



**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ &
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

(Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 2004-2010

Η φυματίωση είναι μία από τις συχνότερες λοιμώδεις νόσους στον κόσμο και συνεχίζει να αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν αποτελεσματικά φάρμακα για τη θεραπεία της. Προκαλεί πάνω από ένα εκατομμύριο θανάτους το χρόνο, κυρίως στον αναπτυσσόμενο κόσμο, ενώ κάθε χρόνο σημειώνονται παγκοσμίως περίπου 140 νέα κρούσματα ανά 100000 πληθυσμό.

Στην Ελλάδα, η φυματίωση είναι υποχρεωτικώς δηλούμενο νόσημα βάσει:

1. Του **Β.Δ./ΦΕΚ 262^Α/1950** «περί μέτρων καταπολέμησης επιδημικών νόσων και υποχρεωτικής δήλωσης αυτών».
2. Του **Νόμου 3204/2003-ΦΕΚ 296^Α/24-12-2003. Άρ. 44, Παρ.1:**«Στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ) δημιουργείται αρχείο κρουσμάτων για κάθε λοιμώδες νόσημα. Κάθε ιδιωτικός ή δημόσιος φορέας παροχής ιατρικών υπηρεσιών ή ιδιώτης ιατρός, στα πλαίσια της νόμιμης λειτουργίας του, υποχρεούται να ενημερώνει το ΚΕΕΛΠΝΟ για κάθε κρούσμα λοιμώδους νοσήματος που υποπίπτει στην αντίληψή του».

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, έχει δοθεί άδεια στο Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΚΕΕΛΠΝΟ από την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, για την τήρηση σχετικού αρχείου για λόγους δημόσιας υγείας.

Η δήλωση γίνεται μέσω ειδικού δελτίου, «ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ». Στο εν λόγω δελτίο καταγράφονται όλα τα απαραίτητα δεδομένα, ώστε μέσω της ανάλυσής τους να είναι δυνατή η αποτύπωση της επιδημιολογίας του νοσήματος και η σχεδίαση δράσεων για τον έλεγχό αυτής, καθώς και η λήψη μέτρων δημόσιας υγείας στο άμεσο και ευρύτερο περιβάλλον των κρουσμάτων.

Επιπροσθέτως, η συστηματική δήλωση των κρουσμάτων της νόσου είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση των δεικτών που έχουν τεθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) και από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου των Νόσων (ECDC), για τον έλεγχό της σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο. Με βάση τους στόχους αυτούς, έως το 2015 ο επιπολασμός και οι θάνατοι, οι οποίοι οφείλονται στη φυματίωση, θα πρέπει να

έχουν μειωθεί στο 50% των αντίστοιχων επιπέδων του 1990, ενώ έως το 2050 η νόσος θα πρέπει να σταματήσει να αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέγονται κάθε χρόνο μέσω του συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης, για το χρονικό διάστημα 2004 – 2010, προκύπτει ότι στη χώρα μας δηλώνονται ετησίως κατά μέσο όρο περί τα 600 κρούσματα. Παρατηρείται όμως μία προοδευτική μείωση των δηλούμενων κρουσμάτων και συγκεκριμένα από 761 το 2004, σε 490 το 2010. Όσον αφορά στα δηλούμενα κρούσματα σε Έλληνες, κ το ποσοστό επί του συνόλου των δηλούμενων κρουσμάτων σημειώνει πτωτική τάση. Αντίθετα στα δηλούμενα κρούσματα σε αλλοδαπούς η τάση είναι ανοδική (Διάγραμμα 1 & Διάγραμμα 2). Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι από μελέτες που έχουν γίνει, όπου υπολογίζεται ο αριθμός των νέων κρουσμάτων φυματίωσης μέσω της κατανάλωσης αντιφυματικών φαρμάκων, έχει καταδειχθεί ότι υπάρχει σημαντική υποδήλωση των κρουσμάτων της νόσου. Επίσης, δε γνωρίζουμε με ακρίβεια το ποσοστό αύξησης του αριθμού των ατόμων αλλοδαπής εθνικότητας από το 2004 έως το 2010. Έτσι δεν μπορούμε να διαπιστώσουμε σε τι ποσοστό η πτωτική τάση των κρουσμάτων οφείλεται στην υποδήλωση και σε ποιο ποσοστό η αυξητική τάση στους αλλοδαπούς οφείλεται και σε πιθανή αύξηση του πληθυσμού τους κατά τα τελευταία χρόνια.

Συνολικά, το χρονικό διάστημα 2004-2010, το 64,1% του συνολικού αριθμού των δηλωθέντων κρουσμάτων ήταν Έλληνες, το 34% ήταν αλλοδαπής εθνικότητας, ενώ για το 1,9% των κρουσμάτων δεν ήταν γνωστή η εθνικότητα (Διάγραμμα 3).

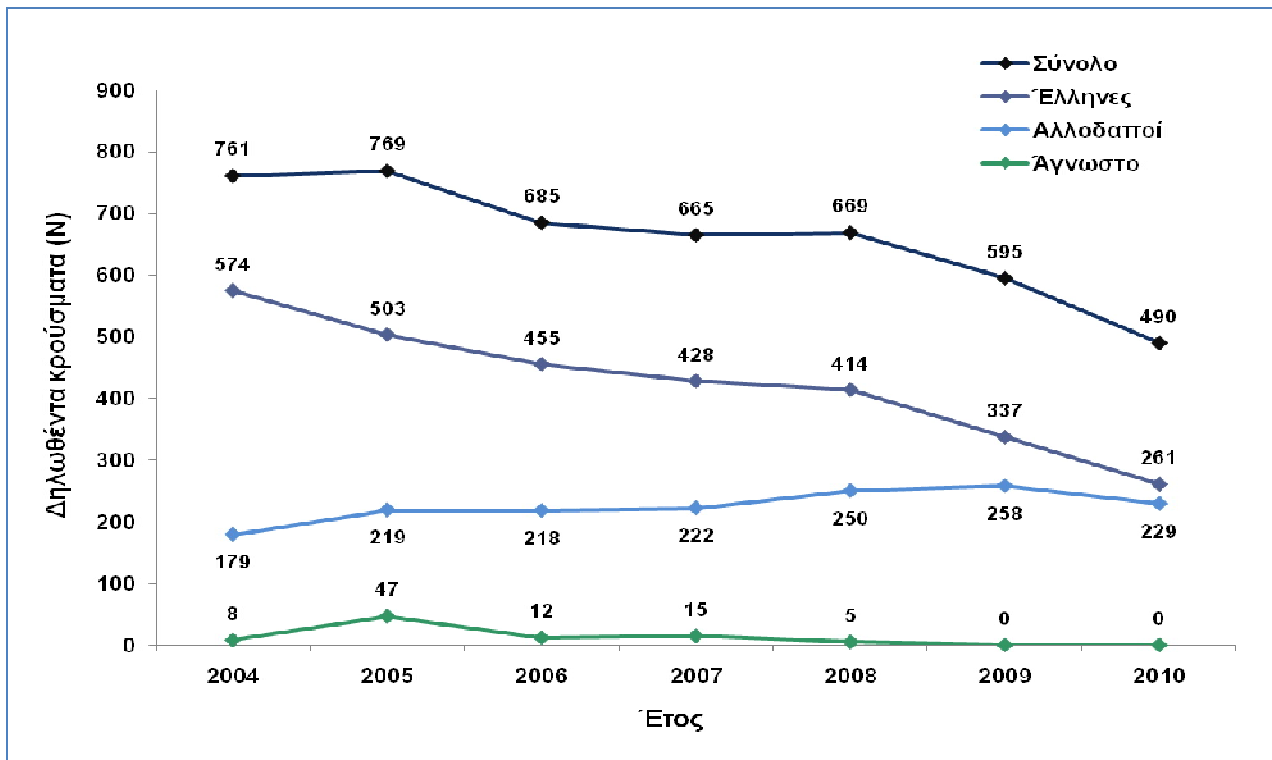
Τα περισσότερα κρούσματα της νόσου στους Έλληνες καταγράφηκαν στην ηλικίες 65 ετών και άνω, ενώ στους αλλοδαπούς στις ηλικίες 25 έως 34 ετών (Διάγραμμα 4). Η διαφοροποίηση που παρουσιάζεται μεταξύ Ελλήνων και αλλοδαπών στην ηλικιακή κατανομή, συμβαδίζει με το γεγονός ότι η πλειονότητα των μεταναστών στη χώρα μας είναι άτομα παραγωγικής ηλικίας.

Η μέση επίπτωση ανά 100000 πληθυσμό κατά γεωγραφική περιοχή (NUTS-I) ήταν μεγαλύτερη στην Κεντρική Ελλάδα και στην Αττική, ενώ η μικρότερη επίπτωση καταγράφηκε στη περιοχή των Νήσων Αιγαίου και Κρήτης (Διάγραμμα 5).

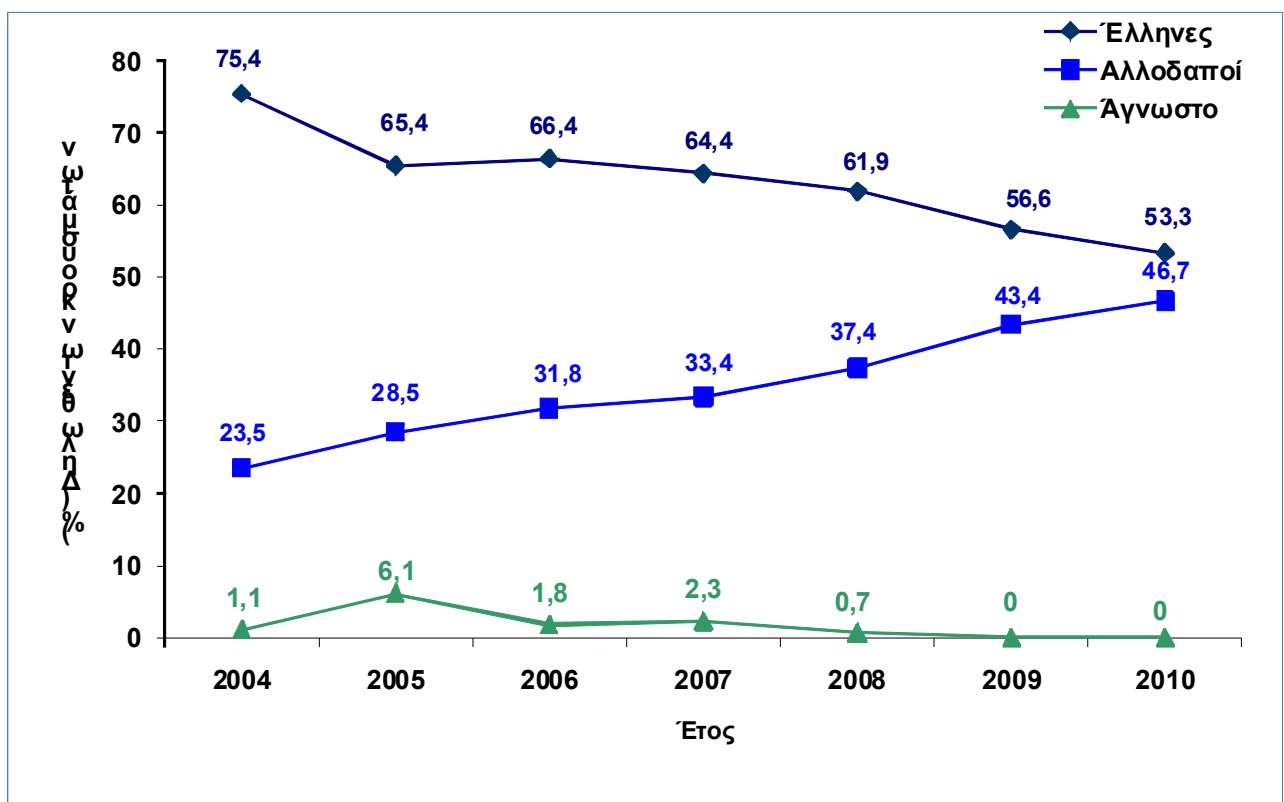
Όσον αφορά στην εντόπιση της νόσου, στο μεγαλύτερο ποσοστό (66,4% - 74,9%) των κρουσμάτων ήταν πνευμονική, ενώ το ποσοστό των εξωπνευμονικών εντοπίσεων καθώς και των μορφών όπου συνυπήρχε πνευμονική και εξωπνευμονική εντόπιση ήταν χαμηλό. Επίσης στο 20,4% του συνόλου των δηλωθέντων κρουσμάτων στους Έλληνες και στο 16,2% των κρουσμάτων με αλλοδαπή εθνικότητα υπήρχε σπλήνιο στην ακτινογραφία θώρακος (Διάγραμμα 6). Η παρουσία σπληνίου είναι σημαντική ως προς την επιδημιολογία της νόσου, δεδομένου ότι τα κρούσματα αυτά είναι περισσότερο μεταδοτικά.

Τέλος, όσον αφορά στην καταγραφή των κρουσμάτων με βάση την προηγούμενη λήψη αντιφυματικής αγωγής, το μεγαλύτερο ποσοστό (60,2 - 83,2%) ήταν νέα κρούσματα δηλαδή δεν είχαν διαγνωστεί στο παρελθόν με φυματίωση (Διάγραμμα 7).

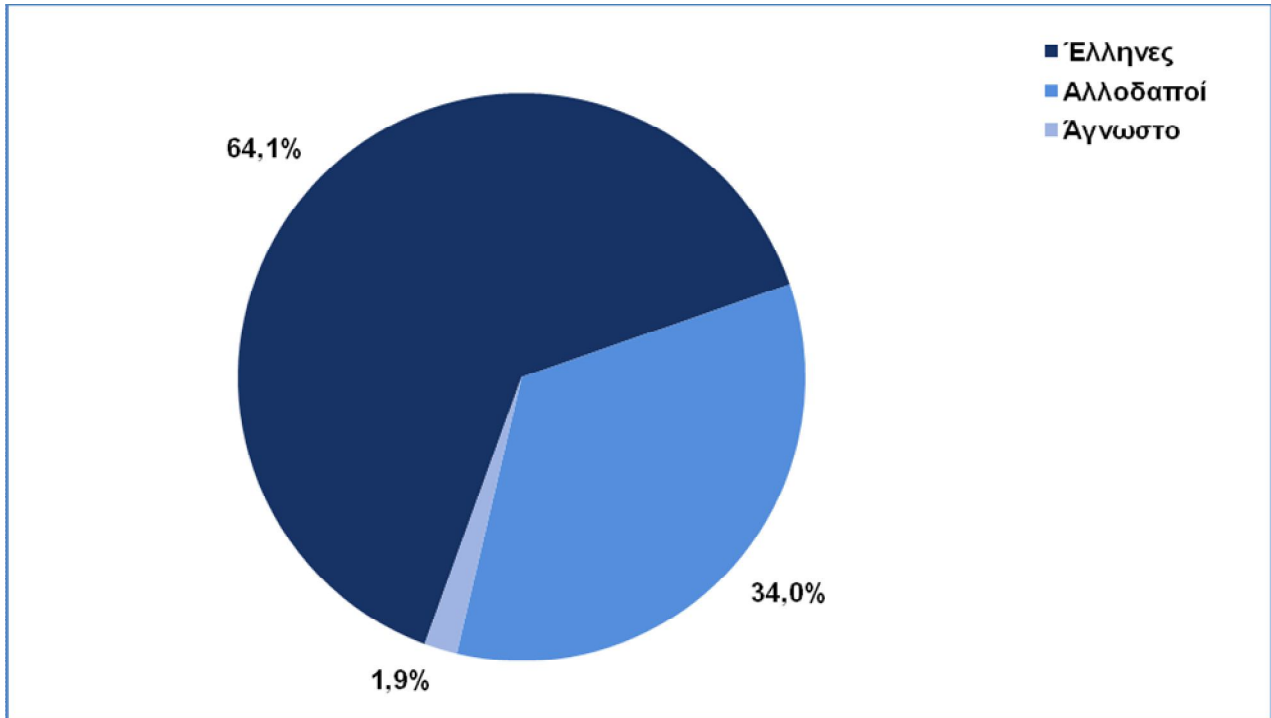
Διάγραμμα 1: Δηλωθέντα κρούσματα φυματίωσης, διαχρονική εξέλιξη, Ελλάδα 2004-2010



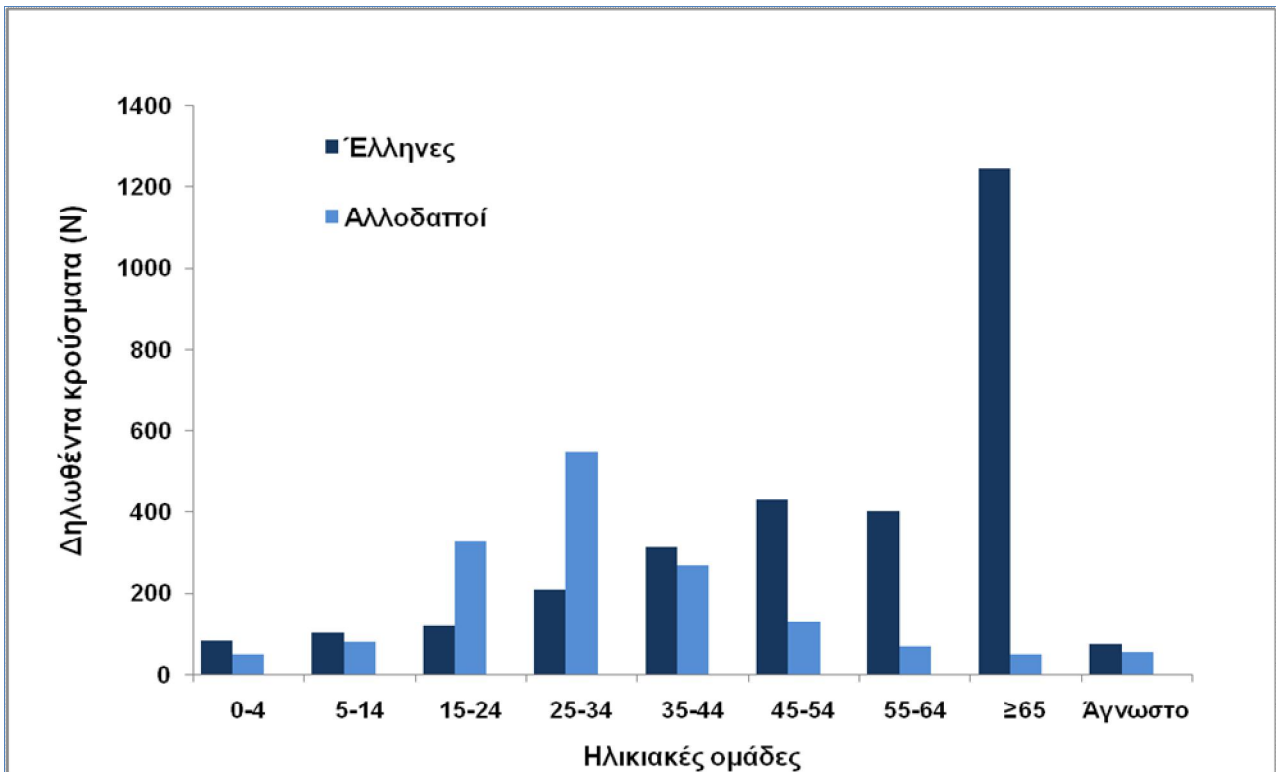
Διάγραμμα 2: Κατανομή συχνότητας των δηλωθέντων κρουσμάτων φυματίωσης ανά εθνικότητα, Ελλάδα, 2004 – 2010



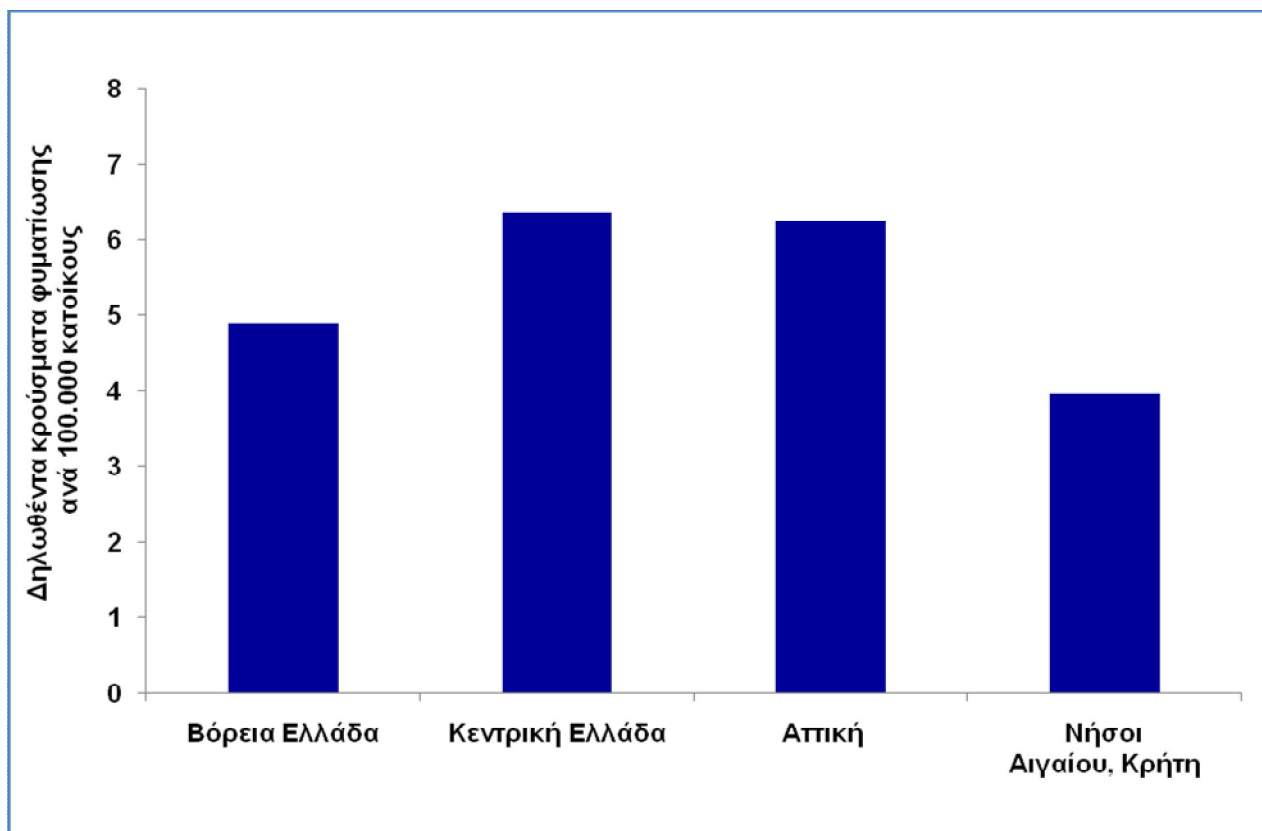
Διάγραμμα 3: Κατανομή συχνότητας δηλωθέντων κρουσμάτων φυματίωσης ανά εθνικότητα, Ελλάδα, 2004-2010



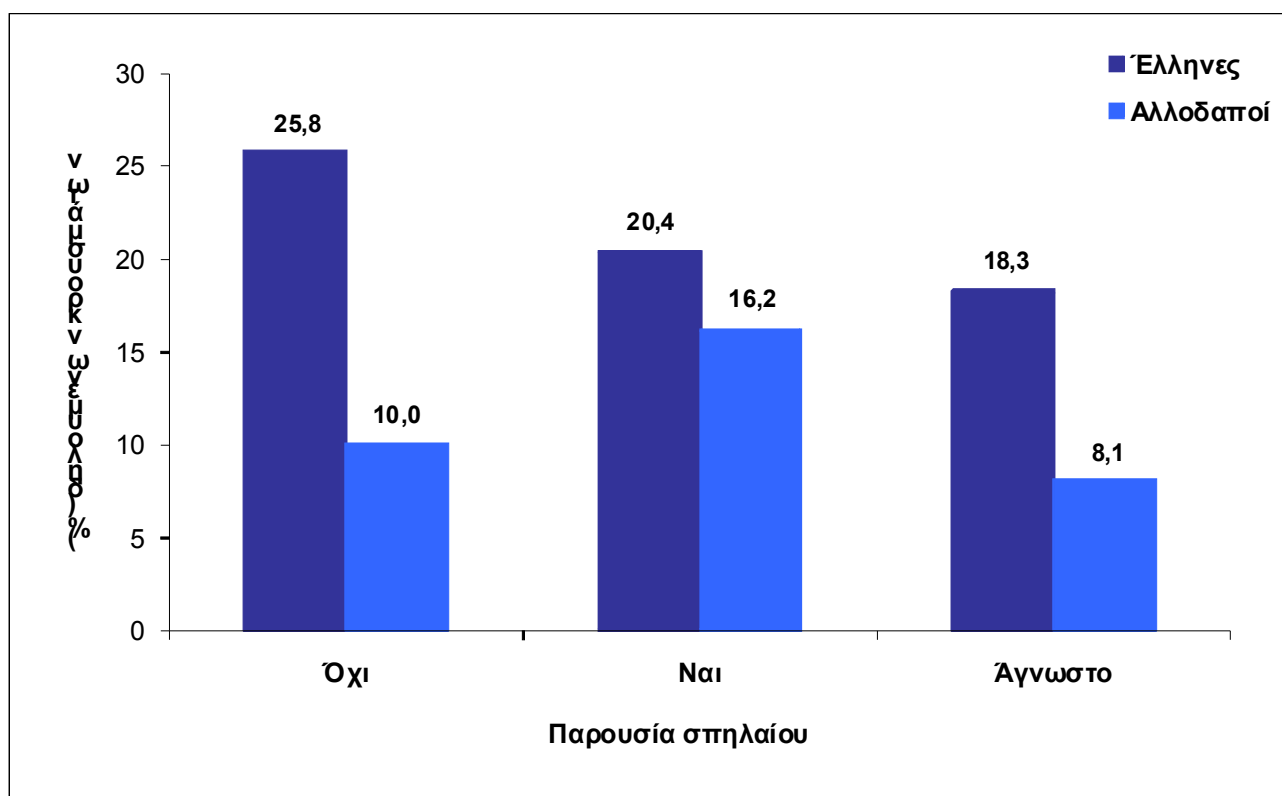
Διάγραμμα 4: Ηλικιακή κατανομή δηλωθέντων κρουσμάτων φυματίωσης ανά εθνικότητα, Ελλάδα, 2004 - 2010



Διάγραμμα 5: Δηλούμενη μέση επίπτωση φυματίωσης ανά γεωγραφική περιοχή (NUTS-I), Ελλάδα, 2004 - 2010



Διάγραμμα 6: Κατανομή συχνότητας δηλωθέντων κρουσμάτων πνευμονικής φυματίωσης με βάση την παρουσία σπηλαιίου ανά εθνικότητα, Ελλάδα, 2004 - 2010



Διάγραμμα 7: Κατανομή συχνότητας δηλωθέντων κρουσμάτων φυματίωσης με βάση την προηγ. θεραπεία, Ελλάδα, 2004 - 2010

