

Różycy ludzi w województwie lubelskim w latach 2005–2008 na tle jej sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Próba analizy

Józef Piotr Knap

Zakład Epidemiologii, Instytut Nauk Społecznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Knap JP. Różycy ludzi w województwie lubelskim w latach 2005–2008 na tle jej sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Próba analizy. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(2): 153–157.

Streszczenie

Wprowadzenie: Różycy ludzi (A26 wg ICD-10) – zakażenie bakteryjne włoskowcem różycy, *Erysipelothrix rhusiopathiae* – jest jedną z najczęstszych zoonoz w Polsce. Zainteresowanie medycyny ludzkiej, jest jednak marginalne, a doniesienia kliniczne wręcz sporadyczne.

Materiał i metody oraz wyniki. Przedstawiono epidemiologiczną i kliniczną analizę 34 zachorowań ludzi na tę chorobę w województwie lubelskim w latach 2005–2008 (zapadalność od 0,23 do 0,55/100 tysięcy mieszkańców) na tle jej sytuacji epidemiologicznej w kraju w tym okresie (400 zachorowań, zapadalność 0,23–0,33/100 tysięcy). Obowiązek zgłaszania i rejestracji różycy ludzi w Polsce w latach 1966–2008 był unikalny w skali świata. Uzyskane wyniki wskazują na znaczne niedoszacowanie przypadków różycy, przynajmniej na terenie województwa lubelskiego, oraz na ścisły związek z ekspozycją zawodową. Choroba pozostaje nadal w Polsce ważnym czynnikiem ryzyka zawodowego.

Słowa kluczowe

różycy ludzi, sytuacja epidemiologiczna w Polsce, województwo lubelskie, analiza epidemiologiczno-kliniczna przypadków

WPROWADZENIE

Różycy ludzi (*erysipeloid*) występuje na wszystkich zamieszkałych kontynentach. Jest jedną z najczęstszych w Polsce, a także na świecie, chorób odzwierzęcych, jednak traktowaną marginalnie, z racji swej pozornej łagodności. Przebiega najczęściej w postaci skórnej – bardzo charakterystycznego zakażenia przyranego [1, 2, 3, 4]. Znacznie rzadsza jest postać posocznicowa (przebiegająca zwykle z zapaleniem wsierdza obciążonym wysoką śmiertelnością) [5, 6, 7], wyjątkowo spotykane są: postać jelitowa oraz anginowa. Postaciom choroby zwykle towarzyszy zapalenie stawów o znacznej bolesności [4, 8]. Źródłem zakażenia ludzi są z reguły drobne urazy skóry spowodowane przez kości i mięso, głównie wieprzowe, oraz przez łuski i ości ryb. Głównym źródłem (a także rezerwuarem zarazka, często bezobjawowym) zakażenia są świnie i ryby, znacznie rzadziej inne zwierzęta [1, 2, 3]. W Polsce różycy stanowi jeden z najpoważniejszych problemów epizootologicznych w hodowli trzody chlewnej [3]. Zarazki, tj. Gram-dodatnie bakterie – włoskowce różycy – *Erysipelothrix rhusiopathiae* (*insidiosy*), są powszechne w środowisku nieurbanizowanym, a z racji znacznej odporności na czynniki środowiska (np. przeżywają wędzenie czy peklowanie), stanowią realne zagrożenie dla ludzi, głównie o charakterze narażenia zawodowego [3, 7, 9, 10, 11]. Interesujące wydawało się więc przeprowadzenie pogłębionej analizy epidemiologiczno – klinicznej różycy ludzi na terenie województwa lubelskiego, jako jednego z najbardziej rolniczo-hodowlanych terenów w kraju, oraz porównanie uzyskanych wyników z sytuacją epidemiologiczną tej choroby w Polsce w analogicznym okresie.

MATERIAŁ I METODY

Różycy ludzi (kod A.26 według ostatniej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, ICD-10) podlegała w Polsce obowiązkowi zgłaszania i rejestracji w latach 1966–2008. Zgłoszenia dokonane przez lekarzy praktyków są poddawane opracowaniu epidemiologicznemu we właściwej powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej (PSSE) na drukach Mz-55; meldunki o zachorowaniu umieszczone na nich przesyłane są do stacji wojewódzkiej (WSSE), gdzie podlegają weryfikacji, stamtąd zaś przesyłane są do Zakładu Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH), gdzie winny podlegać ostatecznej ocenie. Zachorowania są publikowane w odstępnie dwutygodniowym, kwartalnym, półrocznym i – finalnie – rocznym przez Zakład Epidemiologii NIZP-PZH wspólnie z Departamentem Przeciwdemicznym¹ Głównego Inspektoratu Sanitarnego w Warszawie. W pracy tej, na podstawie zgłoszeń Mz-55 weryfikowanych przez autora, przeanalizowano szczegółowo zachorowania na różycę w województwie lubelskim w okresie czterech lat 2005–2008, na tle sytuacji tej choroby w Polsce, z uwzględnieniem tła epizootycznego. Przypadki konfrontowano – także w terenie – z danymi klinicznymi chorych, wnosząc uzupełnienia i poprawki. Różycy jest jedną z niewielu chorób zakaźnych ludzi, której rozpoznanie, przy typowym przebiegu postaci skórnej oraz stwierdzeniu urazu (nawet śladowego) i wywiadzie epidemiologicznym, nie wymaga potwierdzenia bakteriologicznego. Wszystkie zgłoszone przypadki spełniały te kryteria oficjalnie podane przez NIZP/PZH [12].

Adres do korespondencji: Józef P. Knap, ul. Wapienna 2 Ł, 04-691 Warszawa
e-mail: panknap@sferia.mail.pl

Nadesłano: 20 września 2012; zaakceptowano do druku: 14 lutego 2013

1. Obecnie – Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi GIŚ.

WYNIKI

W Tabeli 1 podano dane epidemiologiczne dotyczące różycy ludzi w Polsce oraz w województwie lubelskim w okresie dekady 1999–2008. Na tym tle przeprowadzono szczegółową analizę kliniczną i epidemiologiczną przypadków różycy ludzi na Lubelszczyźnie w latach 2005–2008 (Tab. 2). W Tabeli 3 przedstawiono zachorowania według rozdziału na lata 2005–2008 i gminy miejskie i wiejskie woj. lubelskiego, będące miejscem zamieszkania chorego. Aż 11 z 34 przypadków zarejestrowano w powiecie Biała Podlaska, z czego 10 na terenie miasta Międzyrzec Podlaski i przylegających do niego gmin: Międzyrzec Podlaski i Drelów. Zachorowania te obrazuje Tabela 4. Jak z niej wynika, zapadalność dla tego niewielkiego obszaru (ukazanego na Ryc. 1), wynosiła od 3,0 do 18/100 tysięcy ludności (mediana = 9,0/100.000). Zachorowania na różycę zarejestrowano w 14 powiatach (w tym jednym miejskim) spośród 24 (20 ziemskich, 4 miejskie) powiatów województwa. Na wsi mieszkało 11 mężczyzn i 8 kobiet, w mieście: 4 mężczyzn i 11 kobiet. Zachorowało 19 kobiet w wieku od 18 do 81 lat (średnia 42 lata) i 15 męż-

Tabela 1. Różycy ludzi (A.26) ludzi w Polsce i województwie lubelskim w latach 1999–2008

ROK	Ogółem Polska				Województwo lubelskie				Odsetek chorych w Polsce (%)
	Liczba chorych	Zapad. na 100 tysięcy	Hospitalizacje liczba	%	Liczba chorych	Zapad. na 100 tysięcy	Hospitalizacje liczba	%	
1999	87	0,23	16	18,4	4	0,18	1	25	4,6
2000	90	0,23	15	16,7	2	0,09	1	50	2,2
2001	99	0,26	27	27,3	6	0,27	-	-	6,06
2002	89	0,23	25	28,1	3	0,14	1	33,3	1,1
2003	88	0,23	11	12,5	4	0,18	-	-	4,6
2004	92	0,24	17	18,5	7	0,32	-	-	7,6
2005	95	0,25	14	14,7	5	0,23	-	-	5,2
2006	93	0,24	15	16,1	10	0,46	-	-	1,08
2007	124	0,33	17	13,7	12	0,55	3	25	9,7
2008	88	0,23	14	15,9	7	0,32	4	55	8,0
SUMA	1121	0,25	181	18,5	60	0,225	10	-	5,35

Tabela 2. Zachorowania ludzi na różycę w województwie lubelskim w latach 1999–2008

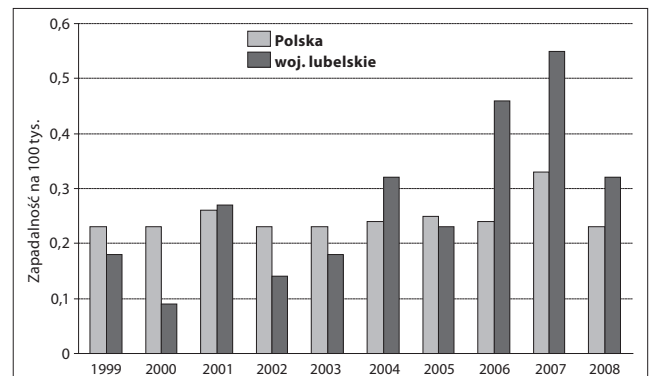
ROK	Chorzy	Zapad. 100 tys.	Płeć		Liczba zachorowań w kwartałach			
			K	M	I	II	III	IV
1999	4	0,18	-	-	-	3	-	1
2000	2	0,09	-	-	-	1	-	1
2001	6	0,27	-	-	4	1	1	-
2002	3	0,14	-	-	-	2	-	1
2003	4	0,18	-	-	-	-	-	4
2004	7	0,32	-	-	4	-	1	2
2005	5	0,23	4	1	-	2	3	-
2006	10	0,46	6	4	-	1	3	6
2007	12	0,55	6	6	3	2	6	1
2008	7	0,32	3	4	3	2	2	-
SUMA	60	-	-	-	14	14	16	16

Tabela 3. Zachorowania ludzi na różycę w poszczególnych powiatach województwa lubelskiego w latach 2005–2008

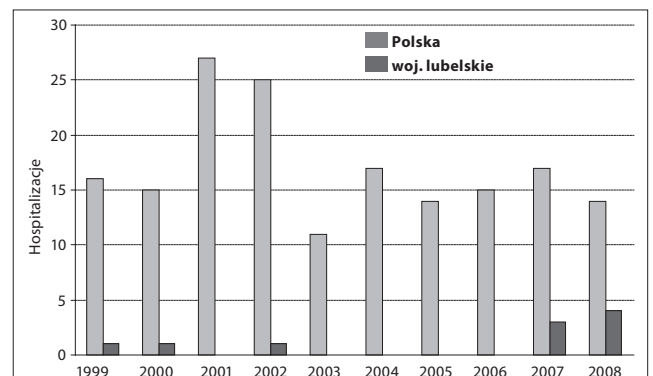
Powiat lub miasto	2005	2006	2007	2008	ŁĄCZNIE
Biała Podl.	2	6	1	2	11
Janów Lub.			1		1
Kraśnik		1	1		2
Lubartów		1		1	2
Lublin m.	1		1		2
Lublin pow.			2		2
Łączna	1				1
Parczew		1		1	2
Puławy	1				1
Radzyń Podl.			1		1
Ryki		1			1
Tomaszów L.			1	2	3
Włodawa			1	1	2
Zamość			3		3
LUBELSKIE	5	10	12	7	34

Tabela 4. Ognisko różycy ludzi na łącznym obszarze miasta i gminy Międzyrzec Podlaski i przylegającej gminy Drelów

ROK	Liczba chorych	Zapadalność/100 tysięcy
2005	2	6
2006	6	18
2007	1	3
2008	1	3



Rycina 1. Zapadalność ludzi na różycę w województwie lubelskim 2005–2008 na tle sytuacji epidemiologicznej w Polsce



Rycina 2. Liczba osób hospitalizowanych po zdiagnozowaniu różycy w województwie lubelskim w latach 2005–2008 na tle sytuacji epidemiologicznej w Polsce

czyn w wieku 22–72 lata (średnia: 50 lat). Hospitalizowano 7 osób. Aż w połowie przypadków (17 chorych) brak jest bliższych danych epidemiologicznych, zaś dane kliniczne odnotowano tylko w pięciu. W 2 przypadkach chorzy pracowali w zakładach mięsnych, w 1 – w sklepie mięsnym. W 4 przypadkach zgłaszano uraz przy obróbce mięsa: w 2 przypadkach uraz spowodowała kość wieprzowa, w 1 obróbka padłej świni, w 1 obróbka słoniny wieprzowej. W jednym (20-letnia kobieta) było to zakłucie martwą rybą w Zalewie koło Krasnobrodu. Wszyscy chorzy mieli postać skórną różycy. Okres wylegania „kilku dni”, podawało 5 chorych, „około tygodnia” i 7 dni – dwoje. Zmiany skórne pourazowe opisano dokładniej w 6 przypadkach, w 2 przypadkach, 61-letniego rolnika i 23 letniego pracownika handlu, zgłoszono objawy ogólne z temperaturą 38°C oraz miejscowe (ból, obrzęk, rumień). Rodzaj leczenia przyczynowego podano tylko u jednego chorego; była to penicylina prokainowa podawana domięśniowo 4 × 3,0 mln jednostek na dobę w szpitalu.

DYSKUSJA

Polska jest jednym z bardzo niewielu krajów świata, w którym w latach 1966–2008 istniał obowiązek urzędowego zgłaszania i rejestracji przypadków różycy ludzi. Uzyskane dane wskazały, że jest to jedna z najczęstszych chorób odzwierzęcych w kraju.

Wystąpienie aż 11 z 34 zgłoszonych na terenie województwa zachorowań wystąpiło na terenie powiatu Biała Podlaska i wymagało dokładnej analizy zjawiska. Jedno z nich (2008 r.) ujawniło się w Terespolu, zaś aż 10 z tych 11 przypadków wystąpiło w postaci ogniska na przylegającym do siebie terenie: miasta Międzyrzec Podlaski, gminy Międzyrzec Podlaski i gminy Drelów na zachodzie powiatu białskiego (Ryc. 3). Łączny obszar ogniska wynosi 509,64 km² i zamieszkały jest (wg spisów z 2004 i 2007 r.) przez 33.017

osób, z czego miasto Międzyrzec liczy 17.104 mieszkańców. Obszar ten, położony na północy województwa lubelskiego, wchodzi w skład dwóch mezoregionów: Równiny Łukowskiej od zachodu (318.96) i Zakłęsłości Łomaskiej od wschodu (845.11). Są to na zachodzie płaskie, piaszczyste równiny o mało urodzajnych glebach bielcowych i znacznym zalesieniu, zaś na wschodzie zabagnione i zatorfione równiny o charakterze krainy łąkowo-leśnej [9]. Jest to teren hodowli zarówno bydła, jak i trzody chlewnej, a więc obszar narażenia zawodowego znacznej części ludności na różycę. Podobne narażenie występuje jednak na całym terenie tego rolniczo-hodowlanego województwa, czemu sprzyja też szeroki dostęp do surowej wieprzowiny, zarówno w sieci sklepów, zakładach przetwórstwa mięsnego, jak i w prywatnym uboju. Ogniskowe skupienie przypadków różycy człowieka, miało więc odmienne przyczyny, które poddano analizie epidemiologicznej. Okazało się, że wszystkie 10 przypadków zostało zgłoszonych przez jedną lekarzkę-dermatologa (lek. med. Jolanta Konopka), prowadzącą Przychodnię Dermatologiczną ZOZ w Międzyrzec Podlaskim, która obejmuje swym zasięgiem właśnie miasto i gminę Międzyrzec Podlaski oraz gminę Drelów, z której pochodziło owych 10 przypadków. Wzorowo prowadzona diagnostyka kliniczna i zgłaszanie wszystkich rozpoznanych przypadków jest przyczyną pozornego „ogniska epidemicznego”. Skupienie niemal 1/3 zgłoszonych na Lubelszczyźnie przypadków na niewielkim obszarze woj. lubelskiego pozwala na wyciągnięcie kilku wniosków. Pierwszym z nich jest wniosek o wyraźnym **niedoszacowaniu** (ang. *underestimation*) przypadków różycy ludzi na terenie województwa, a sądząc z porównania zapadalności na Lubelszczyźnie porównywalną z zapadalnością na tę chorobę w poszczególnych województwach i w całej Polsce [8], zjawisko może wskazywać na zanizoną rejestrację w całym kraju. Uznając liczbę zachorowań – a więc i wskaźniki zapadalności – na terenie omawianego mikroregionu za prawdziwą liczbę rozpoznawanych przypadków choroby u ludzi, należy przyjąć, że w województwie lubelskim (2189, 1 tysięcy mieszkańców w 2004 r. i 2182,515 w 2009 roku, a więc praktycznie bez zmian) rocznie choruje na różycę od 65 do 390 osób (średnia: 195 osób). Co więcej, podana liczba dotyczy zachorowań corocznych, podczas gdy, jak wynika z tabeli 3, poza wspomnianą częścią powiatu białkopodlaskiego, przypadki różycy rejestrowano w jednym (w 5 powiatach), najwyżej zaś w 2 latach (8 powiatów) badanego okresu czteroletniego. Żadne zaś przesłanki enzootyczne i epidemiologiczne nie tłumaczą takiego braku zachorowań w okresie szeregu lat. Ponadto aż z 10 powiatów (w tym z tak typowo rolniczych powiatów jak: Biłgoraj, Hrubieszów, Janów Lubelski) nie zgłoszono ani jednego zachorowania, mimo iż z samej natury różycy jako zoonozy wynika, iż na terenie typowo rolniczo-hodowlanym musi ona występować w sposób jednolity, a nie ogniskowy. Należy ponadto zwrócić uwagę, że o ile zapadalność w Polsce była w omawianej dekadzie zbliżona (wartości od 0,23 do 0,33/100 tysięcy ludności; mediana 0,25), o tyle w województwie lubelskim zapadalność wahała się w bardzo szerokim zakresie od 0,09 do 0,55/100 tysięcy) i była uderzająco niska w porównaniu do zapadalności w omawianym wyżej rejonie powiatu Biała Podlaska – co można tłumaczyć jedynie wadliwym, niepełnym zgłaszaniem, przynajmniej w poszczególnych latach. Przedstawiona skrótkowo analiza wskazuje, że rzeczywista liczba zachorowań ludzi na Lubelszczyźnie (określona na przykładzie gmin Międzyrzec Podlaski i Drelów) wyno-



Rycina 3. Powiaty województwa lubelskiego (na czarno zaznaczono obszar zgłoszenia 10 przypadków różycy ludzi w latach 2005–2008 w zachodniej części powiatu Biała Podlaska)

siła w okresie 2005–2008 od 260 do 1560 osób (mediana: 780 chorych), była więc niemal 6 do 40 razy wyższa od oficjalnie zgłoszonej. Mamy więc do czynienia z klasycznym epidemiologicznym zjawiskiem „góry lodowej” (*iceberg phenomenon*), zresztą o bardzo niekorzystnym stosunku przypadków rejestrowanych do faktycznej liczby zachorowań. Porównanie zapadalności na różycę w omawianej części powiatu Międzyrzec Podlaski, którą można było ocenić jako zbliżoną do wiarygodnej rejestracji choroby, z pozostałą częścią województwa lubelskiego, pozwoliło więc wskazać rzeczywistą skalę niedoszacowania rejestracji różycy ludzi. Obok opisywanego zjawiska skrajnego niedoszacowania (*underestimation*) należy ponadto uwzględnić, bardzo trudne do ujęcia liczbowego, zjawisko nierozpoznawania choroby (*underdiagnosed*) jako różycy skórnej, które niewątpliwie istnieje. Piszący, prowadząc konsultacje w poradni IMW, spotkał się w roku 2009 z typowym przypadkiem różycy skóry dłoni u pracownika chlewni; diagnoza ta była uporczywie negowana przez lekarzkę wiejskiego ośrodka zdrowia.

W przedstawianym materiale z terenu Lubelszczyzny zachorowania rozłożone są niemal równomiernie na wszystkie kwartały (Tab. 1). Zatarła się więc wyraźna sezonowość przypadków różycy ludzi w okresie wiosenno-letnim ([...] szczególnie wyraźne zwiększenie liczby zachorowań przypada na okres od maja do października, ze szczytem w sierpniu, Anusz, 1998), spostrzegana przez 3 dekady jej rejestracji (1966–1996), a zależna od zwiększonej ekspozycji związanej z sezonowością prac w gospodarstwach wiejskich, zaś krzywa sezonowości zarówno u ludzi, jak i zwierząt, kształtuje się podobnie, Anusz, 1995). Nie sposób orzec, czy utrata tej sezonowości jest zjawiskiem rzeczywistym, zależnym od równomiernego kontaktu z mięsem przez ludność wsi, a zwłaszcza miasta, przez cały rok, czy też jest zafałszowaniem wynikłym z dalece niepełnej rejestracji.

Niektórzy epidemiolodzy używają pojęcia „czułość nadzoru” w odniesieniu do chorób zakaźnych podlegających ustawowemu obowiązkowi zgłaszania i rejestracji, takich jak różycy ludzi. W odniesieniu do niej czułość nadzoru jest – jak to ukazano – wybitnie niedostateczna, przynajmniej w ostatnich latach i w odniesieniu do woj. lubelskiego. Mimo to obowiązek urzędowej rejestracji różycy w Polsce (będący ewenementem na skalę świata), wprowadzony – mocą *Ustawy z dnia 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych* (Dz.U. Nr 50, poz. 279) – przez czołowych epidemiologów, profesorów Jana K. Kostrzewskiego (1915–2005) i Zbigniewa Anusza (1925–2011), i realizowany realnie od początku roku 1966, pozwolił na coroczną analizę epidemiologiczną i napisanie historii naturalnej tej choroby w latach 1966–2008, jako jednej z najczęstszych zoonoz człowieka w kraju, noszącej ponadto cechy choroby zawodowej, **występującej zarówno endemicznie, jak i w postaci epidemii, zwłaszcza w grupach ryzyka** [3, 7, 10, 11, 13]. Jak wynika z analiz Anusza, prowadzonych do roku 1996 [2, 3, 4], i Knapa w okresie późniejszym [4, 8], w latach 1966–2008 zarejestrowano w Polsce **10.948** przypadków różycy ludzi, zaś największą liczbę chorych zgłoszono w roku 1974 – 705 osób (zapadalność 2,0/100 tys. ludności). Na wniosek niektórych epidemiologów, a mimo naszego sprzeciwu, obowiązek zgłaszania i rejestracji różycy ludzi został zniesiony na mocy nowej *Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zakażeniach i chorobach zakaźnych* (Dz. U. 2008, Nr 234, poz. 1570), co zaprzepaściło 43-letni, oryginalny i ważny dla oceny stanu zdrowia ludności, dorobek paru pokoleń lekarzy; co więcej, odnoszący się do

choroby **groźnej i niedocenianej**. Oto bowiem skutkowało ona co najmniej 4 zgonami ludzi, w mechanizmie posocznicy i zapalenia wsierdza [8]. Ostatni, zakończony zgonem przypadek *endocarditis* u rolniczki, powikłany niewydolnością krążenia i ostrą niewydolnością nerek, opisany został w roku 2010, już po zaprzestaniu zgłaszania różycy [6].

Ponadto, urzędowa rejestracja różycy ludzi w Polsce, prowadzona przez kilkadziesiąt lat, była wyjątkiem w skali świata; na przykład w Unii Europejskiej, w której problem zoonoz jest traktowany bardzo poważnie (Dyrektywa 2003/93/WE Parlamentu Europejskiego i Rady), wieloletnie dane porównawcze odnośnie do tej choroby u ludzi, pochodziły tylko z naszego kraju, będąc punktem odniesienia w analizach porównawczych. Niezależnie od braku kompletnych danych epidemiologicznych, w szeregu krajów Europy (Wielka Brytania, Rosja), obu Ameryk (USA, Argentyna, Brazylia, Chile), w Australii i Nowej Zelandii oraz Japonii uznana ona została za poważny problem medycyny weterynaryjnej, tyżący także zachorowań ludzi i stanowiący znaczne obciążenie (ang. *burden of disease*) ekonomiczne danego kraju [1, 14].

WNIOSKI

W okresie dekady 1999–2008 w Polsce zarejestrowano 1121 przypadków różycy ludzi (zapadalność od 0,23 do 0,33/100.000 ludności, mediana zapadalności = 0,25). W okresie tym na Lubelszczyźnie zanotowano 60 przypadków (5,35% zachorowań w kraju). Zachorowania rozkładały się niemal równomiernie na wszystkie kwartały roku (14-14-16-16).

W szczegółowo badanym okresie 2005–2008 w Polsce zachorowało na różycę 400 osób, zaś w województwie lubelskim – 34 (8,5%). Zachorowało 19 kobiet w wieku od 18 do 81 lat (średnia 42 lata) i 15 mężczyzn w wieku 22–72 lat; średnia wieku 50 lat. Zachorowania wystąpiły w 13 powiatach wiejskich i 1 miejskim. We wszystkich przypadkach wystąpiła najczęstsza postać choroby – skórna.

Znaczna liczba zgłoszeń z terenu miasta i gminy Międzyrzec Podlaski i sąsiadującej gminy Drelów, gdzie wzorowo prowadzona jest diagnostyka kliniczna i zgłaszalność różycy ludzi, wskazuje – poprzez porównanie z pozostałym terenem województwa lubelskiego – na znaczne niedoszacowanie przypadków choroby na pozostałym terenie województwa. Stan ten można również, najpewniej, ekstrapolować na szacunkowe wyliczenie rzeczywistej liczby zachorowań na różycę ludzi w całym kraju.

Wykreślenie, w *Ustawie z dnia 5 grudnia 2008 roku o zakażeniach i chorobach zakaźnych*, różycy ludzi ze spisu chorób infekcyjnych podlegających zgłaszaniu i rejestracji było błędem, który spowodował lukę w rozpoznaniu sytuacji epidemiologicznej tej jednej z najczęstszych w Polsce zoonoz, po 43 latach jej rejestracji, która była ewenementem w skali świata.

PIŚMIENNICTWO

1. Acha PN, Szyfres B. Zoonoses and communicable diseases common to Man and Animals. Vol. I. Bacteria and mycoses. 3th ed. Pan American Health Organization. Washington DC; 2003.
2. Anusz Z. Zarys epidemiologii chorób zakaźnych. PWN, Warszawa 1970.
3. Anusz Z. Zapobieganie i zwalczanie zawodowych chorób odzwierzęcych. Wyd. ART. Olsztyn; 1995.
4. Anyżewski J, Knap J. Przypadek różycy kończyny górnej o przewlekłym przebiegu. Probl Lek. 1992; XXXI(3–4): 183–185.

5. Grabowski M, Cybulski M, Szostek J, Stępińska J. Infekcyjne zapalenie wsierdza wywołane pałeczką różycy. Opis przypadku. *Kardiol Pol.* 2004; 60: 142–144.
6. Drobiński J, Bartkowiak-Białas E. Infekcyjne zapalenie wsierdza powikłane niewydolnością krążenia oraz ostrą niewydolnością nerek, wywołane pałeczką różycy. Opis przypadku. *Anestezjol Ratown.* 2010; 4: 156–158.
7. Dutkiewicz J, Śpiewak R, Jabłoński L, Szymańska J. Biologiczne czynniki zagrożenia zawodowego. Klasyfikacja, narażone grupy zawodowe, pomiary, profilaktyka. Wydawnictwo ad punctum. Lublin; 2007.
8. Knap JP, Świderek Z. Różycy ludzi w Polsce jako choroba zawodowa. Analiza porównawcza zachorowań w województwach: lubelskim i śląskim w latach 2005–2008. [w druku].
9. Kondracki J. Geografia Polski. Mezoregiony fizyczno-geograficzne. PWN, Warszawa; 1994.
10. Reboli AC, Farrar WE. *Erysipelothrix rhusiopathiae*. An occupational pathogen. *Clin Microbiol Rev.* 1989; 2: 354–359.
11. Rudzki E. Dermatozy zawodowe. PZWL. Warszawa; 1989.
12. Sadkowska-Todys M. Różycy (*erysipeloid*). W: Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D, Zieliński A. (red.): Choroby zakaźne i pasożytnicze – epidemiologia i profilaktyka. Wydanie VI. Alfa-medica Press. Bielsko-Biała, 2007: 259–262.
13. Szeszenia-Dąbrowska N, Wilczyńska U. Choroby zawodowe w Polsce. Statystyka i epidemiologia. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera. Centralny Rejestr Chorób Zawodowych. Łódź 2007.
14. Takahashi T. Swine erysipelas and *Erysipelothrix*. *Nikon Sainkingaku Zasshi* (Japan). 1996; 51(3): 707–715.

Human erysipeloid in the Lublin Region during 2005–2008 on the background of the epidemiological situation in Poland – attempted analysis

Abstract

Introduction. Human erysipeloid (A26 according to ICD-10) – bacterial infection (*Erysipelothrix rhusiopathiae*), is one of the commonest zoonoses in Europe, including Poland. However, the attention of human medicine devoted to this disease remains marginal, while clinical reports are not even sporadic.

Material and methods and results. Epidemiological and clinical analysis of 34 cases of human erysipeloid (zoonotic infection caused by Gram (+) bacteria *Erysipelothrix insidiosus*) is presented, performed in the years 2005–2008 in Lublin Region, central-eastern Poland, (incidence: from 0.23–0.55/100,000 inhabitants). During this period, 400 human cases were registered in the whole of Poland (incidence – from 0.23–0.33/100,000). The obligation to report and register human erysipeloid in Poland in the years 1966–2008 was unique in the global epidemiology of zoonotic diseases. The results obtained indicate that the cases of human erysipeloid are considerably underestimated, at least in the Lublin Region. Human erysipeloid is still an important occupational risk factor in Poland.

Key words

human erysipeloid, epidemiological situation in Poland, Lublin Region, epidemiological and clinical analysis