

20 marca 2025



24 marca obchodzimy Światowy Dzień Gruźlicy

Światowy Dzień Gruźlicy przypadający na 24 marca przypomina, że „Gdziekolwiek jest gruźlica - zagrożenie jest wszędzie”! Święto zainicjowane zostało przez Światową Organizację Zdrowia w 1982 roku dla upamiętnienia odkrycia przez Roberta Kocha bakterii, które wywołują gruźlicę. Choroba, choć cicha i podstępna, może zostać pokonać dzięki osiągnięciom współczesnej medycyny.

Gruźlica jest chorobą zakaźną, wywołaną przez prątki wchodzące w skład *Mycobacterium tuberculosis complex*. Zmiany gruźlicze mogą występować w różnych narządach ciała, ale najczęstszą postacią jest gruźlica płuc. Prątkujący chorzy na gruźlicę płuc stanowią źródło zakażenia dla osób ze swego otoczenia. Na świecie gruźlica jest jednym z najważniejszych wyzwań zdrowia publicznego.

Najbardziej charakterystycznym objawem gruźlicy (która zawsze najpierw atakuje płuca, choć potem może objąć też inne narządy) jest trwający ponad 3 tygodnie kaszel. Początkowo suchy, potem z wykrztuszaniem śluzowej lub ropnej wydzieliny. Kaszel z czasem się nasila. Osoba zakażona czuje się osłabiona, ciągle zmęczona, bez powodu senna. Typowe są nawracające stany podgorączkowe, a także poty nocne.

Uwagę powinien zwrócić nieuzasadniony spadek wagi ciała, osłabienie, łatwe męczenie się

oraz bóle w klatce piersiowej, gdy proces chorobowy sięga opłucnej (czasami mylone z chorobą wieńcową). Oznaką zakażenia może być opóźnione zdrowienie po zapaleniu oskrzeli lub płuc.

W zaawansowanej fazie choroby pojawia się duszność. W ostrym stadium gruźlicy chory pluje krwią. U ponad 10% przypadków ludzi choroba rozwija się bez dolegliwości i wykrywana jest przypadkowo.

U części chorych dolegliwości przypominające gripę ustępują (pozostają powiększone węzły chłonne). Po kilku miesiącach może dojść do samowyleczenia. Dowodem przebytej gruźlicy są widoczne na zdjęciu RTG zwapnienia płuc.

Pacjent, który zauważył u siebie wyżej wymienione objawy, powinien zwrócić się do lekarza pierwszego kontaktu w Przzychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Mimo rozwiniętej profilaktyki i stosowania terapii, gruźlica nadal stanowi istotny problem zdrowotny zarówno na świecie jak i w Polsce.

W 2021 r. w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego odnotowano ponad 33 000 przypadków gruźlicy, a 34% ogółu chorych stanowili cudzoziemcy. Osoby w wieku od 25 do 64 lat to 65,8% chorych, przy czym dwukrotnie częściej gruźlica występowała u mężczyzn. Największą zapadalność, wynoszącą 41,6 na 100 000 ludności, odnotowano w Rumunii, gdzie całkowita liczba zdiagnozowanych przypadków gruźlicy wynosiła prawie 8 000.

Wzrosła również szacunkowa liczba chorych na gruźlicę wielolekooporną (MDR-TB), 90% wszystkich przypadków skupiło się w 30 krajach świata, w tym na Białorusi, Ukrainie, w Rosji i Mołdawii. Największe odsetki pacjentów z MDR-TB wśród ogółu chorych ze znanym wynikiem lekowrażliwości stwierdzono w Estonii (28,4%) i na Litwie (17,5%).

Osoby migrujące z obszarów, gdzie choroba jest szeroko rozpowszechniona, mogą stanowić potencjalne źródło zakażenia, jeśli są nosicielami bakterii. W 2022r. w Polsce zarejestrowano 4 314 zachorowań na gruźlicę, co oznacza o 17,5% przypadków więcej niż w roku poprzednim. Największą zapadalność na tą chorobę odnotowano w województwach śląskim, lubelskim i dolnośląskim. Najczęstszą jej postacią była gruźlica płuc, która stanowiła 96,2%. Najniższą zapadalność zanotowano w woj. warmińsko-mazurskim, podlaskim i wielkopolskim.

Współczynnik zapadalności na gruźlicę był tym większy, im starsza była grupa wiekowa, ale

tylko do 64. r.ż. U seniorów, po raz pierwszy od 2015r., zaobserwowano niższą zapadalność na gruźlicę w porównaniu z młodszymi pacjentami.

Gruźlica może atakować ośrodkowy układ nerwowy, układ limfatyczny, naczynia krwionośne, układ kostno-stawowy, moczowo płciowy oraz skórę. Jednak najczęstszą postacią gruźlicy jest gruźlica płuc, która stanowi około 94% wszystkich zachorowań.

Przyczyny globalnego zagrożenia

- **Czynniki zewnętrzne (globalne):** migracja polityczna i ekonomiczna z krajów ubogich, szerzenie się pandemii HIV, rozwój turystyki masowej,
- **Czynniki wewnętrzne (krajowe):** lekceważenie zagrożenia gruźlicy w krajach o niskich wskaźnikach zapadalności i umieralności, demontaż infrastruktury organizacyjnej służącej walce z gruźlicą w krajach, w których doszło do przemian (m.in. Rosja), brak środków finansowych, zła organizacja, brak dostępu do służby zdrowia oraz lekarza w krajach ubogich,
- **Grupy dużego ryzyka zachorowania na gruźlicę:** osoby zakażone HIV, osoby, które miały bliski kontakt z prątkami lub chorymi wydalającymi prątki gruźlicy wykrywane metodą rozmazu (w tym osoby zawodowo narażone na taki kontakt), osoby ze zmianami „minimalnymi” w płucach (widocznymi w RTG klatki piersiowej), osoby nadużywające alkoholu lub zażywające narkotyki, bezdomni, imigranci z krajów o dużej zapadalności na gruźlicę : Rumunia, Litwa, Łotwa, Bułgaria, Islandia, Portugalia, Estonia, mieszkańcy i obsługa zakładów przewlekłej opieki (domy opieki, domy poprawcze, więzienia), osoby ze starymi zmianami włóknistymi w płucach, chorzy na choroby przewlekłe, przebiegające z obniżeniem odporności: cukrzyca, nowotwory złośliwe, niewydolność serca, przewlekła niewydolność nerek i wątroby, osoby z pierwotnymi niedoborami odporności i wtórnymi niedoborami, odporności, min. przy leczeniu immunosupresyjnym, czy sterydami, osoby posiadające złe warunki mieszkaniowe i/lub sanitarne, niedożywione.

Należy podkreślić, iż obecnie żyjemy bardzo szybko, a nieodzownym elementem codzienności jest stres spowodowany długotrwałymi kłopotami, trudna sytuacja w pracy, kłopoty rodzinne i związane z tym choroby. Wszystko to wpływa na obniżenie odporności, a co za tym idzie wzrasta możliwość zarażenia się gruźlicą.

Przed wprowadzeniem leków przeciwprątkowych gruźlica była chorobą o wysokiej śmiertelności. Obecnie wysoka śmiertelność z powodu gruźlicy występuje wśród osób nie leczących się , a także u chorych, u których współistnieje zakażenie HIV.

Gruźlica jest chorobą zakaźną. Wywołują ją pałeczki kwasooporne *Mycobacterium tuberculosis*, należące do rodziny *Mycobacteriaceae*, rzędu *Actinomycetales*. Są to Gram dodatnie laseczki, które rosną wolno na podłożach sztucznych. W warunkach tlenowych, w temperaturze 37st.C są zjadliwe dla człowieka. Prątki gruźlicy są odporne na działanie środków chemicznych, giną w wysokiej temperaturze (całkowicie swoją żywotność tracą po 2 min. w temperaturze 100st.C), natomiast prątki dobrze przeżywają stan zamrożenia lub wysuszenia (np. wyschnięta plwocina). Wrażliwe są na promieniowanie słoneczne i promieniowanie ultrafioletowe (UV) oraz związki fenolowe, formaldehyd, kwas nadoctowy i alkohol.

Źródłem zakażenia jest najczęściej chory na płucną postać gruźlicy, wydalający prątki podczas oddychania lub mówienia, a szczególnie kaszlu.

Prątki mieszczą się w drobnych kropelkach plwociny, które wysychają w powietrzu i mogą być inhalowane przez innego człowieka, aż do pęcherzyków płucnych. Jeśli prątków jest mało, mogą być całkowicie usunięte przez nieswoiste mechanizmy bakteriobójcze. Przy dużej liczbie prątków, mechanizmy te mogą nie być wydolne i przez okres 2-3 tygodni prątki namnażają się. Rozwija się miejscowy odczyn zapalny. W miarę postępu choroby dochodzi w płucach do rozległych zmian rozpadowych i „zbliźnowaceń” (włóknienie).

W końcowej fazie choroby, taki rozpad prowadzić może do uszkodzeń dużych naczyń krwionośnych.

Najliczniej zarażają osoby z gruźlicą krtani, oskrzeli, płuc, które nie zasłaniają ust i nosa, przed podjęciem leczenia przeciwprątkowego. Bardzo rzadko do zakażenia dochodzi przez kontakt z zakażonymi przedmiotami, drogą pokarmową (np. przez mleko krów chorych na gruźlicę wymion), czy w wyniku urazu – przez uszkodzoną skórę lub wstrzyknięcia. Płód i noworodek może zakazić się od matki w ciąży lub w czasie porodu, jeśli matka ma gruźlicę narządów rodnych.

Jednak nie każdy kontakt kończy się zakażeniem, a nie każde zakażenie kończy się chorobą. Rozwój choroby zależy od liczby prątków, które dotarły do płuc, wieku osoby zakażonej, wytworzenia swoistej odporności i sprawności układu immunologicznego.

Zakażenie prątkiem gruźlicy często przebiega bezobjawowo, tylko z konwersją odczynu tuberkulinowego.

Wśród powikłań można wymienić: zakażenie innych części ciała (np. kości, mózg, nerki), postępujące uszkodzenie płuc, wysięk opłucnowy, ropniak opłucnej, odma opłucnowa,

niedrożność jelit, uszkodzenie innych narządów.

Diagnostyka choroby:

1. **Wywiad**, na podstawie, którego ustala się: rodzaj i częstotliwość dolegliwości, okoliczności i czynniki prowokujące objawy chorobowe, przebyte choroby (zapalenie płuc, oskrzeli, leczenie antybiotykami o szerokim spektrum działania, dotychczasowe badania, leczenie i jego rezultaty, pobyty w szpitalu i ich przyczyny, rozpoznanie gruźlicy i ewentualne występowanie jej w rodzinie, obciążenie chorobami przewlekłymi, warunki środowiskowe i społeczne, motywacji chorego do leczenia, stosunek pacjenta/rodziny do choroby.
2. **Badanie przedmiotowe**, w którym nie ma cech charakterystycznych dla gruźlicy (W czasie wywiadu obserwuje się zabarwienie powłok ciała, obecność wykładników duszności, zabarwienia wyksztuszonej wydzieliny, w badaniu przedmiotowym stwierdza się powiększone węzły chłonne. Ocenia się odgłos opukowy i osłuchuje płuca).
3. **Badania dodatkowe** (W badaniach laboratoryjnych można stwierdzić: podwyższoną leukocytozę, niedokrwistość, wzrost OB, niekiedy hiperglikemii i hiperkalcemii. Gruźlica niemal zawsze wiąże się ze zmianami radiologicznymi klatki piersiowej. Podstawą diagnostyki jest zdjęcie klatki piersiowej – RTG (choroba najczęściej dotyczy układu oddechowego). Gdy obraz rentgenowski jest nie jednoznaczny, lekarz kieruje pacjenta na tomografii komputerowej (TK) lub rezonans magnetyczny (RM). Klasyczną metodą diagnostyki zakażenia prątkiem gruźlicy jest test tuberkulinowy (OT). Złotym standardem rozpoznania gruźlicy jest badanie mikrobiologiczne. Najczęściej, materiałem do badania bakteriologicznego jest plwocina pobrana do jałowego pojemnika w ilości 3-5 ml. W przypadku chorych, którzy nie wykrztuszają plwociny metodą pobrania materiału jest założenie sondy do żołądka. Pobierane są też wymazy krtaniowe lub popłuczyny oskrzelowe (podczas bronchoskopii lub bronchofiberoskopii (BAL). Bronchoskopia jest to diagnostyczne badanie endoskopowe dróg oddechowych, wykonywane za pomocą bronchoskopu, specjalnego urządzenia wprowadzonego przez nos lub usta.

Najważniejszą metodą w ustaleniu rozpoznania gruźlicy płuc jest badanie histologiczne. Materiał do tego badania pobiera się stosownie do lokalizacji zmian. W gruźlicy płuc uzyskuje się go przy biopsji oskrzela czy węzła chłonnego w czasie bronchoskopii lub przy bezpośrednim, cienkoigłowym nakłuciu klatki piersiowej.

Leczenie:

Leki przeciwprątkowe zmieniły rokowanie gruźlicy. Obecnie już po pierwszych tygodniach leczenia chory przestaje prątkować, a po kilku miesiącach można uzyskać trwałe wyleczenie.

Wskazaniem do leczenia przeciwprątkowego jest wykrycie prątków gruźlicy w płwocinie lub innym materiale pobranym od chorego.

Aktualnie przyjmuje się, że leczenie gruźlicy powinno być:

1. Skojarzone – podaje się co najmniej 2 leki, na które prątki są wrażliwe, w tym jeden o działaniu bakteriobójczym. Gruźlica musi być leczona kilkoma lekami jednocześnie. Gdy chory prątkuje podaje się jednocześnie trzy lub cztery leki, aby zapobiec rozwojowi oporności.
2. Systematyczne i dostatecznie długie (6-9 mies.). Zbyt krótki okres leczenia skutkuje nawrotem choroby.
3. Regularne, według określonego dawkowania i w określonym rytmie. Leki powinny być podawane w jednej dawce dobowej rano przed posiłkiem.
4. Bezpośrednio nadzorowane.
5. Bez dołączania pojedynczego nowego leku do zestawu, który okazał się nieskuteczny.
6. Monitorowane.
7. Stale kontrolowane pod względem działań niepożądanych leków.
8. Akceptowane przez chorego.

Sposoby zapobiegania gruźlicy:

Najlepszą metodą zapobiegania gruźlicy jest wczesne wykrycie i skuteczne leczenie chorych na gruźlicę, zmniejszenie rozpowszechnienia gruźlicy w społeczeństwie oraz wzmacnianie odporności organizmu człowieka. Leczenie przeciwprątkowe prowadzi do trwałego odprątkowania. Chory po kilkunastu dniach leczenia przestaje być zakaźny.

Duże znaczenie dla zmniejszenia ekspozycji ma izolacja chorych w szpitalach, stosowanie lamp ultrafioletowych, które mają działanie bakteriobójcze na prątki, wentylacja pomieszczeń, w których przebywają chorzy (wietrzenie), stosowanie maseczek ochronnych przez personel oddziałów jak i odwiedzającą rodzinę (zapobieganie zakażeniu drogą wziewną). W profilaktyce rozprzestrzeniania się zakażenia wskazane jest właściwe odkażanie naczyń i przedmiotów używanych przez chorego. W przypadku wykrycia gruźlicy w rodzinie, pozostali jej członkowie, wspólnie zamieszkujący z chorym powinni przebadać się w celu wykluczenia u nich gruźlicy.

Szczepienia przeciwgruźlicze (BCG). W Polsce od 2006r. (zgodnie z WHO) szczepienie wykonuje się raz i tylko u noworodków. Zasadnicza rola szczepienia polega na ochronie małych dzieci przed ciężkimi postaciami gruźlicy. Dla osób dorosłych szczepienie to nie ma istotnego znaczenia, nie chroni przed zakażeniem prątkiem. Skuteczność szczepionki BCG to około 80%.

Leczenie profilaktyczne (chemioprophylaktyka), to zapobieganie przejścia zakażenia w zachorowanie (zapobieganie rozwojowi choroby). Stosowana jest u niektórych osób mających kontakt z chorym na gruźlicę i wykazujący dodatni odczyn tuberkulinowy. Kiedyś metodą wykrywania i zapobiegania gruźlicy były obowiązkowe bezpłatne prześwietlenia małowrażliwe. Wycofano się z nich, bo były niewiarygodne i kosztowne. Bardzo ważne jest też przestrzeganie zasad higieny zwłaszcza podczas kaszlu, kichania i odkrztuszania, (zasłanianie ust i nosa chusteczką higieniczną), stosowanie tzw. płujek do odkrztuszania, wzmacnianie odporności organizmu.

Właściwe odżywianie ma w gruźlicy ogromne znaczenie. Należy stosować dietę bogatą w produkty wysokobiałkowe, świeże owoce i warzywa oraz pełne ziarna zbóż. Posiłki powinny być wysokokaloryczne. Aby podnieść odporność organizmu, po uzgodnieniu z lekarzem, przyjmuje się produkty bogate w selen i cynk, zwiększa dawki Wit. A, B, C, E. Poprawa warunków życia i pracy ludności: przestronne, słoneczne mieszkania, dobre warunki sanitarne i dobre warunki pracy. Przeciwdziałanie alkoholizmowi, nikotynizmu i narkomanii.

Na świecie opracowano **Narodowe Programy Zwalczania Gruźlicy (NPZG).**

W Polsce do realizacji celów Programu istnieje centralna jednostka odpowiadająca merytorycznie za programowanie walki z gruźlicą i nadzorowanie jego realizacji w skali całego kraju (Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie).

W Polsce obowiązuje **Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.** Ustawa reguluje ważne zagadnienia, takie jak: obowiązkowa rejestracja każdego przypadku gruźlicy, badania wśród osób o zwiększonym ryzyku zachorowania na gruźlicę, izolacja i bezzwłoczne leczenie chorych, zapewnienie leczenia nieubezpieczonym i biednym. Na podstawie tej ustawy osoby chore i prątkujące oraz podejrzane o prątkowanie podlegają obowiązkowemu leczeniu szpitalnemu.

Galeria zdjęć

