

WOJEWÓDZKI SPECJALISTA W DZIEDZINIE GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC
dla województwa jeleniogórskiego

dr n. med. Teresa Grzegorzczak-Skibińska

**SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA GRUŹLICY
W WOJEWÓDZTWIE JELENIOGÓRSKIM
W LATACH 1975 - 1995**

Wygłoszono na XX DNIU PNEUMONOLOGICZNYM
w dniu 4.12.1996 roku w Jeleniej Górze

Opracowano z materiałów statystycznych GUS, Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie,
Działu Organizacji i Nadzoru Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Jeleniej Górze.

Od kilku lat zaobserwowano zwiększanie się liczby zachorowań na gruźlicę w świecie. Na ten globalny wzrost składają się głównie zachorowania w Azji, Afryce, w tzw. regionach zachodniego Pacyfiku, a w znacznie mniejszym stopniu także w 9 krajach europejskich, w tym także w Polsce.

Zakażenie prątkiem gruźlicy jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych zakażeń na świecie; z szacunków Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że w początkach lat 90-tych spośród 5,2 miliardów ludności zamieszkujących kulę ziemską co najmniej 1/3, tj. około 1,7 miliarda, to ludzie zakażeni prątkiem gruźlicy. Nie jest to jednoznaczne z zachorowaniem na gruźlicę. Broni nas odporność naturalna organizmu i jedynie około 6% zakażonych zachorowuje na czynną klinicznie postać gruźlicy. Decydują o tym trzy zasadnicze czynniki:

- aktualny stan zakażenia populacji, czyli wielkość ekspozycji na czynnik chorobowy,
- warunki socjalno-bytowe i poziom kultury zdrowotnej społeczeństwa,
- skuteczność stosowanego programu zwalczania gruźlicy.

Polska należy do krajów o największej zapadalności na gruźlicę w Europie (w roku 1991 wyprzedzała nas tylko Rumunia i Portugalia). Podstawowe mierniki epidemiologiczne w Polsce są około 2- krotnie wyższe niż średnie dla Europy. W ostatnich trzydziestu latach zapadalność systematycznie, aczkolwiek powoli malała. Wzrosła w latach 1977 - 78 oraz ponownie w latach 1990 - 1994, mimo pełnej realizacji Narodowego Programu Zwalczania Gruźlicy w Polsce: eliminacji źródeł zakażenia (chorego wydalającego prątki człowieka) przez wykrywanie, leczenie, rehabilitację ozdowieńców i kontrolę środowisk rodzin i otoczenia osób chorych oraz osób z grup zwiększonego ryzyka zachorowania.

W roku 1975 w Polsce zachorowało na gruźlicę 25.788 osób, co daje wskaźnik zachorowalności 77,2 na 100.000 mieszkańców, w tym 16.826 osób (wskaźnik 49,2 na 100.000) na gruźlicę z udowodnionym wydalaniem prątków. W tym samym roku, a więc u początków działalności, w naszym województwie wykryto 373 przypadki, co daje wskaźnik zachorowalności 76,1 na 100.000. Był to wskaźnik nieco niższy niż w całym kraju. Niepokojące były jednak dwa zjawiska. Wyższy odsetek i wskaźnik udowodnionego wydalania prątków niż w Polsce (79,6%) wskaźnik 61,2 na 100.000 mieszkańców. Drugim był duży rozrzut wskaźników na terenie poszczególnych poradni w województwie. W rejonie Bogatyni obserwowano zachorowalność o wskaźniku 139 na 100.000, blisko dwukrotnie wyższym niż w kraju i województwie. W Zgorzelcu 116,4 na 100.000, w Bolesławcu 114,9 i w Gryfowie Śląskim 113,9. Było to analizowane i łączyliśmy zjawiska w Bogatyni i Zgorzelcu z migracjami ludności i warunkami życia środowiska budowniczych tzw. worka turosszowskiego, w Bolesławcu rozległe wiejskie tereny, a w Gryfowie środowiska szpitala przeciwgruźliczego.

Po 20 latach pracy poradni przeciwgruźliczych i współpracy całej podstawowej opieki zdrowotnej, zachorowalność w Bogatyni, Zgorzelcu, Bolesławcu i w Gryfowie Śląskim zdecydowanie zmalała niżej średniej w województwie.

W roku 1995 na terenie kraju zarejestrowano 15.959 zachorowań na gruźlicę, wskaźnik zachorowalności zmalał do 41,4, przy 8.220 przypadków z udowodnionym wydalaniem prątków (wskaźnik 21,3). W województwie jeleniogórskim wykryto wówczas 282 przypadki (zachorowalność 53,5 na 100.000 przy 129 przypadkach potwierdzonych bakteriologicznie - 24,5. Oba wskaźniki są wyższe niż w całym kraju, zarówno w zachorowalności ogółem jak i w przypadkach z udowodnionym wydalaniem prątków. W roku 1995 można również zaobserwować pewien rozrzut wskaźników. Najwyższą zachorowalnością charakteryzował się rejon poradni w Bolkowie, 126,3 na 100.000 przy wskaźniku wydalających prątki 67,5. Wysokie

wskaźniki mają również rejony poradni jeleniogórskiej, 60,2 przy 24,2 BK+, Kamiennej Góry 59,6 tylko 19,9 na 100.000 i Kowary 53,9 przy wskaźniku udowodnionego prątkowania 16,8 na 100.000.

W roku 1975 wśród zachorowań na gruźlicę było aż 17,9% wznów, a w roku 1976 aż 19,7%, podczas gdy w całym kraju 15,4%.

W roku 1995 w województwie zarejestrowano 14,5% wznów, podczas gdy w całym kraju jedynie 10,8%.

Przed 20 laty wyjaśniano wznowy niedostatecznym leczeniem chorych lekami przeciwpłatkowymi w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych. W dwudziestolecie prowadzono obserwację efektywności leczenia przeciwpłatkowego, stosowanego według optymalnych, ujednoczonych schematów i metod dla całego kraju. Początkowa efektywność wynosiła około 80%, obecnie 95%. Mimo to, nie można wyeliminować zjawiska wznów, które wynikać może z wielu przyczyn. Zarówno związanych z osobą pacjenta (niesystematyczne leczenie, spadek odporności w wyniku schorzeń dodatkowych, wieku lub warunków społeczno-ekonomicznych) jak i przyczyn leżących w błędach organizacyjnych poradni i niedostatecznej kontroli pacjenta.

W latach 1996 - 97 wprowadzana jest analiza przyczyn wznów oraz analiza przyczyn zaobserwowanego w Polsce i Europie, narastającego zjawiska lekooporności prątków na stosowane leki przeciwpłatkowe.

Noworejestrowani chorzy wykrywani byli w roku 1975, tak w kraju jak i województwie w 49,3% przypadków z objawów, w 37,7% w badaniach radiofotograficznych, w 12,9% z obserwowanych w poradniach grup zwiększonego ryzyka.

Po 20 latach z objawów wykrywa się 69,8%, z badań radiofotograficznych 18,4% oraz 11,6% z grup zwiększonego ryzyka. Proporcje zbliżone do odsetków krajowych (z objawów 70%, z radiofotografii 20%).

Wzrósł znacznie odsetek wykrywanych z objawów, co świadczyć może o czujności wśród pacjentów i lekarzy pierwszego kontaktu.

Analizując zachorowalność w grupach wiekowych można stwierdzić, że zawsze na terenie województwa wysoka była zachorowalność dzieci. W roku 1975 - 6 przypadków - wskaźnik 5,0 na 100.000 - dwukrotnie wyższy niż w całej Polsce. W roku 1995 wykryto czynne zmiany u 11 dzieci - wskaźnik 9,5 na 100.000 przy 2,3 w Polsce. Wyższą zachorowalność miały woj. białostockie, łomżyńskie, a zbliżoną łódzkie. Zachorowalność dzieci jest czułym wskaźnikiem braku równowagi czy zagrożenia epidemiologicznego, ale patrząc wstecz na 20 minionych lat, stwierdzić można dwa szczyty zachorowalności. W roku 1978 - (26 dzieci) wskaźnik 25,6 na 100.000 w grupie wiekowej, w roku 1988 - (16 dzieci) wskaźnik 20,6.

W latach 1994 i 1993 wykrywano po pięć nowych zachorowań dzieci - wskaźnik 4,1, najniższy w 20-leciu. W tych latach w kraju wynosił 2,3.

Zachorowalność młodzieży - (21 przypadków) wskaźnik 38,9 na 100,000 w roku 1975. W Polsce wówczas 10,2. W ciągu 20 lat zachorowalność młodzieży w województwie zmalała do siedmiu przypadków - 15,8 (w roku 1994 - 9,2) podczas gdy w kraju 11,3 na 100.000.

C H O R O B O W O Ś Ć w latach, czyli stan chorych zarejestrowanych w grupach gruźlicy czynnej na dzień 31.12 danego roku, przedstawiała się następująco. Na koniec 1975 roku we wszystkich poradniach województwa zarejestrowanych było 795 osób, w tym 302 wydalających prątki. Odpowiednio wskaźniki - 165,0 na 100.000 i 62,1. W Polsce w roku 1975 wskaźnik chorobowości wynosił 193,5 i 65,7 na 100.000 mieszkańców.

W Polsce w roku 1975 wskaźnik chorobowości wynosił 193,5, było to 188,916 osób, a wskaźnik prątkujących 65,7 na 100.000. Wydalających prątki ponad dwa lata, czyli chroniczków, było 2.872 - wskaźnik 8,4 na 100.000.

W województwie było wówczas 26 chroniczków, wskaźnik 5,3 na 100.000, niższy niż w kraju.

Najwyższe wskaźniki, podobnie jak w zachorowalności dotyczyły rejonów Bogatyni - 244,4, Zgorzelca - 194,1 i Bolesławca - 177,0.

Po 20 letniej pracy chorobowość zmalała do 333 osób w roku 1995, w tym 148 wydalających prątki. Wskaźniki odpowiednio 63,3 i 28,1. Podczas gdy w Polsce chorobowość ogółem wynosi 46,7 na 100.000 i 23,7 wydalających prątki na 100.000. Chroniczków w kraju pozostało 277 przypadków - wskaźnik 0,7, podczas gdy w województwie pozostało 11 - wskaźnik 2,0.

U M I E R A L N O Ś Ć z powodu gruźlicy w województwie wynosiła w roku 1975 - 76 osób, tj. 16,1 na 100.000 i była wyższa niż w całym kraju - 13,9 (4,372 - 13,0).

W roku 1995 również mieliśmy wskaźnik wyższy niż w Polsce. Ogółem na gruźlicę czynną zmarło 36 osób oraz 8 na późne następstwa gruźlicy. Łączny wskaźnik 8,3, podczas gdy w całym kraju 1.130 + 196, odpowiednio wskaźniki 2,9 i 0,5, łącznie 3,4. Blisko 2,5 raza niższy. Jest to wynik umieralności ludzi starszych, którzy leczeni byli na gruźlicę w latach 1945 - 65 i nie uzyskali pełnego wyleczenia, a tereny podgórskie i bliskość zakładów sanatoryjnych leczenia gruźlicy skupiała podobnie jak na Podtatrzu ozdrowieńców. Jest to po prostu wynik sytuacji epidemiologicznej gruźlicy lat powojennych.

Na osiągniętą poprawę sytuacji epidemiologicznej złożyła się praca zarówno pionu pulmonologicznego jak i zainteresowanego problemem lecznictwa ogólnego i pionu sanitarno-epidemiologicznego. Dziesięć terenowych poradni przeciwgruźliczych, w tym Wojewódzka Przychodnia Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Jeleniej Górze, który stał się szpitalnym ośrodkiem diagnostyki pulmonologicznej, w tym onkologii, wraz z Centrum Pulmonologii Dziecięcej w Karpaczu, realizowały przez dwadzieścia lat Narodowy Program Walki z Gruźlicą i Chorobami Płuc i osiągnęły przedstawione rezultaty.

Realizowano badania radiofotograficzne w roku 1975 -101.278, w roku 1986 - 155.355 zdjęć, obejmując kontrolą 44,8% populacji powyżej 18 roku życia, a w roku 1995 już tylko 78.958 zdjęć i objęto 22,5% ludności powyżej 18 roku życia. Jest to wynik zmiany obowiązujących przepisów o okresowych badaniach kontrolnych osób pracujących.

Elementem składowym Programu, nadzorowanym i analizowanym przez Wojewódzką Przychodnię Gruźlicy i Chorób Płuc w Jeleniej Górze oraz Wojewódzką Stację Sanitarno - Epidemiologiczną, a prowadzonym przez pion Matki i Dziecka, są również szczepienia BCG noworodków, kontrole tuberkulinowe i doszczepianie według kalendarza szczepień. W roku 1976 w realizacji szczepień BCG noworodków byliśmy na jednym z ostatnich miejsc w kraju. Zaszczepiliśmy 90% żywourodzonych, przy czym tylko 85,3% z nich wytworzyło odpowiednią bliznę.

W roku 1995 osiągnęliśmy już 97,1% zaszczepionych, z efektywnością 97,4% (u 2,6% zaszczepionych nie wytworzyła się blizna 3 mm).

W minionym 20-leciu prowadzone były dokładne analizy szczepień i kontroli tuberkulinowych oraz działania instruktażowe na rzecz poprawy sytuacji, prawidłowych szczepień i odczytywania blizn BCG. A problemy z lat 1975 - 1980 przedstawiono na XXI Krajowym

Zjeździe Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego w Katowicach i posłużyły do prac ogólnopolskich.

Sytuacja epidemiologiczna Polski nie pozwala zrezygnować do 2000 roku ze szczepień podstawowych BCG (noworodki) i doszczepiania według kalendarza szczepień, co mogłoby być możliwe dopiero po osiągnięciu rocznej wykrywalności jednego przypadku gruźlicy z udowodnionym wydalaniem prątków na 1 milion mieszkańców. Obecnie wykrywamy 8.220 osób w kraju na blisko 40 milionów mieszkańców, a w województwie 127 na pół miliona.

WNIOSKI:

Sytuacja epidemiologiczna województwa jeleniogórskiego w zakresie gruźlicy uległa wyraźnej poprawie na przestrzeni ostatnich 20 lat. Wymaga jednak kontynuowania realizacji programu krajowego walki z gruźlicą i chorobami płuc :

- wczesnego wykrywania, głównie przez kontrolę bakteriologiczną przypadków pulmonologicznych, a zwłaszcza z przewlekłymi objawami ze strony oskrzeli, z przewlekłym kaszlem lub przetrwałymi zmianami radiologicznymi o niewyjaśnionej etiologii,
- prawidłowej realizacji leczenia przeciwprątkowego nie tylko zarówno ze strony pacjenta jak i fachowy personel, również poradni przeciwgruźliczej i lecznictwa podstawowego,
- kontynuowania współpracy pionu specjalistycznego z lecznictwem pierwszego kontaktu, zarówno współpracy środowiskowej jak i pomocy w realizacji leczenia nadzorowanego,
- zapewnienia poziomu diagnostyki specjalistycznej na poziomie poradni przeciwgruźliczej, a zwłaszcza Wojewódzkiej Przychodni Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Szpitala *Wysoka Łąka*,
- zapewnienie i kontynuowanie współpracy Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc ze szpitalami całego województwa.