

Mirosław P Czarkowski, Ewa Staszewska, Barbara Kondej

PŁONICA W POLSCE W 2013 ROKU*

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

STRESZCZENIE

CEL PRACY. Ocena sytuacji epidemiologicznej płonicy w Polsce w 2013 r. w porównaniu z sytuacją płonicy w ubiegłych latach.

MATERIAŁ I METODY. Ocenę przeprowadzono analizując dane opublikowane w biuletynie „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2013 roku” (Warszawa 2014, NIZP-PZH, GIS) i w biuletynach z lat wcześniejszych, oraz niepublikowane dane zebrane w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej.

WYNIKI. W 2013 roku nie zmienił ogólny obraz sytuacji epidemiologicznej płonicy w Polsce. Analizowane dane nie wskazywały na możliwość skracania się cyklu epidemicznego płonicy, na wzrost tempa zmian krzywej epidemicznej, czy też na wzrost przeciętnej rocznej zapadalności, czyli na zmianę trendów obserwowanych w ostatnich dwudziestu latach. W całym kraju zarejestrowano ogółem 25 115 zachorowań, a zapadalność wyniosła 65,2 na 100 000 ludności (w województwach: od 22,9 w łódzkim do 111,1 w pomorskim). Najwyższą zapadalność zanotowano wśród dzieci 5-letnich (949,2) oraz 4-letnich (916,6), przy czym zachorowania dzieci i młodzieży do lat 15 stanowiły 87,0% wszystkich zachorowań. Zapadalność mężczyzn (78,8) przewyższała o ponad 50% zapadalność kobiet (52,5). Zapadalność w miastach była wyższa niż na wsi i wynosiła 68,7 (na wsi – 59,9). Hospitalizowano 1,04% chorych. Nie odnotowano zgonów.

PODSUMOWANIE. Gwałtowny wzrost zapadalności mężczyzn, zwłaszcza mężczyzn w grupie wieku 15-19 lat, zwiększenie się udziału zachorowań osób dorosłych, w stosunku do notowanego w poprzednich latach, to zdaniem autorów efekt epidemii wyrównawczej różyczki (!). W związku z tą epidemią, szacunkowo około 10% zachorowań na płonicę zgłoszonych w ciągu roku do nadzoru mogło być nierozpoznaną różyczką.

Wskazuje to na konieczność zwiększenia specyficzności nadzoru epidemiologicznego nad płonicą. Ma to znaczenie tym większe, że podniesienie specyficzności nadzoru nad płonicą, pozwoli lepiej nadzorować przebieg programu eliminacji odry i różyczki.

Słowa kluczowe: *płonica, choroby zakaźne, epidemiologia, Polska, rok 2013*

CEL PRACY

Celem pracy była ocena sytuacji epidemiologicznej płonicy w Polsce w 2013 r. w porównaniu z poprzednimi latami.

MATERIAŁ I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej płonicy w Polsce w 2013 r. przeprowadzono w oparciu o dane o zachorowaniach na tę chorobę zarejestrowanych przez inspekcję sanitarną i przesłanych do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH przez wojewódzkie stacje sanitarno-epide-

miologiczne w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej (PBSSP; sprawozdanie MZ-56 i MZ58). Korzystano zarówno z danych opublikowanych w biuletynie „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2013 roku” (Warszawa 2014, NIZP-PZH, GIS) oraz w biuletynach z lat wcześniejszych, jak i z danych zebranych w ramach PBSSP i dotychczas niepublikowanych.

Dane te dotyczą zachorowań zgłaszanych przez lekarzy w związku z obowiązkiem (prawnym) zgłaszania zachorowań na płonicę, formalnie potwierdzonym w 2013 r. „Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U., 2013, poz. 848).

*Praca została wykonana w ramach zadania nr 10/EM/2014 r.

Ponieważ przez cały okres rejestracji zachorowań na płonicę w Polsce, tj. od 1963 r., wykazuje się w sprawozdaniach wszystkie zachorowania zgłaszane przez lekarzy, pozwala to na bezpośrednie porównywanie danych wieloletnich, jeżeli pomija się kwalifikacje przypadków wg definicji przyjętej w polskim nadzorze w 2005 r. i porównuje się ogólne liczby zarejestrowanych zachorowań.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

W roku 2013 do inspekcji sanitarnej zgłoszono w Polsce 25 115 przypadków zachorowań na płonicę, a zapadalność - w przeliczeniu na 100 000 ludności - wyniosła 65,2. W zasadzie oznacza to utrzymanie się bardzo wysokiej zapadalności na płonicę przez kolejny rok - w porównaniu do 2012 roku liczba zachorowań i zapadalność były bowiem niższe tylko o 1% (Fig. 1. Płonica w Polsce w latach 1975-2013. Zapadalność na 100 000 ludności).

Najwięcej zachorowań wystąpiło w marcu, w miesiącu, w którym w ostatnich dwudziestu latach najczęściej obserwowano sezonowy szczyt zachorowań (3 423 zachorowania, tj. 13,8% przypadków zarejestrowanych w całym roku) oraz w kwietniu (3 137; 12,6%); najmniej - zgodnie z wieloletnią tendencją - w sierpniu (453; 1,8%). Stosunkowo wysoki udział zachorowań, które wystąpiły w czwartym kwartale (6 658; 26,8%), nie wskazuje na możliwość radykalnej poprawy sytuacji i gwałtowne obniżenie się zapadalności w kolejnym roku. Nawiasem mówiąc, mniejsza dynamika zmian poziomu zapadalności na płonicę w kolejnych latach to cecha charakterystyczna sytuacji epidemiologicznej płonicy w Polsce w ostatnich kilkunastu latach, na co zwracano już uwagę w Kronice epidemiologicznej (Fig. 2. Płonica w Polsce w latach 2007-2013. Liczba zachorowań w miesiącach (wg daty zachorowania)).

Z utrzymaniem się w 2013 r. wysokiej zapadalności ogólnej na płonicę wiązały się stosunkowo niewielkie - w porównaniu z rokiem 2012 - zmiany poziomu zapadalności notowane na obszarze poszczególnych województw. W ponad połowie województw różnice między współczynnikami zapadalności w tych dwu latach mieściły się w przedziale +/- 25%. Znaczący (procentowo) wzrost liczby zachorowań i zapadalności na płonicę w 2013 r. odnotowano tylko w 2 województwach - lubuskim (z 57,1 do 97,0 na 100 000, tj. o 70,0%) i opolskim (z 73,4 do 103,7, tj. o 41,3%). Największy spadek zapadalności - w porównaniu do roku poprzedniego - odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (z 68,3 do 44,1, tj. o 35,5%) i dolnośląskim (z 59,9 do 38,9 tj. o 35,0%) (Tab. I. Płonica w Polsce w latach 2007-2013. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg województw).

Zróznicowanie zapadalności na płonicę na terenie poszczególnych województw - oceniane poprzez porównanie najwyższych współczynników zapadalności w skali województw do współczynników najniższych - było w 2013 r. podobne do obserwowanego rok wcześniej i wyrażał je stosunek 4,8:1 (w 2012 r. 4,4:1). Odpowiadało to typowemu (średniemu) zróznicowaniu, jakie rokrocznie obserwuje się między województwami utworzonymi w 1999 r.

Najwyższą zapadalność w skali województw (drugi rok z rzędu) zanotowano w woj. pomorskim, gdzie współczynnik zapadalności wyniósł 111,1 na 100 000 ludności i był wyższy od ogólnej zapadalności w całym kraju o 70,3%. Wysoką zapadalność - w stosunku do ogólnokrajowej - odnotowano też w woj. opolskim (odpowiednio: 103,7; 58,9%) i mazowieckim (102,1; 56,5%). Najniższe współczynniki zarejestrowano w woj. łódzkim (22,9; 64,9% poniżej zapadalności w całym kraju), podkarpackim (27,3; -58,1%), świętokrzyskim (30,9; -52,6%) oraz lubelskim (31,7; -51,5%). Na obszarze pozostałych dziewięciu województw współczynniki zapadalności wahały się w granicach od +48,8% do -40,3% ogólnej zapadalności w całym kraju (Tab. I. Płonica w Polsce w latach 2007-2013. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg województw). Zwraca uwagę sytuacja w woj. łódzkim, gdzie czwarty rok z rzędu odnotowano najniższy w kraju współczynnik zapadalności na płonicę.

Podobnie jak w latach ubiegłych, w 2013 r. zapadalność na płonicę w miastach ogółem (68,7 na 100 000) była znacząco wyższa (o 14,8%) od zapadalności na wsi (59,9), ale różnica między obu współczynnikami zmalała (w roku 2012 wynosiła 30,6%), zgodnie z trendem obserwowanym w Polsce co najmniej od 1995 roku. Na terenie poszczególnych województw współczynniki zapadalności w miastach wahały się w granicach od 20,9 w woj. łódzkim do 119,7 w pomorskim, a na wsi - od 21,0 w woj. świętokrzyskim do 98,5 w mazowieckim. Wyższą zapadalność w miastach (ogółem) niż na wsi (przynajmniej o 5%) zarejestrowano w 11 województwach, przy czym w jednym województwie - świętokrzyskim - była to różnica ponad 2-krotna (odpowiednio: 43,2 i 21,0 na 100 000). W dwu województwach zapadalność na płonicę w miastach była jednak wyraźnie niższa niż na wsi: w woj. łódzkim o 20,5% (odpowiednio: 20,9 i 26,3) i w woj. śląskim o 14,9% (odpowiednio: 65,6 i 77,0). Biorąc pod uwagę wielkość miast, należy zauważyć, że zapadalność w miastach była silnie zróznicowana. O wyższej zapadalności w miastach niż na wsi w 2013 r. zdecydowała zapadalność w miastach największych, powyżej 100 tys. mieszkańców (77,2 na 100 000) oraz w miastach liczących 20-49 tys. mieszkańców (69,6). Współczynnik zapadalności w miastach liczących 50-99 tys. mieszkańców (54,6) był natomiast wyraźnie niższy

(o 8,7%) od współczynnika zapadalności na obszarach wiejskich a współczynnik w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców (58,8) - porównywalny z nim (Tab. II. Płonica w Polsce w latach 2007-2013. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg środowiska i liczby ludności w miastach).

Wyższa zapadalność na płonicę w miastach niż na wsi szczególnie wyraźnie zaznaczyła się wśród najmłodszych grup wieku (Tab. III. Płonica w Polsce w 2013 r. Liczba zachorowań, zapadalność na 100 000 ludności i udział procentowy wg wieku, płci i środowiska). Niemal 2-krotna różnica wystąpiła wśród dzieci 2-letnich (zapadalność w miastach 432,8 na 100 000 dzieci w tym wieku, na wsi 234,8), 3-letnich (odpowiednio: 904,7; 486,8) i 4-letnich (1 127,4; 629,5).

Podobnie jak rok wcześniej, najwięcej zachorowań oraz najwyższą zapadalność odnotowano wśród dzieci 5-letnich (zapadalność 949,2) i 4-letnich (916,6). Co ciekawe, liczba zachorowań w skali całego kraju była identyczna dla obu grup i wyniosła 3 969 przypadków (Tab. III). Najwyższą zapadalność wśród dzieci 5-letnich zarejestrowano w jedenastu województwach, a w wśród dzieci 4-letnich – w pięciu. Współczynniki zapadalności notowane w poszczególnych województwach w grupie 5-latków wahały się od 338,3 w woj. podkarpackim do 2 192,1 w opolskim, a w grupie 4-latków – od 308,9 w łódzkim do 1 711,3 w opolskim.

Zwraca uwagę znaczna liczba zachorowań wśród ludności w wieku 15-19 lat (1 975 przypadków) i 20-29 lat (902). Ponad 3-krotnie wyższa niż w poprzednim roku, zapadalność odnotowana w tych grupach wieku spowodowała, że zachorowania na płonicę dzieci i młodzieży do lat 15 stanowiły w 2013 r. tylko 87,0% wszystkich zachorowań zgłoszonych do inspekcji sanitarnej w 2013 r. (Tab. III). W poprzednich latach udział zachorowań osób w tym wieku oscylował wokół 95% i nie spadał poniżej 91%.

Zapadalność mężczyzn (Tab. III) była w 2013 r. wyższa od zapadalności kobiet o ponad 50% (odpowiednio: 78,8 na 100 000 i 52,5). Wzrastającą nadreprezentację mężczyzn wśród osób chorujących na płonicę obserwowano wprawdzie w Polsce od lat, jednak różnica między współczynnikami zapadalności mężczyzn i kobiet nigdy nie była tak duża i nie powiększyła się tak gwałtownie w ciągu roku (Fig. 3. Płonica w Polsce w latach 1994-2013. Stosunek zapadalności mężczyzn do zapadalności kobiet).

Wśród dzieci i młodzieży w wieku do lat 15 różnice pomiędzy współczynnikami zapadalności chłopców i dziewcząt były w 2013 r. porównywalne z różnicami obserwowanymi w poprzednich latach. W poszczególnych rocznikach (grupach wieku) mieściły się one w granicach od 1% (8-latki) do 27% (niemowlęta). Jednak w grupie wieku 15-19 lat zapadalność mężczyzn była wyższa od zapadalności kobiet prawie 9-krotnie

(odpowiednio: 160,7 i 18,0), a w grupie wieku 20-29 lat – ponad 7-krotnie (27,2 i 3,8).

Wysoka ogólna liczba 2 877 zachorowań na płonicę zarejestrowanych w 2013 r. w tych dwóch grupach wieku pozwala wykluczyć czynnik losowy, przypadkowość i skłania do poszukiwania innych wyjaśnień tego fenomenu, jakim były tak wielkie różnice między zapadalnością mężczyzn i kobiet w tych grupach. Zdaniem autorów, przypuszczalnie było to związane z wystąpieniem w Polsce w 2013 roku epidemii wyrównawczej różyczki (!). W czasie tej epidemii na różyczkę zachorowało w całym kraju ponad 38,5 tys. osób, wśród których prawie 90% stanowili mężczyźni. Byli to głównie mężczyźni w wieku 15-29 lat, których zachorowania stanowiły ponad połowę wszystkich zachorowań na różyczkę zarejestrowanych w 2013 r. Mężczyźni ci chorowali, ponieważ jako chłopcy w dzieciństwie nie byli szczepieni przeciw różyczce, w odróżnieniu od kobiet, które takie szczepienie otrzymały w wieku 13 lat. Wielokrotnie wyższa zapadalność na płonicę mężczyzn niż kobiet odnotowana wśród młodzieży i dorosłych w 2013 r. oraz zwiększony w tym roku udział zachorowań osób powyżej 14 r.ż. to „ślad” pozostawiony przez epidemię różyczki (Fig. 4. Zapadalność na płonicę według płci i wieku oraz zapadalność mężczyzn na różyczkę według wieku w Polsce w 2013 r.). Jest to prawdopodobne tym bardziej, że aż 99,89% wszystkich zachorowań na płonicę zarejestrowanych w 2013 r. (25 088 zachorowań) zaklasyfikowano w nadzorze jako przypadki „możliwe”, rozpoznane jedynie na podstawie objawów klinicznych, tylko 0,02% (4 zachorowania) jako przypadki „prawdopodobne”, powiązane epidemiologicznie z potwierdzonymi laboratoryjnie, i tylko 0,09% (23) jako przypadki „potwierdzone”, w których diagnoza kliniczna była poparta izolacją streptokoków typu A lub wykryciem ich antygeny w wymazie z gardła.

Na marginesie, należy zauważyć, że tak niewiarygodnie niski odsetek potwierdzeń, wykazywany przez inspekcję w rutynowych raportach o zachorowaniach na płonicę, musi budzić wątpliwości co do kompletności danych gromadzonych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. Ponieważ w przypadku płonicy, nie są przesyłane na poziom centralny raporty jednostkowe, stacje powiatowe prawdopodobnie nie starają się zebrać dodatkowych danych o zgłoszonych przypadkach, w tym np. badaniach laboratoryjnych zleconych przez lekarza po wysłaniu zgłoszenia do stacji, i ograniczają się do kwalifikowania przypadków wyłącznie na podstawie danych zawartych w zgłoszeniu.

Z powodu płonicy hospitalizowano w Polsce w 2013 r. 262 osoby - 1,04% ogółu osób, których zachorowania zgłoszono do inspekcji sanitarnej. W poszczególnych województwach odsetek hospitalizowanych wahał się od 0,10% w lubuskim (przy 992 zachorowaniach i zapadalności 97,0 na 100 000) do

2,95% w łódzkim (odpowiednio: 577 i 22,9). Zgonów z powodu płonicy – w świetle danych Departamentu Badań Demograficznych GUS - nie zarejestrowano. Ostatni zgon, w którym płonicę wskazano jako przyczynę wyjściową, odnotowano w Polsce w 1993 r.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W roku 2013 nie zmienił się ogólny obraz sytuacji epidemiologicznej płonicy w Polsce. Analizowane dane nie wskazywały na możliwość skracania się cyklu epidemicznego płonicy, na wzrost tempa zmian krzywej epidemicznej, czy też na wzrost przeciętnej rocznej zapadalności, czyli na zmianę trendów obserwowanych od ponad 20 lat.

Jedyną wyraźną zmianą w sytuacji epidemiologicznej płonicy, którą zaszła w 2013 r. w porównaniu z sytuacją w roku 2012, to gwałtowny wzrost zapadalności mężczyzn, zwłaszcza mężczyzn w grupie wieku 15-19 lat. Zdaniem autorów, przypuszczalnie było to zwią-

zane z wystąpieniem w Polsce w 2013 roku epidemii wyrównawczej różyczki (!).

Liczba zachorowań na różyczkę błędnie zgłoszonych do nadzoru jako zachorowania na płonicę (szacunkowo ok. 2,5 tys., tj. 10% wszystkich zgłoszonych w ciągu roku zachorowań na płonicę) wskazuje na konieczność poprawy (zwiększenia) specyficzności nadzoru epidemiologicznego nad płonicą, co postulujemy od lat. Ma to znaczenie tym większe, że podniesienie specyficzności nadzoru nad płonicą, pozwoli lepiej nadzorować przebieg programu eliminacji odry i różyczki.

Otrzymano: 13.04.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 15.04.2015 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