

Tadeusz M Zielonka

SPRAWOZDANIE Z VIII KONFERENCJI Z OKAZJI ŚWIATOWEGO DNIA GRUŻLICY, WARSZAWA 21 MARCA 2014

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

W dniu 21 marca 2014 r. odbyła się w Warszawie VIII konferencja z okazji Światowego Dnia Gruźlicy poświęcona problemom społecznym związanym z szerzeniem się gruźlicy. Konferencję zorganizowało Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, pod patronatem Głównego Inspektora Sanitarnego i Światowej Organizacji Zdrowia. Pomimo poprawy wskaźników epidemiologicznych, gruźlica narasta w środowiskach wykluczonych społecznie, takich jak bezdomni, bezrobotni, więźniowie, imigranci, osoby w podeszłym wieku i zakażone HIV. Wykłady przedstawione na konferencji przez fizjotratów, zakaźników, mikrobiologów, prawników, przedstawicieli pionu sanitarnego i samorządowców dotyczyły różnorodnych aspektów występowania gruźlicy w tych populacjach. Prezentacja problemu przez reprezentantów różnych dziedzin wywołała bardzo ożywioną dyskusję i ujawniła wyzwania jakie stawiać będzie gruźlica w najbliższej przyszłości.

Słowa kluczowe: gruźlica, epidemiologia, problemy społeczne,

Z okazji Światowego Dnia Gruźlicy Warszawsko-Otwocki Oddział Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc zorganizował kolejną konferencję pod tytułem „*Gruźlica - ważny problem społeczny*”. Tematem wiodącym były zachorowania w środowiskach osób wykluczonych społecznie.

Sesję naukową poprzedziła konferencja prasowa, na której przedstawiono dane epidemiologiczne z Polski dotyczące gruźlicy wśród bezdomnych, bezrobotnych, więźniów i imigrantów. Mottem tegorocznych obchodów WHO było stwierdzenie, że *każdego roku na gruźlicę zachorowuje 9 milionów ludzi, 3 miliony z nich nie ma dostępu do opieki medycznej – pomóż im osiągnąć to*.

Honorowy patronat nad konferencją objął Główny Inspektor Sanitarny, *Marek Posobkiewicz*. Uroczystego otwarcia dokonali przedstawiciele PTChP, WHO i GIS. Przewodniczący Warszawsko-Otwockiego Oddziału PTChP, dr *Tadeusz M Zielonka* zwrócił uwagę na rosnącą rolę pionu sanitarnego w zwalczaniu gruźlicy i potrzebę budowania partnerskich relacji oraz ścisłej współpracy między pionem sanitarnym a fizjotratycznym w celu lepszej kontroli zakażeń. Dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, dr *Paulina Miśkiewicz* podkreśliła, że gruźlica niezmiennie pozostaje jednym z priorytetowych problemów w działalności WHO i wyraziła wdzięczność za tradycyjne

włączenia się Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc do dorocznych obchodów Światowego Dnia Walki z Gruźlicą. Główny Inspektor Sanitarny potwierdził, że pion sanitarny bardzo poważnie traktuje gruźlicę, jako istotny problem zdrowotny.

Pierwszej sesji przewodniczyli prof. *Andrzej Horban* i prof. *Zofia Zwolska*. Dr *Tadeusz M Zielonka* przedstawił wyzwania, jakie gruźlica stawia przed medycyną w XXI wieku. Według najnowszego raportu ŚOZ w ostatnich latach udało się sukcesywnie zmniejszyć globalną zapadalność, chorobowość i umieralność na gruźlicę, ale tempo spadku w poszczególnych regionach jest bardzo zróżnicowane. W najbliższym czasie istotnym problemem z pewnością będzie współistnienie zakażenia HIV z prątkiem gruźlicy, postaci wielolekooporne, a także gruźlica w grupach ryzyka, takich jak bezdomni, bezrobotni, więźniowie, alkoholicy, narkomani i osoby w podeszłym wieku. Część z nich, z różnych względów, nie współpracuje ze służbą zdrowia, uchylając się od realizacji zaleceń lekarskich i sanitarnych. Obficie prątkujący chorzy stanowią zagrożenie dla zdrowia publicznego. Inni mają utrudniony dostęp do systemu ze względu na brak ubezpieczenia, zawansowany wiek i ograniczoną mobilność. Wiele krajów nie ma wystarczających środków finansowych na zwalczanie gruźlicy. Wciąż konieczna jest pomoc humanitarna dla biednych krajów afrykańskich umożli-

liwiająca dalsze ograniczenie epidemii gruźlicy. Paradoksalnie w krajach tych częściej skutecznie leczy się gruźlicę niż w Europie i w Polsce. Zbyt wielu chorych przerywa leczenie, umiera lub znika z ewidencji bez ustalenia efektów rozpoczętego leczenia. Niezbędna jest większa konsekwencja w kontroli gruźlicy.

W następnym wykładzie prof. *Andrzej Horban*, konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, omówił zagadnienie zakażenia HIV i *Mycobacterium tuberculosis*. Problem jest poważny, gdyż 35 mln ludzi jest już zakażonych HIV, a gruźlica jest jedną z najważniejszych infekcji w tej populacji, będąc powodem zgonu 13% chorych na AIDS. Dodatni wynik testu na HIV stwierdza się u 8% nowych zachorowań na gruźlicę, ale szczególnie niebezpieczna sytuacja występuje w Afryce Subsaharyjskiej, gdzie odsetek ten przekracza 50%. W Polsce zakażenie HIV stwierdzono u 17,5 tys. osób, a AIDS u 3 tys. W ostatnim czasie obserwuje się w Polsce istotne zmiany strukturalne wśród zakażonych HIV - znacząco zmniejszyła się liczba narkomanów, a wzrosła liczba homoseksualistów i mężczyzn korzystających z usług agencji towarzyskich. Obraz kliniczny i radiologiczny u chorych zakażonych prątkiem gruźlicy i HIV często jest nietypowy. Leczenie gruźlicy nieznacznie różni się u chorych na AIDS, zwłaszcza przy stosowaniu leków anty-retrowirusowych. U tych chorych może dojść do paradoksalnego pogorszenia klinicznego i radiologicznego gruźlicy, które spowodowane jest zespołem rekonstrukcji immunologicznej.

Kierownik referencyjnego laboratorium prątka w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc, prof. *Ewa Augustynowicz-Kopeć* wygłosiła wykład na temat diagnostyki mikrobiologicznej gruźlicy u osób zakażonych HIV. Nie różni się ona znacząco od powszechnie stosowanych metod. Częste występowanie u chorych na AIDS pozapłucnej gruźlicy powoduje wzrost znaczenia badania histopatologicznego, ale materiał z biopsji zawsze należy posiać na odpowiednich dla prątków podłożach. U chorych na AIDS dopuszczalne są badania genetyczne z krwi. Znalezienie czynnika sprawczego infekcji u chorych zakażonych HIV jest trudne i wymaga dobrej współpracy klinicystów i mikrobiologów. Konieczne jest zastosowanie nowoczesnych metod diagnostycznych. Częściej dochodzi u tych chorych do zakażenia prątkami atypowymi. U chorych zakażonych HIV zaleca się wykonanie testów diagnostycznych w kierunku gruźlicy utajonej (test tuberkulinowy lub uwalniania INF gamma pod wpływem swoistych antygenów prątka - IGRA). Czułość i swoistość tych metod u chorych na AIDS jest jednak ograniczona.

Współczesne zalecenia dotyczące badania osób z kontaktu przedstawiła prof. *Maria Korzeniewska-Kosela*, kierująca Zakładem Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc. W myśl ustawy o chorobach zakaźnych, osoby mające

styczność z prątkującym chorym na gruźlicę podlegają nadzorowi epidemiologicznemu. Konieczne jest wykonanie badania klinicznego, testu tuberkulinowego lub IGRA oraz zdjęcia radiologicznego klatki piersiowej. Niekiedy należy zastosować profilaktycznie leki przeciwpłatkowe. Dotyczy to głównie dzieci i młodzieży oraz osób z grup szczególnego ryzyka zachorowania na gruźlicę. Do zakażenia dochodzi zwykle po kilkugodzinnym kontakcie z chorym prątkującym w zamkniętym pomieszczeniu lub w środkach transportu. Badanie osób z kontaktu należy wykonać po 8 tygodniach od ekspozycji, a w grupach wysokiego ryzyka należy je powtórzyć po 8 tygodniach.

Pion sanitarny jest odpowiedzialny za przeprowadzenie dochodzenia epidemiologicznego w gruźlicy. Zagadnienie to zaprezentowała mgr *Izabela Kucharska*, dyrektor Departamentu Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi w Głównym Inspektoracie Sanitarnym. W latach 1959-1999 problemem tym zajmowały się Wojewódzkie Poradnie Przeciwgruźlicze. Obecnie funkcje te przejął pion sanitarny. Początkowo system nadzoru nad gruźlicą nie był jednolity. Niedawno ogłoszone rozporządzenie w sprawie zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej, a także zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ustala jednolite zasady w tym zakresie na terenie całego kraju. Wprowadzono obowiązek podwójnego zgłaszania chorób zakaźnych przez lekarzy i kierowników laboratoriów. Lekarze są obowiązani do informowania państwowego powiatowego inspektora sanitarnego o losach chorych na gruźlicę, a zwłaszcza o skierowaniu go do szpitala, o samowolnym jego opuszczeniu, uchylaniu się od obowiązku leczenia itp. W dochodzeniu epidemiologicznym ważne jest ustalenie osób z kontaktu z chorym na gruźlicę i kwalifikacja do postępowania medycznego. Osobom narażonym na zakażenie przekazywana jest pisemna informacja o zagrożeniu i niezbędnych działaniach profilaktycznych. W *Ustawie o chorobach zakaźnych* przewidziano możliwość prowadzenia nadzorowanego leczenia gruźlicy, z wydawaniem leków przez poradnię *włącznie*, ale prawo farmaceutyczne nie uwzględnia leków przeciwgruźliczych w zestawie leków, które mogą być dystrybuowane przez podmioty lecznicze. Konieczne jest również sprawniejsze rozliczenie *świadczeń* udzielanych osobom nieubezpieczonym, a finansowanych ze środków publicznych.

Drugiej sesji przewodniczyły prof. *Ewa Augustynowicz-Kopeć* i prof. *Maria Korzeniewska-Kosela*. Burzliwą dyskusję wzbudził wykład mgr *Anny Augustynowicz*, prawnika z Zakładu Zdrowia Publicznego WUM. Przedmiotem sporu stał się konflikt między konstytucyjnym prawem do wolności osobistej a możliwością ograniczenia tego prawa, gdy narażone jest życie i zdrowie innych osób.

Prof. Andrzej Zieliński z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego skrytykował brak jednoznacznych przepisów umożliwiających lekarzom ograniczenie szerzenia się chorób zakaźnych. Powołał się na doświadczenia amerykańskie, gdzie stworzono restrykcyjny system izolacji i obowiązkowego nadzorowanego leczenia chorych na gruźlicę.

W dyskusji podkreślano słabość instrumentów państwa w Polsce w stosunku do chorych na gruźlicę, którzy uchylają się od leczenia. Wyroki skazujące ich na karę pozbawienia wolności są wydawane po kilku latach od zgłoszenia takiego faktu. W tym czasie chorzy ci mogą zakażać wiele osób ze swojego otoczenia. Kropelkowe szerzenie zachorowania uniemożliwia osobom postronnym ochronę przed ekspozycją. Przepisy nie zezwalają na zastosowanie wobec chorych na gruźlicę bezpośredniego przymusu, gdyż choroba nie spełnia warunku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia innych osób. W przypadku gruźlicy wielolekoopornej lub o rozszerzonej oporności, sprawa jest jednak dyskusyjna, gdyż charakteryzuje się ona 40% śmiertelnością.

Mgr *Dorota Krawiecka* z Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy zaprezentowała wyniki badań nad transmisją gruźlicy w Domach Pomocy Społecznej w Województwie Kujawsko-Pomorskim. W 2012 r. zapadalność na gruźlicę w tym województwie wynosiła 19/100 tys., a w 49 Domach Pomocy Społecznej 125/100 tys. Metody genetyczne pozwoliły potwierdzić transmisję prątków gruźlicy aż u 40% badanych przypadków zachorowania na gruźlicę. Zwykle dochodzi do przenoszenia zakażenia między pensjonariuszami tych samych domów, ale zdarzyły się przypadki transmisji pomiędzy mieszkańcami różnych Domów Pomocy Społecznej.

W zastępstwie dr *Mirosława Starzyńskiego* z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie dr *Piotr Cioczek* przedstawił doświadczenia pionu sanitarnego w opiece nad chorymi ze środowisk wykluczonych społecznie. Lubelszczyzna od wielu lat ma bardzo złą sytuację epidemiologiczną, ale działania służb sanitarnych są bardzo profesjonalne i zgodne z nowoczesnymi rekomendacjami dotyczącymi kontroli zakażeń. Mgr *Irena Chmiel* z Biura Pomocy i Projektów Społecznych m. st. Warszawy zaprezentowała system profilaktyki bezdomności i pomocy osobom bezdomnym w stolicy. Ponad 80% osób bezdomnych to mężczyźni, głównie w wieku 46-65 lat, bez źródeł

utrzymania i często niepełnosprawni. Miasto służy im pomocą zapewniając 1500 miejsc w 18 schroniskach, 400 miejsc w 2 noclegowniach, wydając posiłki w 8 jadłodajniach, zapewniając łaźnie, pralnię, ogrzewalnię itp. Samorząd nie może bezpośrednio udzielać pomocy medycznej, ale wspiera działania Stowarzyszenia Lekarzy Nadziei.

Wystąpienie dr *Moniki Madalińskiej* ze Stowarzyszenia Lekarze Nadziei przyjęto niezwykle ciepło. Przedstawiła ona działania 22 lekarzy wolontariuszy różnych specjalności, którzy od wielu już lat świadczą bezpłatną pomoc osobom bezdomnym i nieubezpieczonym. Rocznie udzielają oni 7500 porad. Problemem jest niemożność wystawiania tym chorym recept z refundacją i kierowania do publicznej służby zdrowia na bezpłatne badania diagnostyczne. Zdjęcia radiologiczne wykonywane są ze środków uzyskanych od prywatnych darczyńców.

Dr *Jan Oleksy* z Poradni Chorób i Płuc i Gruźlicy w Warszawie omówił trudności, na jakie natrafia podczas opieki nad chorymi na gruźlicę alkoholikami i osobami wykluczonymi społecznie. Podkreślił istotne różnice pomiędzy chorymi bezdomnymi a alkoholikami. Bezdomni po wyjściu ze szpitala mogą kontynuować **leczenie** w ośrodku *Betlejem*, pod warunkiem niespożywania alkoholu. W przypadku osób uzależnionych od alkoholu konieczne jest indywidualne podejście, odpowiednia motywacja do leczenia, uświadomienie konsekwencji zaprzestania leczenia, próba wsparcia ze strony rodziny chorego, wydawanie leków na miesiąc leczenia. Największy problem stwarzają **bezdomni alkoholicy, którzy niejednokrotnie pojawiają się tylko raz w przychodni i znikają na wiele miesięcy**.

Niezwykle ożywione dyskusje, jakie toczyły się po każdym wykładzie, dobitnie pokazały jak ważnym problemem medycznym, sanitarnym i społecznym jest gruźlica.

Otrzymano do druku: 5.04.2014 r.

Zaakceptowano do publikacji: 17.06.2014 r.

Adres do korespondencji:

Tadeusz M Zielonka

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,

ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

Tel./fax.: +48 22 599 21 90,

e-mail: tadeusz.zielonka@wum.edu.pl

