zakresie wykrywania i/lub rejestracji zachorowań. W latach 1996-2005 zapadalność na gruźlicę zmniejszyła się o 39,0%.

Tak jak w latach poprzednich, najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc – 8.459 przypadków, stanowiąca 91,2% ogółu nowo zarejestrowanych chorych. Chorzy na gruźlicę pozapłucną, zarejestrowano ich 821 – współczynnik zapadalności 2,2 – stanowili 8,8% ogółu zarejestrowanych chorych. Relatywnie niski odsetek gruźlicy pozapłucnej w ogólnej liczbie zachorowań jest w znacznej mierze spowodowany niezgłaszaniem do Rejestru tych zachorowań rozpoznawalnych przez lekarzy różnych specjalności. Najczęściej zgłaszanymi postaciami gruźlicy pozapłucnej były: gruźlica opłucnej 351, gruźlica węzłów chłonnych obwodowych – 143, gruźlica narządów moczowo-płciowych – 111 oraz gruźlica kości i stawów 87 przypadków. Na najgroźniejszą postać gruźlicy pozapłucnej – gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zachorowało 19 osób, wśród nich były 2 zachorowania wśród dzieci do 14 r.ż. (oba w woj. mazowieckim).

Kontynuowane były wieloletnie tendencje w zachorowalności wg płci i miejsca zamieszkania. Mężczyźni chorowali na gruźlicę ponad dwukrotnie częściej niż kobiety. Odpowiednio współczynniki wg płci: 32,9 i 16,2.

Mieszkańcy wsi chorowali na gruźlicę częściej niż mieszkańcy miast – odpowiednio współczynniki 25,6 i 23,5. Utrzymywały się także dotychczasowe tendencje w zakresie zapadalności wg wieku. Ryzyko zachorowania na gruźlicę wzrasta wraz z wiekiem od 1,6

wśród dzieci do 14 r.ż. do 50,3 wśród osób w wieku 65 lat i więcej. Mediana wieku zachorowań znajdowała się w przedziale 50-54 lata. Poza grupą młodocianych, w pozostałych grupach wiekowych zarejestrowano spadek zapadalności. W ocenianym roku zarejestrowano w całym kraju 99 zachorowań wśród dzieci i było to o 21 przypadków mniej, niż w roku poprzednim. Zachorowania dzieci na gruźlicę stanowiły 1,1% ogółu zarejestrowanych zachorowań w 2005 r. Ta zmienność zapadalności na gruźlicę wśród dzieci rejestrowana od 2001 r. przy równoczesnym stałym, choć powolnym tempie spadku wśród dorosłych przemawia za tym, że na rzeczywisty trend epidemiologiczny nakładają się inne czynniki m.in. takie jak niestałość kryteriów diagnozowania gruźlicy w tej grupie wiekowej i znaczne ryzyko błędnej diagnozy – szacowane wg weryfikacji rozpoznań gruźlicy u dzieci przeprowadzanej przez Instytut Gruźlicy na 40%. W celu zmniejszenia ryzyka błędu diagnostycznego rozpoznanie gruźlicy u dziecka winno być stawiane zespołowo, co najmniej przez 2 doświadczonych i niezależnych od siebie lekarzy i w dobrze wyposażonym ośrodku.

Wśród ogółu nowo zarejestrowanych chorych było 5.409 chorych – współczynnik 14,2, u których gruźlica została potwierdzona w badaniu bakteriologicznym. Chorzy ci stanowili 58,3% ogółu nowych zachorowań. Wśród chorych na gruźlicę płuc odsetek ten był wyższy – 61,2%. Mimo poprawy, odsetek ten nie ulega istotnym zmianom i jest niższy od postulowanego przez Światową Organizację Zdrowia (85%) i wysokiego – 80,0% odsetka w krajach skandynawskich czy w Holandii. Jest on zbliżony do poziomu w Niemczech, Austrii i na Węgrzech. Relatywnie niski odsetek przypadków potwierdzonych bakteriologicznie jest prawdopodobnie wynikiem kumulacji dwóch zjawisk – niedostatecznego wykorzystania badań bakteriologicznych przez pneumonologów i niezadowalającej jakości tych badań. Za taką oceną przemawiają także znaczne różnice w tym zakresie między województwami nieróżniącymi się istotnie w zakresie dostępności do badań bakteriologicznych i posiadanej aparatury. I tak udział przypadków gruźlicy płuc potwierdzonych prątkowaniem wahał się w przekroju wojewódzkim od 42,6% w woj. pomorskim i 45,3% w woj. świętokrzyskim do 81,6% w woj. małopolskim i 79,9% w woj. kujawsko-pomorskim.

Utrzymują się także znaczące różnice między województwami w zakresie ogólnej zapadalności na gruźlicę. W przekroju wojewódzkim wahała się ona od 14,0 w woj. wielkopolskim i 15,9 w woj. podlaskim do 40,1 w woj. lubelskim i 36,1 w woj. świętokrzyskim. Wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim zarejestrowano w 6 województwach (lubuskim, lubelskim, łódzkim, małopolskim, pomorskim i świętokrzyskim). W woj. łódzkim zapadalność wzrosła o 16,7%, a w lubelskim – o 11,4%. W 10 województwach nastąpił w 2005 r. spadek rejestrowanej zapadalności. Największy spadek o 26,2% zarejestrowano w woj. warmińsko-mazurskim i o 18,9% w woj. podlaskim. Tak znaczna zmienność roczna zapadalności w tych województwach świadczy o braku stabilizacji w zakresie wykrywania i/lub rejestracji chorych i wskazuje na konieczność podjęcia analizy wykrywalności i rejestracji chorych w poszczególnych powiatach tych województw. (tabela I).

Wśród nowo zarejestrowanych chorych było 206 więźniów. Zachorowania w tej grupie stanowiły 2,2% ogółu zachorowań w 2005 r. Tylko u 18 chorych gruźlica rozwinęła się podczas odbywania wyroku, u pozostałych stwierdzono ją przy wstępnym badaniu skazanego.

Od wielu lat utrzymuje się również na prawie niezmienionym poziomie – kilkunastu przypadków rocznie /w 2005 r. zgłoszono 16 przypadków/ gruźlica wśród zakażonych HIV. Prawdopodobnie nie wszystkie zachorowania na gruźlicę w tej grupie zostały zgłoszone

Tabela 1 Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce wg województw w latach 2001-2005. Współczynniki na 100.000 ludności.

Table I. Tuberculosis cases and tuberculosis notification rates by voivodships. Poland 2001-2005. Rate per 100.000 population

Województwa Voivodships	Liczby bezwzględne / Absolute number					Współczynniki/ Rate				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
POLSKA	10.672	10.475	10.124	9493	9280	27,6	27,4	26,5	24,9	24,3
1. Dolnośląskie	759	756	690	623	597	25,5	26,0	23,8	21,5	20,7
2. Kujawsko-pomorskie	449	481	422	432	425	21,4	23,2	20,4	20,9	20,6
3. Lubelskie	748	866	873	787	874	33,5	39,4	39,8	36,0	40,1
4. Lubuskie	236	216	189	174	178	23,0	21,4	18,8	17,2	17,6
5. Łódzkie	869	851	906	791	919	32,9	32,6	34,8	30,5	35,6
6. Małopolskie	594	616	606	600	647	18,3	19,1	18,7	18,4	19,8
7. Mazowieckie	1.806	1.614	1.603	1479	1357	35,6	31,5	31,2	28,8	26,3
8. Opolskie	277	200	229	251	214	25,6	18,8	21,6	23,8	20,4
9. Podkarpackie	631	606	541	458	414	29,6	28,8	25,8	21,8	19,7
10. Podlaskie	259	303	294	236	191	21,2	25,1	24,4	19,6	15,9
11. Pomorskie	636	568	603	553	568	28,9	26,0	27,6	25,2	25,9
12. Śląskie	1.456	1.479	1.283	1320	1247	30,1	31,2	27,2	28,0	26,6
13. Świętokrzyskie	475	446	494	455	464	35,9	34,4	38,2	35,3	36,1
14. Warmińsko-mazurskie	413	426	425	441	325	28,1	29,8	29,8	30,9	22,8
15. Wielkopolskie	614	622	567	488	473	18,3	18,6	16,9	14,5	14,0
16. Zachodnio-pomorskie	450	425	399	405	387	25,9	25,0	23,5	24,0	22,8

do Centralnego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę. Za tym przemawia dwukrotnie wyższa liczba chorych HIV/ AIDS w rejestrach PZH, u których gruźlica była chorobą wskaźnikową. Niewystarczające jest również rozeznanie w zakresie występowania gruźlicy wśród cudzoziemców przebywających w Polsce. Do Rejestru zgłoszono takich przypadków 17. Wydaje się, na podstawie tych niepełnych danych, że skala tych zachorowań tak wśród zakażonych HIV jak i wśród cudzoziemców obecnie nie wpływa istotnie na ogólną sytuację epidemiologiczną gruźlicy w Polsce. Należy jednak pamiętać o tym potencjalnym zagrożeniu w przyszłości.

Nie stanowi również problemu epidemiologicznego skala występowania chorych z wielolekową opornością MDR-TB; stanowili oni w 2005 r. około 1% chorych. W tej grupie było kilku chorych z natężoną lekoopornością XDR-TB.

Nie ulega również istotnej zmianie miejsce Polski w europejskim rankingu zachorowań na gruźlicę. Wśród krajów Unii Europejskiej Polska zajmuje 21 miejsce wyprzedzając tylko Portugalię, Estonię, Bułgarię, Łotwę, Litwę i Rumunię. Zapadalność na gruźlicę w porównywalnym 2005 r. w Polsce – 24,1¹ – była znacząco wyższa, niż u naszych sąsiadów z zachodu i południa: w Niemczech – 7,3, Czechach – 9,9, Słowacji – 14,1. Była natomiast niższa niż w Rumunii – 135,2 (najwyższa w Europie), w Rosji – 109,0, na Litwie - 75,0, Białorusi – 65,2 i na Ukrainie – 93,3. Najniższą zapadalność na gruźlicę rejestrowano na

1 Wg EURO TB

Tabela II Zapadalność na gruźlicę w krajach Regionu Europejskiego ŚOZ w 2005. Współczynniki na 100.000

Table II. Notified incidence rate of tuberculosis in European Region in 2005

Kraje Unii Europejskiej				Kraje Europy Zach. i Bałkany		Kraje byłego ZSRR	
Kraj	Wsp	Kaj	Wsp	Kraje Europy Zach.poza UE	Wsp.	Kraj	Wsp.
Cypr	4,4	Austria	11,6	Islandia	3,7	Białoruś	65,2
Malta	5,7	Słowacja	14,1	Izrael	6,0	Turkmenistan	68,1
Szwecja	6,3	Słowenia	14,1	Norwegia	6,3	Armenia	77,0
Finlandia	6,9	Wlk.Brytania	14,2	Szwajcaria	7,8	Ukraina	93,3
Grecja	6,9	Hiszpania	18,2	Andora	14,9	Azerbejdżan	94,2
Włochy	7,1	Węgry	20,0	Średnia	- 18,3	Uzbekistan	108,6
Holandia	7,1	Polska	24,1	Balkany		Rosja	109,0
Dania	7,8	Portugalia	33,7	Albania	17,3	Tadżykistan	109,8
Niemcy	7,3	Estonia	39,0	Chorwacja	25,1	Kirgistan	128,5
Luksemburg	8,0	Bułgaria	42,7	Czarnogóra	27,3	Gruzja	144,1
Francja	8,6	Łotwa	62,5	Turcja	28,1	Mołdowa	149,3
Czechy	9,9	Litwa	75,0	Serbia	31,8	Kazachstan	210,4
Belgia	11,0	Rumunia	135,2	Macedonia	32,3		
Irlandia	11,1			Bośnia i Hercegowina	55,3		
Średnia	- 18,7			Średnia	- 29,1	Średnia	- 110,2
Średnia Regionu Europejskiego - 48,4							

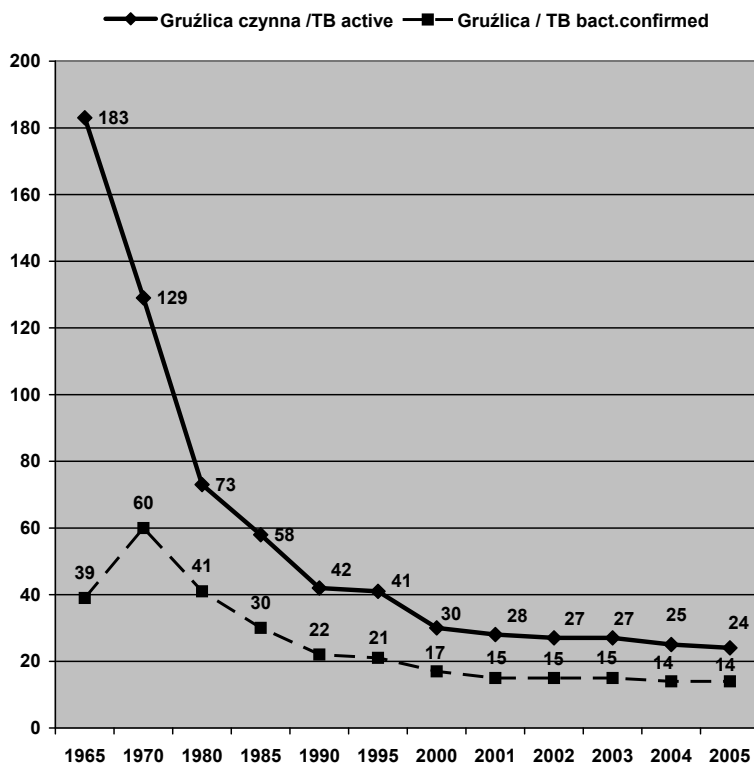
Cyprze – 4,4, Malcie – 5,7 i w Szwecji – 6,3. Dystans, jaki dzieli Polskę od krajów z najlepszą sytuacją jest szacowany na 25 lat. Tabela II.

UMIERALNOŚĆ Z POWODU GRUŻLICY

Wg danych Głównego Urzędu Statystycznego w roku 2005 zmarło z powodu gruźlicy – 806 chorych. Współczynnik umieralności – 2,1. Zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,2% ogółu zgonów i 34,8% zgonów z powodu wszystkich chorób zakaźnych. Wg danych Instytutu obrazujących wyniki leczenia chorych na gruźlicę – zmarło z powodu gruźlicy w trakcie leczenia 286 osób.

Tak, jak w latach poprzednich najwyższą umieralność zarejestrowano wśród ludzi starszych w wieku 65 lat i więcej – 7,1. Zgony w tej grupie wiekowej stanowiły 44,3% ogółu zgonów z powodu gruźlicy. Nie zarejestrowano zgonów wśród dzieci i młodocianych. Umieralność mężczyzn z powodu gruźlicy – 3,4 była prawie czterokrotnie wyższa niż kobiet – 0,9. Mieszkańcy wsi umierali nieznacznie częściej z powodu gruźlicy od mieszkańców miast, odpowiednio współczynniki 2,2 i 2,1.

W przekroju wojewódzkim największą umieralność z powodu gruźlicy zarejestrowano w woj.woj.: śląskim – 3,7, świętokrzyskim – 3,3, a najniższą w woj.woj.: małopolskim – 1,1 i podlaskim – 1,2.



Ryc. 1 Zapadalność na gruźlicę wg stanu bakteriologicznego w Polsce w latach 1965-2005. Współczynniki 100.000 ludności

Fig. 1 Notified incidence of tuberculosis (all forms) by bacteriologically confirmation in Poland 1965-2005. Rates per 100.000 population

PODSUMOWANIE

W roku 2005 kontynuowana była tendencja spadkowa zmienna w zapadalności na gruźlicę, utrzymująca się nieprzerwanie od 1994r. Utrzymujące się tempo spadku rejestrowanej zapadalności w krótkim, rocznym okresie, tak w skali całego kraju, jak zwłaszcza w poszczególnych województwach przemawiają za brakiem stabilności w zakresie wykrywania i /lub rejestracji chorych. Kontynuowane były dotychczasowe tendencje w zakresie zapadalności wg płci i miejsca zamieszkania oraz zapadalności na gruźlicę wg wieku. Utrzymuje się znaczna zmienność zapadalności wśród dzieci. Tak znaczna zmienność może przemawiać za zmiennością u lekarzy kryteriów rozpoznawania gruźlicy wśród dzieci. Niezadowalający jest nadal udział przypadków potwierdzonych bakteriologicznie wśród ogółu zachorowań. Nie zmniejsza się dystans, jaki dzieli Polskę od krajów z najlepszą sytuacją epidemiologiczną gruźlicy.

I Szczuka

TUBERCULOSIS IN POLAND IN 2005

SUMMARY

Tuberculosis has been a major health problem in Poland for many years. In 2005y. decrease of tuberculosis notification rates in Poland has continued. In this year 9280 tuberculosis cases notified, incidence rate was 24.39 per 100,000 population with the large differences in notification rates between voivodships / region from 14,0 in the West to 36.1 in the East. The incidence in 2005 was 2,4% lower than in previous years and 39,0% lower than in 1996y.

Pulmonary cases represented 91,2% of all TB cases of which 61,2% were bacteriologically confirmed. Low proportion – 8,8% extrapulmonary TB cases which continues for many years may indicate inadequacies in diagnosis and registration of this form. Children TB cases – 99 incidence 1,6 – represented 1,1% of all TB cases notified in Poland. The incidence of tuberculosis increases with age from 1,6 in children to 50,3 among 65 and older. Median age group – 50-54. The incidence of men 32,9 is two times higher than in women – 16,7 and in rural population higher than in urban respectively 25,6 and 23,5.

Among of all TB pulmonary cases were 293 cases – about 3,5% all TB cases – with resistance to at least one drug. In these cases were about 80 MDR TB cases. Every years registered a dozen cases among HIV/ AIDS patients.

There were 806 deaths due to tuberculosis from tuberculosis pulmonary 777 – and 29 from extrapulmonary tuberculosis reported in 2005 i.e. 3.4 per 100,000. Mortality among males 3.4 was four times higher than among females – 0.9. 44% 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 more than 1/3 of all deaths from infectious diseases.

Conclusions: In last decade decrease incidence 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
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa