

Nadzór nad gruźlicą i jej monitorowanie w Europie

2012

Podsumowanie

Jest to czwarty raport wydany wspólnie przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Europejskie Regionalne Biuro WHO (WHO/Europa) i piętnasty raport opracowany w ramach projektu EuroTB stworzonego w 1996 r.

Europejski region WHO

Tak jak w latach poprzednich, w wyniku nadzoru prowadzonego nad gruźlicą (TB) ujawniono mieszany obraz epidemiologiczny choroby w państwach członkowskich należących do europejskiego regionu WHO. W państwach członkowskich wschodniej części regionu zgłaszana zachorowalność jest znacznie większa niż na zachodzie. Chociaż w tym regionie odnotowano 4,7% spośród wszystkich stwierdzonych na świecie przypadków niedawno wykrytej gruźlicy i nawrotów choroby, zgłoszono w nim 309 648 nowych incydentów gruźlicy (34,0 na 100 000 mieszkańców) spośród szacunkowej liczby 418 000 (zakres od 355 000 do 496 000) przypadków (47 na 100 000 mieszkańców (zakres od 40 do 55) i utrzymuje się tu wysoki wskaźnik wykrywalności rzędu 74% (zakres od 63 do 87%). Przytoczone liczby pokazują, że państwa należące do europejskiego regionu WHO odgrywają wiodącą rolę w sposobie zarządzania standardowym systemem nadzoru epidemiologicznego o wysokiej czułości. Szacuje się, że 60 000 (40 000–90 000) zgonów stwierdzonych w tym regionie spowodowanych było gruźlicą, co daje 16,7 przypadków na 100 000 mieszkańców (zakres od 4,4 do 10,0).

Od 2005 r. spada liczba zgłoszeń przypadków gruźlicy, co wyraźnie wskazuje na zmniejszenie częstości występowania tej choroby. Tę pozytywną tendencję potwierdza spadek liczby zgłoszeń w odniesieniu do głównych grup pacjentów, takich jak niedawno wykryte incydenty potwierdzone w badaniach laboratoryjnych i przypadki wcześniej leczone.

Mimo tak optymistycznego rozwoju wydarzeń, współczynnik zgłoszeń niedawno wykrytej gruźlicy i przypadków nawrotu choroby w 18 państwach o wysokim priorytecie (ang. High Priority Countries, HPC) w środkowej i wschodniej części regionu nadal jest niemal ośmiokrotnie wyższy (68,5 na 100 000 mieszkańców) niż na pozostałym obszarze (8,4 na 100 000) i dwukrotnie wyższy niż średnia dla regionu (34,0 na 100 000 mieszkańców).

Liczba przypadków wykrytej gruźlicy potwierdzonej w posiewach była wyjątkowo niska w państwach spoza Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) (38,0%) w porównaniu z państwami należącymi do UE/EOG (65,6%). W niektórych państwach regionu wprowadzono niedawno nowe metody szybkiej diagnostyki gruźlicy, ale w tych krajach pilotażowych nie zebrano danych dotyczących 2010 r.

Według obserwowanych w całym regionie tendencji, w latach 2006–2010 ogólna liczba zgłoszeń przypadków gruźlicy u dzieci zmniejszyła się o 10% – z 7,0 do 6,3 przypadków na 100 000 mieszkańców. Z drugiej strony w 10 państwach zachodniej części regionu więcej niż połowa dzieci chorych na gruźlicę ma mniej niż pięć lat. Istnieje pilna potrzeba zapewnienia odpowiedniej diagnostyki w stosownym czasie, a także dokładnej rejestracji i zgłaszania stwierdzonych w całym regionie przypadków gruźlicy u dzieci.

Większość przypadków współzakażenia gruźlicą i HIV (85,6%) zgłoszono we wschodniej części regionu, a w całym regionie odsetek zakażeń HIV wśród zgłoszonych przypadków gruźlicy zwiększył się z 3,4% w 2008 r. do 5,5% w 2010 r., co daje liczbę około 16 000. Ten wzrost liczby przypadków współzakażenia gruźlicą i HIV uzasadnia zacieśnienie współpracy między programami kontroli gruźlicy i HIV/AIDS.

W 2010 r. po raz pierwszy wszystkie kraje regionu podały wyniki dotyczące badań wrażliwości na lek przeciwgruźliczy pierwszego rzutu. Jednak im dalej na wschód, tym bardziej stwierdza się zmniejszenie stopnia kompletności i wiarygodności tych danych. Częstość występowania gruźlicy wielolekoopornej (MDR TB) wśród stwierdzonych w regionie nowych przypadków gruźlicy sięgało 13,7% w 2010 r., co stanowi niewielki wzrost w stosunku do danych z roku 2009 (12%). Częstość występowania gruźlicy typu MDR wśród leczonych wcześniej pacjentów także zwiększyło się z 47% w 2008 r. do 48,7% w roku 2010. W omawianym regionie zgłoszono ponad 29 000 pacjentów z MDR TB. Ze względu na niewystarczający zasięg badań wrażliwości na leki drugiego rzutu dane dotyczące gruźlicy szczególnie lekoopornej (XDR TB) nie są jeszcze reprezentatywne dla rzeczywistej sytuacji.

W ciągu ostatnich pięciu lat wskaźniki powodzenia leczenia przypadków niedawno wykrytej i wcześniej leczonej gruźlicy stale się zmniejszały – odpowiednio z 72,5% oraz 50% w 2005 r. do 68,7% i 47,6% w roku 2010. Wskaźnik powodzenia leczenia w grupie pacjentów z MDR TB wyniósł 56,3%. Niski wskaźnik powodzenia leczenia w przypadku leczonych wcześniej pacjentów może wskazywać na duże rozpowszechnienie gruźlicy typu MDR wśród tych pacjentów oraz niewielką skuteczność schematów leczenia stosowanych obecnie u tych osób. Przytoczone powyżej fakty podkreślają znaczenie wykrywania gruźlicy lekoopornej, a także konieczność zwiększenia zasięgu badań wrażliwości na leki pierwszego rzutu w 18 państwach o wysokim priorytecie.

Wysoki odsetek pacjentów nie podlega obserwacji kontrolnej (nie stawia się na kontrole, przenosi się, zrywa kontakt z nieznanymi przyczyn), czyli odpowiednio 11% osób z niedawno wykrytą gruźlicą płuc potwierdzoną w badaniach laboratoryjnych, 17% osób wcześniej leczonych i 22% pacjentów z MDR TB. Chociaż w omawianym regionie podjęto pewne badania, zjawisko to zasługuje na dokładniejszą analizę po to, aby ustalić czynniki leżące u jego podłoża i zastosować środki niezbędne do jego ograniczenia.

Podsumowując, można stwierdzić, że mimo zmniejszenia wskaźnika zachorowalności na gruźlicę, coraz większym problemem staje się jej lekooporna odmiana. Należy pilnie zająć się źródłowymi przyczynami odpowiadającymi za pojawienie się i przenoszenie gruźlicy lekoopornej. W tym celu trzeba zidentyfikować i wyeliminować słabe punkty krajowych systemów ochrony zdrowia oraz społeczne czynniki warunkujące występowanie gruźlicy w każdym kraju. W całym regionie należy zapewnić możliwość wczesnego wykrycia gruźlicy, szczególnie jej lekoopornej postaci, a także odpowiedniego leczenia tej choroby przez personel przyjazny dla pacjentów.

W odpowiedzi na niepokojący problem dotyczący MDR TB wszystkie 53 państwa członkowskie w pełni poparły „Skonsolidowany plan działań mających na celu zapobieganie i zwalczanie M/XDR TB w europejskim regionie WHO w latach 2011–2015” oraz towarzyszącą mu uchwałę EUR/RC61/R7 przyjętą na sześćdziesiątej pierwszej sesji Europejskiego Komitetu Regionalnego WHO. Plan ten obejmuje szereg działań, jakie mają być wprowadzone w życie przez poszczególne kraje, WHO i partnerów organizacji, żeby zapewnić powszechny dostęp do profilaktyki i leczenia M/XDR TB. Dla wszystkich państw, WHO i partnerów technicznych niezwykle istotne jest połączenie sił i zagwarantowanie realizacji planu. Począwszy od 2013 r., raporty przygotowywane wspólnie przez ECDC i Europejski Komitet Regionalny WHO lub podobne procedury będą służyły do monitorowania postępów w procesie realizacji planu działania oraz postanowień deklaracji berlińskiej. W tym celu opracowano specjalne schematy monitorowania realizacji każdego ze wspomnianych dwóch głównych określonych dla regionu zobowiązań, które uzupełniają się wzajemnie i stanowią dopełnienie ram działań ECDC.

Państwa Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego

W tym roku sporządzono pierwszy raport dotyczący nadzoru nad gruźlicą i jej monitorowania w państwach UE/OEG, który stanowi przegląd sytuacji epidemiologicznej, a także postępów w zakresie profilaktyki i leczenia gruźlicy w państwach UE/EOG. Poniżej przedstawiamy podsumowanie najważniejszych wyników i wniosków dotyczących prowadzonego nadzoru, a dalej najważniejsze wnioski i zalecenia dotyczące monitorowania choroby.

W 2010 r. w 27 państwach członkowskich Unii Europejskiej, Islandii i Norwegii zgłoszono 73 996 przypadków gruźlicy. W porównaniu z rokiem 2009 całkowita liczba zgłoszeń zmniejszyła się o 5685 przypadków (7%), czyli więcej niż w którymkolwiek roku w okresie ostatnich trzech lat. W 2010 r. wskaźnik zgłoszeń wyniósł ogółem 14,6 przypadków na 100 000 mieszkańców, to znaczy zmniejszył się o 8% w stosunku do wartości 15,8 odnotowanej w 2009 r., i utrzymywała się tendencja spadkowa obserwowana w minionych latach.

Spośród 73 996 zgłoszonych przypadków gruźlicy 58 435 (79%) stanowiła gruźlica niedawno wykryta i dotychczas nieleczona, 9561 (13%) – gruźlica wcześniej leczona, a w 6000 (8%) przypadkach nie było wiadomo, czy wcześniej stosowano jakiegokolwiek leczenie. Spośród 57 661 przypadków gruźlicy płucnej zgłoszonych w 2010 r. 44 494 (77%) stanowiła gruźlica niedawno wykryta. W 29 169 (66%) przypadków chorobę potwierdzono w posiewach.

Średni wiek osób chorych na gruźlicę wśród przypadków zgłoszonych w 2010 r. wynosił 45 lat, co od 2001 r. stanowi ustabilizowaną średnią. Wśród wszystkich zgłoszonych nowych przypadków gruźlicy większość – czyli łącznie 60% – stwierdzono w grupach wiekowych osób od 25 do 44 roku życia i od 45 do 64 roku życia.

W latach 2006 –2010 wskaźnik zgłoszeń gruźlicy wielolekoopornej (MDR TB) utrzymywał się na stałym poziomie i wynosił około 0,3 na 100 000 mieszkańców, co odpowiada 1447 zgłoszonym przypadkom. Z 819 przypadków MDR TB, w których dysponowano wynikami testu wrażliwości na leki (ang. drug-susceptibility testing, DST) drugiego rzutu, w 108 (13,2%) stwierdzono gruźlicę szczególnie lekooporną (XDR TB).

W przypadku 27 922 odnotowanych w 2009 r. zgłoszeń niedawno wykrytej gruźlicy płucnej potwierdzonej w posiewach wskaźnik powodzenia leczenia wyniósł 79% (22 010 przypadków); 1852 (7%) pacjentów zmarło, u 581 (2%) stwierdzono niepowodzenie leczenia, 1613 (6%) nie zgłosiło się na kontrolę, 602 (2%) było nadal leczonych, a 1264 (5%) przeniosło się lub rezultaty leczenia były u nich nieznane. Z 1244 przypadków MDR TB zgłoszonych w 2008 r., u 375 (30%) pacjentów po 24 miesiącach pomyślnie zakończono leczenie, 242 (20%) osoby zmarły, u 285 (23%) pacjentów stwierdzono niepowodzenie

leczenia, 221 (18%) nie zgłosiło się na kontrolę, 103 (8%) było nadal leczonych w 2010 r., a 18 (1%) przeniosło się lub rezultaty leczenia były u nich nieznanne.

Zasadniczo, w 2010 r. wskaźniki zgłoszeń gruźlicy w krajach należących do UE/EOG stale się zmniejszały, przy czym wartość wskaźników krajowych zmniejszała się najszybciej w państwach o wysokim priorytecie. Mimo iż w ciągu ostatnich pięciu lat wskaźniki zgłoszeń MDR TB utrzymywały się na stałym poziomie, odsetek przypadków XDR TB zwiększył się w latach 2009–2010, przypuszczalnie w wyniku usprawnionego zgłaszania.

W 2010 r. po raz pierwszy monitorowano postępy działań zmierzających do eliminacji gruźlicy w państwach UE/EOG, a także postępy w realizacji ośmiu aspektów ramowego planu działań dotyczącego walki z gruźlicą w Unii Europejskiej. Należy zmierzyć i ocenić wszystkie cztery wskaźniki epidemiologiczne i pięć spośród ośmiu wskaźników podstawowych.

W ciągu ostatnich pięciu lat wskaźniki zgłoszeń gruźlicy i MDR TB zmniejszyły się, szczególnie w wyniku stałej tendencji spadkowej obserwowanej w państwach o wysokiej zachorowalności. Należy zwiększyć i kontynuować wysiłki wkładane w zapewnienie stałego spadku wskaźników zgłoszeń w państwach członkowskich z myślą o eliminacji gruźlicy w UE/EOG.

Wzrosła liczba państw, w których osiągnięto docelowy 80% odsetek przypadków niedawno wykrytej gruźlicy potwierdzonej w posiewach oraz odsetek przypadków zbadanych pod kątem wrażliwości na leki; jednak wskaźniki ogólne są wciąż suboptymalne.

Potrzeba nieustannych wysiłków i ukierunkowanego wsparcia, żeby poprawić w państwach członkowskich sprawozdawczość dotyczącą monitorowania wyników leczenia i zapewnić skuteczne leczenie niedawno wykrytej gruźlicy potwierdzonej w posiewach oraz gruźlicy wielolekoopornej (MDR TB). Niepełny zakres danych dotyczących wyników leczenia w państwach UE/EOG dodatkowo utrudnia identyfikację mocnych i słabych stron procesu kontroli gruźlicy i MDR TB, a w konsekwencji ogranicza możliwość wsparcia, jakiego można udzielić państwom członkowskim w celu skuteczniejszego opanowania epidemii.

Ogółem kontynuacja ramowego planu działań dotyczącego walki z gruźlicą w Unii Europejskiej stanowi solidne narzędzie umożliwiające monitorowanie mocnych i słabych stron mechanizmów kontroli gruźlicy w państwach Unii Europejskiej, które w końcu doprowadzi do całkowitej eliminacji tej choroby. Możliwe jest przeprowadzenie podobnych analiz na szczeblu państw członkowskich z wykorzystaniem przedstawionych w tym raporcie na temat danych dotyczących nadzoru.