

WSTĘP

W niniejszym biuletynie zawarte są dane epidemiologiczne dotyczące gruźlicy w Polsce w 2017 roku.

Gruźlica jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątki należące do *Mycobacterium tuberculosis* complex. Najczęstszą postacią gruźlicy jest gruźlica płuc ale zmiany gruźlicze mogą występować w każdym z narządów ciała (gruźlica pozapłucna).

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*-WHO) szacuje, że w 2016 roku, z którego pochodzą ostatnie dane, na gruźlicę zachorowało 10,4 mln osób na świecie, w tym milion dzieci do lat 14. Większość chorych stanowili mężczyźni- 65%. 10% chorych na gruźlicę na świecie było zakażonych HIV. Przeszkodą w walce z gruźlicą jest jej postać wielolekooporna (*multidrug resistant tuberculosis*-MDR-TB), wywołana przez prątki odporne jednocześnie na izoniazyd i na ryfampicynę – dwa główne leki przeciwprątkowe. WHO szacuje liczbę zachorowań na MDR-TB w 2016 roku na 490 000. Ponad sto tysięcy innych osób zachorowało na gruźlicę z opornością prątków na ryfampicynę.

W 2016 roku (ostatnie dane) w 30 krajach Unii Europejskiej (UE) i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) na gruźlicę zachorowały 58 994 osoby. 45% tej liczby stanowili chorzy z Polski, Rumunii i Wielkiej Brytanii. Zapadalność wynosiła średnio 11,4 przypadków na 100 000 ludności; w 20 krajach była niższa niż 10 na 100 000. Najwyższą zapadalność na gruźlicę w krajach UE/EOG stwierdzano w grupie wieku 25-44 lata. Dzieci < 15 lat stanowiły 4,3% ogółu chorych. W krajach UE/EOG chorzy na MDR-TB stanowili 3,7% wszystkich chorych z dostępnymi wynikami lekowrażliwości. Najwyższe odsetki przypadków MDR-TB odnotowano na Łotwie w Estonii i na Litwie - do 20,3%. W wielu krajach europejskich większość zachorowań na gruźlicę, np. w Szwecji 89,8%, wykrywa się wśród imigrantów.

W Polsce dane o przypadkach gruźlicy gromadzone są w Krajowym Rejestrze Zachorowań na Gruźlicę. Rejestr powstał w 1957 roku i od tego czasu jest systematycznie prowadzony przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Placówka, na mocy decyzji Głównego Inspektora Sanitarnego, jest krajową specjalistyczną jednostką właściwą w zakresie gruźlicy.

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc przygotowuje raporty o zachorowaniach na gruźlicę w Rzeczypospolitej Polskiej, wykonuje analizy bieżącej sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w naszym kraju i jej zmian zachodzących w czasie. Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy oceniana jest poprzez takie wskaźniki jak: zapadalność ogólna w grupach wieku i płci, udział nowych zachorowań i wznów oraz gruźlicy płuc i pozapłucnej, zapadalność na gruźlicę z potwierdzeniem bakteriologicznym (definitywne rozpoznanie choroby), zapadalność na gruźlicę płuc z dodatnim wynikiem badania bakterioskopowego płwociny, odsetek

cudzoziemców i więźniów wśród ogółu chorych, współwystępowanie gruźlicy i HIV, rozpowszechnienie gruźlicy wywołanej przez prątki odporne na leki i umieralność z powodu gruźlicy.

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc przekazuje dane o gruźlicy w Polsce do Europejskiego Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz do WHO, które przygotowują zbiorcze raporty z krajów i prowadzą ponadnarodowy nadzór nad gruźlicą. Ważnym elementem nadzoru jest ocena wyników leczenia przedstawionych w sposób ujednolicony.

W Polsce nadzór nad gruźlicą, w tym obowiązek zgłaszania zachorowań na gruźlicę, uregulowany jest prawnie. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r., określająca zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dz.U. z 2016 r. poz. 1866 z późn. zm.) oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (dz.U. z dnia 03.08.2012 r.) nakładają na lekarzy i felczerów obowiązek zgłaszania zachorowań na gruźlicę. Zgodnie z tymi ustawami, lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, jest obowiązany do niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin zgłoszenia tego faktu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu lub państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej lub państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu, lub innym podmiotom właściwym ze względu na rodzaj choroby zakaźnej, zakażenia lub zgonu z powodu choroby zakaźnej.

Dane o zachorowaniach na gruźlicę zebrane przez inspektoraty sanitarne przekazywane są do Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. W 2017 roku dane z jednego województwa przesyłała do Instytutu Wojewódzka Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy.

Uwagi techniczne

Dane o zapadalności na gruźlicę, przedstawione w niniejszym biuletynie, pochodzą w całości z Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę. Dane o umieralności z powodu gruźlicy zostały zgromadzone przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Statystyczna kategoria dotycząca zgonów z powodu gruźlicy zawiera przypadki, w których na karcie zgonu podano gruźlicę jako wyjściową przyczynę śmierci osoby. Z GUS pochodzą także przedstawione w biuletynie informacje o umieralności z powodu innych chorób układu oddechowego.

W niniejszym biuletynie zastosowano podstawowe wskaźniki statystyczne: liczby bezwzględne, odsetki i współczynniki surowe (obliczone na 100 000 badanej populacji). Współczynniki zapadalności/umieralności w określonej grupie wieku wyrażano na 100 000

populacji w danej grupie wieku. Obok informacji o zachorowaniach w 2017 roku umieszczono (w nawiasach) dane odnoszące się do poprzedniego roku. Zebrane przez GUS dane na temat umieralności dotyczą roku 2016. W tej części biuletynu, w której przedstawiono dane o umieralności, obok wyniku z 2016 roku podano w nawiasie adekwatny wynik z roku 2015.

Wyniki leczenia oceniano w różnych grupach chorych, zależnie od ich stanu bakteriologicznego i historii poprzedniego leczenia. Definicje przypadków oraz kategorie wyników leczenia, zgodne z aktualnymi zaleceniami ECDC, umieszczono pod spisem tabel i rycin.

Informacje o nowotworach złośliwych pochodzą z Krajowego Rejestru Nowotworów, prowadzonego przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie i dotyczą roku 2015.

Wskaźniki zapadalności dot. gruźlicy obliczono wg. stanu ludności na 30.06.2017 roku

Wskaźniki umieralności na gruźlicę i inne choroby płuc (dane GUS) wg. stanu ludności na 30.06.2016 roku

Wskaźniki zapadalności i umieralności na nowotwory złośliwe wg. stanu ludności na 30.06.2015 roku

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA GRUŹLICY W POLSCE W 2017 ROKU

Zapadalność na gruźlicę

W 2017 roku zarejestrowano 5787 (6444) zachorowań na gruźlicę, czyli 657 przypadków gruźlicy mniej niż w roku poprzednim i 2294 przypadków mniej w porównaniu z rokiem 2008.

Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w 2017 roku wynosiła 15,1 (16,8) i była mniejsza o 10,1% w porównaniu z rokiem 2016 oraz o 28,8% w porównaniu z rokiem 2008, w którym wynosiła 21,2.

W kolejnych latach ostatniego pięciolecia (2013-2017) zmiany zapadalności wynosiły jak następuje: (-)4,1%; (-)7,4%; (-)4,0%; +0,6%; (-)10,1%. Średni roczny spadek zapadalności w ocenianym pięcioleciu wynosił (-)4,2% i był wyższy niż w pięcioleciu wcześniejszym, w którym wynosił (-)1,2%.

Nowe przypadki, bez historii wcześniejszego leczenia gruźlicy – było ich w 2017 roku 5127 (5713) – współczynnik 13,3 (14,9) – stanowiły 88,6% (88,7%) ogółu zachorowań. Ponowne zachorowania – w liczbie 660 (731) – współczynnik 1,7 (1,9) – stanowiły 11,4% (11,3%) wszystkich zgłoszonych przypadków.

Najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc, która stanowiła w 2017 roku 95,6% (94,9%) wszystkich zachorowań. Zarejestrowano 5531 (6116) przypadków gruźlicy płuc – współczynnik 14,4 (15,9). W 16 (31) przypadkach gruźlica płuc występowała razem z gruźlicą pozapłucną. Chorzy z jednoczesnym zajęciem procesem gruźliczym płuc i innych narządów są rejestrowani jako przypadki gruźlicy płuc. Chorzy tylko na gruźlicę pozapłucną – 256 (328) przypadków – współczynnik 0,7 (0,9) stanowili 4,4% (5,1%) ogółu chorych zarejestrowanych w 2017 roku. Podobnie jak w latach wcześniejszych, najczęstszą postacią gruźlicy pozapłucnej (uwzględniono tylko chorych bez współwystępujących zmian w płucach) było gruźlicze zapalenie opłucnej – 91 zachorowań – 35,5% (32,0%) wszystkich przypadków o lokalizacji pozapłucnej. Na drugim miejscu była gruźlica obwodowych węzłów chłonnych – 40 chorych i kolejno: gruźlica kości i stawów – 35 chorych, w tym 12 przypadków gruźlicy kręgosłupa oraz gruźlica narządów moczowo-płciowych – 22 chorych, w tym 18 przypadków gruźlicy układu moczowego i 4 przypadki gruźlicy narządów płciowych. Jedenaście osób zachorowało na gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. W roku 2017 nie zarejestrowano zachorowań na gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu u dzieci (0-14 lat).

W 2017 roku współczynnik zapadalności na gruźlicę był tym wyższy, im starsza była grupa wieku, ale tylko do wieku 45-64 lata. Współczynniki wynosiły od 1,2 (1,8) wśród dzieci do 14 roku życia do 25,6 (27,8) u osób w wieku od 45 do 64 lat. Chorzy w wieku od 45 do 64 lat tworzyli łącznie najwyższy odsetek ogółu chorych na gruźlicę (44,9%). W latach wcześniejszych najwyższe współczynniki zapadalności stwierdzano w najstarszej grupie wieku, tzn. u osób ≥ 65 lat. W 2017 roku współczynnik zapadalności u osób w wieku 65 lat i starszych wynosił 22,6 (26,0) i był niższy niż w grupie wieku od 45 do 64 lat.

Zgłoszono 68 (103) przypadków gruźlicy u dzieci do 14 roku życia, które stanowiły 1,2% (1,6%) ogółu zachorowań. U dzieci wykryto 45 (76) przypadków gruźlicy płuc i 23 (27) przypadki gruźlicy pozapłucnej. Najczęstszą postacią gruźlicy pozapłucnej u dzieci była gruźlica węzłów chłonnych klatki piersiowej – 11 (11) przypadków. Potwierdzenie bakteriologiczne uzyskano w 15 (15) przypadkach dziecięcych, tzn. w 22,1% (14,6%) zachorowań w tej grupie wieku. Wśród przypadków z pewnym rozpoznaniem gruźlicy, potwierdzonym posiewem, było 10 przypadków gruźlicy płuc (22,2% wszystkich zachorowań na gruźlicę płuc u dzieci) oraz 5 przypadków gruźlicy pozapłucnej, tzn. 21,7% tej postaci choroby u dzieci. U trojga dzieci dodatni był także wynik badania bakterioskopowego płwociny. W województwie mazowieckim, gdzie zarejestrowano 27 – najwięcej w Polsce – zachorowań na gruźlicę u dzieci do 14 roku życia, tylko jeden przypadek (gruźlica płuc) został potwierdzony bakteriologicznie. W 2017 roku większą niż w roku poprzednim liczbę przypadków pediatrycznych odnotowano w 5 województwach: śląskim (15 vs. 8); pomorskim (5 vs. 2); podkarpackim (4 vs. 2); opolskim (2 vs. 0) i podlaskim (1 vs. 0). W województwie

lubuskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodnio-pomorskim nie stwierdzono żadnego przypadku gruźlicy u dzieci do lat 14. W 3 województwach stwierdzono po dwa przypadki gruźlicy dziecięcej. Największe współczynniki zapadalności na gruźlicę u dzieci stwierdzono w województwach: mazowieckim – 3,1 (7,1); śląskim – 2,3 (1,2) i kujawsko-pomorskim – 1,9 (1,9).

W 2017 roku zarejestrowano 69 (76) przypadków zachorowań na gruźlicę wśród młodzieży w wieku od 15 do 19 lat – współczynnik 3,6 (3,9). Większość młodocianych chorych – 91,3% – miała gruźlicę płuc. Potwierdzenie bakteriologiczne gruźlicy uzyskano u 50 (50) nastolatków, czyli u 72,5% tej grupy chorych. U 26 nastoletnich chorych na gruźlicę płuc dodatni był wynik bakterioskopii płwociny. W 6 województwach nastąpił wzrost zapadalności na gruźlicę w tej grupie wiekowej. Największą liczbę młodocianych chorych na gruźlicę zarejestrowano w woj. mazowieckim – 15 (28) i łódzkim – 10 (3). W 9 województwach stwierdzono spadek zapadalności na gruźlicę wśród młodzieży w porównaniu z rokiem 2016. Najwyższą zapadalność na gruźlicę u nastolatków – 8,7 – stwierdzono w woj. łódzkim. Jednocześnie w tym samym województwie odnotowano u młodzieży najwyższą zapadalność na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie – 6,1 (5,8). Na taką postać gruźlicy zachorowało w Łódzkiem 17 osób w wieku od 15 do 19 lat. W jednym z województw (lubelskie) nie było u nastolatków ani jednego zachorowania na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie. Najwyższą zapadalność na gruźlicę płuc z dodatnim wynikiem bakterioskopii płwociny u młodzieży stwierdzono w woj. kujawsko-pomorskim – 2,8.

W 2017 roku, podobnie jak w latach poprzednich, zapadalność na gruźlicę wśród mężczyzn była ponad dwukrotnie wyższa niż u kobiet. Zarejestrowano 4126 (4457) zachorowań u mężczyzn – współczynnik 22,2 (24,0) i 1661 (1987) zachorowań u kobiet – współczynnik 8,4 (10,0). Przypadki gruźlicy u mężczyzn stanowiły 71,3% (69,2%) ogółu zachorowań. Największa różnica zapadalności między mężczyznami a kobietami występowała u osób w wieku od 45 do 49 lat (36,1 vs. 8,1) oraz w wieku od 55 do 59 lat (45,2 vs. 10,7). Najwyższą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci u mężczyzn stwierdzono w woj. śląskim – współczynnik 32,6; najniższą – w warmińsko-mazurskim – współczynnik 12,7. Najwyższy współczynnik zapadalności na gruźlicę u kobiet stwierdzono w woj. lubelskim – 14,9; najniższy – 4,8 – w woj. wielkopolskim. Współczynnik zapadalności na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie wynosił u mężczyzn 16,0(17,3); u kobiet – 5,5 (6,3).

W 2017 roku po raz kolejny zapadalność na gruźlicę wśród mieszkańców miast była wyższa w porównaniu z ludnością wiejską. Zarejestrowano 3614 (4008) zachorowań w

miastach i 2173 (2436) przypadków gruźlicy na wsi. Współczynnik zapadalności u mieszkańców miast wynosił 15,6 (17,3); u mieszkańców wsi – 14,2 (15,9).

Znaczne różnice współczynników zapadalności na gruźlicę między województwami, obserwowane od lat, wystąpiły także w roku 2017. W 2017 roku największą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci zarejestrowano w województwach.: lubelskim – 21,9 (20,8); śląskim – 20,9 (21,3); mazowieckim – 19,3 (24,3) i łódzkim – 18,4 (20,8). W województwach: wielkopolskim – 8,9 (8,1); warmińsko-mazurskim – 9,2 (10,6); zachodnio-pomorskim – 10,8 (12,3) i podlaskim – 11,1 (10,2) współczynniki zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci były najniższe w całym kraju. W 2017 roku spadek zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci w porównaniu z rokiem poprzednim wystąpił w 12 województwach. Współczynniki zapadalności wyższe niż w roku 2016 stwierdzono w woj. wielkopolskim (8,9 vs 8,1); podlaskim (11,1 vs. 10,2); lubelskim (21,9 vs. 20,8) i lubuskim (12,9 vs. 12,8).

Najwyższe w kraju współczynniki zapadalności na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie, czyli rozpoznaną w sposób definitywny, stwierdzono w np. województwach.: śląskim – 13,9 (13,9); lubelskim – 13,1 (15,4); mazowieckim – 12,6 (14,1) i dolnośląskim – 12,5 (12,6). W województwach: warmińsko-mazurskim – 5,9 (7,9); wielkopolskim – 7,7 (6,9) i podkarpackim – 9,0 (10,7) zapadalność na gruźlicę potwierdzoną w posiewach była najniższa w kraju.

W 2017 roku gruźlica została potwierdzona bakteriologicznie u 4179 (4619) chorych, w tym w 4057 (4475) przypadkach gruźlicy płuc. Zapadalność na wszystkie postaci gruźlicy potwierdzonej bakteriologicznie wynosiła 10,9 (12,0); zapadalność na gruźlicę płuc potwierdzoną w posiewach – 10,6 (11,6). Chorzy z potwierdzeniem bakteriologicznym stanowili 72,2% (71,7%) ogółu chorych. Wśród chorych na gruźlicę płuc odsetek ten wynosił 73,4% (73,2%). W całej grupie 256 (328) chorych na gruźlicę pozapłucną rozpoznanie potwierdzono bakteriologicznie u 122 (144) – 47,7% (43,9%). Utrzymują się duże różnice między województwami odnośnie odsetka zachorowań na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie: od 60,5% w woj. lubelskim; 63,8% w woj. świętokrzyskim; 66,3% w woj. mazowieckim i 66,9 % w woj. warmińsko-mazurskim do 94,5% w woj. kujawsko-pomorskim; 90,4% w woj. podlaskim i po 86,7% w woj. dolnośląskim i woj. zachodnio-pomorskim.

Chorzy na gruźlicę płuc, u których prątki stwierdzono także w bakterioskopii, stanowili 44,7% (42,7%) wszystkich chorych na gruźlicę płuc i 60,9% chorych na gruźlicę płuc z potwierdzeniem bakteriologicznym. Zarejestrowano 2472 (2612) takich przypadków – współczynnik 6,4 (6,8). Największą zapadalność na gruźlicę płuc z dodatnim wynikiem bakterioskopii odnotowano w woj. dolnośląskim i śląskim – współczynniki 8,9 i 8,7; najniższą – w woj. opolskim – 3,5. Najwyższy odsetek chorych z dodatnim wynikiem bakterioskopii

wśród ogółu chorych na gruźlicę płuc stwierdzono w woj. zachodnio-pomorskim – 72,8%; najniższy w woj. opolskim – 27,6%.

Wśród chorych na gruźlicę zarejestrowanych w 2017 roku było 108 (92) cudzoziemców, w większości – 74 osoby – w wieku od 20 do 44 lat. Przypadki gruźlicy u cudzoziemców stanowiły 1,9% (1,4%) wszystkich zachorowań. W grupie cudzoziemców było 3 dzieci i 6 nastolatków. Najwięcej cudzoziemców (49) leczono z powodu gruźlicy na Mazowszu. Największą grupę – 31 osób – stanowili przybysze z Ukrainy; drugą co do liczebności grupą byli Rumuni (9 chorych). Cudzoziemcy, u których rozpoznano gruźlicę, przybyli do Polski, jak w roku poprzednim, z 30 krajów świata. W 12 przypadkach miejsce pochodzenia nie było znane.

W 2017 roku, podobnie jak w latach wcześniejszych, współwystępowanie gruźlicy i HIV było w Polsce zjawiskiem rzadkim. Wg. danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny, gruźlica była chorobą wskaźnikową u 16 (17) chorych na HIV/AIDS. Wśród chorych na gruźlicę zarejestrowanych w 2017 roku odnotowano 169 (216) osób, które przebywały w aresztach śledczych i zakładach karnych (zapadalność 229,0 na 100 000 osadzonych).

Według sprawozdania MZ-13, odnoszącego się do osób leczonych ambulatoryjnie w poradniach gruźlicy i chorób płuc, wśród których są także chorzy, którzy rozpoczęli leczenie jeszcze przed 2017 rokiem, w roku 2017 liczba przypadków z opornością na co najmniej 1 lek przeciwprątkowy wynosiła 122 (153). W tej grupie było 37 (52) chorych na gruźlicę wielolekooporną (MDR-TB). Najwięcej chorych na MDR-TB – 8 przypadków – pozostawało pod opieką poradni w woj. małopolskim; w woj. mazowieckim i dolnośląskim- było po 7 chorych z takim rodzajem oporności.

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę, których źródłem były rejestry laboratoryjne, w 2017 roku MDR-TB rozpoznano u 44 chorych, w tym u 12 cudzoziemców. Przypadki MDR-TB stanowiły 1,1% wszystkich zachorowań na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie oraz 1,2% zachorowań ze znanymi wynikami lekowrażliwości (w 2017 roku lekowrażliwość była dostępna u 90,5% chorych z dodatnimi wynikami posiewów). Stwierdzono także 85 (101) chorych z opornością wyłącznie na izoniazyd (2,0% chorych na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie i 2,2% przypadków ze znanymi wynikami lekowrażliwości).

W 2017 roku u 0,2% chorych na gruźlicę stwierdzono gruźlicę włóknisto-jamistą; serowate zapalenie płuc i prosówkę gruźliczą rozpoznano u 0,4% przypadków. Większość chorych, czyli 94,8%, miała gruźlicę naciekową płuc.

UMIERALNOŚĆ

W 2016 roku gruźlica była przyczyną zgonu 543 (537) osób. Współczynnik umieralności, jak w trzech poprzednich latach, wynosił – 1,4 (1,4) na 100 000 ludności. Główną przyczyną zgonów z powodu gruźlicy, podobnie jak w latach wcześniejszych, była gruźlica płuc – zmarło na nią 526 (520) chorych – współczynnik 1,4 (1,4). Z powodu gruźlicy pozapłucnej zmarło 17 (17) chorych. Zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,14% ogółu zgonów w 2016 roku w Polsce i 28,1% zgonów z powodu wszystkich chorób zakaźnych i pasożytniczych.

Najwięcej osób zmarłych z powodu gruźlicy było w wieku od 45 do 64 lat (244; współczynnik 2,4; w roku 2015 – 249; współczynnik 2,4). Największy współczynnik umieralności z powodu gruźlicy stwierdzono w grupie wieku ≥ 65 lat – 3,3 (3,3). Na gruźlicę zmarło 206 (197) osób w takim wieku, którzy stanowili 37,9% (37,7%) ogółu zmarłych na gruźlicę. Jeden zgon z powodu gruźlicy stwierdzono wśród dzieci do lat 14. Nie odnotowano żadnego zgonu na gruźlicę u młodzieży w wieku od 15 do 19 lat. W latach 2012-2015 nie zarejestrowano zgonu z powodu gruźlicy u dzieci; wśród nastolatków zgon z tej przyczyny stwierdzono ostatni raz w roku 2014 (1 zgon).

W 2016 roku liczba mężczyzn zmarłych z powodu gruźlicy – 418 (420) – była 3,3 razy wyższa niż kobiet – 125 (117); współczynniki odpowiednio – 2,2 i 0,6 (2,3 i 0,6). Podobne różnice stwierdzano także we wcześniejszych latach.

Najwyższe w Polsce współczynniki umieralności z powodu gruźlicy wszystkich postaci zarejestrowano w 2016 roku w województwie śląskim – 2,4 (111 zgonów) (w 2015 roku- 2,7) i łódzkim – 2,0 (49 zgonów) (w 2015 roku- 1,6), zaś najniższe w woj. opolskim – 0,4 (4 zgony) (0,8); wielkopolskim – 0,5 (0,5) i kujawsko-pomorskim – 0,6 (0,5).

Wzrost współczynnika umieralności w porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano w 2016 roku w 9 województwach, największy w woj. łódzkim – od 1,6 do 2,0. Największy spadek umieralności wystąpił w województwie lubelskim – od 1,6 do 1,2 i opolskim – od 0,8 do 0,4.

Umieralność z powodu gruźlicy w 2016 roku była większa wśród mieszkańców miast niż na wsi – 1,5 vs. 1,3 (w 2015 była jednakowa – 1,4).

Najwyższą umieralność na gruźlicę wśród mężczyzn stwierdzono w woj. śląskim – 3,4; świętokrzyskim – 3,1 oraz łódzkim i zachodnio-pomorskim – 2,9.

Przy uwzględnieniu płci najwyższy w Polsce współczynnik umieralności z powodu gruźlicy zarejestrowano w 2016 roku u mężczyzn w woj. śląskim – 3,4; najniższy – u kobiet w woj. opolskim – 0,0 (nie było zgonu z tej przyczyny) oraz lubelskim – 0,1 (1 zgon).

SZCZEPIENIA BCG

W roku 2017 zaszczepiono BCG 368.952 (354.108) noworodki, które stanowiły 91,8% ogółu dzieci żywo urodzonych w Polsce. Najniższy odsetek zaszczepionych noworodków stwierdzono w woj. lubelskim, opolskim i podlaskim – kolejno 89,3%, 89,6% i 89,9%. Najwyższy odsetek zaszczepionych noworodków odnotowano w woj. dolnośląskim – 94,0% i kujawsko-pomorskim – 93,3% (dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny).

WYKRYWANIE CHORYCH

Informacje o sposobie wykrycia przypadków gruźlicy płuc zebrane w 2017 roku wskazują, że w Polsce najczęstszą metodą wykrywania takich przypadków było wykrywanie bierne, tzn. z powodu objawów choroby u osób, które same zgłosiły się do placówki medycznej. Z powodu objawów wykryto 91,9% przypadków gruźlicy płuc, w tym 93,2% chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną w badaniu bakteriologicznym i 88,4% chorych na gruźlicę płuc bez potwierdzenia w posiewie. Największy odsetek przypadków gruźlicy płuc wykryto metodą bierną w woj. opolskim – 96,1%; najniższy w woj. warmińsko-mazurskim – 77,4%.

W grupie wszystkich chorych na gruźlicę płuc – 2,0% przypadków wykryto przy okazji badania osób z kontaktu; 2,2% – przy innych badaniach profilaktycznych; 3,9% – w innych okolicznościach, jak hospitalizacja z różnych przyczyn lub badanie sekcyjne.

LECZENIE CHORYCH NA GRUŻLICĘ ZAREJESTROWANYCH W 2016 ROKU

Wyniki leczenia ocenia się w kohorcie tzn. u wszystkich chorych zgłoszonych do Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę w ciągu określonego roku. Ocena wyników leczenia dokonywana jest po 12 miesiącach od jego rozpoczęcia; przedstawione niżej analizy dotyczą zatem chorych zarejestrowanych w 2016 roku. Nie wszystkie placówki nadesłały wyniki leczenia, co wpłynęło ujemnie na całościową ocenę kohorty, zmniejszając odsetek „sukcesów”. Wielu chorych zostało „przeniesionych do” i wyniki ich leczenia nie mogły być poddane ocenie. Wynik leczenia chorych, którzy leczenie przerwali przed wyznaczonym terminem zakończenia lub w ogóle go nie rozpoczęli, przedstawiano w niniejszej analizie (zgodnie ze starszą nomenklaturą) pod nazwą „leczenie przerwane”. ECDC klasyfikuje obecnie wynik leczenia takich chorych jako „nieodstępny dla dalszej obserwacji”.

Kohortowa ocena wyników leczenia chorych na gruźlicę zarejestrowanych w Polsce w 2016 roku

W kohorcie 6444 chorych na gruźlicę zarejestrowanych w Polsce w 2016 roku było 6116 chorych na gruźlicę płuc, w tym 4475 chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną w posiewie i 1641 chorych na gruźlicę płuc bez potwierdzenia bakteriologicznego oraz 328 chorych na gruźlicę pozapłucną.

Nie nadesłano – nie nadesłano danych o wynikach leczenia od 1367 chorych na gruźlicę, co stanowiło 21,2% (26,0%) całej kohorty z 2016 roku. Chorzy, których wyników leczenia nie nadesłano, stanowili 21,3% (26,0%) wszystkich chorych na gruźlicę płuc. W grupie gruźlicy płuc potwierdzonej bakteriologicznie odsetek takich przypadków stanowił 19,5% (26,4%), w tym wśród nowych zachorowań – 19,6% (26,9%), w odniesieniu do wznów – 18,1% (22,5%). Odsetek przypadków bez nadesłanych wyników leczenia stanowił w grupie gruźlicy płuc bez potwierdzenia bakteriologicznego 26,1% (24,8%). Z grupy gruźlicy pozapłucnej nie nadesłano wyników leczenia od 20,4% (25,9%) chorych.

Sukces leczenia – taki wynik uzyskano w 2016 roku w całym kraju u 53,0% (52,6%) wszystkich chorych na gruźlicę (gruźlica płuc i pozapłucna), czyli u 3413 osób. W grupie chorych na gruźlicę płuc leczenie zakończyło się sukcesem u 53,0% (52,6%) przypadków, w tym w gruźlicy potwierdzonej bakteriologicznie – u 54,2% (52,1%); w gruźlicy bez dodatniego wyniku posiewu – u 49,5% (53,8%). Leczenie gruźlicy pozapłucnej zakończyło się sukcesem u 53,0% (53,1%) chorych.

Zgon – w całej kohorcie z 2016 roku zmarło z jakiegokolwiek przyczyny 616 chorych – 9,6% (9,8%) kohorty. Wśród chorych na gruźlicę płuc odsetek wszystkich zgonów wyniósł 9,5% (9,8%) i był wyższy w grupie chorych prątkujących – 10,1% (10,4%) (nowe zachorowania – 10,0% (10,4%); wznowy – 10,8% (10,1%); u chorych na gruźlicę płuc bez potwierdzenia bakteriologicznego odsetek zgonów był niższy – 7,7% (8,3%). W grupie gruźlicy pozapłucnej zmarło z różnych przyczyn 11,3% (9,9%) chorych.

Z powodu gruźlicy zmarło w ocenianej kohorcie 231 chorych – 3,6% (3,5%) ogółu zarejestrowanych przypadków. Wśród prątkujących chorych na gruźlicę płuc odsetek ten wynosił 4,1% (4,2%); w nowych przypadkach gruźlicy – 3,8% (4,2%); w grupie wznów – 6,2% (4,0%). Wśród chorych na gruźlicę płuc bez potwierdzenia bakteriologicznego odsetek osób zmarłych z powodu gruźlicy wynosił – 2,5 (2,0%). Niższy odsetek zgonów – 2,1% (1,7%) stwierdzono u chorych na gruźlicę pozapłucną.

Liczba zgonów z powodu gruźlicy, podana przez Główny Urząd Statystyczny, obliczona na podstawie świadectw zgonu – 543 – odbiega od liczby zgonów z tejże przyczyny wynikającej z analizy wyników leczenia – 231. U 155 osób, które zmarły przed ukończeniem leczenia gruźlicy, przyczyna zgonu nie została podana- w tej grupie mogli być chorzy, którzy zmarli z powodu gruźlicy.

Niepowodzenie leczenia – w całej kohorcie z 2016 roku takim wynikiem zakończyło leczenie tylko czterech chorych (byli to chorzy na gruźlicę płuc z dodatnim wynikiem posiewu), co oznacza 0,1% (0,1%) kohorty.

Leczenie przerwane – 394 chorych – 6,1% (6,1%) kohorty – przerwało leczenie – 6,2% (6,2%) chorych na gruźlicę płuc i 5,2% (4,8%) chorych na gruźlicę pozapłucną. W grupie chorych na gruźlicę płuc z potwierdzeniem bakteriologicznym odsetek ten był nieco niższy – 6,1% (5,8%), niż w grupie bez takiego potwierdzenia – 6,5% (7,1%). Chorzy ze wznową gruźlicy przerywali leczenie w wyższym odsetku niż chorzy wcześniej nieleczeni – odpowiednio 12,4% (10,3%) i 5,3% (5,3%).

Nadal leczony – było 25 chorych, których leczenie trwało dłużej niż 12 m-cy – 0,4% (0,2%) kohorty. W grupie tej byli wyłącznie chorzy na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie.

Przeniesiony do... chorzy przeniesieni do innych placówek i których wyniki leczenia nie były znane – 625 przypadków – stanowili w kohorcie 9,7% (5,3%) – 9,7% (5,2%) w grupie chorych na gruźlicę płuc i 10,1% (6,3%) w gruźlicy pozapłucnej.

Chorzy nie poddani ocenie

Do tej kategorii w analizie kohortowej zaliczani są chorzy, których wyników leczenia nie nadesłano oraz chorzy, u których w trakcie leczenia doszło do zmiany miejsca leczenia i których wyniki leczenia nie są znane. W kohorcie chorych na gruźlicę, którzy zostali zarejestrowani w 2016 roku, takich przypadków było aż 1992, czyli 30,9%. W populacji wszystkich chorych na gruźlicę płuc osoby, u których wyników leczenia nie można było poddać ocenie, stanowiły 30,9%. Wyników leczenia nie można było ocenić u 28,9% chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie – w grupie leczonych po raz pierwszy – u 29,1%; wśród wznów – u 27,3%. W gruźlicy płuc nieprątkującej odsetek takich chorych był znacznie wyższy – 36,4%. W grupie gruźlicy pozapłucnej chorzy, których wyniki leczenia pozostają nieznane, stanowili 30,5%.

Chorzy na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie

Wyniki leczenia tej zbiorowości chorych oceniono biorąc pod uwagę cały kraj i poszczególne województwa. Z kohorty 4475 chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie, zarejestrowanych w 2016 roku, dane o wynikach leczenia nadesłano dla 80,5% przypadków. Odsetek przypadków, których wyniki leczenia nie zostały nadesłane, wzrasta – w 2007 roku wynosił 5,8%, w roku 2016 – 19,5%.

Sukces leczenia – w całej grupie leczenie zakończyło się sukcesem u 2427 czyli u 54,2% (52,1%) chorych. Chorzy na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie leczeni po raz pierwszy uzyskiwali sukces leczenia w odsetku większym niż chorzy leczeni kolejny raz – 55,0% vs 48,0%. Kobiety w większym odsetku niż mężczyźni osiągały sukces leczenia – 58,8% vs 52,5%. Leczenie kończyło się sukcesem u 61,4% chorych na gruźlicę płuc

mieszkających na wsi i u 49,7% – w mieście. Największy odsetek chorych zakończył leczenie sukcesem w województwach: lubuskim – 79,0%; lubelskim – 73,9 i kujawsko-pomorskim – 73,6%. Najniższy odsetek wyników leczenia określonych jako „sukces” odnotowano w województwach: pomorskim – 30,7%; świętokrzyskim – 37,9% i śląskim – 38,3%.

Zgon – podczas leczenia przeciwprątkowego 453 osoby z grupy chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie zmarły z różnych powodów. Osoby te stanowiły 10,1% (10,4%) takich przypadków, w tym z powodu gruźlicy zmarło 183 chorych, tj. 4,1% (4,2%) ocenianej grupy. Gruźlica była przyczyną zgonu 3,8% chorych wcześniej nieleczonych i 6,2% chorych ze wznową. Największe odsetki zgonów z powodu gruźlicy wśród chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie stwierdzono w np. województwach. lubuskim 11,1% i dolnośląskim – 8,4%; najmniejsze w województwie pomorskim – 1,1%; wielkopolskim – 2,6% i kujawsko-pomorskim – 2,9%.

Niepowodzenie leczenia – w całej Polsce taki wynik leczenia w 2016 roku odnotowano u 0,1% (0,1%) kohorty chorych na gruźlicę płuc z potwierdzeniem bakteriologicznym. Były to łącznie 4 przypadki- 2 w grupie nowych zachorowań i 2 w grupie wznów. W większości województw nie było przypadków niepowodzenia leczenia.

Leczenie przerwane – 271 chorych z ocenianej grupy tzn. 6,1% (5,8%) przerwało leczenie, w większym odsetku chorzy ze wznową gruźlicy niż nowe przypadki – 12,4% vs. 5,3%. Największe odsetki chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie, przerywających leczenie, stwierdzono w woj.: opolskim – 10,4%; warmińsko-mazurskim – 9,1%; podlaskim i zachodniopomorskim – 8,5%. Najniższe odsetki chorych, którzy przerwali leczenie, odnotowano w woj. lubuskim – 1,2%; pomorskim – 2,2% i podkarpackim – 2,7%.

Nadal leczeni – tacy chorzy stanowili 0,6% analizowanej grupy (25 osób); wśród nowych przypadków – 0,5%; wśród chorych ze wznową gruźlicy – 1,2%.

Przeniesiony do – w skali całego kraju chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie „przeniesionych do” było 378; stanowili oni 9,5% (4,9%) tej grupy chorych. Najczęściej byli to chorzy, którzy rozpoczynali leczenie przeciwprątkowe w szpitalu i o których losie, po zakończeniu hospitalizacji, nie było żadnych informacji. Najwyższe odsetki chorych „przeniesionych do” stwierdzono w województwach: opolskim – 18,9%; mazowieckim – 18,2% i dolnośląskim – 15,6%.

Chorzy nie poddani ocenie – („przeniesieni do” i „chorzy, których wyników leczenia nie nadesłano”) w 2016 roku stanowili 28,9% ocenianych chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie. Z województwa lubuskiego i kujawsko-pomorskiego nadesłano wyniki leczenia wszystkich chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie; największe

odsetki chorych, których wyniki leczenia nie zostały nadesłane stwierdzono w woj. pomorskim – 59,6%; wielkopolskim – 41,9% i śląskim – 36,0%.

Leki przeciwprątkowe stosowane w intensywnej fazie leczenia

Dobór leków przeciwprątkowych stosowanych w intensywnej fazie u chorych zarejestrowanych w 2016 roku oceniano odrębnie w grupach jednorodnych pod względem stanu bakteriologicznego i/lub lokalizacji zmian.

CHORZY NA GRUŻLICĘ PŁUC POTWIERDZONĄ BAKTERIOLOGICZNIE

Nowe zachorowania

Zestaw *INH+RMP+PZA± (SM)EMB* stosowano w Polsce w 2016 roku u 84,0% z 2482 tych chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie, wcześniej nie leczonych, których sposób leczenia był znany (chorzy ze znanym sposobem leczenia stanowią 100%). Najwyższy odsetek nowych chorych leczonych takim zestawem stwierdzono w woj. podlaskim – 98,3%. Najniższy odsetek chorych tak leczonych był w województwie małopolskim – 66,8% i lubuskim – 75,4%.

Zestaw *INH+RMP+(SM)EMB* w fazie intensywnej włączono w Polsce u 3,7% chorych w omawianej grupie nowych zachorowań. W woj. świętokrzyskim i podkarpackim taki zestaw leków był stosowany u największego odsetka chorych tzn. u 11,3% i u 8,6%.

Leczenie *INH+RMP+PZA+EMB+SM* (5 leków) podawano w intensywnej fazie leczenia u 4,5% nowych przypadków gruźlicy płuc potwierdzonej bakteriologicznie. Tak leczono 10,9% chorych w woj. pomorskim i 8,9% w woj. małopolskim.

Leczenie *INH+RMP+ inny lek (nie PZA, nie EMB, nie SM)* stosowano w Polsce u 2,5% nowych chorych na gruźlicę płuc z potwierdzeniem bakteriologicznym (62 osoby). Największy odsetek chorych tak leczonych stwierdzono jak rok wcześniej w Małopolsce – 10,0%.

Leczenie *innym zestawem leków- bez INH* w intensywnej fazie stosowano w Polsce u 4,0% chorych z omawianej grupy (99 osób). Największy odsetek chorych leczono w ten sposób w woj. lubuskim – 21,5%.

Leczenie *innym zestawem leków- bez RMP* podawano u 0,8% leczonych (19 osób), w największym odsetku w woj. świętokrzyskim – 3,8%.

Leczeni *innym zestawem leków- bez INH i bez RMP* stanowili 0,6% leczonych chorych (15 osób).

Wznowy

Informacje o leczeniu dostępne były u 312 z 502 chorych z wznową gruźlicy płuc, potwierdzoną bakteriologicznie (liczba 312 stanowiła przy obliczeniach odsetka różnych schematów 100%).

Zestaw standardowy INH+RMP+PZA±(SM)EMB był w tej grupie chorych stosowany najczęściej. W 2016 roku w całym kraju leczono tak 62,8% chorych ze wznową. W woj. lubuskim leczono tym schematem wszystkich chorych z omawianej grupy; najmniejszy odsetek tak leczonych chorych stwierdzono w woj. pomorskim – 33,3% i wielkopolskim – 41,7%.

Zestaw pięciolekowy (INH+RMP+PZA+EMB+SM) otrzymało w skali kraju 23,1% chorych ze wznową gruźlicy. Najczęściej takie leczenie stosowano w woj. opolskim i pomorskim – 50,0%; najrzadziej w woj. lubuskim – 0,0% i na Mazowszu – 9,5%.

Zestaw INH+RMP(SM)EMB w fazie intensywnej włączono w Polsce u 15 czyli u 4,8% chorych ze wznową gruźlicy.

Leczeni innym zestawem leków- INH+RMP+inny stanowili 5,1% leczonych chorych (16 osób).

Leczenie innym zestawem leków nie zawierającym INH stosowano u 7 (2,2%) chorych ze wznową gruźlicy płuc.

Zestaw leków **nie zawierający RMP** zastosowano u jednej osoby (0,3%).

Pięć osób (1,6% grupy) leczonych było zestawem leków nie zawierającym INH i RMP.

CHORZY NA GRUŻLICĘ PŁUC NIEPOTWIERDZONĄ BAKTERIOLOGICZNIE

Zestaw INH+RMP+PZA±(SM)EMB – ten zestaw był najczęściej stosowanym schematem leczniczym w grupie chorych na gruźlicę płuc bez potwierdzenia bakteriologicznego – w 82,7% wszystkich przypadków ze znanym sposobem leczenia (znany u 900 chorych); w większym odsetku w nowych przypadkach niż u chorych poprzednio leczonych – 83,9 % vs. 73,0 %.

Zestaw INH+RMP+PZA+EMB+SM – leczono tym zestawem 3,9% chorych na gruźlicę płuc niepotwierdzoną bakteriologicznie (35 osób), w znacznie większym odsetku w przypadku kolejnego leczenia niż u nowych chorych – 15,0% vs. 2,5%.

Zestaw INH+RMP+(SM)EMB – zastosowano u 5,2% (47 przypadków) chorych tej grupy.

Leczenie innym zestawem leków- bez RMP podawano 16 chorym (1,8%).

Leczenie innym zestawem leków- bez INH: w ten sposób leczono 4,8% chorych na gruźlicę płuc bez potwierdzenia bakteriologicznego(43 osoby).

Leczenie zestawem zawierającym INH+RMP+inny lek (nie PZA, nie EMB, nie SM) – stosowano u 1,6% chorych (14 osób).

Tylko jedna osoba leczona była zestawem nie zawierającym INH i RMP.

GRUŹLICA POZAPŁUCNA

Zestaw INH+RMP+PZA±(SM)EMB – zastosowano u 78,6% przypadków (informacje o sposobie leczenia znane u 192 chorych) .

Zestaw INH+RMP+(SM)EMB – stosowano u 10,4% chorych na gruźlicę pozapłucną.

Zestaw pięciolekowy INH+RMP+PZA+SM+EMB – stosowano u 2,6% chorych (5 osób).

Inny zestaw leków- bez RMP – stosowano u 1,6% chorych na gruźlicę pozapłucną.

Inny zestaw leków- bez INH stosowano u 4,7% chorych z omawianej grupy.

Zestaw z INH+RMP+innym lekiem (nie PZA, nie EMB, nie SM) – stosowano u 2,1% chorych.

CZAS LECZENIA PRZECIWPRAŃKOWEGO

Chorzy na gruźlicę płuc potwierdzoną w badaniu bakteriologicznym.

Dane o przebiegu leczenia znane były w 2016 roku u 2794 chorych na taką postać gruźlicy. W 56,5% takich przypadków leczenie trwało 6 miesięcy (nowe przypadki – 60,2% a wznowy – 26,6%); w 10,7% – <6 miesięcy. U 8,7% chorych leczenie trwało 7 m-cy; u 9,1% – 8 m-cy. 14,3% chorych przyjmowało leki od 9 do 12 m-cy; 0,7% chorych było leczonych ponad 12 m-cy.

Czas leczenia chorych był różny w poszczególnych województwach:

Zaprzestano leczenia przed upływem 6 m-cy - najwięcej takich chorych było w woj. łódzkim – 15,1% i mazowieckim – 14,7%; najmniej w woj. lubuskim – 1,5% i podkarpackim – 3,2%.

Leczenie trwające 6 miesięcy – największe odsetki chorych były leczone przez ten czas w woj.: lubuskim – 82,1% i kujawsko-pomorskim – 71,7%. Najmniejszy odsetek chorych leczonych 6 m-cy odnotowano w woj. dolnośląskim – 48,2%; wielkopolskim – 49,1% i mazowieckim – 49,8%.

Leczenie ponad 6 miesięcy – tak najczęściej byli leczeni chorzy w woj.: wielkopolskim – 42,4%; podkarpackim – 42,0% i dolnośląskim – 39,6%; najrzadziej – chorzy w woj.: lubuskim – 16,5%; zachodnio-pomorskim – 21,6% i łódzkim – 22,1% .

Chorzy na gruźlicę płuc niepotwierdzoną bakteriologicznie

Dane o długości leczenia znane są u 900 chorych tej grupy. W większości przypadków leczenie trwało 6 miesięcy – 66,7%. 10,0% chorych zaprzestało przyjmowania leków przed upływem 6 miesięcy. Pozostali chorzy – 23,3% leczeni byli ponad 6 m-cy.

Chorzy na gruźlicę pozapłucną

Chorzy na gruźlicę pozapłucną (dane o przebiegu leczenia znane u 192 osób) w większości tzn. w 60,4%, byli leczeni pełne 6 m-cy. Przed upływem tego czasu leczenie zakończyło 9,4%. Pozostali chorzy – 30,2% opisanej grupy, przyjmowali leki dłużej niż 6 m-cy.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW LECZENIA

Odsetek chorych z kohorty z 2016 roku, którzy uzyskali sukces leczenia, był nieznacznie wyższy niż w roku poprzednim. Zmniejszył się odsetek chorych, których wyników leczenia nie nadesłano; zwiększył tych chorych, którzy opuścili placówkę zgłaszając zachorowanie i ich dalsze losy nie są znane. Nie ma pewności, że leczenie było w tych przypadkach w ogóle kontynuowane. Odsetek chorych, którzy przerwali leczenie, nie zmienił się w porównaniu z rokiem 2015; był dwukrotnie wyższy u chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie ze wznową choroby niż u osób z taką postacią gruźlicy, nowo wykrytych. Zjawiskiem pozytywnym jest od lat b. niski w Polsce odsetek chorych, których leczenie zakończyło się niepowodzeniem, co wynika z rzadkiego występowania w naszym kraju gruźlicy MDR-TB. Standardem postępowania w Polsce jest stosowanie u chorych na gruźlicę wywołaną przez prątki wrażliwe schematu złożonego w intensywnej fazie leczenia z INH, RMP, PZA i EMB. Takie leczenie jest zgodne z polskimi i międzynarodowymi zaleceniami. Nadal wiele osób poddanych kolejnemu leczeniu (blisko ¼ chorych ze wznową gruźlicy płuc) otrzymywało na wstępie zestaw pięciu leków (INH, RMP, PZA, EMB, SM), obecnie już przez WHO w nawrotach gruźlicy nie zalecany.

ZMIANA ROZPOZNANIA GRUŻLICY

W 17 przypadkach gruźlicy płuc, zgłoszonych wstępnie jako niepotwierdzone bakteriologicznie, dokonano zmiany rozpoznania na przypadki z dodatnim wynikiem posiewu. U 6 chorych wstępne rozpoznanie gruźlicy zmieniono na rozpoznanie raka płuca, u 33 na rozpoznanie innych chorób płuc. W 2016 roku liczba chorych, u których należało dokonać zmiany rozpoznania (na rozpoznanie raka lub innej choroby płuc) była o 3 osoby większa niż w roku poprzednim.

INFORMACJE DOTYCZĄCE UMIERALNOŚCI Z POWODU WYBRANYCH CHORÓB UKŁADU ODDECHOWEGO W POPULACJI POLSKIEJ

Choroby układu oddechowego, w tym nowotwory układu oddechowego i gruźlica płuc były w 2016 roku przyczyną 12,7% (12,7%) zgonów w Polsce. W poniższym zestawieniu przedstawiono dane o zgonach z następujących przyczyn:

- nowotwory złośliwe tchawicy i płuca/także dane o zachorowalności/
- przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (-J40-J44)
- astma oskrzelowa
- zapalenie płuc

Statystyczne dane dotyczące przyczyn umieralności pochodzą z kart zgonu. W tabelach przedstawiono liczebności i współczynniki umieralności z powodu w/w chorób w kolejnych latach.

W 2016 roku choroby układu oddechowego łącznie z gruźlicą, nowotworami układu oddechowego i zespołem serca płucnego uznano za przyczynę zgonu 49 786 (51 063) osób. Współczynnik umieralności z powodu tych chorób wyniósł 129,6/100 000 (132,8). W roku 2016 wymieniony wyżej współczynnik był mniejszy niż w roku poprzednim i zbliżony do współczynnika w roku 1980 - 130,2/100 000. Od tego czasu nastąpiły duże zmiany dotyczące liczby osób zmarłych na poszczególne choroby: niemal dwukrotnie wzrosła liczba zgonów z powodu nowotworów układu oddechowego i zapalenia płuc, natomiast liczba zgonów z powodu gruźlicy, astmy i serca płucnego zmniejszyła się wielokrotnie.

Choroby układu oddechowego bez zespołu serca płucnego, nowotworów i gruźlicy (J00 - J99, klasyfikacja wg. ICD-10) były w 2016 roku przyczyną zgonu 23 013 (24 279) osób; współczynnik umieralności wyniósł 59,9 (63,1). Większość zgonów w tej grupie stanowiły zgony z powodu zapalenia płuc i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Z powodu ostrego zapalenia górnych dróg oddechowych zmarło w 2016 roku 10 osób. W roku 2016 zarejestrowano 13 323 (14 689) zgony z powodu zapalenia płuc. Zgony, których przyczyną było zapalenie płuc stanowiły 57,9% (60,1%) ogólnej liczby zgonów z powodu chorób układu oddechowego (J00-J99) i dotyczyły głównie osób w wieku 70 lat i starszych. Współczynnik umieralności z powodu zapalenia płuc w tej grupie wieku, niemal siedmiokrotnie wyższy niż u osób w wieku od 60 do 69 lat, był niższy niż w poprzednim roku i wyniósł 249,1 (288,7) na 100 000 (mężczyźni- 331,9 (371,9); kobiety- 202,4 (242,4)). W całej populacji wyniósł 34,7 (38,2). We wszystkich grupach wieku współczynniki umieralności z powodu zapalenia płuc były wyższe u płci męskiej. Największe zmiany umieralności z powodu zapalenia płuc nastąpiły w ciągu lat u niemowląt. W 1965 roku zgony niemowląt (9145 przypadków) stanowiły aż 45,8% ogółu zgonów z powodu zapalenia płuc (była to obok biegunek najczęstsza przyczyna zgonu wśród najmłodszych). W 1965 roku współczynnik umieralności na zapalenie płuc w grupie niemowląt wynosił 756 na 100 000; w 2016 roku – 7,7 na 100 000.

W 2016 roku liczba osób, które zmarły z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych (J40 - J44) była niższa niż w roku poprzednim – 6102 vs. 6727; współczynnik

umieralności wynosił 15,9 (17,5). Taki sam współczynnik umieralności z powodu w/w chorób był w roku 2000 (6132 zgony). Współczynniki umieralności z tej przyczyny są od lat wyższe u mężczyzn, najwyższe u osób w wieku ≥ 70 lat. W 2016 roku z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych zmarło 189,0 (220,6) na 100 000 mężczyzn ≥ 70 lat (w grupie mężczyzn wieku od 60 do 69 lat – 40,3 na 100 000).

Współczynnik umieralności z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP-J44) wyniósł w 2016 roku 15,6 (17,2). Z tej przyczyny zmarło 5983 (6617) chorych. Współczynniki umieralności z powodu POChP rosły z wiekiem i były wyższe u mężczyzn, co jest zjawiskiem obserwowanym od lat. Najwyższy współczynnik stwierdzono u osób w wieku ≥ 70 lat – 106,4 (122,0) (u mężczyzn w tym wieku był 3 razy wyższy niż u kobiet – 185,9 vs. 61,6). Osoby w wieku ≥ 70 lat stanowiły większość zmarłych na POChP (70,6%).

W 2016 roku zarejestrowano 453 zgony z powodu astmy oskrzelowej (w 2015 roku – 484); współczynnik 1,2 (1,3). Największą umieralność z tej przyczyny – współczynnik 7,6 (7,8) – stwierdzono u osób ≥ 70 roku życia (wyższy u kobiet – 8,0 vs. 6,9). W 2016 roku astma była przyczyną zgonu dwojga dzieci i jednej osoby nastoletniej. Umieralność z powodu astmy zmniejszyła się znacząco w ciągu ostatniego półwiecza. W 1965 roku współczynnik umieralności z powodu astmy wynosił 15,5; w 1990 roku – 6,1; w roku 2000 – 3,6.

Rok 2015 (z tego roku pochodzą ostatnie dane Centrum Onkologii) był kolejnym rokiem wzrostu zachorowań na nowotwory złośliwe (C00-D09, klasyfikacja wg. ICD-10) – współczynnik zapadalności wyniósł 424,6 na 100 000 (413,7). Na wszystkie nowotwory zachorowało w kraju 163 281 osób (159 208). Na nowotwory złośliwe tchawicy i płuca (C33-34) zachorowało 21997 (22032) osób: 14479 (14699) mężczyzn i 7518 (7333) kobiet. Zapadalność na nowotwory złośliwe tchawicy i płuca (C33-C34) była taka sama jak w roku poprzedzającym (57,2). Współczynnik zapadalności wyniósł 77,8 (78,9) u mężczyzn i 37,9 (36,9) u kobiet. Na nowotwory płuca- C34 (bez nowotworów tchawicy- C33, które wystąpiły w liczbie 34 przypadków) zachorowały w 2015 roku 21963 osoby (współczynnik 57,1); 14460 mężczyzn i 7503 kobiety (77,7 vs. 37,8).

Biorąc pod uwagę wszystkich chorych na nowotwory złośliwe płuca (C34), najwyższy współczynnik – 414,5 (428,7) odnotowano u mężczyzn w wieku od 70 do 79 lat. W grupie kobiet najwyższą zapadalność na raka płuca 131,1 (128,2) stwierdzono między 60 a 69 rokiem życia. Zapadalność na nowotwory złośliwe płuca u kobiet wykazuje ciągły trend wzrostowy; u mężczyzn waha się z tendencją spadkową w ostatnich latach. W 2015 roku nowotwory złośliwe C33-C34 pozostawały u mężczyzn najczęstszym – 17,7% – rozpoznaniem wśród wszystkich nowotworów złośliwych, u kobiet trzecim co do częstości (9,2%) po raku piersi (22,2%) i jelita grubego (10,0%).

Wyraźne są różnice współczynników zapadalności na nowotwory między województwami. Najwyższą zapadalność na nowotwory złośliwe C33-34 u kobiet odnotowano w 2015 roku w województwie kujawsko-pomorskim – 51,6 i pomorskim – 50,6; najniższą- w województwie podkarpackim – 25,2 i lubelskim – 26,3; u mężczyzn najwyższe współczynniki zapadalności na nowotwory złośliwe C33-34 stwierdzono w województwie warmińsko-mazurskim – 97,2, świętokrzyskim – 91,4 i kujawsko-pomorskim – 91,0; najniższe- w województwie podkarpackim – 62,7 i podlaskim – 65,1. W 2015 roku nowotwór złośliwy płuca był najczęstszym nowotworem u mężczyzn w 10 województwach (w woj. zachodniopomorskim stanowił największy odsetek wśród wszystkich nowotworów- 21%); w pozostałych- rak gruczołu krokowego.

W 2015 roku z powodu nowotworów złośliwych (C00-D09) zmarło w Polsce łącznie 100601 (95 565) osób; współczynnik 261,6 (248,3) na 100 000. Na nowotwory złośliwe tchawicy i płuca (C33-C34) zmarło 16261 (15847) mężczyzn i 7484 (7363) kobiety; współczynniki umieralności w grupach płci wynosiły odpowiednio 87,4 (85,1) i 37,7 (37,1); dla całej populacji – 61,7 (60,3). Na raka płuca (C34) zmarło w 2015 roku 16238 mężczyzn (87,3) i 7475 kobiet (37,7). U mężczyzn największy wzrost umieralności w porównaniu do roku 2014 stwierdzono w grupie wieku od 60 do 69 lat. Nowotwory złośliwe płuca pozostają u mężczyzn nadal główną przyczyną zgonu z przyczyn nowotworowych – 29,2% (na drugim miejscu rak gruczołu krokowego – 8,8%). Największą umieralność z powodu nowotworów złośliwych C33-C34 stwierdzono u mężczyzn z woj. warmińsko-mazurskiego – 100,1; najniższą- z woj. podkarpackiego– 64,5. U mężczyzn obserwuje się w ostatnich latach nieduże wahania umieralności na złośliwe nowotwory płuca; wśród kobiet umieralność na ten typ nowotworów systematycznie rośnie. Dekadę wcześniej, w 2006 roku, współczynnik umieralności z tego powodu wynosił w grupie kobiet 26,0. Także u kobiet zgony z powodu złośliwych nowotworów płuca stanowiły największy odsetek zgonów z przyczyn nowotworowych. Złośliwe nowotwory płuca stanowią najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu u kobiet – 16,6%, częstszą niż rak piersi – 14,1%. Rak piersi lub jelita grubego były najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów u kobiet tylko w 5 województwach. Największą umieralność z powodu nowotworów złośliwych C33-C34 u kobiet stwierdzono w woj. zachodnio-pomorskim – 49,1; najniższą w podkarpackim – 22,6. W 2015 roku współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych C33-C34 był 44 razy większy niż współczynnik umieralności z powodu gruźlicy.

Piśmiennictwo: Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku. Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2017

INTRODUCTION

This bulletin provides an overview of the epidemiological situation of tuberculosis in Poland in 2017. The bulletins have been published annually for many years by Department of TB Epidemiology and Surveillance of the National Tuberculosis and Lung Diseases Research Institute in Warsaw in order to show the current epidemiological situation of tuberculosis in the country. Absolute numbers and rates per 100.000 population are given. In addition to data on incidence of tuberculosis, data on mortality from TB, case finding methods, treatment results and BCG vaccination in newborn are also included. All the tables are self-explanatory. The data from the previous year are shown in the brackets. In the tables "0" means that no cases were reported. The epidemiological situation of tuberculosis has been evaluated with respect to all forms of disease i.e. new pulmonary culture-positive, treated in the past, new pulmonary culture-negative, extrapulmonary and drug-resistant tuberculosis, including MDR-TB. Data on tuberculosis in cases of foreign origin, in prisoners and in HIV infected subjects are also presented. Since 1957, notification of tuberculosis is mandatory in Poland. The duty to report cases of tuberculosis is imposed by the Polish law.

INCIDENCE OF TUBERCULOSIS IN POLAND IN 2017.

In 2017, 5787 (6444) TB cases were reported in Poland. The incidence rate was 15,1 (16,8) cases per 100.000, with large variability between voivodeships from 8,9 to 21,9 per 100.000. The mean annual decrease of TB incidence in 2013- 2017 was 4,2%. In 2017, 5127 (5713) cases were newly diagnosed with no history of previous treatment i.e. 13,3 (14,9) per 100.000. 660 (731) cases i.e. 1,7 (1,9) per 100.000 – 11,4% (11,3%) of all registered subjects were previously treated for tuberculosis.

In 2017, the number of all pulmonary tuberculosis cases was 5531 (6116) i.e. 14,4 (15,9) per 100.000. Pulmonary cases represented 95,6% (94,9%) of all TB cases. In 2017, 256 (328) extrapulmonary TB cases were found. In the whole country there were 68 (103) pediatric cases of tuberculosis. TB in children represented 1,2% (1,6%) of all cases notified in Poland in 2017. The incidence rates of tuberculosis were growing along with the age group from 1,2 per 100.000 among children to 25,6 per 100.000 among subjects in the age group 45-64 years (the highest incidence rate). In 2017, the incidence rate in the age group ≥65 years was 22,6 per 100.000.

The TB incidence among men i.e. 22,2 (24,0) per 100.000 was 2,4 times higher than among women i.e. 8,4 (10,0) per 100.000. The biggest difference in the TB incidence between the two sex groups occurred in persons aged 45 to 49 years – 36,1 vs. 8,1 and in

age group 55- 59 years – 45,2 vs. 10,7. The TB incidence in rural population was lower than in urban, respectively 14,2 (15,9) per 100.000 and 15,6 (17,3) per 100.000.

The number of all registered culture positive TB cases was 4179 (4619). Pulmonary tuberculosis was bacteriologically confirmed in 4057 (4475) subjects. Culture-confirmed cases represented 72,2% (71,7%) of all TB cases and 73,4% (73,2%) of all pulmonary TB cases. The number of smear-positive pulmonary TB cases reported in 2017 was 2472 (2612) i.e. 6,4 (6,8) per 100.000 accounting for 44,7% (42,7%) of all pulmonary TB cases and 60,9% (58,6%) of culture confirmed pulmonary TB cases..

TB was AIDS indicative disease in 16 (17) subjects. In all patients with tuberculosis in Poland in 2017 there were 44 (46) cases with MDR-TB (among them 12 foreigners) and 85 (101) patients with resistance to isoniazid only, representing respectively 1,2% and 2,2% of cases with known DST results (DSTs were available in 90,5% of all culture-confirmed TB cases). In 2017, there were 108 patients of foreign origin among all cases of tuberculosis in Poland.

TUBERCULOSIS MORTALITY

There were 543 (537) deaths due to tuberculosis reported in 2016 – 1,4 (1,4) per 100.000; 526 (520) people died from pulmonary and 17 (17) from extrapulmonary tuberculosis. Mortality among males – 2,2 (2,3) per 100.000 – was 3,7 X higher than among females – 0,6 (0,6). 37,9% (37,7%) of all TB deaths were cases 65 years old and older – 3,3 (3,3) per 100.000. In 2016, there was one death from tuberculosis in children and no deaths in adolescents. In 2016, tuberculosis represented 0,14% of total mortality in Poland and 28,1% of mortality from infectious diseases.

BCG VACCINATIONS

BCG vaccination is obligatory in Poland since 1955. Since 2006, the vaccination is given only once, in newborns, without revaccination in later years. In 2017 – 368.952 newborn babies were BCG vaccinated (91,8% of live-born infants).

CASE-FINDING METHODS

In 2017, 92% cases of pulmonary TB were detected because of symptoms. Contact examination allowed to detect 2,0% of these cases; other prophylactic examinations- 2,2%; all other methods- 3,9% (hospitalization due to different reasons, autopsy).

TREATMENT OUTCOME

The results of treatment of all 6444 tuberculosis cases (4475- culture positive pulmonary TB; 1641- culture negative pulmonary TB; 328- extrapulmonary TB) registered in 2016 were as follows:

	PTB culture + (%)	PTB culture (-) (%)	PTB total (%)	Extra TB (%)	TB total (%)
Success of treatment	54,2	49,5	53,0	53,0	53,0
Died (all causes of death)	10,1	7,7	9,5	11,3	9,6
Died because of TB	4,1	2,5	3,7	2,1	3,6
Failed	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Defaulted	6,1	6,5	6,2	5,2	6,1
Still on treatment	0,6	0,0	0,4	0,0	0,4
Transferred to	9,5	10,2	9,7	10,1	9,7
Unknown (not retrieved)	19,5	26,1	21,3	20,4	21,2
Not evaluated	28,9	36,4	30,9	30,5	30,9

The success of treatment was achieved in less than 60% of cases of pulmonary tuberculosis.

This result was lower than the level required by WHO (85%).