

*Ireneusz Szczuka***GRUŻLICA W POLSCE W 2007 ROKU****TUBERCULOSIS IN POLAND IN 2007**

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą

STRESZCZENIE

W 2007 r. po raz pierwszy od wielu lat nie zarejestrowano spadku zapadalności na gruźlicę. Znotowano 8 616 zachorowań na gruźlicę i było to o 23 przypadki więcej niż w roku poprzednim. Zapadalność wyniosła 22,6 na 100 000 ludności, z dużymi różnicami między województwami (zachodnie województwa – 14,4, wschodnie – 35,3). Zapadalność w 2007 r. była o 0,4% wyższa niż w poprzednim roku i o 34% niższa niż w 1998 roku.

Gruźlica płuc obejmowała 92,7% wszystkich przypadków gruźlicy i w 65,1% była potwierdzona bakteriologicznie. Na gruźlicę zachorowało 74 dzieci (w tym 5 cudzoziemców) zapadalność 1,2 – obejmuje 0,9% wszystkich zachorowań na gruźlicę w Polsce. Zapadalność na gruźlicę rośnie wraz z wiekiem od 1,2 u dzieci do 41,1 wśród osób w wieku 65 lat i starszych. Zapadalność mężczyzn – 31,4 jest dwa razy większa niż kobiet – 14,4; zapadalność na gruźlicę ludności wiejskiej jest wyższa niż miejskiej i wynosi odpowiednio 24,1 i 21,7.

Wśród wszystkich przypadków gruźlicy było 226 (2,8%) opornej na leki.

Gruźlicę stwierdzono u 33 pacjentów z HIV/AIDS, 55 cudzoziemców i 228 więźniów.

W 2006 r. było 739 zgonów z powodu gruźlicy: płucnej 716 i 23 pozapłucnej. Umieralność z powodu gruźlicy wśród mężczyzn wyniosła 3,1 i była cztery razy wyższa niż wśród kobiet - 0,8.

W 2007 r. po raz pierwszy od 1994 r. odnotowano w Polsce niewielkie zwiększenie zapadalności na gruźlicę.

ABSTRACT

In 2007 first time for many years registered small increase incidence of TB. In this year 8,616 tuberculosis cases notified it was higher – 23 cases – than previous year. Incidence rate was 22.6 per 100.000 population with the large differences in notification rates between voivodships / region from 14.4 in the West to 35.3 in the East. The incidence in 2007 was 0,4% higher than in previous year and 34,0% lower than in 1998y.

Pulmonary cases represented 92.7% of all TB cases of which 65.1% were bacteriologically confirmed. Children TB cases – 74 (in cluding 5 cases in foreigners) incidence 1.2 – represented 0.9% of all TB cases notified in Poland. The incidence of tuberculosis increases with age from 1.2 in children to 41.1 among 65 and older. The median age group – 50-54. The incidence of men 31.4 is two times higher than in women – 14.4 and in rural population is higher than in urban respectively 24.1 and 21.7.

Among of all TB pulmonary cases were 226 cases – 2.8% all TB cases – with resistance to at least one drug. In these cases were 59 MDR TB cases. In overall registered cases were 33 cases among HIV/AIDS patients and 55 cases among foreigners and also registered 228 cases among prisoners.

There were 739 deaths due to tuberculosis: from tuberculosis pulmonary 716 – and 23 from extrapulmonary tuberculosis reported in 2006 i.e. 1.9 per 100,000. Mortality among males 3,1 was four times higher than among females – 0.8. Among all deaths from tuberculosis – 39.5% 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 2007y first time since 1994y registered small increase incidence of TB. At this stage is too early to assert whether this provisional result for 2007 signify durable reverse of hitherto trends. The incidence of tuberculosis in Poland was about two times higher than mean incidence European Union before enlargement (15 countries). The distance between Poland and EU countries with lowest incidence TB is estimated 20-25 years.

Słowa kluczowe: gruźlica, zapadalność, umieralność, tendencja epidemiologiczna, lekooporność, Polska, rok 2007

Key words: tuberculosis, incidence, mortality, time trends, drug resistance, Poland, 2007

ZAPADALNOŚĆ NA GRUŻLICĘ

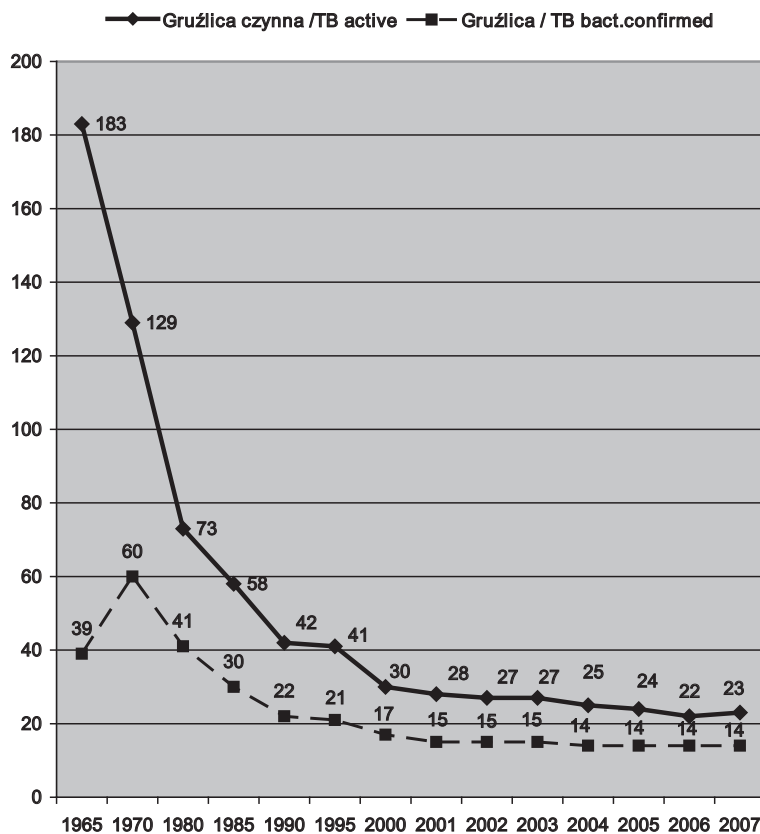
W 2007 r. po raz pierwszy od 1994r. nie zarejestrowano spadku zapadalności na gruźlicę w porównaniu z rokiem poprzednim. Nastąpił nawet niewielki jej wzrost. Zarejestrowano go wśród mężczyzn i ludności wiejskiej. W ocenianym roku zarejestrowano w Polsce 8 616 zachorowań na gruźlicę i było to o 23 przypadki więcej niż w roku poprzednim, ale o 4 686 zachorowań mniej niż w 1998 r. Zapadalność na gruźlicę w ocenianym roku - 22,6 - była o 0,4% wyższa niż w roku poprzednim podczas gdy w 2006r. była ona niższa o 7,4% niż w 2005 r. Spowolnienie tempa spadku nastąpiło w całym pięcioleciu 2003-2007 – spadek wyniósł 14,7% i był niższy niż w poprzednim pięcioleciu - 20,3%. W ostatnim pięcioleciu tempo spadku zapadalności w poszczególnych latach było zróżnicowane i mieściło się w przedziale +0,4%, - 7,4% (ryc1).

W latach 1998-2007 zapadalność zmniejszyła się o -34,3% i było to również niższe tempo spadku niż w poprzednich dekadach, kiedy oscylowało ono wokół wartości -40% w ciągu dekady. W skali Unii Europejskiej tempo spadku zapadalności na gruźlicę rejestrowane w Polsce w latach 2002-2006 należy do średnich. Było ono niższe niż u naszych sąsiadów zachodnich i południowych (Niemcy, Czechy, Słowacja,

Węgry, a także niższe niż w krajach o lepszej sytuacji epidemiologicznej (tab.I).

W 2007 r. utrzymała się dotychczasowa wieloletnia tendencja epidemiczna w zakresie lokalizacji choroby, struktury bakteriologicznej, zapadalności wg płci, wieku i miejsca zamieszkania oraz terytorialnego zróżnicowania. Tak jak w latach poprzednich najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc. Zarejestrowano 7 988 przypadków, co stanowiło 92,7% ogółu nowo zarejestrowanych chorych

U pozostałych 628 chorych (zapadalność – 1,7) rozpoznano gruźlicę pozapłucną. Niski w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej odsetek gruźlicy pozapłucnej w ogólnej liczbie zachorowań jest prawdopodobnie spowodowany niezgłaszaniem do Rejestru tych zachorowań rozpoznawanych przez lekarzy różnych specjalności. Tak jak w latach poprzednich najczęściej zgłaszanymi postaciami gruźlicy pozapłucnej były: gruźlica opłucnej - 264, gruźlica węzłów chłonnych obwodowych – 114, gruźlica kości i stawów 85 przypadków, w tym było 45 przypadków gruźlicy kręgosłupa, oraz gruźlica narządów moczowo-płciowych – 80 zachorowań. Na najgroźniejszą postać gruźlicy pozapłucnej – gruźlicze zapalenie opon mózgowodzeniowych zachorowało 12 osób. Wśród nich nie było dzieci i młodocianych.



Ryc. 1 Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wg stanu bakteriologicznego w Polsce w latach 1965-2007. Współczynniki na 100 000 ludności

Fig. 1 Incidence of tuberculosis (all forms) according to bacteriological status. Poland 1965-2007

Tabela I Ranking krajów Unii Europejskiej wg średniorocznego tempa zmienności współczynników zachorowalności na gruźlicę w latach 2002 – 2006
Table I Rank-list of EU countries by change of tuberculosis notification rate in period 2002 – 2006

Lp.	Kraj	Średnie roczne tempo zmienności w %	Lp.	Kraj	Średnie roczne tempo zmienności w %
1	Słowenia	-11,0	15	Belgia	-3,4
2	Finlandia	-10,4	16	Dania	-2,6
3	Estonia	-10,3	17	Litwa	-2,0
4	Węgry	-9,3	18	Bułgaria	-0,1
5	Niemcy	-8,5	19	Hiszpania	-0,1
6	Holandia	-7,8	20	Włochy	+0,9
7	Słowacja	-7,8	21	Irlandia	+1,1
8	Łotwa	-7,4	22	Wlk. Brytania	+3,6
9	Portugalia	-7,1	23	Grecja	+4,6
10	Austria	-5,2	24	Szwecja	+5,4
11	Czechy	-5,0	25	Luksemburg	+7,7
12	Francja	-4,7	26	Cypr	+19,6
13	Polska	-4,7	27	Malta	+37,2
14	Rumunia	-4,6		Unia Europejska „Stara” UE	-4,0 -2,4

Źródło: EuroTB and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 2006. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France. March 2008

Również w zapadalności według płci, miejsca zamieszkania i wieku utrzymywały się wieloletnie tendencje. Mężczyźni chorowali na gruźlicę ponad dwukrotnie częściej niż kobiety. Odpowiednio zapadalność wg płci: 31,4 u mężczyzn (nastąpił wzrost w porównaniu z rokiem poprzednim) i 14,4 wśród kobiet (kontynuowany był spadek). W ostatniej dekadzie u obu płci tempo spadku zapadalności było zbliżone. Od wielu lat mieszkańcy wsi chorują na gruźlicę częściej niż mieszkańcy miast – w 2007 r. odpowiednio zapadalność 24,1 (wzrost w porównaniu z rokiem poprzednim) i 21,7 wśród mieszkańców miast (utrzymująca się tendencja spadkowa). Ryzyko zachorowania na gruźlicę wzrasta wraz z wiekiem. Zapadalność rośnie od 1,2 wśród dzieci do 14 r.ż. do 41,1 wśród osób w wieku 65 lat i więcej. Mediana wieku zachorowań pozostała nadal w przedziale wieku 50-54 lata. Powoli zwiększa się w ogólnej zachorowalności udział ludzi starszych w wieku 65+, a zmniejsza się udział ludzi dojrzałych 20-44 lata. Na relatywnie niskim poziomie nawet w porównaniu z krajami o lepszej sytuacji utrzymuje się zapadalność na gruźlicę wśród dzieci. W całym kraju w ocenianym roku zarejestrowano 74 zachorowania wśród dzieci, tj. o 5 przypadków więcej niż w roku poprzednim. Wśród nich było 5 cudzoziemców. Zachorowania na gruźlicę dzieci stanowiły 0,9% ogółu zarejestrowanych zachorowań w 2007 r. W skali UE zapadalność na gruźlicę wśród dzieci w Polsce utrzymuje się na średnim poziomie. Znaczna zmienność zapadalności wśród dzieci w ostatnich latach przemawia za tym, że na rejestrowany trend epidemiologiczny wpływają takie czynniki jak: niestałość kry-

Tabela II Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce wg województw w latach 2003-2007. Współczynniki na 100 000 ludności
Table II Tuberculosis cases and tuberculosis notification rates by voivodeships. Poland 2003-2007. Rate per 100,000 population

Województwa	Liczby bezwzględne					Współczynniki					Zmienność 2003 = 100%
	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2004	2005	2006	2007	
POLSKA	10.124	9.493	9.269	8.587	8.616	26,5	24,9	24,3	22,5	22,6	-14,7
1. Dolnośląskie	690	623	597	587	610	23,8	21,5	20,7	20,4	21,2	-10,9
2. Kujawsko-pomorskie	422	432	424	529	524	20,4	20,9	20,5	25,6	25,4	+24,5
3. Lubelskie	873	787	874	783	766	39,8	36,0	40,1	36,0	35,3	-11,3
4. Lubuskie	189	174	178	172	116	18,8	17,2	17,6	17,1	11,5	-38,8
5. Łódzkie	906	791	918	777	732	34,8	30,5	35,6	30,2	28,6	-17,8
6. Małopolskie	606	600	646	664	618	18,7	18,4	19,8	20,3	18,9	+1,1
7. Mazowieckie	1.603	1.479	1.355	1.231	1.264	31,2	28,8	26,3	23,8	24,4	-21,8
8. Opolskie	229	251	213	206	211	21,6	23,8	20,3	19,7	20,3	-6,0
9. Podkarpackie	541	458	414	432	425	25,8	21,8	19,7	20,6	20,3	-21,3
10. Podlaskie	294	236	191	214	184	24,4	19,6	15,9	17,9	15,4	-36,9
11. Pomorskie	603	553	568	517	460	27,6	25,2	25,9	23,5	20,9	-24,3
12. Śląskie	1.283	1.320	1.244	1.041	1.114	27,2	28,0	26,5	22,3	23,9	-12,1
13. Świętokrzyskie	494	455	464	412	395	38,2	35,3	36,1	32,1	30,9	-19,1
14. Warmińsko-mazurskie	425	441	325	289	314	29,8	30,9	22,8	20,3	22,0	+26,2
15. Wielkopolskie	567	488	471	371	528	16,9	14,5	14,0	11,0	15,6	-7,7
16. Zachodnio-pomorskie	399	405	387	362	355	23,5	24,0	22,8	21,4	21,0	-10,6

teriów diagnozowania gruźlicy w tej grupie wiekowej i znaczne ryzyko błędnej diagnozy.

Ryzyko błędnej diagnozy gruźlicy u dzieci zwiększa się wraz z poprawą sytuacji epidemiologicznej – malejąca liczba zachorowań powoduje, że coraz mniej jest lekarzy, którzy zetknęli się z gruźlicą wśród dzieci i mają doświadczenie w jej rozpoznawaniu. Brak doświadczenia potęguje i tak już wysokie ryzyko błędu diagnostycznego. Na podstawie wyników weryfikacji rozpoznania gruźlicy u dzieci, przeprowadzonych przez Instytut Gruźlicy w ostatnich dekadach, ryzyko błędnej diagnozy jest wysokie – jest szacowane na 40%. Ryzyko to nie zmniejsza się. Na taki stan wpływają: skąpoprątkowy charakter gruźlicy u dzieci zmniejsza istotnie możliwości uzyskania potwierdzenia bakteriologicznego; trudności diagnostyczne w diagnostyce różnicowej dotyczą najczęstszej postaci gruźlicy u dzieci – gruźlicy węzłów tchawiczo-oskrzelowych i wnęk (trudności interpretacji radiologicznej zmian). W celu zmniejszenia ryzyka błędu diagnostycznego rozpoznanie gruźlicy u dziecka winno być stawiane zespołowo, przez co najmniej 2 doświadczonych i niezależnych od siebie lekarzy i winno mieć miejsce w dobrze wyposażonym ośrodku.

Ryzyko błędnego rozpoznania gruźlicy minimalizuje dodatni wynik badania bakteriologicznego. To on powinien być podstawą rozpoznania gruźlicy u dorosłych. W ocenianym roku wśród ogółu nowo zarejestrowanych chorych diagnoza została potwierdzona bakteriologicznie u 5 412 chorych – współczynnik zapadalności 14,2. Chorzy ci stanowili 62,8% ogółu

nowych zachorowań. Wśród chorych na gruźlicę płuc odsetek ten był wyższy – 65,1%. Od kilku lat odsetek takich chorych powoli wzrasta. Mimo poprawy jest on jednak nadal niższy od odsetka postulowanego przez Światową Organizację Zdrowia - 85 i wysokiego – 80 i więcej - odsetka osiąganego w krajach skandynawskich, Słowenii czy w Holandii, ale także niższy niż na Litwie, Łotwie i w Estonii. W 2007 r. ten odsetek był w Polsce zbliżony do poziomu w Niemczech, Austrii, Czechach i Wielkiej Brytanii. Relatywnie niski odsetek przypadków potwierdzonych bakteriologicznie w naszym kraju jest prawdopodobnie wynikiem kumulacji dwóch zjawisk – niedostatecznego wykorzystania badań bakteriologicznych przez pneumonologów i niezadawalającej jakości tych badań. 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 laboratoryjnej. I tak udział przypadków gruźlicy płuc, w których potwierdzono prątkowanie wynikiem posiewu wahał się w przekroju wojewódzkim od 52,6% w woj. śląskim i 53,0% w woj. pomorskim do 85,7% w woj. kujawsko-pomorskim i 80,9% w woj. małopolskim.

Utrzymują się znaczne różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami – od 14,4 w woj. wielkopolskim do 35,3 w woj. lubelskim. Na tak znaczne różnice między województwami, obok rzeczywistej różnicy w sytuacji epidemiologicznej, wpływ mają zaburzenia w wykrywaniu i/lub rejestracji zachorowań (woj. wielkopolskie, lubuskie, podlaskie) (tab.II).

Tabela III Zapadalność na gruźlicę w krajach Regionu Europejskiego ŚOZ w 2006. Współczynniki na 100 000
Table III. Incidence of tuberculosis in selected countries WHO Region Europa 2006. 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	Irlandia	10,8	Islandia	4,4	Białoruś	62,3
Szwecja	5,5	Słowenia	10,7	Izrael	5,7	Turkmenistan	68,8
Finlandia	5,7	Słowacja	13,5	Norwegia	6,3	Armenia	71,6
Grecja	6,1	Wlk. Brytania	14,0	Szwajcaria	7,0	Ukraina	88,6
Holandia	6,2	Hiszpania	18,3	Andorra	17,5	Azerbejdżan	89,2
Niemcy	6,5	Węgry	18,8	Średnia UE i EZ	17,4	Uzbekistan	93,8
Dania	6,9	Polska	22,5	Bałkany		Tadżykistan	100,5
Luksemburg	7,2	Portugalia	32,4	Albania	15,8	Rosja	106,3
Malta	7,4	Estonia	34,0	Chorwacja	24,9	Kirgistan	126,6
Włochy	7,5	Bułgaria	42,0	Turcja	27,8	Gruzja	142,4
Francja	8,4	Łotwa	58,0	Czarnogóra	28,5	Mołdawia	159,6
Czechy	9,5	Litwa	75,1	Serbia	29,0	Kazachstan	282,1
Austria	10,5	Rumunia	126,9	Macedonia	30,8		
Belgia	10,8			Bośnia i Hercegowina	45,8		
Średnia UE (27 kr.) – 17,8				Średnia - 28,1		Średnia - 110,3	
UE (15 kr.) – 10,4* UE (12 kr.) – 45,9							
Średnia Regionu Europejskiego - 47,7							

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

Wzrost zapadalności na gruźlicę w porównaniu z rokiem poprzednim zarejestrowano w 6 województwach: dolnośląskim, mazowieckim, opolskim, śląskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim. Poza województwem wielkopolskim, w którym nastąpiły w ostatnich dwóch latach zaburzenia w zgłaszalności zachorowań, tylko w województwach: śląskim i warmińsko-mazurskim wzrost ten przekraczał 5%, ale był niższy niż 10%. W pozostałych 10 województwach zarejestrowano spadek zapadalności na gruźlicę. Największy był w woj. lubuskim - 32,7%, podlaskim - 14,0% i pomorskim - 11,1%. Tak znaczne wahania zapadalności w tak krótkim czasie wskazują na brak stabilnego systemu wykrywania i rejestracji nowych zachorowań. W wielu województwach taka sytuacja utrzymuje się od wielu lat. Wpływa to negatywnie na kompletność Rejestru Zachorowań na Gruźlicę i utrudnia porównania.

Wśród nowo zarejestrowanych chorych było 228 więźniów - stanowili oni 2,8% ogółu nowo zarejestrowanych chorych. Tylko u 8 osadzonych - gruźlica rozwinęła się w więzieniu. W kohorcie chorych zarejestrowanych z powodu gruźlicy w 2007r. było 55 cudzoziemców; najwięcej Czezeńców - 20 i Wietnamczyków - 11. Stanowili oni 0,6% ogółu nowo zarejestrowanych.

Nie stanowią również problemu epidemicznego zachorowania na gruźlicę wśród osób zakażonych HIV. Wg danych Państwowego Zakładu Higieny w 2007r. u 33 chorych na HIV/AIDS gruźlica była chorobą wskaźnikową. Tymczasem do Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę zgłoszono tylko 17 chorych. W chwili obecnej ta liczba chorych cudzoziemców, a także skala występowania HIV/TB nie wpływa w sposób istotny na sytuację epidemiologiczną w Polsce. Jednak utrzymująca się tendencja wzrostowa i prawdopodobny wzrost imigracji zarobkowej do Polski osób z krajów o wysokiej zapadalności na gruźlicę, w tym wielolekooporną i wysokim ryzyku HIV/AIDS - czyni realnym ich wpływ na sytuację epidemiologiczną gruźlicy w Polsce w przyszłości. Dlatego ta sytuacja wymaga stałego monitorowania. Ważnym problemem epidemiologicznym utrudniającym skuteczne leczenie chorych w wielu krajach (Rosja, kraje byłego ZSRR) jest narastanie liczby chorych z prątkami opornymi na leki, zwłaszcza chorych z wielolekową opornością (co najmniej na INH i RMP) - MDR i rozszerzoną opornością - XDR.

W Polsce w 2007r. zmniejszyła się liczba rejestrowanych chorych wydalających prątki odporne, na co najmniej 1 lek przeciwprątkowy wśród chorych prątkujących - było ich 226 i stanowili 4,3% chorych na gruźlicę płuc prątkujących. W grupie tej było 59 chorych, u których stwierdzono wielolekową oporność prątków. Chorzy ci stanowili 1,1% (1,1%) chorych na

gruźlicę płuc prątkujących i 0,7% ogółu chorych na gruźlicę płuc.

W rankingu krajów Unii Europejskiej wg zapadalności na gruźlicę Polska zajmuje 21 miejsce wyprzedzając tylko Portugalię, Estonię Bułgarię, Łotwę, Litwę i Rumunię. W porównywalnym 2006 r. zapadalność na gruźlicę w Polsce - 22,5 - była ponad dwukrotnie wyższa niż w krajach „starej” Unii Europejskiej - 10,4 i o prawie 30% wyższa od średniej zapadalności 27 krajów UE po jej rozszerzeniu - 17,8. Była ona również znacząco wyższa, niż u naszych sąsiadów zachodnich i południowych: w Niemczech - 6,5, w Czechach - 9,5, na Słowacji - 13,5. Była ona równocześnie niższa niż w Rumunii - 126,9 (najwyższa w Europie), w Rosji - 106,3, na Litwie - 75,1, Białorusi - 62,3 i na Ukrainie - 88,6. Najniższą zapadalność na gruźlicę w Europie rejestrowano na Cyprze - 4,4, w Szwecji - 5,5, w Finlandii - 5,7 i w Grecji - 6,1. Dystans, jaki dzieli Polskę od krajów z najlepszą sytuacją od wielu lat nie zmienia się, jest szacowany na 25 lat (tab.III).

UMIERALNOŚĆ Z POWODU GRUŻLICY

Wg danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2006 r. (z tego roku dostępne są ostatnie dane) zmarło z powodu gruźlicy - 739 chorych, w tym 716 z powodu gruźlicy płuc - współczynnik umieralności - 1,9. Umieralność z powodu gruźlicy w Polsce jest wysoka w porównaniu z krajami UE przed jej rozszerzeniem (15 krajów). Utrzymywała się tendencja spadkowa w umieralności. Zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,2% ogółu zgonów i 31,5% zgonów z powodu wszystkich chorób zakaźnych i pasożytniczych. Podobnie jak w latach poprzednich najwyższą umieralność zarejestrowano wśród ludzi starszych w wieku 65 lat i więcej - 5,7. Zgony w tej grupie wiekowej stanowiły 39,5% ogółu zgonów z powodu gruźlicy. Zarejestrowano 1 zgon wśród dzieci w woj. małopolskim z powodu gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Umieralność mężczyzn z powodu gruźlicy - 3,1 była prawie czterokrotnie wyższa niż kobiet - 0,8. Po raz pierwszy od wielu lat mieszkańcy miast umierali nieznacznie częściej z powodu gruźlicy od mieszkańców wsi, odpowiednio współczynniki 2,1 i 1,7. W przekroju wojewódzkim najwyższą umieralność z powodu gruźlicy zarejestrowano w woj.woj.: śląskim - 3,2, świętokrzyskim - 2,6 i łódzkim - 3,0, a najniższą w woj.woj.: małopolskim - 1,0 i wielkopolskim - 1,0.

PODSUMOWANIE

W roku 2007 po raz pierwszy od kilkunastu lat nie zmniejszyła się zapadalność na gruźlicę w porównaniu

z rokiem poprzednim. Zarejestrowano nawet niewielki wzrost zachorowań. W sytuacji znacznej zmienności rocznej współczynników zapadalności w pięcioleciu 2003-2007, a także w świetle długoletnich trendów – ten wzrost prawdopodobnie nie oznacza generalnej zmiany tendencji, a może być interpretowany jako „korekta”. Niepokoić musi jednak spowolnienie tempa spadku większości parametrów epidemiologicznych w pięcioleciu 2003-2007r. w porównaniu z okresem 1998-2002 r. Występująca tak w skali całego kraju, jak zwłaszcza w poszczególnych województwach znaczna zmienność roczna zapadalności przemawia za brakiem stabilności w zakresie wykrywania i /lub rejestracji chorych. Niedorejestrowanie (niezgłaszanie ich do Rejestru) jest przyczyną pogarszania się kompletności Krajowego Rejestru. Wymaga to nie tylko nasilenia działań w zakresie współpracy z lecznictwem podstawowym i specjalistycznym, ale także działań administracyjnych w celu poprawy realizacji ustawowego obowiązku zgłaszania zachorowań/zgonów z powodu gruźlicy. Wydaje się również konieczne ujednoczenie trybu zgłaszania zachorowań na gruźlicę. Pilnej korekty wymaga „For-

mularz zgłoszenia zachorowania na gruźlicę”. Powinien on być dostosowany do wymogów ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*).

Kontynuowane były dotychczasowe tendencje spadkowe 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. Mimo poprawy, niezadowolający jest nadal udział przypadków potwierdzonych bakteriologicznie wśród ogółu zachorowań. Nie zmniejsza się, a nawet wzrasta dystans, jaki dzieli Polskę od krajów z najlepszą sytuacją epidemiologiczną gruźlicy.

Otrzymano: 18.12.2008 r.

Zakwalifikowano do druku: 31.03.2009 r.

Adres do korespondencji:

Dr n.med. Ireneusz Szczuka

02-798 Warszawa, ul.Kabacki Dukt 5 m.72