

Mirosław P Czarkowski, Barbara Kondej, Ewa Staszewska

PŁONICA W POLSCE W 2011 ROKU

Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego –
Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

CEL PRACY. Ocena sytuacji epidemiologicznej płonicy w Polsce w 2011 r.

MATERIAŁ I METODY. Ocenę przeprowadzono analizując dane opublikowane w biuletynie „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2011 roku” (Warszawa 2012, NIZP-PZH, GIS) i w biuletynach z lat wcześniejszych.

WYNIKI. Od 2004 r. obserwuje się w Polsce epidemiczny wzrost liczby zachorowań na płonicę. Tempo tego wzrostu jest jednak wyraźnie wolniejsze, a poziom zapadalności znacznie niższy niż w okresach poprzednich epidemii. W roku 2011 w całym kraju zarejestrowano ogółem 18 267 zachorowań, a zapadalność wyniosła 47,4 na 100 000 ludności (w województwach: od 23,4 w łódzkim do 68,0 w śląskim). Najwyższą zapadalność zanotowano wśród dzieci 5-letnich (773,0) oraz 6-letnich (782,4), przy czym zachorowania dzieci i młodzieży do lat 15 stanowiły 96,9% wszystkich zachorowań. Zapadalność mężczyzn (53,7) prawie o 30% przewyższała zapadalność kobiet (41,6). Zapadalność w miastach była wyższa niż na wsi i wynosiła 53,3 (na wsi – 38,3). Hospitalizowano 1,1% chorych. Nie odnotowano zgonów.

PODSUMOWANIE. Na sytuację epidemiologiczną płonicy w Polsce w ostatnich dwóch dekadach mają wpływ m.in. zmiany demograficzne - zmniejszanie się populacji dzieci, tj. grupy szczególnie podatnej na zakażenie. W celu zwiększenia wiarygodności danych z nadzoru, wskazane jest wydatne zwiększenie odsetka przypadków zachorowań, w których diagnoza kliniczna byłaby potwierdzana wynikiem badania bakteriologicznego.

Słowa kluczowe: *płonica, choroby zakaźne, epidemiologia, Polska, 2011*

CEL PRACY

Celem pracy była ocena sytuacji epidemiologicznej płonicy w Polsce w 2011 r. w porównaniu z latami wcześniejszymi.

MATERIAŁ I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej płonicy w Polsce w 2011 r. przeprowadzono analizując dane opublikowane w biuletynie „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2011 roku” (Warszawa 2012, NIZP-PZH, GIS) i w biuletynach z lat wcześniejszych. Niezależnie, w analizie wykorzystano też niektóre niepublikowane wcześniej dane o zarejestrowanych w 2011 r. zachorowaniach na płonicę, przesłane do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej na 2011 r.

Wszystkie dane wykorzystane w analizie, zarówno aktualne jak i historyczne, dotyczyły zachorowań na płonicę zgłoszonych przez lekarzy do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku z obowiązkiem zgłaszania zachorowań na tę chorobę, wprowadzonym w 1963 r. „Ustawą o zwalczaniu chorób zakaźnych” (Dz. U. Nr 50, poz. 279 z późn. zm.) i utrzymanym w latach późniejszych w kolejnych ustawach, określających zasady nadzoru nad chorobami zakaźnymi w Polsce (Dz. U. 2001 nr 126 poz. 1384 z późn. zm.; Dz. U. 2008 nr 234 poz. 1570 z późn. zm.).

W całym wspomnianym wyżej okresie, tj. od 1963 r., rejestrowane i wykazywane w sprawozdaniach były wszystkie zachorowania zgłaszane przez lekarzy jako płonica, co umożliwiło porównywanie danych wieloletnich. Porównywalności danych nie zaburzyło wprowadzenie w polskim nadzorze epidemiologicznym w 2005 r. definicji przypadku płonicy, ponieważ definicja uwzględniała (oprócz przypadków „potwierdzonych” i „prawdopodobnych”) także przypadki „moż-

liwe” - definiowane jako zachorowania „rozpoznane przez lekarza jako płonica”.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Cykl epidemiczny płonicy w Polsce po ostatniej epidemii tej choroby (26 466 zachorowań w 1995 r., zapadalność 68,6 na 100 000 ludności) uległ znacznemu wydłużeniu. Poczynając od 1996 r., przez osiem lat obserwowano wyraźne obniżenie się zapadalności, następnie, po 2003 r., przez kolejne osiem lat notuje się mniej lub bardziej wyraźny jej wzrost. (Fig. 1 Płonica w Polsce w latach 1975-2011. Zapadalność na 100 000 ludności) W 2011 r. zapadalność na płonicę w Polsce wzrosła prawie o 30% w stosunku do roku poprzedniego i prawie o 70% w stosunku do mediany z lat 2005-2009, a krzywa sezonowa zachorowań w 2011 r. nie zapowiadała załamania się trendu wzrostowego w kolejnym roku. (Fig. 2 Płonica w Polsce w latach 2005-2011. Liczba zachorowań w miesiącach (wg daty zachorowania))

W całym kraju zanotowano w 2011 r. 18 267 zachorowań, a zapadalność wyniosła 47,4 na 100 000 ludności. Najwięcej zachorowań zarejestrowano w kwietniu (2 244, tj. 12,4% ogółu przypadków zarejestrowanych w całym roku) i w maju (2 152; 11,9%), najmniej – jak zwykle - w sierpniu (338; 1,9%). (Fig. 2)

W poszczególnych województwach zapadalność na płonicę w 2011 r. w porównaniu do 2010 r. wzrosła w trzynastu (w granicach od 8% do 92%), w dwóch utrzymała się na zbliżonym poziomie (różnice w granicach \pm 5%), a w jednym województwie wyraźnie spadła (o 22%). Największy (procentowo) wzrost zapadalności odnotowano w woj. dolnośląskim - z 24,1 do 46,3 na 100 000, tj. o 92%. Spadek odnotowano w woj. świętokrzyskim (z 37,1 do 29,0). (Tab. I Płonica w Polsce w latach 2005-2011. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg województw)

Terytorialne zróżnicowania zapadalności na płonicę – oceniane stosunkiem najwyższej zapadalności w skali województw do zapadalności najniższej - było w 2011 r. niewielkie (stosunek jak 2,9:1), jedno z najmniejszych jakie notowano w kraju po zmianie podziału administracyjnego w 1999 r. Najwyższą zapadalność zarejestrowano w woj. śląskim, gdzie współczynnik zapadalności wyniósł 68,0 na 100 000 ludności i przewyższał zapadalność ogólnokrajową o 43%. Najniższą zapadalność, tak jak w 2010 r., zarejestrowano w woj. łódzkim (23,4; 51% poniżej zapadalności w całym kraju), Wyraźnie niższą zapadalność od ogólnokrajowej stwierdzono też w woj. lubelskim (26,3; -44%) i podkarpackim (27,3; -42%). W przypadku woj. podkarpackiego, tak niska zapadalność była jednocześnie

najwyższą, jaką odnotowano w tym województwie po reformie administracyjnej kraju w 1999 r. (Tab. I)

Zgodnie z wieloletnią tendencją, zapadalność na płonicę w miastach ogółem (53,3 na 100 000) jak i bez względu na wielkość miasta, była znacząco wyższa niż na wsi (38,3) (Tab. II Płonica w Polsce w latach 2005-2011. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg środowiska i liczby ludności w miastach). W poszczególnych województwach współczynniki zapadalności na płonicę w miastach wahały się od 72,4 na 100 000 w śląskim i 71,3 w opolskim do 20,2 w łódzkim i 29,5 w lubelskim, natomiast na wsi od 54,8 w wielkopolskim i 51,1 w mazowieckim do 20,8 w podkarpackim i 21,6 w podlaskim. Wyższą zapadalność w miastach (ogółem) niż na wsi zarejestrowano na obszarze trzynastu województw, przy czym w woj. opolskim była to zapadalność ponad 2-krotnie wyższa (odpowiednio 71,3 i 30,4). Jedynie w woj. łódzkim i dolnośląskim znacząco wyższe współczynniki zapadalności odnotowano na wsi (odpowiednio o 43% i 12%).

Znacząco wyższa zapadalność na płonicę w miastach niż na wsi w 2011 r. zaznaczyła się prawie we wszystkich grupach wieku. Największe różnice, ponad 2-krotne, tak jak rok wcześniej, wystąpiły wśród dzieci 3-letnich (zapadalność w miastach 746,2 na 100 000 dzieci w tym wieku; na wsi 336,7) oraz wśród dzieci 4-letnich (odpowiednio: 990,8; 480,0). (Tab. III Płonica w Polsce w 2011 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg wieku, płci i środowiska)

Zapadalność mężczyzn była w 2011 r. prawie o 30% wyższa od zapadalności kobiet (odpowiednio: 53,7 na 100 000 i 41,6). Nadwyżkę zachorowań mężczyzn zauważa się w Polsce rokrocznie od 1981 roku, przy czym różnica ma tendencję do powiększania się (Fig. 3 Płonica w Polsce w latach 1992-2011. Stosunek zapadalności mężczyzn do zapadalności kobiet). Wyższa zapadalność mężczyzn w 2011 r. wystąpiła głównie wśród dzieci i młodzieży, zwłaszcza w grupie wieku 15-19 lat (odpowiednio 17,1 i 10,4).

Rozkład zachorowań według wieku chorych był w 2011 r. porównywalny z obserwowanym w Polsce we wcześniejszych latach (Tab. III) a najwyższą zapadalność, tak jak rok wcześniej, zanotowano wśród dzieci 5-letnich (782,4 na 100 000 dzieci w tym wieku) i 4-letnich (773,0). Ponieważ pewne przesunięcie modalnej zapadalności w kierunku najmłodszych roczników dało się zauważyć już wcześniej, w latach 2008-2009, nie można wykluczyć, że obserwujemy właśnie trwałą zmianę obrazu sytuacji epidemiologicznej i powrót do rozkładu wieku chorych obserwowanego w latach 80. XX w. Najwyższą zapadalność dzieci 5-letnich zarejestrowano w dziesięciu województwach, a dzieci 4-letnich - w sześciu. Na obszarze poszczególnych województw współczynniki zapadalności dzieci 5-letnich

wahały się w granicach od 374,2 w woj. łódzkim do 1334,4 w śląskim; a dzieci 4-letnich - od 311,0 w podkarpackim do 1292,9 w śląskim.

Z powodu płonicy hospitalizowano w Polsce w 2011 r. 202 osoby - 1,1% ogółu osób, które zachorowały na tę chorobę. Zgonów z powodu płonicy - wg danych Departamentu Badań Demograficznych GUS - nie zarejestrowano.

Od 2005 r., tj. od wprowadzenia w Polsce w nadzorze epidemiologicznym nad płonicą definicji przypadku tej choroby, nie stwierdza się wzrostu odsetka zachorowań, w których rozpoznanie kliniczne zostałoby potwierdzone laboratoryjnie. W 2011 r. jako przypadki „potwierdzone” laboratoryjnie stacje sanitarno-epidemiologiczne zarejestrowały tylko 0,18% wszystkich zachorowań na płonicę (33 przypadki), a jako „możliwe”, czyli rozpoznane wyłącznie na podstawie objawów klinicznych, aż 99,80% zachorowań. Pozostałe 0,02% przypadków (4 zachorowania) zarejestrowano jako „prawdopodobne”, czyli powiązane epidemiologicznie z przypadkami potwierdzonymi laboratoryjnie. Tak niski odsetek potwierdzeń laboratoryjnych nie jest tylko problemem nadzoru epidemiologicznego nad płonicą, stanowi szerszy problem braku w polskim nadzorze mechanizmów zapewniających finansowanie laboratoryjnych badań diagnostycznych wykonywanych na potrzeby zdrowia publicznego.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wydłużenie się obserwowanego w Polsce cyklu epidemicznego płonicy, spowolnienie tempa spadku i tempa wzrostu krzywej epidemicznej tej choroby oraz obniżenie się przeciętnej rocznej zapadalności, spowodowane są m.in. zmianami demograficznymi zachodzącymi w Polsce w ostatnich dekadach – starzeniem się społeczeństwa i zmniejszaniem się populacji dzieci, tj. grupy szczególnie podatnej na zakażenie. Tym samym zmniejsza się możliwości transmisji zakażeń, a epidemie mają raczej lokalny charakter.

W celu zwiększenia wiarygodności danych z nadzoru epidemiologicznego nad płonicą, zwiększenia czułości i specyficzności tego nadzoru, wskazane jest wydatne zwiększenie odsetka przypadków zachorowań, w których diagnoza kliniczna byłaby potwierdzana wynikiem badania bakteriologicznego.

Otrzymano: 18.03.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 28.03.2013 r.

Adres do korespondencji:

Mirosław P Czarkowski
Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
e-mail: mpc@pzh.gov.pl