

# PROBLEMY PRACY LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ I ZDROWIE POPULACJI

MEDYCYNA OGÓLNA, 2007, 13 (XLI), 3

*Praca oryginalna*

BEATA PAWKA<sup>1</sup>, EDYTA KOLANO, JOLANTA HERDA<sup>1</sup>, LESZEK WDOWIAK<sup>2</sup>

GRUŹLICA W WOJEWÓDZTWIE LUBELSKIM – STARA CHOROBA  
NOWY PROBLEM

*PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE LUBLIN REGION – AN OLD DIS-  
EASE, A NEW PROBLEM*

<sup>1</sup>Z Lubelskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Lublinie  
Zakładu Statystyki Medycznej Polityki Zdrowotnej i Kontroli  
Kierownik Zakładu: dr B. P a w k a

<sup>2</sup>i z Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie  
Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. L. W d o w i a k  
Krajowy Konsultant ds. Zdrowia Publicznego

Artykuł przedstawia sytuację epidemiologiczną gruźlicy w Polsce w latach 2000–2006 ze szczególnym uwzględnieniem woj. lubelskiego.

**SŁOWA KLUCZOWE:** gruźlica, epidemiologia, hospitalizacja.

**KEY WORDS:** *pulmonary tuberculosis, epidemiology, hospitalization.*

Gruźlica jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątek gruźlicy wykryty w 1882 r. przez *Roberta Kocha*. Źródłem zakażenia są przede wszystkim chorzy prątkujący, rzadziej chore zwierzęta lub przedmioty. Prątki przedostają się do układu oddechowego człowieka drogą kropelkową. W czasie kaszlu, kichania, odpluwania, osoba chora wydała prątki, które mogą się dostać do płuc innej osoby wraz z wdychanym powietrzem. Wniknięcie prątków nie jest równoznaczne z zakażeniem, a zakażenie nie zawsze prowadzi do zachorowania, sama też choroba może różnie przebiegać u poszczególnych osób. Spośród osób mających kontakt z prątkiem gruźlicy, statystycznie tylko około 5 – 10% zachoruje na tę chorobę w ciągu swojego życia. Zachorować mogą także osoby z prawidłowym układem immunologicznym, a zakażenie i zachorowanie ułatwiają różne czynniki osłabiające odporność takie jak:

- niedożywienie,
- złe warunki mieszkaniowe i sanitarne,
- cukrzyca,

- alkoholizm,
- leczenie kortykosteroidami,
- nowotwory,
- leczenie cytostatykami,
- zakażenie wirusami (w tym HIV).

Gruźlica atakuje najczęściej płuca, lecz może także umiejscawiać się w innych organach takich jak: układ moczowo-płciowy, kości, mózg, nerki.

W niektórych przypadkach, w początkowym okresie choroba przebiega bezobjawowo i wtedy można ją wykryć tylko badaniem radiologicznym. Około 70% przypadków wykrywa się dopiero podczas wystąpienia objawów chorobowych. Pierwszym lekarzem z którym kontaktuje się chory na gruźlicę zazwyczaj jest lekarz rodzinny z placówki podstawowej opieki zdrowotnej.

Rozpoznanie gruźlicy ustala się na podstawie wywiadu, badania radiologicznego, badania płwociny w kierunku poszukiwania prątków *Kocha*, badania wrażliwości na tuberkulinę. Objawy występujące u chorych, które powinny wzmocnić czujność lekarza to:

- kaszel trwający ponad 3 tygodnie,
- poty nocne,
- bóle w klatce piersiowej,
- stany podgorączkowe,
- utrata apetytu, wagi ciała,
- krwioplucie.

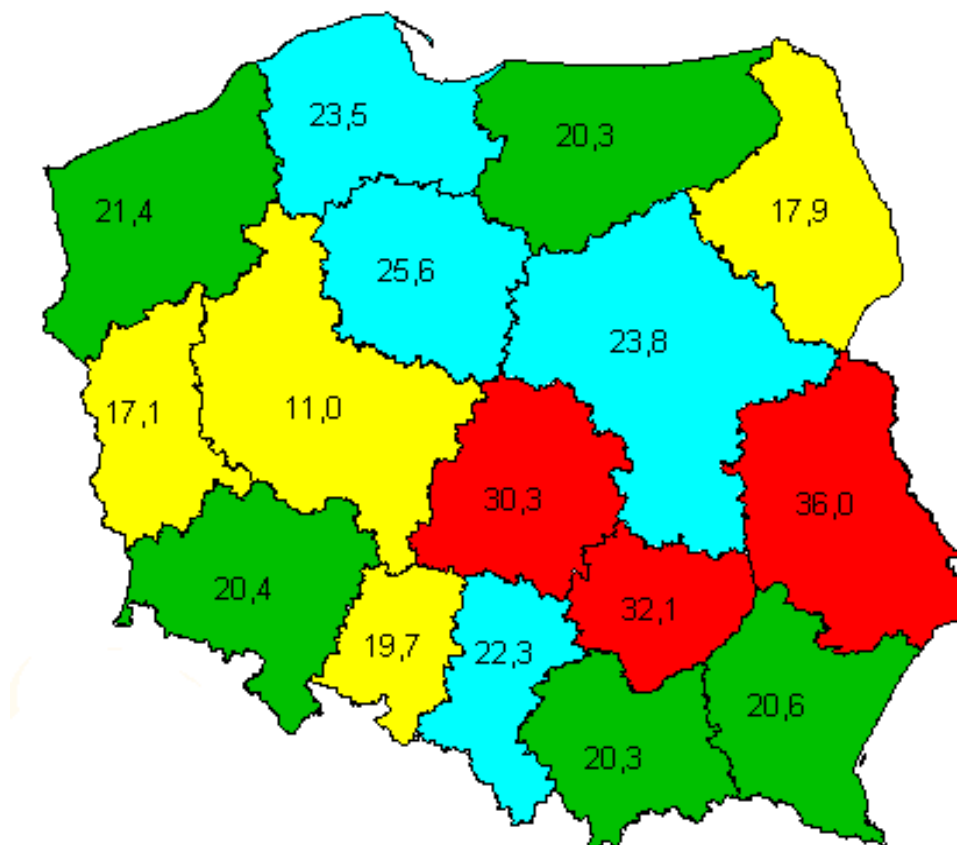
W przypadku stwierdzenia choroby pacjenci są kierowani do poradni gruźlicy i chorób płuc.

Najbardziej obiektywną miarą sytuacji epidemiologicznej gruźlicy jest wskaźnik zapadalności (zachorowalności) liczony na 100 tys. mieszkańców. Zachorowalnością (zapadalnością) nazywamy liczbę zachorowań (nowych przypadków choroby) w stosunku do liczby ludności w danym okresie czasu (najczęściej roku).

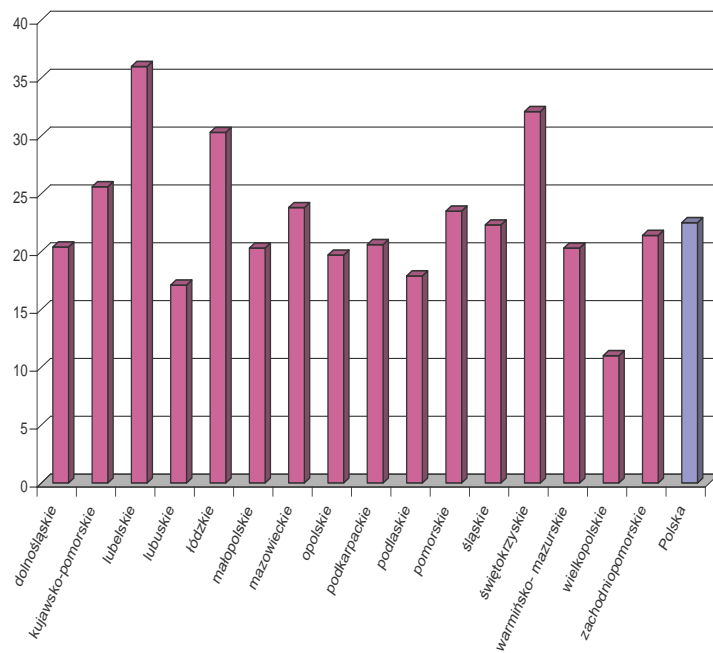
Polska należy do grupy krajów europejskich, w których zapadalność na gruźlicę jest stosunkowo wysoka. Według zestawienia z innymi krajami w 2002 r. Polska zajmowała II miejsce (współczynnik 27,1 na 100 tys. ludności), zaraz po Portugalii (współczynnik 43,6). Natomiast współczynnik dla Szwecji, w której zapadalność była najniższa wynosił 4,2. W krajach byłego Związku Radzieckiego (w tym bezpośrednio graniczących z Polską) zapadalność na gruźlicę od wielu lat wzrasta. W niektórych z nich wskaźnik przekracza już 100/100 tys. ludności. Ten fakt może być jedną z przyczyn tak wysokiego wskaźnika zachorowalności na tę chorobę na terenie przygranicznego województwa lubelskiego.

Analizując sytuację epidemiologiczną w poszczególnych województwach Polski w ostatnich latach można zauważyć, że województwo wielkopolskie, lubuskie i podlaskie charakteryzują się najniższymi wskaźnikami zapadalności na gruźlicę. Z kolei najwyższymi wskaźnikami charakteryzują się województwo lubelskie, łódzkie i świętokrzyskie. W 2006 roku najniższy wskaźnik charakteryzował województwo wielkopolskie (11,0), a najwyższy charakteryzował nadal województwo

lubelskie, gdzie odpowiedni wskaźnik był ponad trzykrotnie wyższy (36,0) (ryc. 1 i 2).



**Ryc. 1.** Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce w 2006 r. (zapadalność ogółem).  
**Fig. 1.** Epidemiological situation with respect to tuberculosis in Poland in 2006 (morbidity in general).

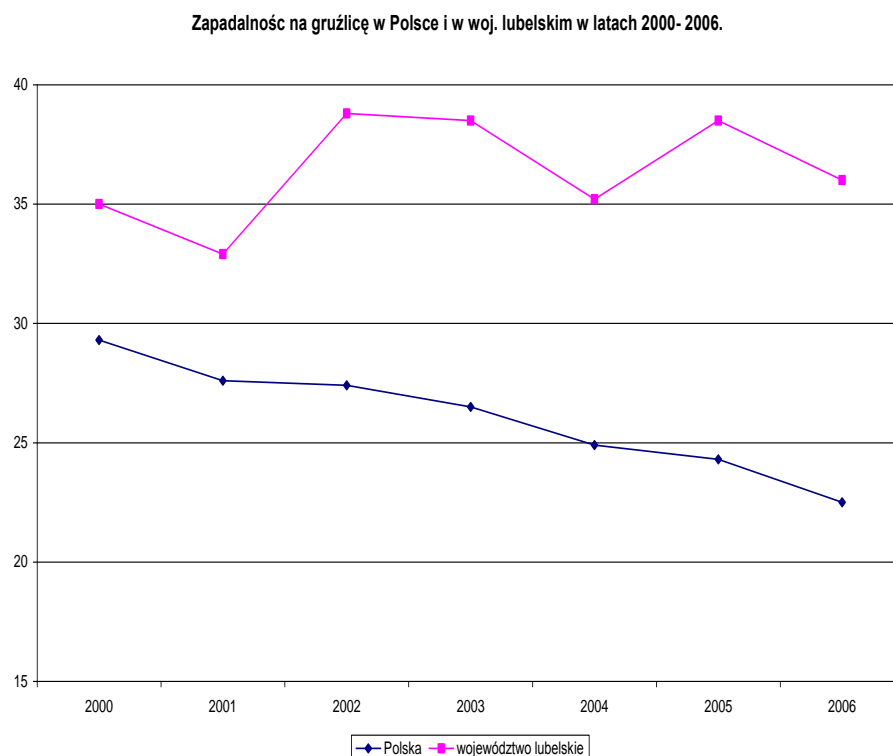


**Ryc. 2.** Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2006 r. według województw.  
*Fig. 2. Morbidity due to tuberculosis in Poland in 2006 according to regions.*

Podczas gdy w skali ogólnopolskiej liczba zachorowań na gruźlicę ulega stałemu zmniejszaniu (z 11.477 przypadków w 2000 roku do 8593 w roku 2006), to w województwie lubelskim utrzymuje się na względnie stałym poziomie, ulegając niewielkim wahaniom (781 w 2000 roku – 784 w 2006 roku) (tab. 1 i ryc. 3).

**Tabela I.** Zachorowania na gruźlicę w Polsce i w województwie lubelskim w latach 2000–2006  
**Table I.** Morbidity rates due to tuberculosis in Poland and in the Lublin Region during the period 2000–2006

Lata	Zachorowania	
	Liczby bezwzględne	Na 100 tys. Ludności
Polska		
2000	11.477	29,7
2001	10.672	27,6
2002	10.475	27,4
2003	10.124	26,5
2004	9.493	24,9
2005	9.280	24,3
2006	8.593	22,5
województwo lubelskie		
2000	781	35,0
2001	733	32,9
2002	853	38,8
2003	845	38,5
2004	771	35,2
2005	841	38,5
2006	784	36,0



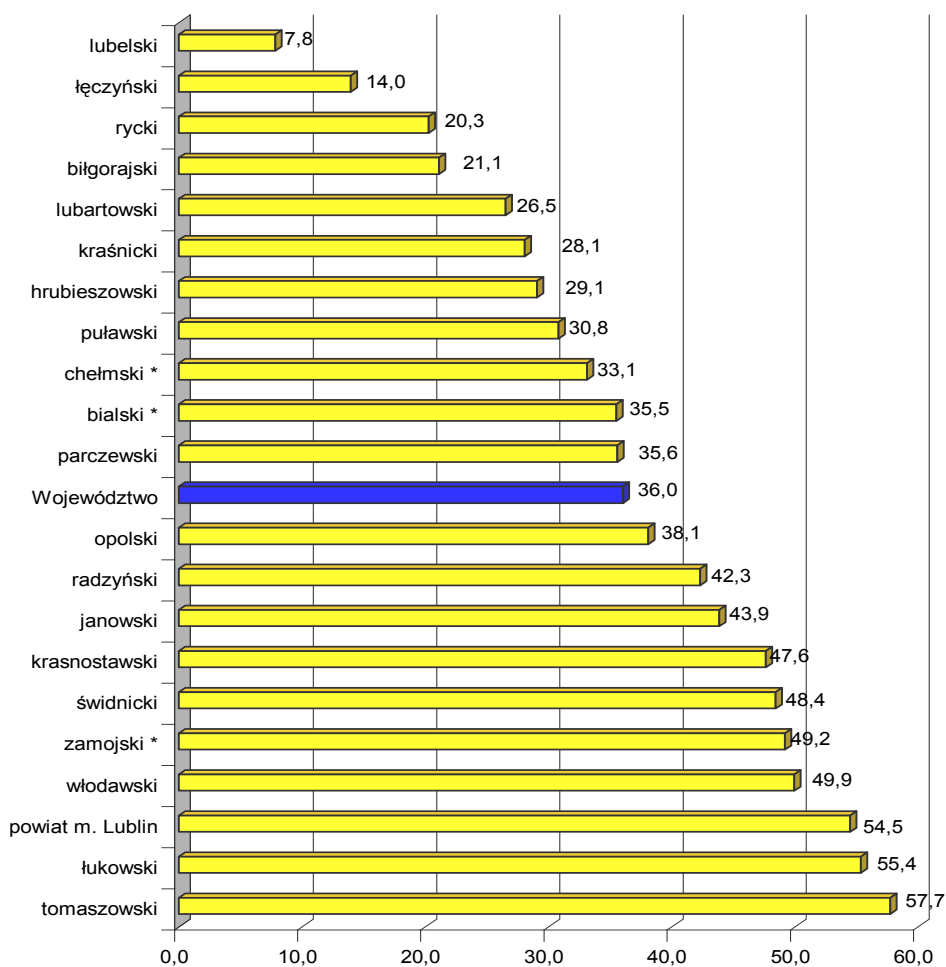
**Ryc. 3.** Zapadalność na gruźlicę w Polsce i w woj. lubelskim w latach 2000–2006.

*Fig. 3. Morbidity due to tuberculosis in Poland and in the Lublin Region during the period 2000-2006.*

Województwa o najwyższym wskaźniku zapadalności (z wyjątkiem województwa łódzkiego) mają niski odsetek rozpoznań potwierdzonych bakteriologicznie. Niewykluczone, jak podają niektórzy autorzy, że w województwach o najwyższych wskaźnikach zapadalności może dochodzić do nadrozpoznowalności gruźlicy, skoro większość jej przypadków nie jest potwierdzona bakteriologicznie. Z kolei w regionach o najlepszej sytuacji epidemiologicznej być może nie wszystkie przypadki są rozpoznane [5].

Jak wspomniano wcześniej w województwie lubelskim wskaźnik zapadalności na gruźlicę w 2006 r. wyniósł 36,0/100 tys. mieszkańców i był to najwyższy wskaźnik w Polsce. Szczegółowa analiza danych na ten temat dotycząca poszczególnych powiatów tego województwa wskazuje, że między powiatami istnieją duże różnice. Najwyższy wskaźnik charakteryzuje powiat tomaszowski (57,7), łukowski (55,4) i powiat grodzki Lublin (54,5), a najniższy – powiat ziemski lubelski (7,8), łączyński (14,0) i rycki (20,3) (ryc. 4).

Zapadalność na gruźlicę w województwie lubelskim w 2006 roku.  
(\* łącznie z miastem grodzkim powiatu )



**Ryc. 4.** Zapadalność na gruźlicę w województwie lubelskim w 2006 r. według powiatów (\*łącznie z miastem grodzkim powiatu).

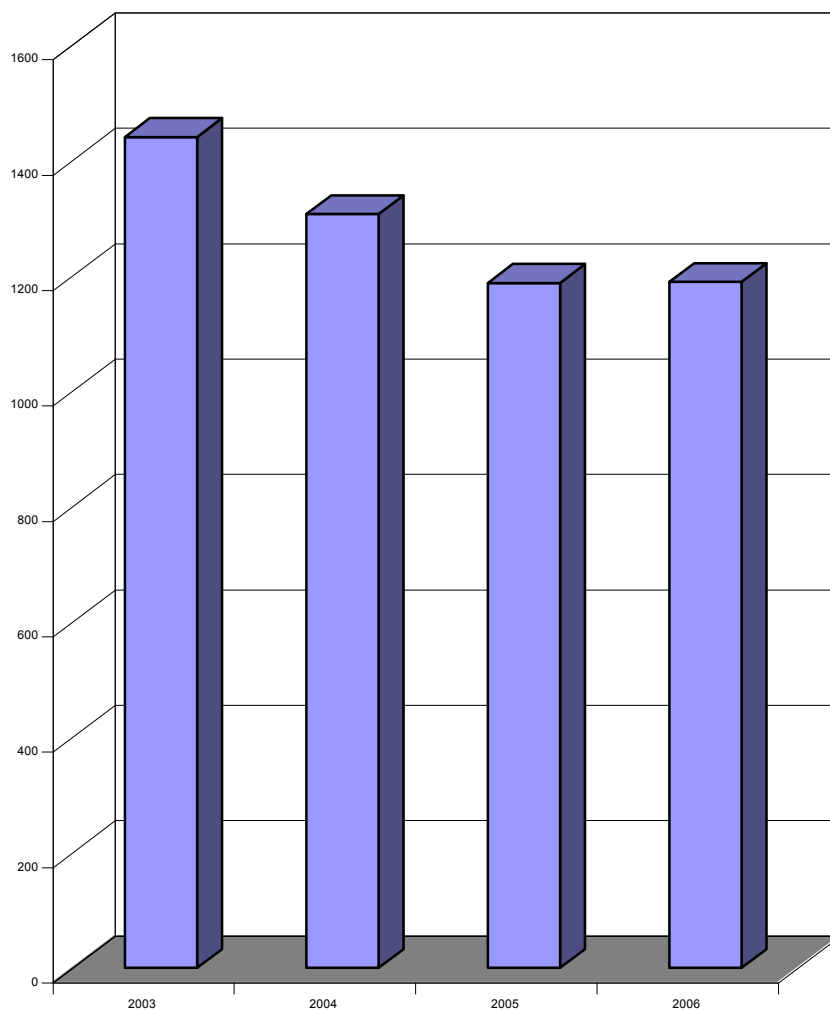
**Fig. 4.** Morbidity due to tuberculosis in the Lublin Region in 2006 according to provinces (\*including the main town in the province).

W oparciu o przedstawione na tej rycinie dane, trzeba też dodać że w 2006 r. aż w 17 powiatach woj. lubelskiego (na 21) współczynnik zapadalności na gruźlicę

liczony na 100 tys. mieszkańców, przekraczał i to nieraz znacznie współczynnik określony dla Polski w tym samym okresie (22,5). Można więc powiedzieć że sytuacja epidemiologiczna w zakresie gruźlicy, prawie w całym województwie lubelskim jest niepokojąca, a w niektórych powiatach wręcz powinna być przedmiotem zainteresowania władz służby zdrowia województwa.

Analiza danych dotycząca hospitalizacji z powodu gruźlicy w woj. lubelskim (ryc. 5 i 6) wskazuje że jest ona zróżnicowana w zależności od wieku i płci.

W latach 2003–2006 w szpitalach tego województwa hospitalizowano z powodu gruźlicy 5122 pacjentów (najwięcej w 2003r. – 1440), w późniejszych latach liczba tych hospitalizacji nieco się zmniejszyła do 1189 w 2006 r. (ryc. 5).

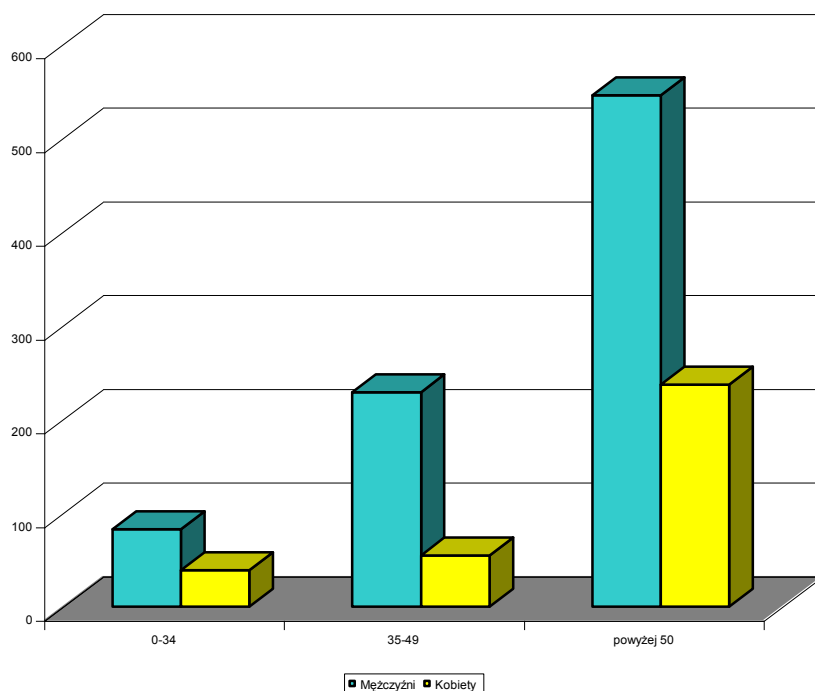


**Ryc. 5.** Liczba hospitalizacji z powodu gruźlicy w latach 2003 –2006.

**Fig. 5.** Number of patients hospitalized due to tuberculosis during the period 2003–2006.



Biorąc pod uwagę płeć i wiek osób leczonych z powodu gruźlicy w szpitalach, są to zdecydowanie częściej ludzie w średnim, a zwłaszcza w starszym wieku (powyżej 50 rż.) a także częściej mężczyźni niż kobiety (ryc. 6).



**Ryc. 6.** Hospitalizacje z powodu gruźlicy w 2006 r. w województwie lubelskim (w podziale na płeć i wiek pacjenta).

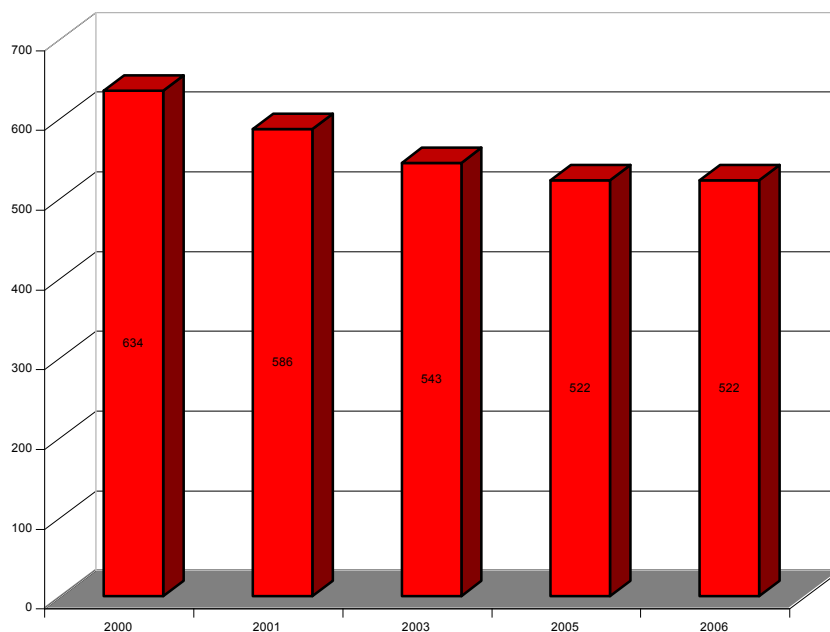
**Fig. 6.** Number of patients hospitalized due to tuberculosis in 2006 in the Lublin Region by gender and age.

Również zgony z powodu gruźlicy dotyczą częściej osób starszych i mężczyzn. Według danych przekazanych do Lubelskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Lublinie w 2006 r. odnotowano w województwie 44 zgony z powodu gruźlicy i w 85% dotyczyły one mężczyzn.

Wobec takiej sytuacji zdrowotnej mieszkańców woj. lubelskiego dotyczącej zapadalności na gruźlicę, istotny jest problem zabezpieczenia bazy szpitalnej do leczenia takich pacjentów i wykwalifikowanej kadry medycznej.

W 2000 r. na terenie województwa lubelskiego funkcjonowało 13 oddziałów gruźlicy i chorób płuc (kod 4270), w których hospitalizowano osoby chore na gruźlicę oraz jedno Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej. Oddziały gruźlicy i chorób płuc liczyły 634 łóżka, a sanatorium posiadało bazę 100 łóżkową. W 2001 r. liczba oddziałów zmniejszyła się do 12, a liczba łóżek do 586. W ostatnich latach spadek liczby łóżek nie był już tak duży i od 2005 r. utrzymuje się na

poziomie 522. Natomiast w porównaniu z rokiem 2000 zmniejszyła się o 2 liczba oddziałów, w których leczono przypadki gruźlicy (ryc. 7).



**Ryc. 7.** Liczba łóżek na oddziałach gruźlicy i chorób płuc (kod 4270) w woj. lubelskim w latach 200–2006.

*Fig. 7. Number of hospital beds in tuberculosis and pulmonary diseases wards (code 4270) in the Lublin region during the period 2000–2006.*

W 2006 roku na terenie województwa lubelskiego 110 lekarzy posiadało specjalizację z zakresu chorób płuc. Aktualnie (dane na dzień 31.07.2007 r. Zakładu Doskonalenia Kadr Medycznych, Lubelskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Lublinie), w województwie lubelskim z zakresu pulmonologii specjalizują się w tej dziedzinie tylko 2 osoby. Są to lekarze, którzy rozpoczęli szkolenie specjalizacyjne wiosną 2007 roku.

#### PODSUMOWANIE

W województwie lubelskim obserwuje się wysoką liczbę rejestracji nowych przypadków gruźlicy, dlatego też stanowi ona poważny problem zdrowotny. Lubelszczyzna jest regionem, gdzie występuje najwyższa w kraju zapadalność na gruźlicę. Obserwując te niepokojące tendencje należałoby:

1. dokonywać systematycznych kontroli radiologicznych pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego,
2. objąć szczególną opieką osoby pochodzące z grup ryzyka (osoby ubogie, bezrobotne, czy bezdomne),
3. zachęcić lekarzy do specjalizowania się w dziedzinie pulmonologii (w ostatnich latach w województwie lubelskim miejsca szkoleniowe przyznawane przez Ministerstwo Zdrowia były niewykorzystywane, z uwagi na brak zainteresowania lekarzy otwieraniem specjalizacji w tej dziedzinie),
4. zabezpieczyć bazę leczniczą i łóżkową w przypadku wzrostu liczby nowych zachorowań na gruźlicę (zwłaszcza na terenach, gdzie występuje najwyższa zapadalność).

J. Herda, E. Kolano, B. Pawka, L. Wdowiak

#### PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE LUBLIN REGION – AN OLD DISEASE, A NEW PROBLEM

##### S u m m a r y

Pulmonary tuberculosis is a contagious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*, which was discovered in 1882 by Robert Koch. The source of infection is primarily sputum-positive patients, and more rarely animals or objects. Mycobacteria enter into the human respiratory system by the droplet route. While coughing, sneezing or spitting, an infected person secretes mycobacteria, which may penetrate into the lungs of another person together with the air inhaled. The penetration of mycobacteria is not equivalent to infection, and infection does not always lead to the disease; the illness may also take a different course in individual people.

The diagnosis of tuberculosis is made based on taking a patient's medical history, radiological tests, sputum tests for Koch's mycobacteria, and examination of the sensitiveness to tuberculin.

Poland is among the European countries where morbidity rates due to pulmonary tuberculosis are relatively high. Considering all-Polish data, the number of cases of tuberculosis is constantly decreasing (from 11,477 cases in 2000 to 8,593 in 2006), while in the Lublin Region this number has remained on a relatively constant level, only slightly changing (781 in 2000 - 784 in 2006).

The highest rates are observed in the Regions of Lublin, Łódź and Kielce. In 2006, the lowest rates were noted in the Poznań Region (11.0), whereas the highest rates were observed in the Lublin Region, these rates being over three times as high (36.0).

In the Lublin Region, a high number of new cases of tuberculosis have been registered; this disease therefore constitutes a serious epidemiological problem.

##### PIŚMIENNICTWO

1. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Biuletyn Informacyjny, 2007.
2. Lubelskie Centrum Zdrowia Publicznego w Lublinie, Informator Statystyczny Ochrony zdrowia Województwa Lubelskiego 2000-2005.
3. Opracowania własne Lubelskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Lublinie.
4. Rowińska-Zakrzewska E.: Gruźlica w praktyce lekarskiej. W: Gruźlica w praktyce lekarskiej. Red. E. Rowińska-Zakrzewska. PZWL, Warszawa, 2000.

5. Zielonka.: Występowanie gruźlicy w Polsce w latach 2002–2004. W. *Terapia* 2/2006.

Data otrzymania: 14. 07.2007.

Adres Autorów: 20-080 Lublin, ul. Niecała 7B, Zakład Statystyki Medycznej Polityki Zdrowotnej i Kontroli LCZP.

### **Informacja Zakładu Higieny Środowiska Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie**

Zakład Higieny Środowiska uprzejmie informuje, że prowadzi odpłatne badania biologiczne i chemiczne gleby, ścieków, osadów ściekowych oraz nawozów organicznych i organiczno-mineralnych dla potrzeb Oczyszczalni Ścieków, MPWiK-ów, prywatnych Zakładów Produkcji Zwierzęcej i Zakładów Drobiarskich oraz producentów i importerów nawozów.

Badania biologiczne obejmują wykrywanie:

- bakterii *Salmonella*,
- jaj pasożytów jelitowych (*Ascaris* spp., *Trichuris* spp., *Toxocara* spp.).

Badania chemiczne dotyczą wykrywania metali ciężkich: kadmu, cynku, niklu, miedzi, chromu i ołowiu – metodą absorpcji atomowej.

Jednocześnie oświadczamy, że zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Instytut Medycyny Wsi jest upoważniony do wydawania do wydawania opinii w zakresie oddziaływania nawozów organicznych i organiczno-mineralnych na zdrowie ludzi.

