

Ireneusz Szczuka

GRUŻLICA W POLSCE W 2006 ROKU

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

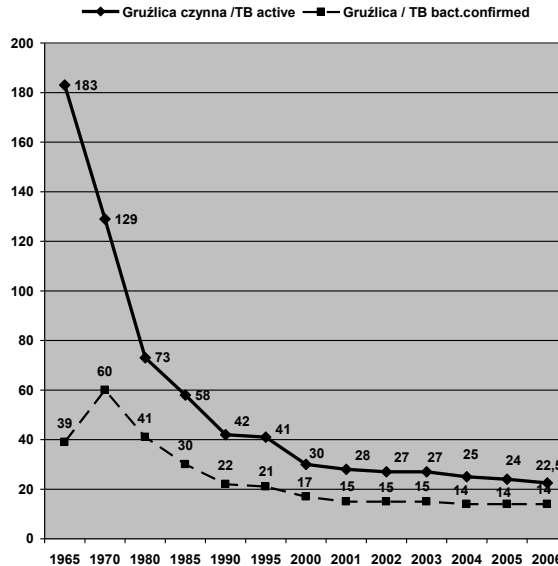
Słowa kluczowe: gruźlica, zapadalność, umieralność, lekooporność, rok 2006
Keywords: tuberculosis, incidence, mortality, drug resistance, 2006

ZAPADALNOŚĆ NA GRUŻLICĘ

Rok 2006 był kolejnym rokiem utrzymywania się od czterech dekad tendencji spadkowej zapadalności na gruźlicę. W tej tendencji wystąpiły niewielkie przerwy - ostatnia w latach 1991-1993. Średnie tempo spadku w tych dekadach oscyluje wokół wartości 4%. W skali krajów Unii Europejskiej jest to średnie tempo spadku. W 2006 r. zarejestrowano w Polsce 8.593 zachorowania na gruźlicę i było to o 687 przypadków mniej niż w roku poprzednim i o 5374 zachorowania mniej niż w 1997 r. Zapadalność na gruźlicę 22,5 w analizowanym roku była niższa niż w 2005 roku. Nastąpiło przyspieszenie tempa spadku 7,4% w 2006 r. w porównaniu z 2,4% w 2005 r. W ostatnim pięcioleciu tempo spadku zapadalności było zróżnicowane i mieściło się w przedziale od 0,7% do 7,4%. W latach 1997-2006 zapadalność na gruźlicę zmniejszyła się o 38,0% (ryc. 1).

Najczęstszą postacią gruźlicy, podobnie jak w latach poprzednich, była gruźlica płuc - zarejestrowano 7884 przypadki i było to 91,7% ogółu nowo zarejestrowanych chorych w tym roku. U pozostałych 709 chorych - współczynnik - 1,9 rozpoznano gruźlicę pozapłucną. Niski w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej odsetek gruźlicy pozapłucnej w ogólnej liczbie zachorowań jest spowodowany prawdopodobnie niezgłaszaniem do Rejestru tych zachorowań rozpoznawanych przez lekarzy różnych specjalności. Tak jak w latach poprzednich najczęściej zgłaszanymi postaciami gruźlicy pozapłucnej były: gruźlica opłucnej - 290, gruźlica węzłów chłonnych obwodowych - 137, gruźlica kości i stawów - 89 przypadków (w tym było 45 przypadków gruźlicy kręgosłupa) oraz gruźlica narządów moczowo-płciowych - 83. Na najgroźniejszą postać gruźlicy pozapłucnej - gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zachorowało 20 osób, wśród nich były 2 zachorowania wśród dzieci do 14 r.ż., które zarejestrowano w woj. kujawsko-pomorskim i małopolskim.

Również w zachorowalności według płci, miejsca zamieszkania i wieku utrzymywały się wieloletnie tendencje. Mężczyźni chorowali na gruźlicę ponad dwukrotnie częściej niż



Ryc. 1 Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wg stanu bakteriologicznego w Polsce w latach 1965-2006. Współczynniki na 100 000 ludności

Fig. 1. Incidence of tuberculosis (all forms) according to bacteriological status. Poland 1965-2006

kobiety. Odpowiednio współczynniki wg płci: 30,9 i 14,7. W ostatniej dekadzie u obu płci tempo spadku zapadalności było zbliżone.

Mieszkańcy wsi chorowali na gruźlicę częściej niż mieszkańcy miast – odpowiednio współczynniki 23,4 i 22,0. Ryzyko zachorowania na gruźlicę wzrasta wraz z wiekiem od 1,1 wśród dzieci do 14 r.ż. do 42,8 wśród osób w wieku 65 lat i więcej. Mediana wieku zachorowań pozostała nadal w przedziale 50-54 lata. We wszystkich grupach wieku, poza grupą młodocianych, zarejestrowano spadek zapadalności, największy wśród dzieci do 14 r.ż. i w grupie 20-44 lata.

W 2006 r. zarejestrowano w całym kraju 69 zachorowań wśród dzieci i było to o 30 przypadków mniej niż w roku poprzednim. Zachorowania na gruźlicę wśród dzieci stanowiły 0,8% ogółu zarejestrowanych zachorowań w 2006r. W tej grupie występuje w ostatnim pięcioletniu znaczna zmienność nasilenia zapadalności, w kolejnych latach liczba zachorowań wyniosła: 125, 100, 120, 99 i 69. Przy stałej tendencji do spadku zachorowań wśród dorosłych, taka zmienność nasilenia zachorowań u dzieci przemawia za tym, że na rzeczywisty trend epidemiologiczny nakładają się inne czynniki. Są to: niestałość kryteriów diagnozowania gruźlicy w tej grupie wieku i znaczne ryzyko błędnej diagnozy – szacowane wg przeprowadzanej przez Instytut Gruźlicy weryfikacji rozpoznania gruźlicy u dzieci - na 40%. W celu zmniejszenia ryzyka błędu diagnostycznego rozpoznanie gruźlicy u dziecka powinno być stawiane zespołowo, przez co najmniej przez 2 doświadczonych i niezależnych od siebie lekarzy i mieć miejsce w dobrze wyposażonym ośrodku.

Wśród ogółu nowo zarejestrowanych chorych rozpoznanie było potwierdzone bakteriologicznie u 5 233 chorych – współczynnik 13,7. Stanowili oni 60,9% ogółu nowych zachorowań. Wśród chorych na gruźlicę płuc odsetek ten był wyższy – 63,3%. Były to

odsetki wyższe o 2 punkty niż w roku poprzednim. Mimo poprawy odsetek ten jest niższy od postulowanego przez Światową Organizację Zdrowia – 85% i wysokiego – 80% odsetka osiągniętego w krajach skandynawskich czy w Holandii. W 2005 r. odsetek potwierdzeń bakteriologicznych gruźlicy w Polsce był 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, zwłaszcza bakterioskopii. Za taką oceną przemawiają utrzymujące się od wielu lat znaczne różnice w tym zakresie między województwami, nieróżniącymi się istotnie od siebie w zakresie dostępności do badań bakteriologicznych i posiadanej aparatury. I tak udział przypadków gruźlicy płuc potwierdzonych (prątkowaniem) w posiewie wahał się w przekroju wojewódzkim od 47,0% w woj. pomorskim i 48,3% w woj. lubuskim do 86,6% w woj. kujawsko-pomorskim i 86,3% w woj. małopolskim.

Ogólna zapadalność na gruźlicę wykazuje znaczne różnice między województwami. W przekroju wojewódzkim zapadalność wahała się od 11,0 w woj. wielkopolskim i 17,1 w woj. lubuskim do 36,0 w woj. lubelskim i 32,1 w woj. świętokrzyskim. W 4 województwach (kujawsko-pomorskie, małopolskie, podkarpackie i podlaskie) nastąpił w 2006 r. wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim. W woj. kujawsko-pomorskim zapadalność wzrosła o 24,3%, w podlaskim – o 12,6%. W pozostałych 12 województwach nastąpił w 2006 r. spadek zapadalności: największy – o 21,4% w woj. wielkopolskim

Tabela I. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce wg województw w latach 2002-2006. Współczynniki na 100 000 ludności

Table I. Tuberculosis cases and tuberculosis notification rates by voivodships. Poland 2002-2006. Rate per 100 000 population

Województwa Voivodships	Liczby bezwzględne/ Absolute number					Współczynniki/ Rate				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
POLSKA	10.475	10.124	9493	9280	8.593	27,4	26,5	24,9	24,3	22,5
1. Dolnośląskie	756	690	623	597	587	26,0	23,8	21,5	20,7	20,4
2. Kujawsko-pomorskie	481	422	432	425	530	23,2	20,4	20,9	20,6	25,6
3. Lubelskie	866	873	787	874	784	39,4	39,8	36,0	40,1	36,0
4. Lubuskie	216	189	174	178	172	21,4	18,8	17,2	17,6	17,1
5. Łódzkie	851	906	791	919	778	32,6	34,8	30,5	35,6	30,3
6. Małopolskie	616	606	600	647	664	19,1	18,7	18,4	19,8	20,3
7. Mazowieckie	1.614	1.603	1479	1357	1.231	31,5	31,2	28,8	26,3	23,8
8. Opolskie	200	229	251	214	206	18,8	21,6	23,8	20,4	19,7
9. Podkarpackie	606	541	458	414	433	28,8	25,8	21,8	19,7	20,6
10. Podlaskie	303	294	236	191	214	25,1	24,4	19,6	15,9	17,9
11. Pomorskie	568	603	553	568	518	26,0	27,6	25,2	25,9	23,5
12. Śląskie	1.479	1.283	1320	1247	1.042	31,2	27,2	28,0	26,6	22,3
13. Świętokrzyskie	446	494	455	464	412	34,4	38,2	35,3	36,1	32,1
14. Warmińsko-mazurskie	426	425	441	325	289	29,8	29,8	30,9	22,8	20,3
15. Wielkopolskie	622	567	488	473	371	18,6	16,9	14,5	14,0	11,0
16. Zachodnio-pomorskie	425	399	405	387	362	25,0	23,5	24,0	22,8	21,4

i w woj. śląskim – o 16,2%. 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 (tab. I).

Wśród nowo zarejestrowanych chorych na gruźlicę było 210 więźniów. Zachorowania w tej grupie stanowiły 2,4% ogółu zachorowań w 2006 r. U większości z nich gruźlicę stwierdzono przy wstępnym badaniu skazanego.

Gruźlica wśród osób zakażonych HIV od wielu lat utrzymuje się również na prawie niezmiennym poziomie – kilkunastu przypadków rocznie, w 2006 r. zgłoszono 16 przypadków. Prawdopodobnie nie wszystkie zachorowania na gruźlicę w tej grupie zostały zgłoszone do Centralnego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę. Za tym przemawia dwukrotnie wyższa liczba chorych HIV/ AIDS w rejestrach PZH – 33 chorych, u których gruźlica była chorobą wskaźnikową.

Niewystarczające jest również rozeznanie w zakresie występowania gruźlicy wśród cudzoziemców przebywających w Polsce. Do Rejestru zgłoszono takich przypadków 47. 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.

Tabela II. Zapadalność na gruźlicę w krajach Regionu Europejskiego ŚOZ w 2005. Współczynniki na 100 000

Table II. Incidence of tuberculosis in selected countis WHO Region Europa 2005. Rate per 100 000

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	Bałkany		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	Moldowa	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 (10,7)*				Średnia - 29,1		Średnia - 110,2	
Średnia Regionu Europejskiego - 48,4							

* Średnia dla 15 krajów „starej” (przed rozszerzeniem) UE.

W chwili obecnej nie stanowi również problemu epidemiologicznego skala występowania chorych z wielolekową opornością MDR-TB (oporność na isoniazyd i rifampicynę), w 2006r. było takich chorych 54, tzn. 1% chorych prątkujących. W tej grupie było kilku chorych z natężoną lekoopornością XDR-TB.

W związku z prawdopodobnym wzrostem imigracji zarobkowej do Polski osób z krajów o wysokiej zapadalności na gruźlicę, w tym wielolekooporną i wysokim ryzyku HIV/AIDS – ich wpływ na sytuację epidemiologiczną gruźlicy w Polsce może wzrastać.

Mimo utrzymującej się tendencji spadkowej w zapadalności, nie ulega również istotnej zmianie miejsce Polski w europejskim rankingu zachorowań na gruźlicę. Wśród krajów Unii Europejskiej Polska zajmuje 21 miejsce wyprzedzając Portugalię, Estonię Bułgarię, Łotwę, Litwę i Rumunię. W porównywalnym 2005 r. zapadalność na gruźlicę w Polsce wynosiła 24,1¹ – była ponad dwukrotnie wyższa niż w krajach „starej” Unii Europejskiej – 10,7 i o prawie 30% wyższa od średniej zapadalności 27 krajów UE po jej rozszerzeniu – 18,7. Była ona również znacząco wyższa, niż u naszych sąsiadów zachodnich i południowych: w Niemczech – 7,3, w Czechach – 9,9, na Słowacji – 14,1. Była ona równocześnie 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 w Europie rejestrowano na 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 (tab. II).

UMIERALNOŚĆ Z POWODU GRUŻLICY

Wg danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2005 r. (z tego roku dostępne są ostatnie dane) zmarło z powodu gruźlicy – 806 chorych, w tym 777 z powodu gruźlicy płuc - współczynnik umieralności – 2,1. Zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,2% ogółu zgonów i 36,4% zgonów z powodu wszystkich chorób zakaźnych. Wg danych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc analizujących wyniki leczenia chorych na gruźlicę – zmarło z powodu gruźlicy w trakcie leczenia 164 chorych.

Najwyższą umieralność, podobnie jak w latach poprzednich, zarejestrowano wśród ludzi starszych w wieku 65 lat i więcej – 7,1. Zgony w tej grupie wieku 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, odpowiednie współczynniki 2,2 i 2,1.

W przekroju wojewódzkim największą umieralność z powodu gruźlicy zarejestrowano w woj.: śląskim – 3,7, świętokrzyskim – 3,3 i łódzkim – 2,9, a najniższą w woj.: małopolskim – 1,1 i podlaskim – 1,2.

PODSUMOWANIE

W roku 2006 utrzymywała się tendencja spadkowa w zakresie zapadalności, umieralności i na gruźlicę, trwająca nieprzerwanie od 1994r. W 2006r. nastąpiło nawet przyspieszenie

1 Wg EURO TB

tempa spadku. Występująca jednak, tak w skali całego kraju, jak zwłaszcza w poszczególnych województwach znaczna zmienność rocznej zapadalności przemawia za brakiem stabilności w zakresie wykrywania i /lub rejestracji chorych. Utrzymywała się dotychczasowa tendencja spadkowa w zakresie zapadalności wg płci i miejsca zamieszkania i wieku. Utrzymuje się znaczna zmienność zapadalności wśród dzieci. Skala tej zmienności może przemawiać za brakiem utrwalonych kryteriów diagnostycznych u lekarzy rozpoznających gruźlicę u dzieci. Niezadowolający jest nadal, mimo poprawy, udział przypadków potwierdzonych bakteriologicznie wśród ogółu zachorowań. Nie zmniejsza się, a nawet wzrasta dystans, jaki dzieli Polskę od krajów z najlepszą sytuacją epidemiologiczną gruźlicy.

I Szczuka

TUBERCULOSIS IN POLAND IN 2006

SUMMARY

Tuberculosis has been a major health problem in Poland for many years. In 2006 y. decrease of tuberculosis notification rates in Poland has continued. In this year 8593 tuberculosis cases notified, incidence rate was 22,5 per 100.000 population with the large differences in notification rates between voivodships / region from 11,0 in the West to 36,0 in the East. The incidence in 2006 was 7,4% lower than in previous year and 38,0% lower than in 1997 y.

Pulmonary cases represented 91,7% of all TB cases of which 61,2% were bacteriologically confirmed. Low proportion – 8,3% extrapulmonary TB cases which continues for many years may indicate inadequacies in diagnosis and registration of this form. Children TB cases – 69 incidence 1,1 – represented 0,8% of all TB cases notified in Poland. The incidence of tuberculosis increases with age from 1,1 in children to 42,8 among 65 and older. The median age group – 50-54. The incidence of men 30,9 is two times higher than in women – 14,7 and in rural population higher than in urban respectively 23,4 and 22,0.

Among of all TB pulmonary cases were 279 cases – about 3,5% all TB cases – with resistance to at least one drug. In these cases were 54 MDR TB cases. In overall registered cases were 33 cases among HIV/AIDS patients and 47 cases among foreigners.

There were 806 deaths due to tuberculosis: from tuberculosis pulmonary 777 – and 29 from extrapulmonary tuberculosis reported in 2005 i.e. 2,1 per 100.000. Mortality among males 3,4 was four times higher than among females – 0,9. Among all deaths from tuberculosis – 44% 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 before enlargement European Union (15 countries). 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
Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą
ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa