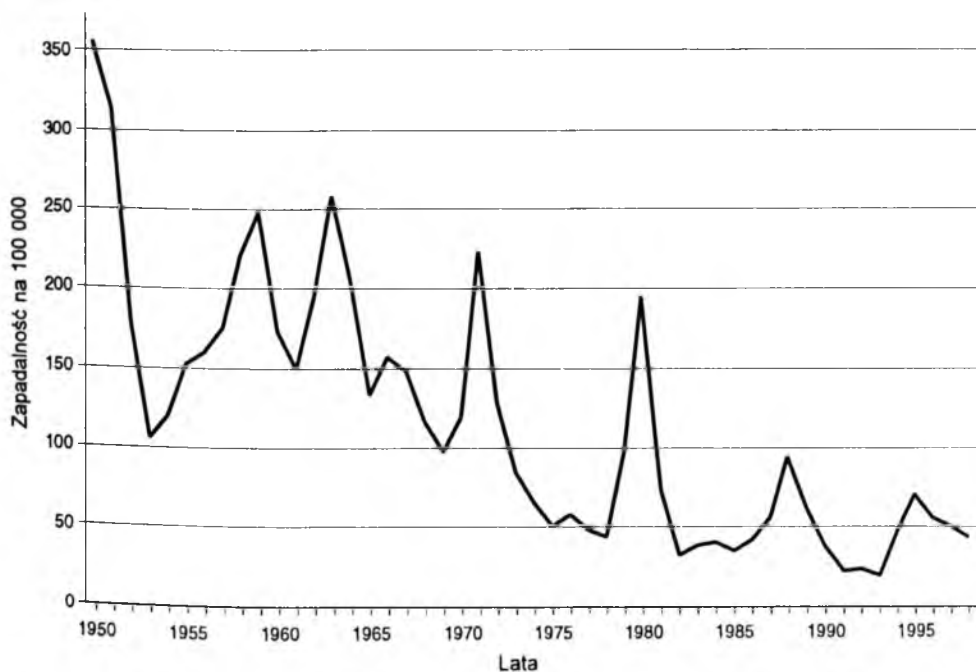


Mirosław P. Czarkowski

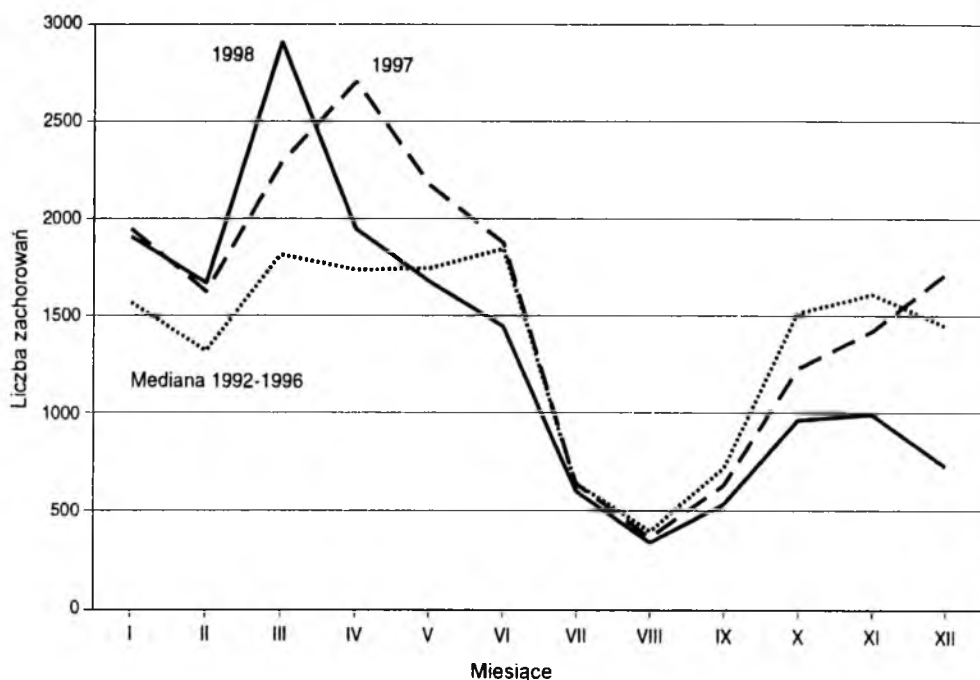
PŁONICA W 1998 ROKU

Ostatnia epidemia wyrównawcza płonicy, której szczyt odnotowano w Polsce w 1995 r., miała mniej gwałtowny przebieg i w okresie swego nasilenia spowodowała znacznie mniej zachorowań niż epidemie wcześniejsze, szczególnie epidemie występujące w latach 1950–1980 (ryc. 1). W rzeczywistości, w 1995 r. obserwowano w Polsce szereg epidemii lokalnych będących w różnych fazach rozwoju w różnych rejonach kraju, o szczytach przesuniętym w stosunku do siebie o 2, a nawet o 3 lata. Stąd też wolniejsze niż w przypadku poprzednich epidemii tempo obniżania się liczby zachorowań w całym kraju po przekroczeniu krajowego szczytu.

W 1998 r. liczba zachorowań na płonicę w Polsce zmniejszyła się w porównaniu do 1997 r. o 14,1%. W całym kraju zarejestrowano 16 206 zachorowań, tj. 41,9 na 100 tys. ludności. Była to liczba zachorowań nieco niższa od mediany z lat 1992–1996, niemniej ponad 2-krotnie wyższa od liczby zachorowań zarejestrowanych



Ryc. 1. Płonica w Polsce w latach 1950–1998. Zapadalność na 100 000 ludności
 Fig. 1. Scarlet fever in Poland in 1950–1998. Morbidity per 100 000



Ryc. 2. Płonica w Polsce w latach 1992–1998.

Liczba zachorowań w miesiącach (wg daty zachorowania)

Fig. 2. Scarlet fever in Poland in 1992–1998. Number of cases according to months

w 1993 r., w którym zapadalność na płonice w Polsce była najniższa w całym okresie powojennym (7023; 18,3/100 tys.).

Najwięcej zachorowań wystąpiło w marcu (2906; 18,4% wszystkich zachorowań w roku), najmniej w sierpniu (350; 2,2%), co od 1980 r. stało się w Polsce regułą. Przebieg sezonowej krzywej zachorowań oraz relatywnie niska zapadalność notowana w czwartym kwartale, wskazywały na możliwość utrzymania się spadkowej tendencji zachorowań z lat 1996–1998 także w roku następnym (ryc. 2).

Spadek zapadalności na płonice w 1998 roku zarejestrowano na obszarze 32 województw, przy czym w 23 województwach, w porównaniu do 1997 r., był to spadek w granicach 5–50%, a w 9 większy – do 65%. W 5 województwach zapadalność utrzymała się na poziomie z roku poprzedniego ($\pm 5\%$), a w 12 województwach wzrosła. Największy wzrost odnotowano w woj. toruńskim – z 24,2/100 tys. ludności w 1997 r. do 42,2 w 1998 r., tj. o 74,5%; oraz w elbląskim – z 41,7 do 67,9, tj. o 62,7% (tab. I).

Terytorialne zróżnicowanie zapadalności było w Polsce w 1998 r. relatywnie niewielkie – jak w okresach międzyepidemicznych. Stosunek najwyższej w skali województw zapadalności do zapadalności najniższej kształtował się jak 8 : 1. Dla porównania, w okresie szczytu ostatniej epidemii, tj. w 1995 r., stosunek ten wynosił 21 : 1.

Najwyższą zapadalność zanotowano w woj. opolskim (73,5/100 tys. ludności), katowickim (71,6) oraz szczecińskim (71,5), natomiast najniższą w kieleckim (9,2),

Tabela I. Płonica w Polsce w latach 1992-1998.

Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg województw

Table I. Scarlet fever in Poland in 1992-1998.

Number of cases and morbidity per 100 000 population, according to voivodeships

Województwo	Mediana 1992-1996		1997		1998	
	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność
1	2	3	4	5	6	7
POLSKA	17454	45,3	18 867	48,8	16 206	41,9
1. St. warszawskie	1 758	72,8	1 214	50,3	1 154	47,7
2. Białkopodlaskie	89	28,8	164	53,0	109	35,3
3. Białostockie	234	33,4	215	30,7	183	26,1
4. Bielskie	400	43,8	430	46,6	632	68,3
5. Bydgoskie	390	34,4	880	77,6	725	63,8
6. Chełmskie	46	18,4	204	81,8	83	33,3
7. Ciechanowskie	201	46,2	203	46,5	107	24,5
8. Częstochowskie	239	30,8	234	30,0	257	33,0
9. Elbląskie	342	69,5	206	41,7	336	67,9
10. Gdańskie	703	48,5	694	47,4	433	29,5
11. Gorzowskie	247	48,6	215	42,0	107	20,8
12. Jeleniogórskie	186	35,5	412	78,6	199	38,0
13. Kaliskie	156	21,6	300	41,5	135	18,7
14. Katowickie	2 147	54,3	2 420	61,8	2 793	71,6
15. Kieleckie	103	9,1	178	15,7	104	9,2
16. Konińskie	46	9,8	125	26,0	152	31,6
17. Koszalińskie	180	35,1	574	109,4	283	53,7
18. M. krakowskie	877	70,6	886	71,5	695	55,9
19. Krośnieńskie	41	8,1	206	40,5	96	18,8
20. Legnickie	115	22,0	276	52,6	158	30,1
21. Leszczyńskie	78	19,8	201	50,5	205	51,4
22. Lubelskie	309	30,2	448	43,6	227	22,1
23. Łomżyńskie	56	15,8	61	17,3	75	21,2
24. M. łódzkie	394	35,1	320	28,9	287	26,0
25. Nowosądeckie	270	37,3	327	44,2	296	39,7
26. Olsztyńskie	240	31,4	292	37,7	214	27,5
27. Opolskie	772	75,2	771	75,3	752	73,5
28. Ostrołęckie	159	39,8	158	38,5	105	25,5
29. Piłskie	140	28,5	234	47,1	131	26,4
30. Piotrkowskie	146	22,6	267	41,5	152	23,7
31. Płockie	187	35,9	146	28,0	101	19,4
32. Poznańskie	821	60,9	1 183	87,1	956	70,2
33. Przemyskie	79	19,1	122	29,3	89	21,4
34. Radomskie	279	36,6	275	36,0	280	36,7
35. Rzeszowskie	159	21,3	291	38,8	101	13,4
36. Siedleckie	119	18,0	115	17,4	109	16,5
37. Sieradzkie	49	11,9	126	30,5	75	18,2
38. Skierniewickie	146	34,5	117	27,6	143	33,8
39. Słupskie	258	60,4	200	46,7	196	45,7

1	2	3	4	5	6	7
40. Suwalskie	95	20,0	190	38,9	97	19,8
41. Szczecińskie	713	72,3	563	56,6	712	71,5
42. Tarnobrzeskie	247	40,6	355	58,2	130	21,3
43. Tarnowskie	138	20,0	214	30,7	246	35,2
44. Toruńskie	167	24,9	163	24,2	285	42,2
45. Wałbrzyskie	145	19,6	253	34,4	326	44,4
46. Włocławskie	158	36,4	375	86,2	164	37,7
47. Wrocławskie	782	68,9	757	66,5	743	65,3
48. Zamojskie	37	7,5	90	18,3	134	27,3
49. Zielonogórskie	152	22,5	217	32,0	134	19,8

rzeszowskim (13,4) i siedleckim (16,5). Różnice między województwami pozostawały w wyraźnym związku ze stopniem zurbanizowania województw – im wyższy odsetek ludności w miastach tym wyższa (przeciętnie) zapadalność. Uwagę zwracała sytuacja epidemiologiczna płonicy w woj. warszawskim, gdzie – tak jak w 1997 r. – odnotowano zapadalność (47,7) niewiele tylko wyższą od średniej krajowej (41,9), podczas gdy w okresie kilkunastu wcześniejszych lat współczynniki zapadalności były w tym województwie na ogół najwyższe w kraju.

Zapadalność na płonicę w miastach ogółem była w 1998 r. ponad 2-krotnie wyższa niż na wsi i wyniosła w całym kraju 52,8/100 tys. ludności (tab. II). Najwyższą zapadalność (63,4) odnotowano w miastach liczących 20–49 tys. mieszkańców – gdzie, w porównaniu do 1997 r., zarejestrowano niewielki wzrost zapadalności (o 4,6%), najniższą (40,4) w miastach liczących poniżej 20 tys. mieszkańców – gdzie w 1998 r. spadek zapadalności był największy (o 25,9%). W poszczególnych województwach, zapadalność w miastach wahała się od 102,2 w opolskim, 85,9 w szczecińskim i 85,9 w elbląskim do 8,8 w kieleckim, 19,1 w rzeszowskim i 20,1 w gorzowskim.

Tabela II. Płonica w Polsce w latach 1992–1998. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg środowiska i liczby ludności w miastach

Table II. Scarlet fever in Poland in 1992–1998. Number of cases and morbidity per 100 000 population according to location (urban/rural)

Województwo	Mediana 1992–1996		1997		1998	
	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność	Zachorowania	Zapadalność
Miasto	14 386	60,3	14 311	59,8	12 645	52,8
Miasto <20 tys.	2 006	43,5	2 571	54,5	1 939	40,4
Miasto 20–49 tys.	2 036	48,9	2 566	60,6	2 685	63,4
Miasto 50–99 tys.	1 757	50,7	2 069	60,6	1 586	47,2
Miasto ≥100 tys.	8 587	73,9	7 105	61,4	6 435	55,8
Wieś	3 068	20,9	4 556	30,9	3 561	24,2
Ogółem	17 454	45,3	18 867	48,8	16 206	41,9

Tabela III. Dżuma w Polsce w 1998 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg wieku, płci i środowiska
 T a b l e III. Scarlet fever in Poland in 1998. Number of cases, morbidity per 100 000 population 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	2 054	184,1	24,5	1 690	159,9	21,6	3 022	256,6	23,9	722	72,6	20,3	3 744	172,3	23,1
0	44	21,2	0,5	34	17,5	0,4	56	25,9	0,4	22	11,8	0,6	78	19,4	0,5
1	138	64,5	1,6	115	57,0	1,5	195	86,8	1,5	58	30,3	1,6	253	60,8	1,6
2	331	151,5	4,0	268	129,8	3,4	465	201,5	3,7	134	69,0	3,8	599	141,0	3,7
3	637	276,2	7,6	538	245,0	6,9	969	395,4	7,7	206	100,5	5,8	1 175	261,0	7,3
4	904	368,3	10,8	735	314,1	9,4	1 337	512,3	10,6	302	138,2	8,5	1 639	341,8	10,1
5-9	4 770	349,7	57,0	4 593	354,5	58,6	7 294	492,9	57,7	2 069	175,3	58,1	9 363	352,0	57,8
5	987	388,9	11,8	899	372,1	11,5	1 572	583,6	12,4	314	138,9	8,8	1 886	380,7	11,6
6	1 282	480,2	15,3	1 127	443,8	14,4	1 915	673,1	15,1	494	209,0	13,9	2 409	462,4	14,9
7	1 224	445,1	14,6	1 137	435,6	14,5	1 795	604,1	14,2	566	236,9	15,9	2 361	440,5	14,6
8	759	271,8	9,1	838	316,9	10,7	1 213	395,8	9,6	384	161,9	10,8	1 597	293,7	9,9
9	518	179,1	6,2	592	215,7	7,6	799	248,0	6,3	311	128,8	8,7	1 110	196,9	6,8
10-14	1 269	78,0	15,2	1 298	83,4	16,6	1 966	103,7	15,5	601	46,6	16,9	2 567	80,6	15,8
15-19	205	12,1	2,4	152	9,4	1,9	252	12,1	2,0	105	8,6	2,9	357	10,8	2,2
20-29	51	1,8	0,6	56	2,0	0,7	70	2,0	0,6	37	1,7	1,0	107	1,9	0,7
30-39	19	0,7	0,2	28	1,1	0,4	27	0,8	0,2	20	1,0	0,6	47	0,9	0,3
40+	6	0,1	0,1	15	0,2	0,2	14	0,1	0,1	7	0,1	0,2	21	0,1	0,1
Ogółem	8 374	44,5	100,0	7 832	39,4	100,0	12 645	52,8	100,0	3 561	24,2	100,0	16 206	41,9	100,0

Na wsi, przy średniej zapadalności w kraju 24,2/100 tys., współczynniki w województwach wahały się w granicach od 71,4 w bielskim, 67,8 w poznańskim i 46,8 w leszczyńskim do 6,8 w sieradzkim, 7,2 ciechanowskim i 8,9 w tarnobrzeskim. Wyższą (przynajmniej o 20%) zapadalność wśród mieszkańców miast odnotowano na obszarze 44 województw, w 2 województwach – poznańskim i jeleniogórskim – współczynniki zapadalności w miastach i na wsi były zbliżone (różnice w granicach $\pm 5\%$) i tylko w 3 województwach – gorzowskim, bielskim i kieleckim – nieco wyższe (do 10%) współczynniki zapadalności zarejestrowano na wsi.

Wyższa zapadalność na płonice w miastach zaznaczyła się wyraźnie we wszystkich rocznikach dzieci i młodzieży do lat 15, tj. w rocznikach, w których zachorowania stanowiły w 1998 r. 96,7% ogółu zarejestrowanych przypadków (w 1997 r. 95,8%). Największą różnicę, ponad 4-krotną, odnotowano wśród dzieci 5-letnich (w miastach zapadalność 583,6/100 tys.; na wsi 138,9), a ponad 3-krotną – wśród dzieci 3-letnich (odpowiednio 395,4; 100,5), 4-letnich (512,3; 138,2) i 6-letnich (673,1; 209,0). Wśród młodszych oraz wśród starszych dzieci różnice były mniejsze, ale także wyraźne, w większości co najmniej 2-krotne (tab. III).

Spadek zapadalności na płonice w Polsce w 1998 r. nie objął wszystkich grup wieku. Zapadalność, w porównaniu do 1997 r., zmniejszyła się wyraźnie wśród dzieci w wieku powyżej 5 lat oraz wśród młodzieży i osób dorosłych, natomiast wśród dzieci najmłodszych utrzymała się na poziomie z 1997 r. lub wzrosła. Wyraźny wzrost zapadalności odnotowano wśród niemowląt (z 15,6/100 tys. w 1997 r. do 19,4 w 1998 r., tj. o 24,4%), wśród dzieci 2-letnich (ze 128,1 do 141,0; tj. o 10,1%) oraz wśród dzieci 3-letnich (z 222,5 do 261,8; tj. o 17,3%). Zjawisko to trudno wyjaśnić w oparciu o rutynowo zbierane dane.

Wzrost zapadalności wśród najmłodszych dzieci (przy spadku zapadalności wśród dzieci starszych) nie zmienił ogólnej zależności między wysokością współczynników zapadalności a wiekiem. Tak jak w latach wcześniejszych, najwyższą zapadalność na płonice zarejestrowano wśród dzieci w wieku 6 lat (w skali całego kraju 462,4/100 tys.; od 1 040,3 w woj. katowickim do 100,8 w sieradzkim) oraz wśród dzieci 7-letnich (440,5; od 894,6 w woj. wrocławskim do 81,8 w rzeszowskim).

Zapadalność na płonice mężczyzn/chłopców ogółem (44,5) była w Polsce w 1998 r. wyższa od zapadalności kobiet/dziewcząt (39,4) o 12,9%. Wyższe współczynniki zapadalności mężczyzn odnotowano jednak tylko wśród dzieci w wieku do 7 lat oraz wśród młodzieży w wieku 15–19 lat. W innych grupach wieku znacząco wyższe były współczynniki zapadalności kobiet. Podobny związek między wiekiem i płcią a zapadalnością na płonice oraz zbliżoną (procentową) różnicę w ogólnej zapadalności mężczyzn i kobiet stwierdza się rokrocznie.

Z powodu płonicy hospitalizowano w Polsce w 1998 r. 160 osób – 1,0% ogółu chorych. Według danych GUS zgonów nie zarejestrowano.

M.P. Czarkowski

SCARLET FEVER IN 1998

SUMMARY

Following last compensatory epidemic of scarlet fever in 1995 number of cases decreases more slowly than after earlier epidemics. In 1998 incidence for the whole country was 41.9 per 100 000 with a range of 9.2 to 72.5 for individual voivodeships. Relations between incidence and age, gender and habitation (rural vs. urban areas) did not change. In 1998 the highest incidence was noted among children 6 years old (462.4) and 7 years old (440.5). Incidence among men was slightly higher (44.5) than women (39.4). Incidence in urban areas (52.8) more than twofold surpassed incidence in rural areas (24.2). 1% of cases were hospitalized. There were not any fatalities noted.

Adres autora:

Miroslaw P. Czarkowski

Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

ul. Chocimska 24, 00-79J Warszawa