

*Ewa Staszewska, Barbara Kondej, Mirosław P Czarkowski*

## PŁONICA W POLSCE W 2012 ROKU

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

### STRESZCZENIE

**CEL PRACY.** Ocena sytuacji epidemiologicznej płonicy w Polsce w 2012 r.

**MATERIAŁ I METODY.** Ocenę przeprowadzono analizując dane opublikowane w biuletynie „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 roku” (Warszawa 2013, NIZP-PZH, GIS) i w biuletynach z lat wcześniejszych, oraz niepublikowane dane zebrane w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej.

**WYNIKI.** W ostatnich 15-20 latach obserwuje się w Polsce ponad 2-krotne wydłużenie się cyklu epidemicznego płonicy, spowolnienie tempa spadku i tempa wzrostu krzywej epidemicznej oraz obniżenie się przeciętnej rocznej zapadalności. W roku 2012 w całym kraju zarejestrowano ogółem 25 421 zachorowań, a zapadalność wyniosła 66,0 na 100 000 ludności (w województwach: od 25,8 w łódzkim do 114,2 w pomorskim). Najwyższą zapadalność zanotowano wśród dzieci 5-letnich (1094,7) oraz 6-letnich (877,3), przy czym zachorowania dzieci i młodzieży do lat 15 stanowiły 95,6% wszystkich zachorowań. Zapadalność mężczyzn (74,8) przewyższała prawie o 30% zapadalność kobiet (57,6). Zapadalność w miastach była wyższa niż na wsi i wynosiła 72,7 (na wsi – 55,7). Hospitalizowano 0,9% chorych. Nie odnotowano zgonów.

**PODSUMOWANIE.** Wyraźne zmiany w sytuacji epidemiologicznej płonicy w ostatnich dekadach są związane m.in. ze starzeniem się polskiego społeczeństwa i kurczeniem się populacji dzieci, grupy szczególnie podatnej na zakażenie.

Mając na uwadze konieczność zwiększenia specyficzności danych z nadzoru, niezbędne jest wydatne zwiększenie odsetka przypadków zachorowań, w których diagnoza kliniczna byłaby potwierdzana wynikiem badania bakteriologicznego.

**Słowa kluczowe:** *płonica, choroby zakaźne, epidemiologia, Polska, 2012 rok*

### CEL PRACY

Celem pracy była ocena sytuacji epidemiologicznej płonicy w Polsce w 2012 r. w porównaniu z latami wcześniejszymi.

### MATERIAŁ I METODY

Oceniając sytuację epidemiologiczną płonicy w Polsce w 2012 r. przeanalizowano dane o zachorowaniach zarejestrowanych przez inspekcję sanitarną, przesłane do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej, w tym dane opublikowane w biuletynie „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 roku” (Warszawa 2013, NIZP-PZH, GIS) i w biuletynach z lat wcześniejszych.

Dane te dotyczą zachorowań zgłaszanych przez lekarzy w związku z obowiązkiem zgłaszania zachorowań na płonicę, wprowadzonym „Ustawą o zwalczaniu chorób zakaźnych” (Dz. U. Nr 50, poz. 279 z późn. zm.) w 1963 r. i utrzymanym 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.).

Ponieważ przez cały okres trwania obowiązku zgłaszania płonicy, tj. od 1963 r., rejestrowane i wykazywane w sprawozdaniach są wszystkie zachorowania zgłaszane przez lekarzy, pozwala to na bezpośrednie porównywanie danych wieloletnich. Definicja przypadku płonicy wprowadzona w polskim nadzorze epidemiologicznym w 2005 r. nie zaburzyła porównywalności danych, ponieważ uwzględnia (oprócz przypadków „potwierdzonych” i „prawdopodobnych”) także przypadki „możliwe” - definiowane jako zachoro-

wania „rozpoznane przez lekarza jako płonica”, a więc wszystkie przypadki płonicy zgłaszane przez lekarzy.

## WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Cykl epidemiczny płonicy w Polsce wydłużył się w okresie ostatnich 15-20 lat co najmniej dwukrotnie. Początkowo, po roku 1995, przez osiem kolejnych lat obserwowano w Polsce wyraźny spadek zapadalności na tę chorobę, następnie, po 2003 r., przez kolejne dziewięć lat obserwuje się jej mniej lub bardziej wyraźny wzrost. (Fig. 1 Płonica w Polsce w latach 1975-2012. Zapadalność na 100 000 ludności) W 2012 r. zapadalność na płonicę w całym kraju wzrosła prawie o 40% w stosunku do roku poprzedniego i ponad dwukrotnie w stosunku do mediany z lat 2005-2010, przy czym krzywa sezonowa zachorowań w 2012 r. nie zapowiada gwałtownego załamania się trendu wzrostowego w następnym roku. (Fig. 2 Płonica w Polsce w latach 2005-2012. Liczba zachorowań w miesiącach (wg daty zachorowania))

W 2012 r. w całym kraju zanotowano 25 421 zachorowań na płonicę, a zapadalność wyniosła 66,0 na 100 000 ludności. Najwięcej zachorowań wystąpiło w marcu (3 697, tj. 14,6% ogółu przypadków zarejestrowanych w całym roku) i w kwietniu (3 056; 12,0%), najmniej – jak zwykle - w sierpniu (435; 1,7%). (Fig. 2) Sezonowy rozkład zachorowań nie odbiegał więc znacząco od rozkładu typowego dla okresu względnie łagodnych zmian (wzrost, spadek) w przebiegu krzywej epidemicznej.

W dwóch województwach zapadalność na płonicę w 2012 r. w porównaniu do 2011 r. utrzymała się na zbliżonym poziomie (różnice w granicach  $\pm 5\%$ ), a w pozostałych czterech wzrosła w granicach od 10% do 120%. Największy (procentowo) wzrost zapadalności odnotowano w woj. pomorskim - z 51,8 do 114,2 na 100 000, tj. o 120%; i warmińsko-mazurskim – z 34,8 do 68,3, tj. o 96%. (Tab. I Płonica w Polsce w latach 2006-2012. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg województw)

Międzywojewódzkie różnice zapadalności na płonicę w 2012 r. – wyrażone stosunkiem najwyższej zapadalności w skali województw do zapadalności najniższej – kształtowały się jak 4,4:1, co odpowiadało średniemu zróżnicowaniu międzywojewódzkiemu obserwowanemu w Polsce po podziale administracyjnym wprowadzonym w 1999 r. Najwyższe współczynniki zapadalności zarejestrowano: w woj. pomorskim - 114,2 (współczynnik wyższy od zapadalności ogólnokrajowej o 73%) oraz w śląskim - 93,7 (współczynnik wyższy o 42%). Zapadalność najniższą, już trzeci rok z rzędu, odnotowano w woj. łódzkim (25,8; 61% poniżej zapadalności ogólnokrajowej). Należy jednak zauważyć,

że ta najniższa w kraju zapadalność w 2012 r., w przypadku woj. łódzkiego była jednocześnie najwyższą zapadalnością, jaką odnotowano w tym województwie po roku 1998, tj. po reformie administracyjnej kraju. (Tab. I) W 2012 r. wyraźnie niższą zapadalność od ogólnokrajowej odnotowano też w woj. podkarpackim (32,2; -51%) i świętokrzyskim (35,4; -46%).

Zapadalność na płonicę w miastach ogółem (72,7 na 100 000) była w 2012 r. o 31% wyższa niż na wsi (55,7), przy czym wyższą zapadalność w miastach notowano bez względu na wielkość miast (Tab. II Płonica w Polsce w latach 2005-2012. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg środowiska i liczby ludności w miastach). Na terenie poszczególnych województw zapadalność w miastach wahała się w granicach od 121,3 w pomorskim do 23,4 w łódzkim, natomiast zapadalność na wsi w granicach od 102,5 w śląskim do 23,2 w podkarpackim. Znacząco wyższą zapadalność w miastach (ogółem) niż na wsi (o 12% do 93%) odnotowano w trzynastu województwach. W trzech województwach (w łódzkim, kujawsko-pomorskim i śląskim) współczynniki zapadalności na płonicę na wsi były w 2012 r. wyższe niż w miastach (odpowiednio o 28%, 15% i 13%). Tak jak rok wcześniej, wyższą zapadalność na płonicę w miastach niż na wsi odnotowano prawie we wszystkich analizowanych grupach wieku, przy czym największe różnice, prawie 2-krotne, odnotowano wśród dzieci 3-letnich (zapadalność w miastach 981,9 na 100 000 dzieci w tym wieku; na wsi 539,1) oraz wśród dzieci 4-letnich (odpowiednio: 1302,1; 681,4). (Tab. III Płonica w Polsce w 2012 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg wieku, płci i środowiska). Analizując związek między zapadalnością a środowiskiem zamieszkania należy jednak zauważyć, że w perspektywie wieloletniej obserwuje się w Polsce wyraźne zmniejszanie się różnicy między zapadalnością na płonicę w miastach i na wsi, tempo tego procesu jest jednak dość powolne. (Fig. 3. Płonica w Polsce w latach 1993-2012. Stosunek zapadalności w miastach do zapadalności na wsi)

Na przestrzeni lat zmienia się także stosunek współczynników zapadalności mężczyzn i kobiet. Znacząco wyższą zapadalność mężczyzn niż kobiet notuje się w Polsce rokrocznie od 1981 roku, przy czym różnica między współczynnikami po 1998 r. ma tendencję do powiększania się (Fig. 4. Płonica w Polsce w latach 1993-2012. Stosunek zapadalności mężczyzn do zapadalności kobiet). W roku 2012 zapadalność mężczyzn (74,8 na 100 000) była o 30% wyższa od zapadalności kobiet (57,6), przy czym wyższe współczynniki zapadalności mężczyzn odnotowano przede wszystkim wśród dzieci i młodzieży. Największa różnica między zapadalnością mężczyzn i kobiet (3,5-krotna) wystąpiła w grupie wieku 15-19 lat (odpowiednio 43,9 i 12,7).

Rozkład zachorowań na płonicę według wieku chorych w 2012 r. (Tab. III) nie odbiegał od rozkładu obserwowanego w Polsce rok wcześniej. Najwyższą zapadalność, tak jak w 2011 r., zanotowano wśród dzieci 5-letnich (1094,7 na 100 000 dzieci w tym wieku) i 4-letnich (1038,0), przy czym zachorowania dzieci i młodzieży do lat 15 stanowiły 95,6% wszystkich zachorowań. Najwyższe współczynniki zapadalności dzieci 5-letnich odnotowano na obszarze jedenastu województw, a dzieci 4-letnich – na obszarze czterech. W poszczególnych województwach zapadalność dzieci 5-letnich oscylowała w granicach od 476,3 w woj. łódzkim do 1658,1 w śląskim; a dzieci 4-letnich - od 357,2 w łódzkim do 1686,8 w pomorskim.

Z powodu płonicy hospitalizowano w Polsce w 2012 r. 229 osób – 0,9% ogółu osób, które zachorowały na tę chorobę. Zgonów z powodu płonicy - wg danych Departamentu Badań Demograficznych GUS - nie zarejestrowano.

Stacje sanitarno-epidemiologiczne, kwalifikujące zgłoszenia płonicy nadsyłane przez lekarzy w oparciu o definicję przyjętą w nadzorze, jako przypadki „potwierdzone” laboratoryjnie zakwalifikowały jedynie 0,28% wszystkich zgłoszonych zachorowań (72 zachorowania), a jako przypadki „możliwe”, czyli rozpoznane przez lekarzy wyłącznie na podstawie objawów klinicznych, aż 99,71% zachorowań. Pozostałe 0,01% przypadków (2 zachorowania) zakwalifikowano jako przypadki „prawdopodobne”, czyli powiązane epidemiologicznie z przypadkami potwierdzonymi laboratoryjnie. Tak więc, w stosunku do roku 2011 odnotowano wprawdzie ponad 2-krotny wzrost odsetka rozpoznanych potwierdzonych laboratoryjnie, ale osiągnięta wartość nie poprawia jakości nadzoru nad płonicą w Polsce, nie zwiększa jego specyficzności.

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W ostatnich 15-20 latach obserwuje się w Polsce ponad 2-krotne wydłużenie się cyklu epidemicznego płonicy, spowolnienie tempa spadku i tempa wzrostu krzywej epidemicznej tej choroby oraz obniżenie się przeciętnej rocznej zapadalności. Zmiany w dynamice sytuacji epidemiologicznej płonicy są związane m.in. z przemianami zachodzącymi w strukturze demograficznej ludności kraju – starzeniem się polskiego społeczeństwa i kurczeniem się populacji dzieci, grupy szczególnie podatnej na zakażenie.

W celu zwiększenia specyficzności nadzoru epidemiologicznego nad płonicą, niezbędne jest wydane zwiększenie odsetka przypadków zachorowań, w których diagnoza kliniczna byłaby potwierdzana wynikiem badania bakteriologicznego. Postulat ten nabiera dodatkowego znaczenia jeśli się zauważy, że potwierdzanie laboratoryjne płonicy może być pomocne nie tylko w różnicowaniu z anginą czy reakcjami alergicznymi, ale także w różnicowaniu z odrą czy różyczką, a więc chorobami, które objęte są programami eliminacji.

Otrzymano: 28.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 30.04.2014 r.

### Adres do korespondencji:

Ewa Staszewska

Zakład Epidemiologii,

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: estaszewska@pzh.gov.pl

