

Ireneusz Szczuka

z Zakładu Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
p.o. Kierownik: dr n.med. I. Szczuka

GRUŻLICA W POLSCE NA PRZEŁOMIE WIEKÓW – ROK 2000

TUBERCULOSIS IN POLAND 2000 – IN THE TURN OF THE CENTURIES

Summary: The aim of this paper was to evaluate incidence, prevalence and mortality from TB in Poland in 2000 and to examine trends of TB incidence. Individual data on tuberculosis cases reported to National TB Register and data of prevalence and mortality from TB were analysed.

The paper presents the epidemiological situation of TB in Poland in 2000. The year of 2000 was the seventh consecutive year of decline at TB incidence after previous years (1991-1993) of increase. In 2000 there were 11477 newly registered TB cases, of which 1428 were relapses. The incidence was 29,7 per 100000 population, /26,0 were the new cases and 3,7 relapses/. Relapses represented 12,4% of all registered cases. The incidence in 2000 was 5,7% lower than in 1999, but the rate of decline was smaller than in previous year – 8,4%. Among the total number of newly registered cases there were 6518 cases -16,9 per 100000 – bacteriologically confirmed, of which 3.713 cases were sputum smear positive – 33,9% which is rather low, but similar to previous years. In view of sufficient network of laboratory services this low proportion of bacteriological confirmation of diagnosis may indicate low quality of bacteriological examinations. In 95,5% of cases the diagnosis was respiratory tuberculosis. Low proportion – 4,5% – of extrapulmonary tuberculosis, which have continued for many years, may indicate inadequacies in diagnosis and registration of this form of disease. The incidence of tuberculosis increases with age, from 1,4 in children up to 62,4 among 65 and older. The proportion of cases in the age group 20-44 years is still high (34,7%). The incidence in men (40,9) is two times higher than in women (19,1), and in rural population higher than in urban – 30,5 and 29,2 respectively.

The prevalence of tuberculosis at the end of 2000 was 38,5 (14895 cases), of which 55,4% were bacteriologically confirmed cases (8252 cases). In the latter group there were 232 cases bacteriologically positive for longer than one year, and 369 cases resistant to at least 1 drug. The proportion of resistant cases (3,9%) is similar to previous years and does not seem to influence the overall effectiveness of chemotherapy.

There were 1.022 (1.024) deaths due to tuberculosis 995 (985) – respiratory tuberculosis and 27 (39) extrapulmonary tuberculosis reported in 1999 i.e. (2,6) per 100.000. Almost 43% of all deaths were in patients 65 year of age and older. Since many years the TB mortality is the order of 0,3% of total mortality.

Conclusions: In recent years incidence of TB in Poland decreased. The incidence of tuberculosis in Poland was about 2 times higher than the average for E.U. countries, but lower than in other Eastern European countries. The distance between Poland and countries with lowest incidence in Europe is estimated at 25-30 years.

Tuberculosis has been and will remain a major public health problem in Poland for many decades.

Key words: tuberculosis, incidence, mortality.

PNEUMONOL. ALERGOL. POL., 2002, 70, 3-4, 155-166

Wstęp Stała ocena sytuacji epidemiologicznej, jej zmienności w czasie stanowi podstawowy element nadzoru epidemiologicznego gruźlicy (Tuberculosis surveillance). Jej wyniki stanowią racjonalną podstawę do formułowania narodowego programu zwalczania gruźlicy oraz do oceny jego realizacji. Program taki obok uniwersalnych cech nowoczesnego

programu zwalczania gruźlicy powinien uwzględniać specyficzne cechy kraju w którym ma być on realizowany.

Obecna ocena jest dokonywana w szczególnym momencie – na przełomie wieków i tysiącleci. Jest to czas, w którym dokonuje się zazwyczaj ocen (długookresowych analiz i syntez) ubiegłego wieku czy wieków i formułuje się prognozy na przyszłość.

Na przełomie wieków i tysiącleci Ekspert ŚOZ stwierdzają, że nigdy jeszcze tyle ludzi na świecie nie chorowało i nie umierało z powodu gruźlicy. Prognozy formułowane na podstawie obserwowanych w świecie trendów przewidują dalszy wzrost zachorowań na gruźlicę w świecie, o ile nie nastąpi zahamowanie epidemii HIV i zasadnicza poprawa w zakresie jej zwalczania poprzez coraz powszechniejsze wdrażanie strategii DOTS (1).

W Polsce u progu nowego tysiąclecia prognozy są bardziej optymistyczne. Do takich przewidywań uprawniają wyniki analiz prowadzonych w tej pracy.

Celem pracy jest ocena sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w Polsce, ocena zmienności podstawowych mierników epidemiologicznych w ciągu ostatnich dziesięciu lat, a w niektórych przypadkach w dłuższej perspektywie czasowej. W pracy kontynuowane są oceny prowadzone przez autora w poprzednich publikacjach. (2, 4, 5)

Materiał i metody

Materiałem do prowadzenia analiz i ocen zapadalności na gruźlicę jest Karta zgłoszenia nowego zachorowania na gruźlicę. Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi¹ Karta ta powinna być wypełniona dla każdego chorego w chwili ostatecznego rozpoznania gruźlicy. Co kwartał Karty te przesyłane są, poprzez wojewódzkie przychodnie gruźlicy i chorób płuc, do Zakładu Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc, który prowadzi Krajowy Rejestr Gruźlicy. Chorobowość z powodu gruźlicy oceniano na podstawie danych zawartych w sprawozdaniu z rocznej działalności terenowej poradni gruźlicy i chorób płuc. Umieralność z powodu gruźlicy oceniano na podstawie danych dotyczących umieralności wg przyczyn uzyskanych z Głównego Urzędu Statystycznego. Ostatnie dane dotyczące umieralności wg przyczyn pochodzą z roku 1999.

Analizę sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w oparciu o te materiały prowadzono z uwzględnieniem podstawowych cech demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania), epidemicznych (stan bakteriologiczny chorych) i klinicznych (postacie kliniczne gruźlicy). W analizie stosowano rutynowe metody statystyki opisowej. W porównaniach międzynarodowych korzystano w zakresie zapadalności ogółem z danych z roku 1999 zawartych w Global Tuberculosis Control (1), w porównaniach bardziej szczegółowych – z informacji z 1998 r. zawartych w Surveillance of Tuberculosis in Europe (3).

Wszystkie współczynniki podawane w tekście zostały wyliczone na 100.000 ludzi.

¹ W zakresie regulacji prawnych stan do dnia 06.IX.2001r.

Wyniki

Zapadalność na gruźlicę.

W 2000r. zarejestrowano w całej Polsce i zgłoszono do Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc 11.477 chorych – współczynnik zapadalności na gruźlicę – 29,7 – był o 5,7% niższy, niż w poprzednim 1999 roku. W porównaniu z rokiem poprzednim, w którym to zapadalność na gruźlicę zmniejszyła się o 8,4% – nastąpiło spowolnienie tempa spadku i jego powrót do wartości średnich za ostatnie lata. Był to już siódmy kolejny rok spadku zachorowań po ich przejściowym wzroście w latach 1991-1993.

W dekadzie 1991-2000 zapadalność na gruźlicę zmniejszyła się o 31,1%, przy czym znaczący spadek nastąpił w okresie 1996-2000 – 25,4%. W poprzednim pięcioleciu 1991-1995 zapadalność zmniejszyła się tylko o 3,9%, a było to spowodowane wzrostem zachorowań w latach 1991-1993 o 3,5%. Właśnie to spowodowało, że średnioroczne tempo spadku w latach 1991-2000 – 3,1% – było niższe niż w poprzednich dziesięcioleciach 1970-1980 i 1980-1990. – odpowiednio 5,6% i 4,1%. (Tab. 1)

Tabela 1. Nowe zachorowania na gruźlicę czynną oraz na gruźlicę potwierdzoną w badaniu bakteriologicznym w Polsce w latach 1991, 1995-2000

Table 1. Tuberculosis cases and annual notification rates per 100.000 population according to bacteriological status. Poland 1991, 1995-2000

Wyszczególnienie		1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
Gruźlica czynna TB active	Liczba / Number	16.497	15.959	15.358	13.967	13.302	12.179	11.477	
	Współczynnik R	43,1	41,4	39,8	36,1	34,4	31,5	29,7	
	Zmienność w % w stosunku do roku (okresu) poprzedniego / variability rate	└ -3,9 ┘ └ -3,9 ┘		└ -9,3 ┘ └ -4,7 ┘		└ -8,4 ┘ └ -5,7 ┘		└ -25,4 ┘	
		└──────────────────┘		└──────────────────┘		└──────────────────┘		└──────────────────┘	
──────────────────		8.915	8.220	8.087	7.484	7.501	6.709	6.518	
Gruźlica czynna BK+ TB AFB+	Liczba / Number	8.915	8.220	8.087	7.484	7.501	6.709	6.518	
	Współczynnik R	23,3	21,3	21,0	19,4	19,4	17,4	16,9	
	Zmienność w % w stosunku do roku (okresu) poprzedniego / variability rate	└ -8,6 ┘ └ -1,4 ┘		└ -7,6 ┘ └ 0,0 ┘		└ -10,3 ┘ └ -2,9 ┘		└ -19,5 ┘	
	└──────────────────┘		└──────────────────┘		└──────────────────┘		└──────────────────┘		

R – współczynnik na 100 000 ludności / rates per 100 000 of population

Nowe zachorowania stanowiły 87,6% ogółu zachorowań. U co ósmego chorego była to wznowa. Ich udział utrzymuje się od wielu lat na prawie niezmiennym poziomie, oscylując wokół wartości 12%.

Dominowała gruźlica układu oddechowego, stanowiąc 95,5%. Spośród postaci gruźlicy, które są uważane za „wskaźnikowe” dla sytuacji epidemiologicznej, ze względu na ostry przebieg lub rozległość i przewlekłość: gruźlica prosówkowa ostra – zarejestrowano 54 zachorowania – stanowiła 0,5% przypadków gruźlicy układu oddechowego – podobnie jak w latach poprzednich, natomiast więcej było w 2000r. przypadków serowatego zapalenia płuc – 327 zachorowań – 3,0%. Na prawie niezmiennym poziomie utrzymuje się udział zaawansowanej i późno wykrytej gruźlicy włóknisto – jamistej przewlekłej – 316 chorych tj. 2,9% .

Udział gruźlicy o lokalizacji poza klatką piersiową wśród nowo zarejestrowanych chorych i utrzymuje się on od wielu lat na tym samym niskim poziomie – 4-5% ogółu. Spośród 517 zachorowań tej grupy najczęściej wykrywano gruźlicę narządów moczowo-płciowych – 168 zachorowań, gruźlicę węzłów chłonnych, obwodowych – 137 chorych i gruźlicę kości i stawów – 103 zachorowania. W 2000 r. zmniejszyła się liczba zachorowań na najcięższą postać gruźlicy poza-płucnej – gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu z 22 w roku poprzednim do 16 zachorowań w ocenianym roku. Przy czym nie zarejestrowano żadnego zachorowania u dzieci i tylko 2 zachorowania wśród 18-latków.

W analizowanym roku, podobnie jak w latach poprzednich zapadalność wzrasta wraz z wiekiem od 1,4 w grupie dzieci do lat 14 i osiąga swój szczyt wśród ludzi w wieku 65 lat i więcej – 62,4.

W 2000 r. gruźlicę rozpoznano u 103 dzieci co stanowiło 0,9% ogółu zachorowań. W jednym województwie – opolskim – nie zarejestrowano żadnego zachorowania, w dziewięciu województwach zarejestrowano po kilka przypadków: 5 w woj. kujawsko-pomorskim i po 2-3 przypadki w pozostałych 8 województwach. Stosunkowo największą zapadalność w tej grupie zarejestrowano w woj. woj. pomorskim – 3,4 i łódzkim – 3,3.

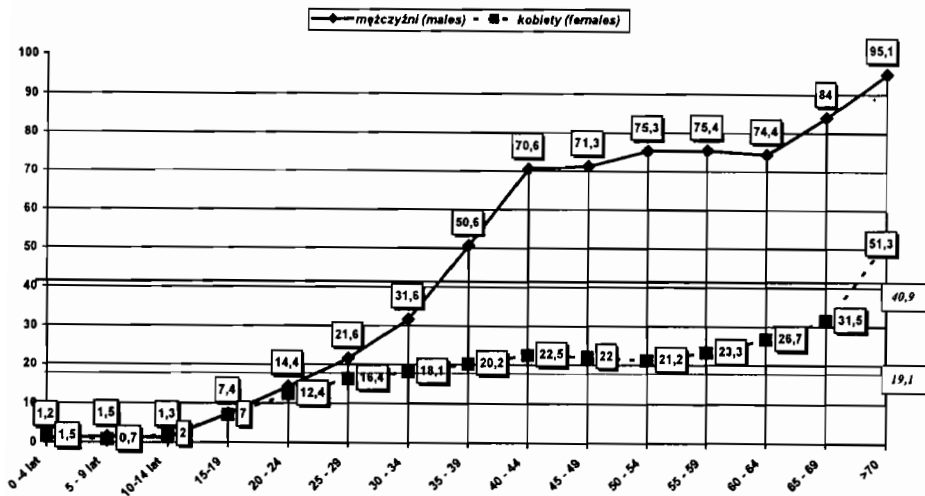
Zmniejszyła się zapadalność i udział zachorowań na gruźlicę młodocianych. W 2000 r. było to 7,2 i stanowiło 2,1% wszystkich zachorowań. Natomiast na poziomie roku poprzedniego utrzymuje się udział zachorowań w grupie osób w wieku 20-44. Chorzy ci stanowili 34,7% ogółu nowo zarejestrowanych. Powoli ale systematycznie wzrasta udział ludzi w wieku powyżej 65 lat wśród rejestrowanych zachorowań z 18,5% w 1990r. do 25,5% w 2000r.

Nie zmieniły się natomiast w ocenianym roku tendencje w zakresie poniższych wskaźników. Zapadalność mężczyzn – 40,9 ponad dwukrotnie przewyższała zapadalność kobiet – 19,1, a mężczyźni stanowili 66,9% ogółu chorych. Mieszkańcy wsi chorowali na gruźlicę częściej niż mieszkańcy miast – odpowiednio współczynniki zapadalności – 30,5 i 29,2. Tak w przypadku zapadalności wg płci jak i wg miejsca zamieszkania tempo spadku zapadalności wśród mężczyzn było zbliżone do tempa spadku kobiet, a mieszkańców wsi podobne do tempa spadku zachorowań wśród ludności miejskiej. (Ryc. 1)

Wśród chorych zarejestrowanych w 2000 r. było 6518 chorych – wsp. – 16,9/100 000 – u których rozpoznanie gruźlicy było potwierdzone w badaniu bakteriologicznym. W porównaniu z rokiem poprzednim zapadalność na tę postać gruźlicy zmniejszyła się o 2,9%. W grupie chorych z diagnozą nie potwierdzoną bakteriologicznie tempo spadku było prawie sześciokrotnie wyższe – spadek o 16,3%. Chorzy z bakteriologicznym potwierdzeniem diagnozy stanowili 56,8% nowo zarejestrowanych chorych. Udział tych chorych od wielu lat nie podlega istotnym zmianom i nadal jest niższy od najwyższego udziału tej grupy chorych zarejestrowanych w 1975 roku – 64,0% nowo zarejestrowanych. (Ryc. 2)

Na jeszcze niższym poziomie utrzymuje się od wielu lat udział chorych obficie prątkujących, tj takich, u których prątki stwierdzono już w badaniu mikroskopowym. Chorych takich było 3.713 – zapadalność – 9,6 była na poziomie roku ubiegłego. Prawie nie zmienił się również ich udział w ogólnej liczbie zachorowań – wynosił on w obu poprzednich latach odpowiednio 31,9% i 33,9% przypadków gruźlicy układu oddechowego.

Gruźlica w Polsce

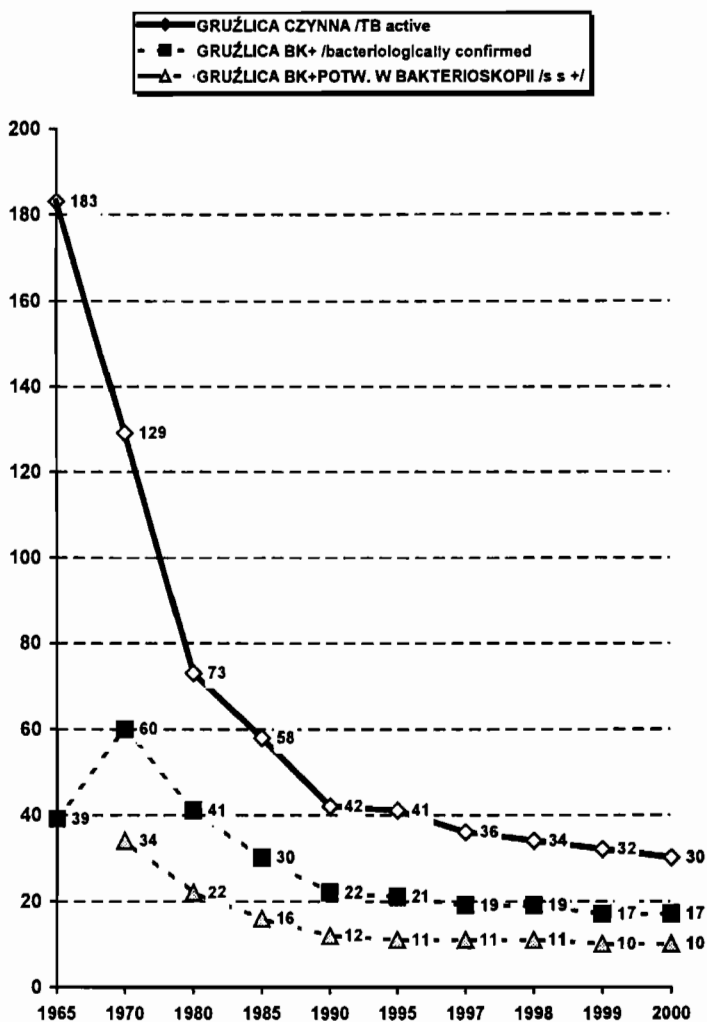


Rycina 1. Udział chorych na gruźlicę układu oddechowego potwierdzoną w badaniu bakterioskopowym wśród ogółu chorych na gruźlicę układu oddechowego potwierdzoną w badaniu bakterioskopowym wśród ogółu chorych na gruźlicę tego układu w Polsce w 2000 r.

Figure 1. Percentage of smear-positive respiratory TB cases among total registered TB active patients. Poland 2000

Przy ogólnie niskim odsetku przypadków potwierdzonych bakteriologicznie występują znaczne różnice między województwami. Udział ten wahał się od 81,2% w woj. małopolskim do 34,7% w woj. warmińsko-mazurskim. (Ryc. 3) W przypadku gruźlicy układu oddechowego potwierdzonej w badaniu bakterioskopowym udział ten wahał się od 22,9 w woj. świętokrzyskim do 53,5% w woj. małopolskim. (Ryc. 4)

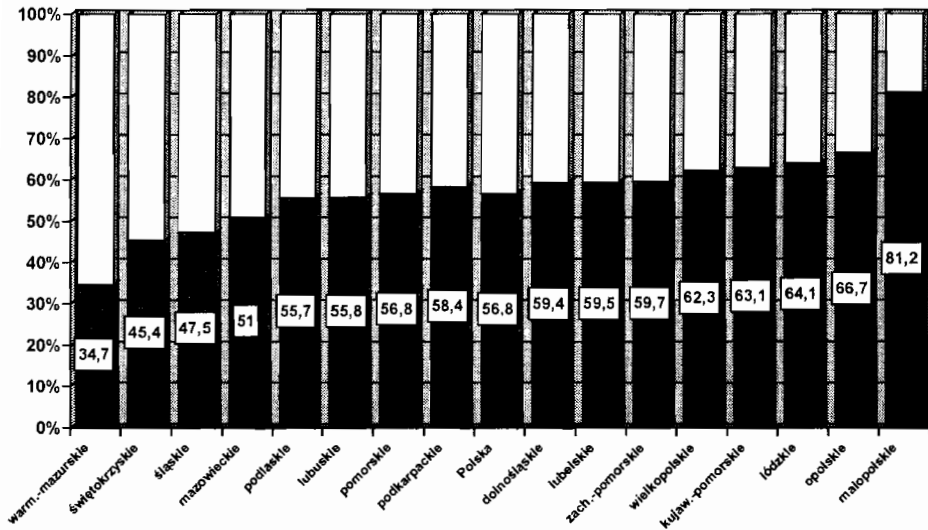
Znaczące różnice między województwami występują również w zakresie zapadalności ogólnej. Podobnie jak w roku poprzednim najwyższa rejestrowana zapadalność była w województwach centralnych: łódzkim – 37,9; świętokrzyskim – 36,8 i mazowieckim – 36,8. Najmniej zachorowań zarejestrowano w woj.woj.: lubuskim – 15,9; małopolskim – 20,7 i podlaskim 22,2. W porównaniu z rokiem poprzednim w 5 województwach wystąpił wzrost zapadalności na gruźlicę. W tych województwach, a mianowicie w dolnośląskim, pomorskim, lubuskim, wielkopolskim i opolskim w roku poprzednim zarejestrowano znaczący spadek zachorowań w porównaniu z rokiem 1998. W pozostałych województwach zarejestrowano spadek zapadalności. W trzech województwach: podkarpackim, podlaskim i warmińsko-mazurskim mieścił się on w granicach 10,0-12,9%. (Tab. II)



Rycina 2. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wg płci i wieku w Polsce w 2000 r. współczynniki na 100.000 ludności

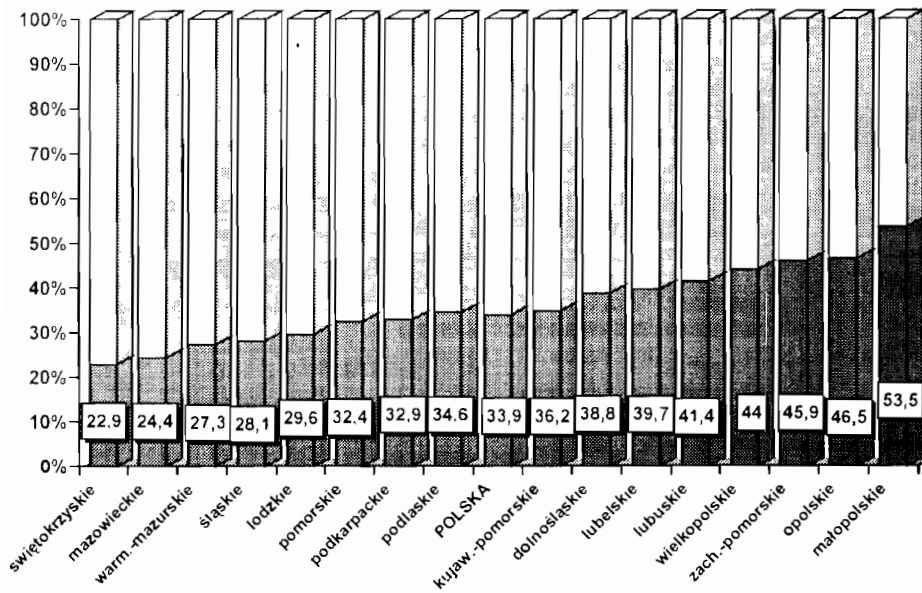
Figure 2. Incidence of tuberculosis all forms according to sex and age in Poland in 2000. Rates per 100000 population

Gruźlica w Polsce



Rycina 3. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wg stanu bakteriologicznego w Polsce w latach 1965-2000. Współczynnik na 100.000 ludności

Figure 3. Incidence of tuberculosis (all forms) according to bacteriological status. Poland in years 1965 -2000.



Rycina 4. Udział chorych na gruźlicę układu oddechowego potwierdzoną bakteriologicznie potwierdzoną bakteriologicznie wśród nowo zarejestrowanych w Polsce w 2000 r.

Figure 4. Percentage of bacteriologically confirmed respiratory TB patients among new registered respiratory TB patients. Poland

Tabela II. Udział gruźlicy potwierdzonej bakteriologicznie wśród ogółu nowo zarejestrowanych chorych w Polsce w 2000 r. Współczynnik na 100.000 ludności.

Table II. Percentage of tuberculosis cases bacteriologically confirmed in total new registered cases: Poland – 2000.

Województwa	%	Ranking województw	%
P O L S K A	56,8	P O L S K A	56,8
dolnośląskie	59,4%	małopolskie	81,2%
kujawsko-pomorskie	63,1%	opolskie	66,7%
lubelskie	59,5%	łódzkie	64,1%
lubuskie	55,8%	kujawsko-pomorskie	63,1%
łódzkie	64,1%	wielkopolskie	62,3%
małopolskie	81,2%	zachodnio-pomorskie	59,7%
mazowieckie	51,0%	lubelskie	59,5%
opolskie	66,7%	dolnośląskie	59,4%
podkarpackie	58,4%	podkarpackie	58,4%
podlaskie	55,7%	pomorskie	56,8%
pomorskie	56,8%	lubuskie	55,8%
śląskie	47,5%	podlaskie	55,7%
świętokrzyskie	45,4%	mazowieckie	51,0%
warmińsko-mazurskie	34,7%	śląskie	47,5%
wielkopolskie	62,3%	świętokrzyskie	45,4%
zachodnio-pomorskie	59,7%	warmińsko-mazurskie	34,7%

Chorobowość

W dniu 31.XII.2000r. było zarejestrowanych w Polsce 14.895 chorych na gruźlicę. Współczynnik chorobowości – 38,5 – był wyższy niż w roku poprzednim – 37,6. Wzrost ten był adekwatny do niewielkiego wzrostu ogólnej liczby chorych . (Tabela III)

Wzrosła również liczba chorych prątkujących z 7.922 w roku poprzednim do 8.255 w ocenianym roku. Również w zakresie chorobowości występuje znaczne zróżnicowanie sytuacji w przekroju wojewódzkim i tak najwyższa chorobowość na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie rejestrowano w woj.woj. łódzkim – 29,3; śląskim – 27,0 i lubuskim – 25,6, a najmniejsza w woj.woj. warmińsko- mazurskim – 10,1; lubuskim – 12,4 i podlaskim – 16,4.

W grupie chorych prątkujących nastąpiło dalsze, choć nieznaczne zmniejszenie liczby chorych przewlekle prątkujących. Takich chorych było 232 i stanowili oni 2,8% ogółu prątkujących. Zmniejszyła się również w porównaniu z rokiem poprzednim liczba i udział chorych wydalających prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwpłatkowy. Takich chorych zarejestrowano 321 i stanowili oni 3,9% ogółu prątkujących. Nie zarejestrowano takich chorych w woj. zachodnio-pomorskim. W pozostałych województwach ich udział mieścił się w granicach od 11,4% w woj. opolskim i 7,4% w woj. dolnośląskim do 1,6% w woj. podkarpackim i 1,6% w woj. lubuskim.

Gruźlica w Polsce

Tabela III. Chorzy na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie wg okresu prątkowania i wrażliwości prątków na leki zarejestrowani w Polsce w latach 1966, 1975, 1985, 1990, 1995, 1999, 2000
Współczynniki na 100 000 ludności

Tabela III. Patients registered with bacteriologically confirmed tuberculosis according to duration of excreting bacilli and drug resistance. Poland 1966, 1975, 1985, 1990, 1995, 1999, 2000.
Rates per 100 000 population

Lata	Chorobowość BK+		Chronicy			Lekooporność		
	Prevalenc of AFB+		Chronics (AFB+ > 1 year			Drug resistant to at least one drug		
	Liczba N	Współczynnik R	Liczba N	Współczynnik R	% BK+	Liczba N	Współczynnik R	%BK+
1966	66 522	209,1	28 012	88,1	42,1	21 642	68,0	32,5
1975	22 450	65,7	2 867	8,4	12,8	4 363	12,8	19,4
1985	13 185	35,3	684	1,8	5,0	759	2,0	5,8
1990	9 445	24,7	371	1,0	3,9	530	1,4	5,6
1995	9 162	23,7	277	0,7	3,0	502	1,3	5,5
1999	7.922	20,5	236	0,6	3,0	387	1,0	4,9
2000	8.255	21,4	232	0,6	2,8	321	0,8	3,9

Chronik – chory wydalający prątki > rok

Chronics – AFB+ longer than 1 year

Umieralność

Wg danych GUS-u w 1999r. gruźlicę, jako wyjściową przyczynę zgonu podano u 1.022 chorych i było to prawie tyle ile w porównywalnym roku 1996 – 1.024 zgonów (w latach 1997 i 1998 dane są niepełne). Współczynnik umieralności – 2,6 jest zbliżony do wartości w 1996 r., kiedy to wynosił 2,7. Umieralność z powodu gruźlicy dotyczy prawie wyłącznie układu oddechowego, tylko u 27 zmarłych jako przyczynę podano gruźlicę o innej lokalizacji. Zgony z powodu gruźlicy dotyczą głównie mężczyzn. Umieralność mężczyzn z powodu gruźlicy – 4,1 – była prawie czterokrotnie wyższa niż kobiet – 1,1. Taka proporcja utrzymuje się od wielu lat z tendencją na niekorzyść mężczyzn. Ludność wiejska umiera z powodu gruźlicy nieco częściej niż ludność miejska – odpowiednie współczynniki – 2,8 i 2,4. Umieralność z powodu gruźlicy wzrasta wraz z wiekiem, osiągając najwyższą wartość – 9,5 w grupie ludzi w wieku 65 i więcej lat. Wśród zmarłych z powodu gruźlicy przeważają ludzie starsi w wieku 65 lat i więcej – stanowili oni 43% zmarłych, a zmarli w wieku powyżej 45 lat – 85,3% zmarłych z tej przyczyny. Zarejestrowano jednak 1 zgon dziecka (woj. śląskie) i 1 zgon młodocianego (woj. wielkopolskie). Najwyższą umieralność z powodu gruźlicy zarejestrowano w woj.woj. śląskim – 4,7; świętokrzyskim – 3,4 i mazowieckim – 3,1, a najniższą w woj.woj. małopolskim – 1,0 i opolskim – 1,3. Zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,3% wszystkich zgonów i 44,8% zgonów z powodu wszystkich chorób zakaźnych.

Omówienie.

W 2000 r. na przełomie XX i XXI wieku stwierdza się w Polsce utrwaloną, bo trwającą już od siedmiu lat, tendencję spadkową w zapadalności na gruźlicę. Jednak znaczna zmienność zapadalności na gruźlicę w ostatnich latach tak w skali całego kraju, jak zwłaszcza poszczególnych województw sygnalizuje

zakłócenia w zakresie wykrywania nowych zachorowań i ich rejestracji. Potwierdza to wzrost zachorowań na gruźlicę w 2000r. w tych województwach, w których w poprzednim roku nastąpił znaczny spadek rejestrowanej zapadalności. Prawdopodobnie w wyniku tych zaburzeń poziom niedorejestrowania wynosi w ostatnich latach około 10%.

Średnie roczne tempo spadku w granicach 4-5% rocznie pozwala prognozować, że w końcu pierwszej dekady XXI wieku zapadalność będzie oscylowała wokół wartości 20.

Kontynuowane były wieloletnie trendy w zapadalności na gruźlicę kobiet i mężczyzn. Zapadalność na gruźlicę mężczyzn ponad dwukrotnie przekracza zapadalność kobiet. Wyższa zapadalność wśród mężczyzn niż kobiet jest rejestrowana we wszystkich krajach europejskich i jest bardziej widoczna w krajach Europy Środkowej, a zwłaszcza w krajach byłego ZSRR. W krajach z dobrą sytuacją epidemiologiczną przewaga mężczyzn jest znacznie mniejsza, tzw. *sex ratio* – M/K wynosiła w 1998r. Szwecji – 0,9, w Finlandii 1,1, w Danii – 1,2, Czechy – 1,7, w Polsce – 2,0, w Rumunii – 2,5 i w Armenii – 4,8. Być może jest to związane częściowo, jak twierdzą niektórzy, z niedorejestrowaniem zachorowań, co u kobiet ma być następstwem gorszej dostępności do lekarza. (3) W Polsce na pewno tak nie jest. Zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet zmniejsza się zapadalność na gruźlicę, a tempo tego spadku było zbliżone. W 2000 r. i w całej poprzedniej dekadzie utrzymuje się nieznaczna przewaga zapadalności na gruźlicę wśród ludności wiejskiej. Również i tu tempo spadku zapadalności w obu grupach ludności było w minionym dziesięcioleciu zbliżone. Rejestrowany jest powolny spadek udziału w zapadalności na gruźlicę dzieci i młodzieży. Zapadalność na gruźlicę wśród dzieci w Polsce nie stanowi problemu epidemiologicznego. Jest ona porównywalna z zapadalnością w krajach o dobrej sytuacji epidemiologicznej. A udział zachorowań na gruźlicę dzieci wśród ogółu zachorowań jest w Polsce obok Czech i Słowacji najniższy w Europie. Wyższy niż w Polsce udział chorych dzieci w ogólnej zapadalności na gruźlicę był w 1998 r. w takich krajach, jak Dania – 9%; Holandia – 6%, Niemcy – 4%; Francja – 5%. (3) W tych krajach jest on prawdopodobnie następstwem licznych zachorowań dzieci cudzoziemskich. W krajach tych bowiem znaczący odsetek zachorowań występuje u imigrantów z innych krajów, zazwyczaj o wysokiej zapadalności na gruźlicę. (3)

Pomimo spadku zapadalność na gruźlicę w Polsce była ona w porównywalnym 1999 r. – 31,4 – ponad dwukrotnie wyższa od średniej zapadalności na gruźlicę w krajach Unii Europejskiej – 12,4. Była również prawie dwukrotnie wyższa niż w Czechach – 16,0 i o 50% wyższa, niż na Słowacji – 20,0. Wyższa niż w Polsce była natomiast rejestrowana w tymże roku zapadalność w Rosji – 91,0; na Litwie – 76,0; na Białorusi – 71,0 i na Ukrainie – 65,0 i 117,0 w Rumunii. (1, 3) O ile u naszych sąsiadów zachodnich i południowych w ubiegłej dekadzie obserwowano stały spadek zapadalności, to w Rosji i w większości krajów byłego ZSRR oraz w Rumunii rejestrowany jest wzrost zapadalności przy równoczesnym jej niedorejestrowaniu. I tak oszacowana przez Ekspertów WHO zapadalność na gruźlicę w Rosji w 1999 r. wynosiła 123,0 – przy rejestrowanej 91,0. (1)

W 2000 r. utrzymywał się niski udział gruźlicy zlokalizowanej poza układem oddechowym w ogólnej zapadalności na gruźlicę. Jest on niższy niż w wielu krajach europejskich. Należy zaznaczyć, że w większości krajów Regionu Europa Światowej Organizacji Zdrowia zachorowania na gruźlicę są klasyfikowane jako gruźlica płuc (jest to gruźlica mięszu płucnego i drzewa tchawiczo-oskrzelowego) oraz gruźlicę pozapłucną (obejmuje gruźlicę zlokalizowaną poza mięszem płucnym włączając gruźlicę opłucnej i gruźlicę węzłów chłonnych klatki piersiowej). Przy takim porównaniu gruźlica pozapłucna w Polsce w 1998 roku liczyła 1131 przypadków (gruźlica opłucnej + gruźlica innych narządów i układów) stanowiła 8,1% ogółu zachorowań na gruźlicę. Był to nadal jeden z najniższych odsetków w Europie. Najwyższy w Europie odsetek gruźlicy pozapłucnej rejestrowano w krajach skandynawskich (34-37%). Tak niski udział jak w Polsce rejestrowano na Litwie – 10% i na Węgrzech – 6%. U naszych sąsiadów był on odpowiednio: w Czechach – 17%, w Niemczech – 16%, na Słowacji – 16%. (3) Niski udział przypadków gruźlicy pozapłucnej wśród ogółu zachorowań na gruźlicę w naszym kraju jest najprawdopodobniej wynikiem dwu sumujących się zjawisk: nie zgłaszania tych zachorowań, rozpoznawanych i leczonych przez lekarzy różnych specjalności i nierozpoznawania tych przypadków, zwłaszcza w ich wczesnej fazie.

Również niski w porównaniu z innymi krajami jest w Polsce udział przypadków gruźlicy potwierdzonych w badaniu bakteriologicznym. Od wielu lat oscyluje on wokół 55% i nie może osiągnąć poziomu z 1975 roku – 64%. W Europie najwyższy odsetek przypadków potwierdzonych bakteriologicznie (bakterioskopia i hodowla) zarejestrowano w 1998 r. w Danii – 84, Szwecji – 83, Szwajcaria – 81, Finlandia – 78 i Norwegia – 72. Niski ten odsetek był we Francji – 24, w Bułgarii – 32, Grecji – 36. W pozostałych krajach – Niemcy – 66, Czechy- 53, Węgry- 37, Słowacja- 57, Litwa – 49. (3) W Polsce przy znacznej liczbie – około 900 000 wykonywanych badań bakteriologicznych niezadawalający jest ich udział w rozpoznawaniu gruźlicy jest prawdopodobnie wynikiem niezbyt wysokiej jakości badań bakteriologicznych z jednej strony i niedostatecznym wykorzystaniem tych badań przez lekarzy rozpoznających gruźlicę. Rozpoznawanie gruźlicy odbywa się często niezgodnie ze stanem współczesnej wiedzy i możliwościami diagnostycznymi. Za takim wyjaśnieniem przemawiają znaczne różnice w odsetku tych przypadków w poszczególnych województwach. Różnice te nie zawsze mogą być tłumaczone zróżnicowaniem w zakresie dostępności tych badań czy różnicami w wyposażeniu laboratoriów bakteriologicznych. Ta ostatnia przyczyna może być rozpatrywana w przypadku badań bakterioskopowych w których dobry mikroskop obok wyszkolonej i rzetelnej laborantki jest gwarancją poprawnego wykonania tych badań. Utrzymujący się na niskim poziomie udział przypadków potwierdzonych w badaniu bakterioskopowym, nie przekraczający 1/3 ogółu zachorowań znacząco odbiegają od postulowanego przez Ekspertów WHO poziomu 65% przypadków gruźlicy układu oddechowego. (6)

Wnioski

1. U progu XXI wieku gruźlica w Polsce pozostaje nadal ważnym problemem zdrowotnym. Osiągnięcie obecnego poziomu zapadalności na gruźlicę w Czechach lub Niemczech będzie wymagało 10-15 lat.
2. Poprawy wymaga diagnostyka gruźlicy, zwłaszcza w bakteriologiczna, ale także poziom rozpoznawania gruźlicy przez lekarza pierwszego kontaktu.
3. Należy zachować i usprawnić dotychczasowy system rejestracji zachorowań na gruźlicę

Piśmiennictwo

1. Global Tuberculosis Control. WHO Report 2001. WHO/CDS/TB/2001.287
2. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2000r. Red. I.Szczuka, Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc
3. Euro TB (InVS/KNCV) and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of Tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 1998, February 2001.
4. Szczuka I. Gruźlica w Polsce w 1997r. Pnu-monol. Alergol. Polska 1999, 67, 189-199
5. Szczuka I. Gruźlica w Polsce i w Świecie u progu Trzeciego Tysiąclecia. Przegł. Epide-miol. 2000, 54, 9-24
6. Tuberculosis Handbook. Editor Pio A.Chau-let P. World Health Organization 1998 WHO/TB/98.253

Wpłynęła: 9.10.2001 r.

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