

Mirosław P. Czarkowski

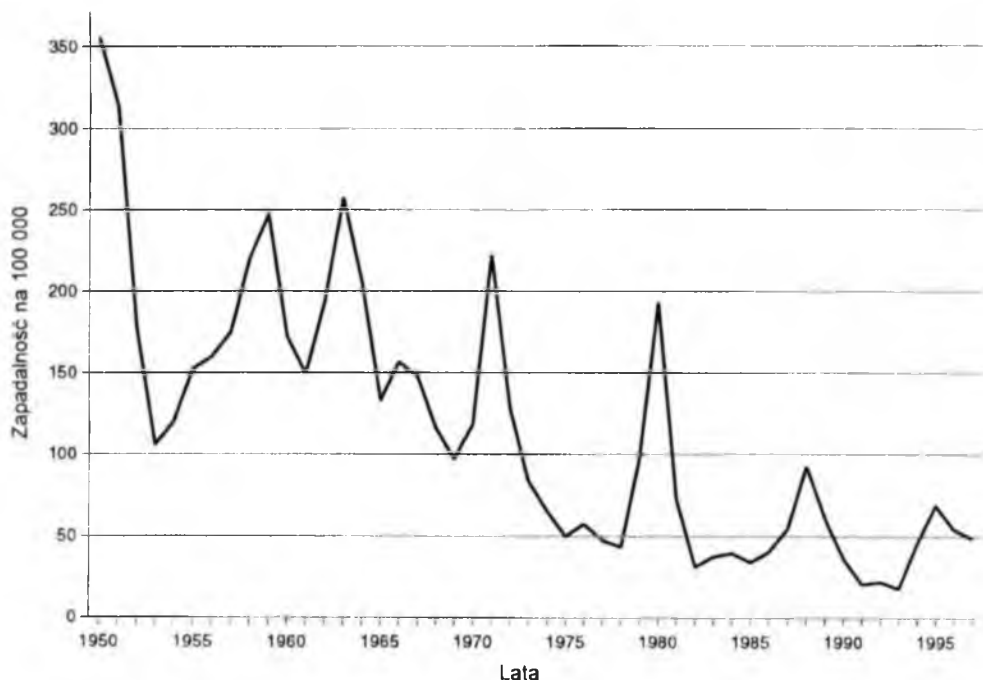
ŁONICA W 1997 ROKU¹

W 1997 roku zarejestrowano w Polsce 18 867 zachorowań na łonicę, o 2 045 mniej niż w 1996 roku, a zapadalność – w przeliczeniu na 100 tys. ludności – wyniosła 48,8. Po ostatnim szczycie epidemicznej fali zachorowań na tę chorobę w Polsce w 1995 roku spadek liczby zachorowań jest więc wyjątkowo powolny: w 1997 roku zgłoszono tylko o 9,8% mniej zachorowań niż w 1996 roku i tylko o 28,7% mniej niż w okresie epidemii w 1995 roku, a ogólna liczba zarejestrowanych w ciągu roku zachorowań ponad 2-krotnie przekroczyła medianę zachorowań rejestrowanych w latach 1991–1995 (ryc. 1).

Powolne tempo obniżania się fali epidemicznej nie zapowiada jednak bliskiego odwrócenia się tendencji, tzn. wzrostu liczby zachorowań. Sezonowy rozkład zachorowań na łonicę w 1997 roku był typowy dla dłuższych okresów obniżania się fali epidemicznej: liczba zachorowań malała od stycznia do sierpnia (w lutym–marcu spadek zachorowań – jak co roku – okresowo pogłębiony został przez przerwanie transmisji zakażeń w okresie zimowych ferii szkolnych) by w okresie od września do grudnia ponownie wzrosnąć, ale do poziomu niższego niż na początku roku (ryc. 2). W sezonowości zachorowań zwraca jednak uwagę fakt, że najwięcej przypadków wystąpiło nie w styczniu, jak to zazwyczaj ma miejsce w Polsce w okresie obniżania się fali epidemicznej, lecz dopiero w kwietniu (14,5% wszystkich zachorowań w ciągu roku), tj. w miesiącu, w którym w 1997 roku zanotowano w Polsce sezonowy szczyt epidemii różyczki (138 782 zachorowania w skali roku). Na możliwość znaczącego wpływu na rejestrację łonicy w Polsce ewentualnych błędów w diagnozowaniu różyczki, zwracano także uwagę przed rokiem.

Spadek zapadalności na łonicę w 1997 roku (przynajmniej o 5% w porównaniu z rokiem 1996) zanotowano na obszarze 23 województw, w tym największy (o ponad 50%) w woj. łódzkim (z 66,1/100 tys. ludności do 28,9), przemyskim (z 65,1 do 29,3) i częstochowskim (z 65,0 do 30,0). W 9 województwach zapadalność utrzymała się na poziomie z 1996 roku (w granicach $\pm 5\%$), a w 17 województwach wzrosła, przy czym był to wzrost o ponad 200% w woj. krośnieńskim (z 13,4 do 40,5), o ponad 100% w bydgoskim (z 34,4 do 77,6) i chełmskim (z 37,6 do 81,8), oraz powyżej 50% w woj. wrocławskim, rzeszowskim, leszczyńskim i jeleniogórkim (tab. I). Wzrost lub spadek

¹ W 1997 roku, wraz z wprowadzeniem X Rewizji „Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób” (Uniwersyteckie wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1994) w opracowaniach z zakresu statystyki medycznej, w tym drukach sprawozdawczych Mz-56, przyjęto termin „szkarlatyna” (*Scarlatina*). W „Kronice” pozostaniemy jednak przy rdzennie polskim terminie „łonica”.

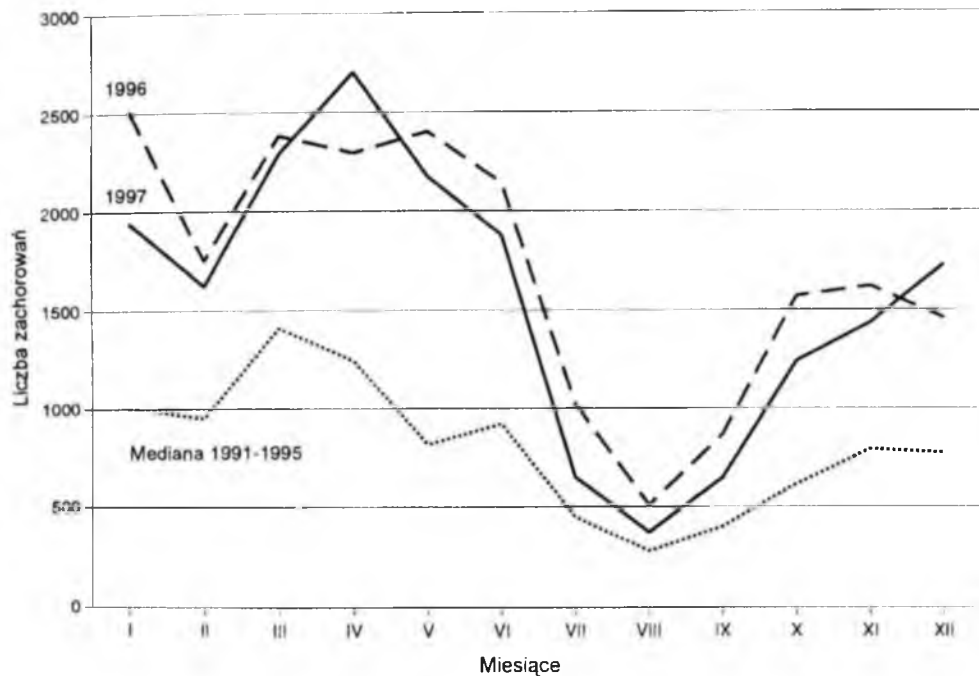


Ryc. 1. Płonica w Polsce w latach 1950–1997. Zapadalność na 100 000 ludności

Fig. 1. Scarlet fever in Poland in 1950–1997. Morbidity per 100 000

liczby zachorowań rejestrowanych w poszczególnych województwach przebiegał z istotną (w sensie statystycznym) zależnością: województwa o współczynniku zapadalności w 1996 roku powyżej średniej krajowej znacząco częściej notowały w 1997 roku spadek zapadalności, podczas gdy województwa o współczynniku w 1996 roku poniżej średniej krajowej – wzrost. Można wnioskować, że epidemia płonicy, której szczyt (w skali kraju) odnotowano w 1995 roku, w istocie była szeregiem rozciągniętych w czasie epidemii lokalnych, stąd – w porównaniu z wcześniejszymi epidemiami tej choroby – mniejsza liczba zachorowań w okresie krajowego szczytu i wolniejsze tempo spadku liczby zachorowań po tym okresie.

W 1997 roku najwyższą zapadalność w skali województw, ponad 2-krotnie wyższą od zapadalności w całej Polsce, zanotowano w woj. koszalińskim (109,4/100 tys. ludności), tak jak to miało miejsce w 1996 roku. W grupie województw, w których zapadalność o ponad 50% przekraczała współczynnik krajowy, znalazło się ponadto woj. poznańskie (87,1/100 tys.), wrocławskie (86,2), chełmskie (81,8), jeleniogórskie (78,6), bydgoskie (77,6) i opolskie (75,3). Najniższe współczynniki, nie przekraczające 50% zapadalności w całej Polsce, odnotowano w woj. kieleckim (15,7), łódzkie (17,3), siedleckim (17,4) toruńskim (24,2) i zamojskim (18,3). Różnice pomiędzy zapadalnością na obszarze poszczególnych województw były więc w 1997 roku nieco mniejsze niż rok wcześniej: stosunek najwyższej zapadalności w skali województw do zapadalności najniższej kształtował się jak 7:1. (w 1996 r. 8:1). Warto zauważyć, że w woj. warszawskim, w którym w okresie ostatnich kilkunastu lat z reguły notowano



Ryc. 2. Płonica w Polsce w latach 1991–1997. Liczba zachorowań w miesiącach (wg daty zachorowania)

Fig. 2. Scarlet fever in Poland in 1991–1997. Number of cases according to months

najwyższe współczynniki zapadalności na płonicę, w 1997 roku zapadalność (50,3/100 tys.) tylko nieznacznie przekroczyła średnią krajową (48,8).

Wyraźny związek pomiędzy zapadalnością na obszarze poszczególnych województw a stopniem ich zurbanizowania, charakterystyczny nie tylko dla płonicy, ale także dla szeregu innych chorób zakaźnych, w których głównym źródłem zakażenia jest człowiek (chory lub zdrowy nosiciel zarazka), okazał się w 1997 roku znacznie słabszy niż w kilku wcześniejszych latach. O ile w latach 1993–1996, w oparciu o różny procent ludności miejskiej można było wyjaśnić w Polsce 25–35% międzywojewódzkiego zróżnicowania rocznych współczynników zapadalności, to w 1997 roku tylko około 10% – spadek zapadalności w 1997 roku zanotowano bowiem tylko w miastach (z 68,1/100 tys. do 59,8; tj. o ponad 12% w porównaniu do 1996 r.), natomiast na wsi zapadalność (30,9) utrzymała się na poziomie z roku poprzedniego (31,4). Należy przy tym zauważyć, że niższy współczynnik zapadalności w miastach, okazał się efektem spadku zachorowań tylko w miastach największych, powyżej 100 tys. mieszkańców (z 75,6 do 61,4; tj. o ok. 19%), oraz w miastach liczących 20–49 tys. mieszkańców (z 69,4 do 60,6; tj. o ok. 13%); w miastach innej wielkości zapadalność w 1997 roku była taka sama jak rok wcześniej (tab. II). Z punktu widzenia związku pomiędzy zapadalnością na płonicę a urbanizacją można przypuszczać, że tego rodzaju wybiórczy spadek zachorowań w miastach jest swoistym artefaktem, obserwowanym w skali kraju w następstwie wspomnianego wyżej przesunięcia w czasie okresów występowania lokalnych epidemii na terenie poszczególnych województw.

Tabela 1. Płonica w Polsce w latach 1991-1997.

Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg województw

T a b l e 1. Scarlet fever in Poland in 1991-1997.

Number of cases and morbidity per 100 000 according to the voivodeships

Województwo	Mediana 1991-1995		1996		1997	
	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność
1	2	3	4	5	6	7
POLSKA	8 543	22,3	20912	54,2	18 867	48,8
1. St. warszawskie	1 075	44,4	1 758	72,8	1 214	50,3
2. Białkopodlaskie	75	24,5	117	37,8	164	53,0
3. Białostockie	132	19,0	284	40,6	215	30,7
4. Bielskie	282	31,0	700	76,1	430	46,6
5. Bydgoskie	372	33,1	390	34,4	880	77,6
6. Chełmskie	22	8,9	94	37,6	204	81,8
7. Ciechanowskie	101	23,4	244	55,9	203	46,5
8. Częstochowskie	217	27,8	508	65,0	234	30,0
9. Elbląskie	113	23,2	342	69,5	206	41,7
10. Gdańskie	273	18,9	715	49,0	694	47,4
11. Gorzowskie	113	22,3	296	57,9	215	42,0
12. Jeleniogórskie	113	21,8	272	51,9	412	78,6
13. Kaliskie	89	12,5	256	35,5	300	41,5
14. Katowickie	1 217	30,4	2 895	73,8	2 420	61,8
15. Kieleckie	91	8,0	176	15,5	178	15,7
16. Konińskie	44	9,2	139	29,0	125	26,0
17. Koszalińskie	180	35,1	571	109,3	574	109,4
18. M. krakowskie	379	30,7	877	70,6	886	71,5
19. Krośnieńskie	24	4,8	68	13,4	206	40,5
20. Legnickie	115	22,0	278	53,0	276	52,6
21. Leszczyńskie	65	16,7	117	29,4	201	50,5
22. Lubelskie	119	11,7	665	64,8	448	43,6
23. Łódzkie	41	11,8	56	15,8	61	17,3
24. M. łódzkie	248	21,9	736	66,1	320	28,9
25. Nowosądeckie	107	15,3	337	45,8	327	44,2
26. Olsztyńskie	240	31,4	225	29,1	292	37,7
27. Opolskie	403	39,5	776	75,7	771	75,3
28. Ostrołęckie	159	39,8	147	36,0	158	38,5
29. Piłskie	73	15,1	378	76,4	234	47,1
30. Piotrkowskie	118	18,4	249	38,7	267	41,5
31. Płockie	121	23,4	241	46,2	146	28,0
32. Poznańskie	568	42,3	1 253	92,5	1 183	87,1
33. Przemyskie	51	12,4	270	65,1	122	29,3
34. Radomskie	149	19,7	354	46,3	275	36,0
35. Rzeszowskie	85	11,6	159	21,3	291	38,8
36. Siedleckie	85	13,0	119	18,0	115	17,4
37. Sieradzkie	49	11,9	117	28,3	126	30,5
38. Skierniewickie	127	30,2	146	34,5	117	27,6
39. Słupskie	80	19,3	258	60,4	200	46,7

c.d. tab. I

1	2	3	4	5	6	7
40. Suwalskie	84	17,4	158	32,5	190	38,9
41. Szczecińskie	260	26,6	742	74,8	563	56,6
42. Tarnobrzeskie	146	24,2	249	40,9	355	58,2
43. Tarnowskie	69	10,2	374	53,8	214	30,7
44. Toruńskie	126	19,1	167	24,9	163	24,2
45. Wałbrzyskie	114	15,4	278	37,7	253	34,4
46. Włocławskie	138	32,0	197	45,3	375	86,2
47. Wrocławskie	337	29,8	855	75,1	757	66,5
48. Zamojskie	37	7,5	157	31,9	90	18,3
49. Zielonogórskie	77	11,6	152	22,5	217	32,0

Tabela II. Płonica w Polsce w latach 1991-1997. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg środowiska i liczby ludności w miastach

Table II. Scarlet fever in Poland in 1991-1997. Number of cases and morbidity per 100 000 according to location (urban/rural)

Województwo	Mediana 1991-1995		1996		1997	
	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność
Miasto	6 594	27,7	16 285	68,1	14 311	59,8
Miasto < 20 tys.	1 132	25,1	2 526	54,1	2 571	54,5
Miasto < 20-49 tys.	1 006	24,6	2 931	69,4	2 566	60,6
Miasto 50-99 tys.	921	28,4	2 079	60,7	2 069	60,6
Miasto ≥ 100 tys.	3 638	30,9	8 749	75,6	7 105	61,4
Wieś	1 949	13,4	4 627	31,4	4 556	30,9
Ogółem	8 543	22,3	20 912	54,2	18 867	48,8

W skali województw, w miastach ogółem, tzn. bez względu na liczbę mieszkańców, najwyższą zapadalność, 2-krotnie wyższą od średniej krajowej, zanotowano w 1997 roku w woj. chełmskim (141,1), włocławskim (140,6) i koszalińskim (138,5), a najniższą w woj. kieleckim (17,0), łomżyńskim (22,7) i siedleckim (23,1); natomiast na wsi najwyższą zapadalność, 2-krotnie wyższą od krajowej, odnotowano w woj. jeleniogórskim (81,6), pilskim (68,1) i poznańskim (66,9), a najniższą w sieradzkim (5,6), skierniewickim (11,9) i toruńskim (12,1).

Średnia zapadalność na płonice w miastach ogółem (59,8) była w Polsce w 1997 roku prawie 2-krotnie wyższa niż na wsi (30,9). Wyższą zapadalność wśród mieszkańców miast zarejestrowano – tak jak w latach wcześniejszych – prawie w całym kraju, bo na obszarze 44 województw, przy czym relatywnie największą różnicę, ponad 12-krotną odnotowano w woj. sieradzkim (zapadalność w miastach 68,3; na wsi 5,6), a ponad 4-krotną w woj. chełmskim (141,1; 34,5) i włocławskim (140,6; 34,9). W 2 województwach – leszczyńskim i jeleniogórskim – zapadalność w miastach i na wsi ukształtowała się na tym samym poziomie (w granicach $\pm 5\%$), a z 3 województw, w których w 1997 roku wyższą zapadalność zarejestrowano na wsi, zdecydowaną różnicę na niekorzyść wsi,

ponad 2-krotną, zanotowano tylko w woj. pilskim (w miastach 31,0; na wsi 68,1); w dwu pozostałych województwach – kaliskim i gorzowskim – różnice na niekorzyść wsi były wyraźnie mniejsze i wynosiły ok. 20%.

Wyższą zapadalność na płonice w miastach niż na wsi rokrocznie notuje się w skali całego kraju praktycznie we wszystkich rocznikach dzieci i młodzieży do lat 15, tj. wśród dzieci, których zachorowania stanowią zazwyczaj około 95% ogółu rejestrowanych przypadków (w 1997 roku 95,8%). Stosunek wysokości współczynników w miastach i na wsi nie bywa jednak w poszczególnych grupach wieku taki sam – największe wartości przybiera zazwyczaj wśród dzieci w wieku 3–5 lat, czyli w wieku, w którym występują wyraźne środowiskowe różnice w intensywności kontaktów pomiędzy dziećmi, związane m.in. ze zmienną częstotliwością w miastach niż na wsi korzystaniem z instytucjonalnych form opieki nad dziećmi, takich jak żłobek czy przedszkole. Podobnie było w 1997 roku. Przy utrzymaniu się zapadalności na płonice w poszczególnych grupach wieku na wsi na poziomie z 1996 roku i znacznym spadku tej zapadalności zarejestrowanym w większości grup wieku w miastach we wszystkich rocznikach dzieci zapadalność w miastach w 1997 roku pozostała znacząco wyższa niż na wsi, przy czym największą różnicę, ponad 3-krotną, odnotowano wśród dzieci 5-letnich (w miastach 526,1/100 tys.; na wsi 168,5) i 4-letnich (494,5; 158,4), nieco mniejszą, ale także ponad 3-krotną, wśród 3-letnich (321,2; 105,0), i prawie 3-krotną wśród 2-letnich (183,8; 61,8). Wśród roczników młodszych oraz wśród starszych, włączając w to także młodzież i osoby dorosłe, różnice wyraźnie malały, by zaniknąć zupełnie wśród osób w wieku 40 lat i więcej (tab. III).

W skali całego kraju najwyższą zapadalność zarejestrowano wśród dzieci 7-letnich (504,4), tj. w wieku, w którym zapadalność w miastach w 1997 roku (684,4) nie spadła w porównaniu z 1996 rokiem (658,8). Zbliżoną zapadalność odnotowano też wśród 6-latków (473,4). Na obszarze poszczególnych województw zapadalność wśród dzieci 7-letnich wahała się od 1085,1 w koszalińskim, 869,6 w jeleniogórskim i 850,1 w krakowskim do 141,0 w kieleckim; a wśród 6-letnich od 1030,7 w poznańskim, 988,7 w koszalińskim i 775,1 w bydgoskim do 85,9 w łódzkiej.

Zapadalność wśród mężczyzn/chłopców (52,1) była w 1997 roku wyższa niż wśród kobiet (45,7) o ok. 12%. Nadreprezentacja zachorowań mężczyzn/chłopców od lat utrzymuje się w Polsce na podobnym poziomie: 10–15%.

Po 1979 roku hospitalizuje się w Polsce nie więcej niż 1–2% chorych na płonice. W 1997 roku hospitalizowano w skali całego kraju 1,1% chorych (201 osób), przy czym odsetek hospitalizowanych w skali województw wahał się od 0% (w 4 województwach) do 8,9% (w woj. zamojskim). Brak przypadków hospitalizowanych, podobnie jak ich skrajnie wysoki odsetek, najczęściej odnotowywany jest w województwach o niskiej bezwzględnej liczbie zachorowań, warto więc zwrócić uwagę, że w 1997 roku nie hospitalizowano ani jednej osoby m.in. w woj. koszalińskim, w którym zapadalność na płonice była najwyższa w kraju (109,4) przy 574 zarejestrowanych zachorowaniach.

Zgony z powodu płonicy do 1997 roku nie były w Polsce rejestrowane odrębnie. Jeśli wystąpiły, odnotowano to w kategorii wspólnej dla płonicy i/lub paciorkowcowego zapalenia gardła. W ostatnich dziesięciu latach zanotowano łącznie 6 takich przypadków. Od 1997 roku, po przyjęciu w Polsce X Rewizji „Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób”, ewentualne zgony z powodu płonicy wykazywane są osobno, do chwili przekazania tekstu do redakcji brak było jednak oficjalnych danych GUS o przyczynach zgonów w 1997 roku.

Tabela III. Płonica w Polsce w 1997 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg wieku, płci i środowiska.
 T a b e l e III. Scarlet fever in Poland in 1997. Number of cases, morbidity per 100 000 and percentage according to age, sex and location (urban/rural)

Wiek w latach	Mężczyźni			Kobiety			Miasto			Wieś			Ogółem		
	Zachorowania	Zapadalność	%	Zachorowania	Zapadalność	%	Zachorowania	Zapadalność	%	Zachorowania	Zapadalność	%	Zachorowania	Zapadalność	%
0-4	1990	170,7	20,3	1666	150,6	18,4	2847	231,1	19,9	809	77,7	17,8	3656	160,9	19,4
0	38	17,5	0,4	28	13,7	0,3	44	19,4	0,3	22	11,3	0,5	66	15,6	0,3
1	141	64,5	1,4	116	56,2	1,3	186	80,8	1,3	71	36,4	1,6	257	60,5	1,4
2	319	138,3	3,3	258	117,5	2,8	450	183,8	3,1	127	61,8	2,8	577	128,1	3,1
3	571	232,6	5,8	496	211,9	5,5	837	321,2	5,8	230	105,0	5,0	1067	222,5	5,7
4	921	362,8	9,4	768	317,8	8,5	1330	494,5	9,3	359	158,4	7,9	1689	340,8	9,0
5-9	5356	379,9	54,7	5201	388,6	57,3	8087	522,8	56,5	2470	205,6	54,2	10557	384,2	56,0
5	972	364,0	9,9	922	363,0	10,2	1495	526,1	10,4	399	168,5	8,8	1894	363,5	10,0
6	1300	472,6	13,3	1238	474,2	13,6	1922	647,3	13,4	616	257,5	13,5	2538	473,4	13,5
7	1463	523,8	14,9	1280	483,9	14,1	2097	684,4	14,7	646	272,1	14,2	2743	504,4	14,5
8	894	309,0	9,1	966	352,0	10,6	1412	438,1	9,9	448	185,5	9,8	1860	329,9	9,9
9	727	243,0	7,4	795	279,8	8,8	1161	344,5	8,1	361	146,6	7,9	1522	260,9	8,1
10-14	1954	116,2	20,0	1917	119,0	21,1	2859	144,2	20,0	1012	77,2	22,2	3871	117,6	20,5
15-19	378	22,7	3,9	153	9,6	1,7	354	17,1	2,5	177	14,7	3,9	531	16,2	2,8
20-29	77	2,7	0,8	82	3,0	0,9	103	3,0	0,7	56	2,6	1,2	159	2,9	0,8
30-39	22	0,8	0,2	36	1,3	0,4	37	1,1	0,3	21	1,0	0,5	58	1,1	0,3
40+	12	0,2	0,1	23	0,3	0,3	24	0,2	0,2	11	0,2	0,2	35	0,2	0,2
Ogółem	9789	52,1	100,0	9078	45,7	100,0	14311	59,8	100,0	4556	30,9	100,0	18867	48,8	100,0

M.P. Czarkowski

SCARLET FEVER IN 1997

SUMMARY

In 1997, two years after the last epidemic peak of scarlet fever, the speed of decrease of the number of registered cases has been slower than after earlier epidemics. However, the seasonal distribution of cases does not forecast an increase of incidence of scarlet fever in the near future. The age, sex, urban/rural distribution of scarlet fever remain stable. The highest incidence rates are noted in 7-8-year old children. Scarlet fever cases are hospitalized in 1%.

Adres autora:

Mirosław P. Czarkowski

Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa