

**POBOLJŠAVANJE ZNANJA I INFORMIRANOSTI
O TUBERKULOZI U ZEMLJI SREDNJE INCIDENCIJE
POPUT HRVATSKE KAO MOGUĆI ODGOVOR
NA ŠIRENJE EKSTENZIVNO REZISTENTNE TUBERKULOZE
U SVIJETU**

**IMPROVING KNOWLEDGE AND AWARENESS ABOUT TUBERCULOSIS
IN A MIDDLE INCIDENCE COUNTRY SUCH AS CROATIA AS A POTENTIAL RESPONSE
TO EXTENSIVELY DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS GLOBAL SPREAD**

Poštovani gospodine uredniče,

Tuberkuloza je bolest stara koliko i čovječanstvo, ali i danas, u trećem tisućljeću, predstavlja znatnu prijetnju globalnomu javnom zdravstvu. Usprkos intenzivnim naporima koji se diljem svijeta ulažu u nadzor nad tuberkulozom (TBC), porazni statistički podatci vezani uz posljedice tuberkuloze na ljudsku dobrobit, pokazatelji su da smo još daleko od eliminacije tuberkuloze. Snažna povezanost tuberkuloze sa siromaštvom te globalnom pandemijom infekcije virusom humane imunodeficijencije (HIV), koji je najvažniji rizični čimbenik obolijevanja od tuberkuloze nakon zaražavanja, borbu protiv tuberkuloze učinili su iznimno teškom.¹

Danas su se, međutim, udruženi naponi čitavog svijeta, suočili s još jednom velikom zaprekom. Radi se o pojavi ekstenzivno rezistentne tuberkuloze (XDR-TB) koja je težak i najčešće nerješiv terapijski problem imamo li na raspolaganju dosad upotrebljavane antituberkulotike. XDR-TB je tuberkuloza koja je rezistentna na izonijazid i rifampicin (što je definicija multirezistentne tuberkuloze), uz rezistenciju na bilo koji fluorokinolon te na barem jedan od tri antituberkulotika za parenteralnu primjenu (kapreomicin, amikacin i kanamicin).²

Dosad je već multirezistentna tuberkuloza (MDR-TB) s 450 000 novih slučajeva na godinu bila problem koji se nije mogao uspješno riješiti.¹ MDR-tuberkulozu potrebno je puno duže liječiti (2–3 godine prema 6–9 mjeseci za »običnu«, nerezistentnu tuberkulozu), liječenje je višestruko skuplje (21 600 prema 3 276 kuna za šest mjeseci liječenja) te je povezana s većom pojavom nuspojava.³

Navedeni problemi dobivaju veće dimenzije s pojavom XDR-tuberkuloze, još rezistentnijeg oblika bolesti obilježenog visokom smrtnošću. XDR-TB je zabilježena u 27 zemalja u svijetu, uključujući europske zemlje poput Francuske, Njemačke, Portugala, Norveške, Španjolske, Švedske, Letonije i Ruske Federacije. XDR-tuberkuloza nađena je u 4%, 19% i 15% slučajeva MDR-tuberkuloze u Sjedinjenim Američkim Državama, u Letoniji i Sjevernoj Koreji.^{2,4} Pojava ovog oblika tuberkuloze nije novijeg datuma jer je i prije zabilježena u više krajeva svijeta.⁵ Kako se danas rezistencija uspješno prati u sve više zemalja, ovakvi slučajevi počeli su se prijavljivati u sve većem broju. Stoga je ovaj oblik rezistentne tuberkuloze i uočen te mu se dalo posebno ime. Pažnja svjetske javnosti posebno je skrenuta u drugoj polovici 2006. godine zbog velike epidemije tuberkuloze u provinciji KwaZulu-Natal u Južnoafričkoj Republici koja je obilježena alarmantno visokom smrtnošću. Od 542 bolesnika s pozitivnom kulturom, 221 bolesnik je imao multirezistentnu tuberkulozu, a 52 od 53 bolesnika s još rezistentni-

jom tuberkulozom umrla su prosječno unutar 16 dana od uzimanja iskašljaja, među kojima i dvoje zdravstvenih djelatnika. Ti su slučajevi proglašeni XDR-tuberkulozom. U 85% izolata izoliran je istovjetan genski otisak (»finger-print«) koji upućuje na intenzivan svježi prijenos bolesti. Većina bolesnika bila je HIV-pozitivna i dijelom na antiretrovirusnoj terapiji.⁶

XDR-TB i MDR-TB imaju korijen u lošem funkcioniranju sustava nadzora nad tuberkulozom. Razlog nastanka rezistentnih sojeva su pogriješke i propusti liječnika/zdravstvenog sustava koji se očituju u lošem izboru lijekova, pogrešnoj dozi, prekratkom liječenju, lijekovima loše kvalitete, problemima u dostupnosti lijekova i loše organiziranoj kontroli infekcije te nesuradljivosti bolesnika. Bolesnici kod kojih nastanu rezistentni sojevi mogu onda širiti infekciju na svoje kontakte u kojih će se razviti primarno MDR ili XDR-tuberkuloza.^{2,6–8}

Prevenciju XDR-tuberkuloze u Hrvatskoj moguće je ostvariti jačanjem temeljnih mjera u nadzoru nad tuberkulozom.^{2,9}

Stopa incidencije tuberkuloze u Hrvatskoj u proteklom desetljeću iznosila je prosječno 36,1/100 000 stanovnika i ima tendenciju pada, ali je daleko od nacionalnog cilja – stope incidencije od 10/100 000 stanovnika.¹⁰ U istom razdoblju zabilježeno je 2–5% rezistentnih oblika tuberkuloze, dok se slučajevi multirezistentne tuberkuloze sporadično bilježe. Pojava ekstenzivno rezistentne tuberkuloze u Hrvatskoj dosad nije zabilježena (Pismeno priopćenje Registra tuberkuloze Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ)). U Hrvatskoj je, prilikom epidemiološkog praćenja ishoda liječenja oboljelih od tuberkuloze, u 2004. godini u 70% bolesnika zabilježen terapijski uspjeh. Prekid i neuspjeh liječenja zabilježen je u 11% bolesnika.¹¹ Upravo su takvi ishodi liječenja oni među kojima postoji mogućnost nastanka, a onda i širenja rezistentnih sojeva.

Hrvatski sustav nadzora nad tuberkulozom obilježava obveza dvojnog prijavljivanja bolesnika i kultivacije svakoga mikroskopskog razmaza. Mreža i broj mikobakterioloških laboratorija zadovoljavaju naše potrebe, a laboratorijsko praćenje rezistentnih sojeva je obvezno.¹⁰

S epidemiološkog motrišta, rezistencija na antituberkulotike u Hrvatskoj nije značajan problem dokle god se zadržava na navedenim razinama. Problemi s kojima se bore druge europske zemlje, poput visoke prevalencije HIV-infekcije, tuberkuloze među djecom i u zatvorima te različitih oblika rezistentne tuberkuloze, u Hrvatskoj se uspješno drže pod kontrolom.¹ Stoga bi trebalo i dalje intenzivno raditi na tome da se takav dobar trend zadrži, a prostora i mogućnosti za dalje jačanje sustava nadzora nad tuberkulozom, posebno u svjetlu pojave ekstenzivno rezistentne tuberkuloze, još ima.

Za razliku od drugih zemalja, u Hrvatskoj nema posebnih proračunskih sredstava usmjerenih izravno u program za borbu protiv tuberkuloze.¹ Prevenciju pojave ekstenzivno rezistentne i borbu protiv rezistentne tuberkuloze moguće bi bilo dalje razvijati ponajprije snažnim doprinosom zdravstvenih djelatnika i društva u cjelini. Takvu orijentaciju država bi mogla potpomoći financijskim ulaganjem u izobrazbu zdravstvenih djelatnika (brzo prepoznavanje ranih simptoma, rizičnih čimbenika od obolijevanja, pravilno liječenje i rad na postizanju suradljivosti bolesnika) i zdravstveno prosvjeđivanje populacije (povećanje informiranosti te sudjelovanje u sprječavanju i suzbijanju tuberkuloze) koji mogu dugoročno imati veliku dobrobit.

Kontinuirana izobrazba svih zdravstvenih djelatnika različitih profila i specijalnosti koji timski rade u nadzoru nad tuberkulozom iznimno je važna i osnova je jakog sustava nadzora.⁶

Nositelji programa za borbu protiv tuberkuloze na prvoj su razini liječnici primarne zdravstvene zaštite.¹⁰ Pokazalo se da jedan liječnik opće/obiteljske medicine u Hrvatskoj u prosjeku u dvije godine ima samo jednog oboljelog od tuberkuloze među svojim pacijentima (Usmeno priopćenje Registra zdravstvenih djelatnika HZJZ-a). U takvim uvjetima, a bez redovitog obnavljanja znanja, nije teško zaboraviti ili zanemariti mnoge važne postupke u vođenju i praćenju bolesnika s tuberkulozom. S druge strane, tako malen broj bolesnika po jednom liječniku opće/obiteljske medicine pruža mogućnost posvećivanja posebne pozornosti svakom bolesniku i poticanja njegove suradljivosti kao preduvjeta pravilnog uzimanja lijekova i prevencije rezistencije. Svi zdravstveni djelatnici, uključeni u nadzor nad tuberkulozom, trebali bi raditi na postizanju suradljivosti bolesnika tako da ga detaljno informiraju o tuberkulozi sa svih strana i redovito prate.^{2,6} Propisujući lijekove bolesniku u dozi za samo mjesec dana, liječnik primarne zdravstvene zaštite može kontrolirati njegovo zdravstveno stanje i probleme u uzimanju terapije prilikom dolaska po sljedeću dozu. Ako ne dođe po sljedeću dozu, bolesnika bi trebalo pozvati. Korisno je zadužiti i jednog člana obitelji da nadzire bolesnika u uzimanju antituberkulotika, da se lijekovi stave na neko vidljivo mjesto u kućanstvu, križaju dani u kalendaru s uzimanjem svake doze i sl.

Poboljšavanje znanja o tuberkulozi moglo bi se postići češćim tečajevima i edukacijskim projektima na razini cijele države. Od koristi bi bio i pisani materijal (priručnik, smjernice ili sl.) namijenjen liječnicima primarne zdravstvene zaštite koji bi imali u ordinacijama i koji bi im služio kao podsjetnik na mnoge praktične aspekte rada s oboljelim od tuberkuloze. Jedan od takvih materijala napisan je za potrebe jedinog edukacijskog projekta posvećenog tuberkulozi u više od jednog desetljeća koji je, nažalost, obuhvatio samo tri županije u Hrvatskoj.³

Najefikasnije intervencije u nadzoru nad tuberkulozom, kojima se uklanja izvor zaraze iz populacije, jesu rano otkrivanje i rano liječenje bolesnika.^{6,11} Informiranost o tuberkulozi opće populacije može tomu dati značajan doprinos u smislu brzog reagiranja na simptome bolesti i traženja liječničke pomoći, zaštite vlastitih kontakata te ustrajanja u višemjesečnome liječenju.

Stigma i sram još uvijek prate tuberkulozu, dok shvaćanje i pozitivan stav prema tuberkulozi među obitelji i prijateljima bolesnika može biti korisno oruđe u postizanju povoljnoga socijalnog okruženja i potpore liječenju bolesnika. Sve su to područja na koja se može utjecati zdravstvenim prosvjeđivanjem populacije neposrednim kontaktom, pisanim

informacijama prilagođenim bolesnicima i osobama u kontaktu s TBC-om, javnim nastupima, člancima i medijskim kampanjama.

Tuberkuloza je u hrvatskim medijima rijetko zastupljena, posebno u smislu zdravstvenog prosvjeđivanja pučanstva. Dosad je najčešći razlog prisutnosti tuberkuloze u medijima bilo obilježavanje Svjetskog dana tuberkuloze, 24. ožujka. Tom se prigodom obično pružaju službene informacije o stopama incidencije tuberkuloze u svijetu i u Hrvatskoj, koje nisu lako razumljive običnomu čovjeku. Upravo mediji mogu biti moćno sredstvo za širenje medicinskih informacija pa tako i osnovnih informacija o simptomima, zaraznosti i prevenciji širenja tuberkuloze, kao i važnosti uzimanja antituberkulotika u pravoj dozi, na pravi način i dovoljno dugo.¹² Stoga bi se i medijski potencijal u zdravstvenom prosvjeđivanju populacije o tuberkulozi mogao puno bolje iskoristiti.

Ovogodišnje geslo Svjetske zdravstvene organizacije u povodu obilježavanja Svjetskog dana tuberkuloze je »TB anywhere is TB everywhere«. Ovo geslo ponovo podcrtava činjenicu da je svijet globalno selo i naglašava potrebu zajedničkih, usuglašenih aktivnosti u borbi protiv tuberkuloze. U vrijeme kad je sigurno da nove dijagnostičke metode, lijekovi i cjepiva neće biti skoro dostupni, pojava XDR-tuberkuloze treba poslužiti kao poticaj za jačanje osnovnih mjera kontrole tuberkuloze jer cijena tog propusta može biti visoka.^{6,8}

U Hrvatskoj zasad nema slučajeva ovog teško izlječivog oblika tuberkuloze, gorućeg problema u mnogim zemljama. To, međutim, potrebu za oprezom i još aktivnijim sudjelovanjem u svim mjerama sprječavanja i suzbijanja tuberkuloze ne umanjuje. Naprotiv.

Anamarija Jurčev Savičević

Nastavni zavod za javno zdravstvo
Splitsko-dalmatinske županije

LITERATURA

1. World Health Organisation. Global Tuberculosis Control WHO Report 2006 (WHO/HTM/TB/2006.362). Geneva: World Health Organisation; 2006.
2. Raviglione MC, Smith M. XDR Tuberculosis – Implications for global public health. N Engl J Med 2007;356(7):656–9.
3. Kolarić V, Juričević I. Multirezistentna tuberkuloza. U: Popović-Grle S, ur. Tuberkuloza – ponovni izazov na početku trećeg tisućljeća. Zagreb: Klinika za plućne bolesti »Jordanovac«, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Institut Otvoreno društvo Hrvatska; 2004, str. 98–101.
4. World Health Organisation (stranica na Internetu). Geneva: Global map and information on XDR-TB; c2007 (8. veljače 2007.) Dostupno na: <http://www.who.int/tb/xdr/en/index.html>
5. Centers for Disease Control and Prevention. Emergence of Mycobacterium tuberculosis with extensive resistance to second line drugs worldwide, 2000–2004. Morb Mortal Wkly Rep 2006;55:301–5.
6. Gandhi NR, Moll A, Sturm AW i sur. Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. Lancet 2006;368:1575–80.
7. Dahle UR. Extensively drug resistant tuberculosis: beware patients lost to follow-up. Br Med J 2006;333(7570):705.
8. Van Rie A, Enarson D. XDR tuberculosis: an indicator of public-health negligence. Lancet 2006;368(9547):1554–6.
9. World Health Organisation. Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB): recommendations for prevention and control. Wkly Epidemiol Rec 2006;81(45):430–2.
10. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Naputak za suzbijanje i sprečavanje tuberkuloze. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; 1998.
11. Šimunović A, Gjenero-Margan I. Epidemiološki pokazatelji tuberkuloze u Hrvatskoj. U: Mlinarić-Galinović G, ur. Respiratorne infekcije: epidemiološka i klinička slika, dijagnostika, terapija i prevencija tuberkuloze i mikobakterioza. Zagreb: Medicinska naklada; 2006, str. 1–5.
12. Young JS. Mass Media and Medicine: Challenges and Opportunities. JAMA 2002;287(6):772.