ISSN 1641-604 X

MEDICUS MUNDI

Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

PRZEZNACZONY DLA OSÓB ZAINTERESOWANYCH PROBLEMAMI MEDYCZNYMI WCHODZĄCYMI W ZAKRES TZW. MEDYCYNY TROPIKALNEJ I „INTERNATIONAL HEALTH", ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB MISYJNYCH OŚRODKÓW MEDYCZNYCH

GRUDZIEŃ 2004
NR 15 (ROK IV)

REDAKCJA PRZESYŁA CZYTELNIKOM SERDECZNE ŻYCZENIA ŚWIĄTECZNE Z OKAZJI ŚWIĄT BOŻEGO NARODZENIA ORAZ NADCHODZĄCEGO NOWEGO ROKU 2005

Redakcja *Medicus Mundi Polonia* przypomina:

- *Druk i wysyłka Medicus Mundi Polonia kosztują.*
- *Mimo to, przygotowujemy 1.500 egzemplarzy dla osób zainteresowanych medycyną na misjach, uważając, że kwartalnik odpowiada na pewne zapotrzebowanie w tym zakresie i jest cenną pomocą w działalności szkoleniowej Fundacji.*

Redakcja *Medicus Mundi Polonia* uprzejmie prosi o:

- *zgłaszanie osób, które mogą być zainteresowane otrzymywaniem kwartalnika,*
- *partycypowanie, w miarę możności, w kosztach jego druku i wysyłania,*
- *nadsyłanie uwag dotyczących treści kwartalnika tak, aby spełniał on w jak najszerszym zakresie oczekiwania osób pracujących na misjach lub przygotowujących się do tego zadania,*
- *podawanie nowego adresu w przypadku jego zmiany.*

Jako prezent gwiazdkowy Redakcja przesyła:

Medicus Mundi Polonia – 2001-2004, autorzy i treść zeszytów 1-14

Redakcja Medicus Mundi Polonia przygotowała listę autorów i tematykę artykułów, które do tej pory ukazały się w 14 zeszytach kwartalnika (w nawiasie podano numer kwartalnika, poza nawiasem pierwsza strona artykułu). Równocześnie Redakcja dziękuje wszystkim niżej wymienionym autorom za ich osobisty wkład w przygotowywaniu kwartalnika na interesującym i przydatnym poziomie.

(ciąg dalszy na str. 2)

W numerze:

Spis Autorów i tematyka kwartalnika „Medicus Mundi" (2001-2004) 2
Aktualności:
Z Fundacji „Redemptoris Missio" 3
Z Medicus Mundi International 3
Z ośrodków misyjnych 3

CHOROBY PSYCHICZNE
Choroby psychiczne w tropiku 5

CHOROBY PSYCHICZNE EPILEPSJA

EPILEPSJA
Epilepsja 11
Organizacje religijne, a zwalczanie HIV / AIDS 15
Leczenie trądu: strategie i perspektywy 16
Internet cafe 17
Nowe książki 19
Posługa lecznicza Kościoła 20

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

Biuro Fundacji: Akademia Medyczna, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Kolegium Prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, tel. +48 61 854 68 63, fax +48 61 8477 490; e-mail: medicus@mail.am.poznan.pl
Centrum Wolontariatu Fundacji: ul. Grunwaldzka 89, 60-311 Poznań, tel. +48 61 8621 321
http://amp.edu.pl/medicus
Konto bankowe: Bank PKO SA, V Oddział i Filia w Poznaniu nr rachunku 47 12403767 1111000040662727

SPIS AUTORÓW I TEMATYKA KWARTALNIKA „MEDICUS MUNDI" (2001-2004)

A U T O R Z Y :

ks. dr AMBROŻY ANDRZEJAK [2]5, [6/7]24, [12/13]3
lek. med. TOMASZ BANASIEWICZ [6/7]3
dr h. c. WANDA BŁEŃSKA [6/7]5
mgr MATEUSZ COFTA [14]2
dr med. SZCZEPAN COFTA [4]7, [14]19
s. KINGA CZERWONKA [12/13]7
lek. med. JAN CZOSNOWSKI [14]8
o. LUDWIK FĄS SVD [14]4
s. lek.med. MIROSŁAWA GÓRA [1]2
ks. lek. med. JAN JAWORSKI [5]3
dr med. ELŻBIETA KACPRZAK [12/13]10
o. STANISŁAW KAZEK OMI [8/9]5
dr med. MAŁGORZATA KOŁACZKOWSKA [14]14, [14]17
s. LUDWIKA KORONA [8/9]4
stud. med. EWA KOŹMIŃSKA [6/7]19, [8/9]9, [10]13
prof. ANNA KOŹMIŃSKA-KUBARSKA [5]5
bro. lek. med. JERZY KUŻMA SVD [12/13]4
dr hab. ANITA MAGOWSKA [6/7]16, [8/9]3 i 6,[10]11,[12/13]7
dr med. LUCYNA MAJKA [2]7
stud. MARCIN OCHAL [6/7]18
mgr WOJCIECH OWCZARZAK [6/7]18
prof. ZBIGNIEW PAWŁOWSKI [1]6, [2]7, [8/9]4, 8 i 14, [10]3, 8 i 16, [11]9 i 16, [12/13]4, 8 i 24, [14]3 i 24
lek. med. NORBERT REHLIS [6]10, [11]2
mgr ERWINA SIERANT [1]12, [3]12
prof. JERZY STEFANIAK [11]3, [14]2
stud. med. DAWID SZPECHT [10]6, [12/13]15
s. FRANCISZKA TAUL [3]3
o. REMIGIUSZ WAWRO OFM [11]5
lek. med. ALEKSANDER WAŚNIOWSKI [6/7]23, [8/9]7 i 11, [11]6, [14]12
lek. med. MAGDALENA WAŚNIOWSKA [14]6
dr med. EDGAR WIDMER [1]3, [2]12, [3]3 i 5, [4]12, [8/9]20
lek. med. ALICJA WOŹNIAK [4]3, [12/13]12
s. MARIA ZAPALSKA [12/13]5
lek. med. ZIAD ELALI [11]12
o. MARIAN ŻELAZEK SVD [2]3

T E M A T Y K A :

Informacje z:
Fundacji „Redemptoris Missio" [1]2, [2]2, [3]2, [5]11, [6/7]24, [8/9]2, [11]2, [12/13]2, [12]3, [14]2
Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych [2]2, [6/7]17, [11]3, [14]2
Komisji Episkopatu ds. Misji [1]2, [2]2, [3]2, [4]2, [5]2, [8/9]2, [11]5,
Medicus Mundi International [1]2 i 3, [2]3 i 12, [3]3, [3]12, [10]2 i 16, [12/13]4, [14]3 i 24
Ośrodków misyjnych [1]2, [2]2 i 3, [3]3, [4]3, [5]3, [6/7] 17 i 19, [8/9]4 i 5, [10]3, [12/13]4 i 7
Światowej Organizacji Zdrowia [1]4, [2]3, [3]4, [4]2, [5]2, [6/7] 2 i 23, [8/9] 2 i 3, [10]2, [11]4, [14]3
Zakonów misyjnych [10]4, [11]5, [12]5, [14]4

Posługa lecznicza Kościoła: [1]12, [2]12, [3]10 i 12, [4]12, [8/9]20, [10]16, [11]16, [12]24, [14] 24

Choroby pasożytnicze i zakaźne:
Biegunki [10]8, [12/13]12
Cholera [11]6
Denga [8/9]11
Filariozy [11]9
Gruźlica [3]7, [4]7, [14]14, 17 i 19
HIV [1]6, [2]6, [5]4¸ [8/9]3, [12]19, [14] 6, 8 i 12
Malaria [2]7, [4]5, [11] 12 i 13
Poliomyelitis [10]5
Szczepienia [4]11, [8/9] 9 i 10, [12/13]8 i 10
Świerzb [8/9]8
Wrzód Buruli [6/7]8
Trąd [6/7] 5, [10]4, [12/13]2

Inne choroby:
Anemia [12]5
Choroby dzieci IMCI [6/7]10
Choroby skóry [5]5
Hemoglobinopatie [10]6

Inne tematy:
Bioetyka [10]11
Ekumeniczny zdrowy styl życia [2]4
Exodus personelu medycznego z Afryki [12/13]7
Globalizacja [3]4
Health Care for All [3]5
Maryja w kulturze i kulcie afrykańskim [2]5
Medycyna tradycyjna [6/7]16
Postępowanie w klęskach naturalnych [8/9]14
Rola kobiet [10]13
Sterylizacja igieł [10]3
Wyprawa Bangassu [6/7]3
Zakażenia wewnątrzszpitalne [8/9]7
Zakrzep żylny w podróży [12/13]2

Medicus Mundi Polonia Kwartalnik Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" i Medicus Mundi Poland

Redaktor: Prof. zw. em. Zbigniew Pawłowski, DTMH.

Sekretarz Redakcji: Lek. med. Aleksander Waśniowski

Rada Redakcyjna: Ks. Ambroży Andrzejak (Poznań), Dr h.c. Wanda Błeńska (Poznań), Dr Jerzy Kuźma (Madang, PNG), Dr hab. Anita Magowska (Poznań), Mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), Prof. AM dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), Ks. Romuald Szczodrowski (Warszawa), Dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria).

Wydawca i dystrybucja: Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" – Medicus Mundi Poland, pokój 809, Kolegium Prof. Adama Wrzoska, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań, tel. 061+ 8477458 w. 195, faks 061+ 8477490,
e-mail:medicus@mail.am.poznan.pl.

Adres Redakcji: Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Prof. AM dr hab. Jerzy Stefaniak, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, telefon 061+8691363, faks 8691699,
e-mail: medtrop@mp.pl.

Prenumerata: Celem regularnego otrzymywania *Medicus Mundi Polonia* osoby zainteresowane proszone są o kontakt z Biurem Fundacji. Sumy przesłane na konto Fundacji na załączonym przekazie lub przekazane bezpośrednio na rachunek Fundacji w Banku PKO SA, V Oddział i Filia w Poznaniu nr rachunku 47 12403767 1111000040662727, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplania skromnych zasobów finansowych Fundacji.

Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst, Poznań.
e-mail: kontekst2@o2.pl
Nakład: 1500 egz.

Z FUNDACJI REDEMPTORIS MISSIO

Z inicjatywy Zarządu Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* rozpoczęto realizację audycji radiowych na tematy misyjne. Obok wiadomości z krajów misyjnych i powoływania się na encyklikę Ojca Świętego Jana Pawła II *Redemptoris Missio* będzie okazja do wsłuchania się w relacje misjonarzy i misjonarek – tak duchownych, jak i świeckich. Wiele miejsca znajdzie też aspekt medyczny, który w krajach misyjnych jest szczególnie istotny. Przygotowywane we współpracy z Akademickim Kołem Misjologicznym Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza programy emitowane będą w co drugą niedzielę o godzinie 11.45 na antenie poznańskiego Radia EMAUS (89,8 MHz). Pierwszy program nadano 5 grudnia 2004 roku. Serdecznie zapraszamy!

mgr Mateusz Cofta

PRAKTYKI WAKACYJNE

Jak co roku Fundacja *Redemptoris Missio* zorganizowała praktyki wakacyjne w medycznych ośrodkach misyjnych dla studentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wyłonieni w drodze konkursu studenci wzbogacali swoje doświadczenie w Indiach i Kamerunie.

Cztery studentki – panie: Agnieszka Kaniewska, Kamila Nowak, Karolina Puklińska i Anna Tadych – pracowały w będącym pod opieką o. Mariana Żelazka SVD Ośrodku Leczenia i Rehabilitacji Trędowatych w Puri i drugim indyjskim leprozorium w Jeevodaya, gdzie pracuje pani dr Helena Pyz.

Piąta osoba, pan Jakub Kowalczyk, służyła fachową pomocą chorym w Kamerunie w misji Essiengbot, w której za sprawy medyczne odpowiedzialna jest s. Celestyna Pudło. Gospodarzom ośrodków misyjnych i wolontariuszom serdecznie dziękujemy!

W imieniu Rady i Zarządu Fundacji

mgr Mateusz Cofta, Prezes

Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

W ubiegłym wydaniu „Medicus Mundi Polonia" informowaliśmy o zmianach, jakie nastąpiły w składzie Zarządu Medicus Mundi International (MMI). Jego członkowie przystąpili już do wytężonej pracy.

Od majowego zebrania Zarządu MMI w Genewie miały już miejsce trzy spotkania, które odbyły się w Hadze (25 czerwca) oraz w Brukseli (17 września i 29 października). Chociaż reprezentant Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* – Medicus Mundi Poland nie jest formalnie członkiem Zarządu, organizatorzy systematycznie zapraszają go do uczestnictwa w spotkaniach. Na zebraniach w Brukseli Fundacje reprezentował mgr Mateusz Cofta, Prezes Fundacji. Rozmowy dotyczyły m.in. organizowanej wspólnie z Papieską Radą ds. Zdrowia konferencji dla hierarchów Kościoła katolickiego w krajach francuskojęzycznej Afryki. Ta robocza konferencja, która jest kontynuacją marcowego sympozjum biskupów afrykańskich krajów anglojęzycznych w Kampali, Uganda (MMP, 2004, nr 14), będzie miała miejsce w Cotonou, stolicy Beninu.

Podczas obrad Zarządu MMI realizowano kolejne etapy pracy nad *Planem Strategicznym 2005-2009*, dokumentem, który ma określić czym jest MMI jako „organizacja-parasol" dla działających w krajach rozwijających się jej organizacji członkowskich z Belgii, Beninu, Hiszpanii, Holandii, Niemiec, Szwajcarii, Włoch, i oczywiście z Polski.

W powstającym dokumencie będzie podsumowana aktualna aktywność organizacji członkowskich MMI, a także podana wizja MMI jako całości i określona misja MMI. Tą misją jest zapewnienie respektowania wszystkim fundamentalnego prawa do opieki zdrowotnej i stworzenie warunków dla działania podstawowej opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się.

mgr Mateusz Cofta

Z OŚRODKÓW MISYJNYCH

PRAKTYKA W MISJI ESSIENGBOT, KAMERUN

***O Cameroun berceau de nos ancêtres* („Kamerunie, kolebko naszych przodków"), to słowa, którymi rozpoczyna się hymn Kamerunu i każdy szkolny dzień w tym kraju. Ta pieśń płynąca z ust dzieci budziła mnie przez trzy miesiące, które spędziłem w Kamerunie, w ramach wakacyjnych praktyk medycznych zorganizowanych przez Fundację „Redemptoris Missio". Do Afryki udałem się na zaproszenie siostry Celestyny Pudło, pracującej na misji Essiengbot od 1999 roku.**

Kamerun, położony nad Zatoką Gwinejską, na północ od równika, często zwany jest Afryką w miniaturze. To za sprawą niezwykłego zróżnicowania, etnicznego, gospodarczego i geograficznego. Choć oficjalnie obowiązują dwa języki urzędowe, w ośmiu prowincjach francuski a w dwóch angielski, w użyciu jest około dwieście języków lokalnych. Poszczególne prowincje różnią się też poziomem rozwoju cywilizacyjnego. Zachód jest dobrze rozwinięty, zelektryfikowany, są tam asfaltowe drogi, działają sieci telefonii komórkowej. Wschód jest dramatycznie zacofany i żadnego z tych udogodnień nie posiada. Najciekawsza jest różnorodność klimatu. W Kamerunie znajdziemy i piękne wybrzeże, z największymi opadami

Siostra Celestyna

(ciąg dalszy na str. 4)

deszczu na świecie, pasmo gór, ze swoim specyficznym klimatem, część suchą subsaharyjską i obszary wilgotnego lasu tropikalnego. Właśnie w głębi tego deszczowego lasu, w prowincji wschodniej, z dala od utwardzonych dróg, bez prądu, telefonu i wszelkich zdobyczy cywilizacji, które mogłyby drogami dojechać, znajdowała się niewielka misja Essiengbot. Okolice misji zamieszkiwali ludzie z plemienia Bad'we, w pobliżu swój obóz szałasów z liści mieli też skrajnie prymitywni pigmeje Baka.

Refren hymnu kameruńskiego mówi nie bez racji: „Droga Ojczyzno, Droga ziemio, jesteś naszym jedynym i prawdziwym szczęściem". Rzeczywiście żyzna ziemia, przy łagodnym klimacie, dostarczała ludziom obfitość pożywienia, przy minimalnym wysiłku z ich strony. Las był dla ludzi jedynym i zawsze dobrze zaopatrzonym sklepem mięsnym. Niestety woda, choć łatwo dostępna, była, przy braku kanalizacji, bardzo zanieczyszczona, co ułatwiało rozprzestrzenianie się wielu chorób. W takich warunkach działała misja tworzona przez trzy polskie siostry zakonne, zajmujące się prowadzeniem szkoły podstawowej, organizowaniem nauki szycia i haftu dla kobiet oraz ośrodkiem zdrowia.

Szkoła, którą zarządzała siostra Regina, była najlepszą w diecezji i przyciągała dzieci z całej okolicy. Nie wszystkich rodziców stać było na posłanie do szkoły swoich pociech. Części uczniów pomagały siostry, wiele jednak dzieci pozostało w wioskach, skazane póki co, na pracę w polu. W wielojęzycznym Kamerunie, jedynie nauka oficjalnego języka w szkole daje możliwość porozumiewania się z innymi mieszkańcami kraju i szansę na zdobycie wykształcenia i pracy. Brak dostępu do środków masowego przekazu i dróg umożliwiających przemieszczanie się, sprawia, że dzieci pozostające w domach nie mają żadnej wiedzy i wyobrażenia o świecie odleglejszym niż sąsiednia wioska.

Sprawami leczenia zarządzała siostra Celestyna posiadająca wykształcenie pielęgniarskie, pomagało jej czworo miejscowych pracowników, z których najwyżej wykwalifikowany ukończył po szkole podstawowej, dwuletnią szkołę zawodową dla salowych. Mimo braku lekarza, wykwalifikowanej kadry, prądu i wielu innych ograniczeń, ośrodek ten działał bardzo sprawnie. Korzystało z niego wielu pacjentów, którzy aby doń dotrzeć przemierzali czasami pieszo kilkanaście kilometrów. Było to też miejsce w którym kobiety chętnie rodziły swoje dzieci, stopniowo rezygnując z porodów w nienajlepszych warunkach domowych. Moim zadaniem było przyjmowanie chorych, badanie ich i zlecanie leczenia. Opatrywałem też rany i wykonywałem drobne zabiegi, możliwe do przeprowadzenia w znieczuleniu miejscowym. Najczęstszymi problemami zdrowotnymi, z którymi zgłaszali się do mnie pacjenci były zimnica, choroby pasożytnicze przewodu pokarmowego, choroby skóry oraz choroby przenoszone drogą płciową, w tym także AIDS. Szczególnie ciężki przebieg miała zimnica wśród najmłodszych dzieci. Sytuację pogarszała opieszałość rodziców, którzy zwlekali z podjęciem leczenia, lub „leczenie" rozpoczynali wizytą u wioskowych szamanów. Niewielkie laboratorium, a właściwie mikroskop i kilka zestawów do badań serologicznych, pozwalały wykryć zimnicę i określić gatunek Plasmodium (prawie zawsze był to P. falciparum), można też było rozpoznać niektóre robaki, oznaczyć poziom hemoglobiny i wykonać rozmaz, oraz przeprowadzić diagnostykę serologiczną w kierunku kiły, duru brzusznego i HIV. Mały sterylizator, podłączany do agregata prądotwórczego zapewniał jałowe narzędzia, potrzebne do zaopatrywania ran i odbierania porodów. Siostra i jej pracownicy zajmowali się też szczepieniami dzieci, edukacją i szczepieniami dla kobiet w ciąży a także propagowaniem zasad higieny i zachowań pro zdrowotnych, związanych na przykład z dbaniem o czystość źródeł wody. W czasie mojego pobytu uczestniczyłem w typowej akcji szczepień, przemierzając pieszo las, by dotrzeć ze szczepionkami do dzieci z odległych wiosek. Przeprowadziłem też lekcję dla uczniów z najwyższej klasy w szkole, wyjaśniając jakie mamy narządy wewnętrzne, po co nam one i jak dbać o zdrowie. Taką podstawową wiedzę starałem się też przekazywać wszystkim dorosłym pacjentom, którzy się do mnie zgłaszali.

W obozie Pigmejów

Ponieważ system opieki społecznej jest tak zorganizowany w Kamerunie, że nic się nikomu nie należy, od pacjentów wymagało się, choćby częściowego pokrycia kosztów leczenia. Mało kto jednak był w stanie sprostać tym wymaganiom i szpital funkcjonował na granicy płynności finansowej, tylko dzięki aktywnemu poszukiwaniu przez siostry pomocy ze strony różnych organizacji międzynarodowych i wsparcia prywatnych osób z różnych krajów świata. Środki opatrunkowe, rękawiczki i strzykawki, siostra otrzymała w paczce od Fundacji „Redemptoris Missio". Po praktyce w Kamerunie obszywanie paczek z darami, tradycyjne zajęcie wolontariusza Fundacji, nabrało bardziej realnego znaczenia i budzi we mnie ciepłe wspomnienia z Essiengbot.

Stud. med. Jakub Kowalczyk

Choroby psychiczne w tropiku

CHOROBY PSYCHICZNE

Od Redakcji. Zaburzenia i choroby psychiczne występują często i dopiero od kilku lat znalazły się wśród zagadnień priorytetowych w ochronie zdrowia. Lek. med. Aleksandra Czech, specjalizująca się w psychiatrii, podsumowała dla czytelników Medicus Mundi Polonia dostępne nam materiały na temat zdrowia psychicznego. Korzystała ona m. in. z: Mental Health. A call for Action by World Health Ministers, WHO, Geneva 2001; World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope, WHO Geneva 2001; Neurological, Psychiatric and Developmental Disorders, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C. 2001; Virkam Patel, Where there is no psychiatrist, Royal College of Psychiatrists, 2002, distributed by TALC.

SYTUACJA NA ŚWIECIE W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO JEST KATASTROFALNA

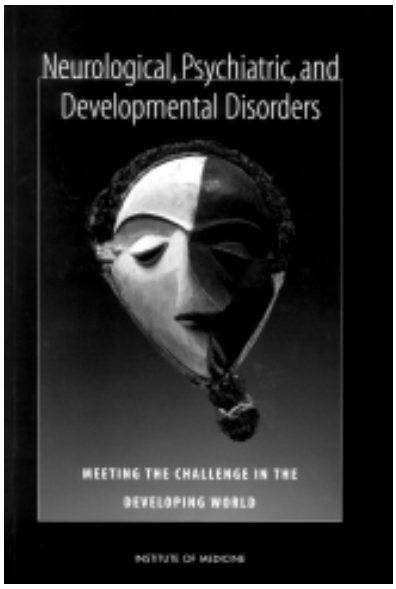
Zdrowie psychiczne – to temat w równym stopniu ważny co lekceważony. WHO poświęciła mu swój raport z października 2001 roku, w którym zwraca uwagę, że jedna czwarta z nas będzie w ciągu swojego życia cierpiała z powodu zaburzeń psychicznych lub neurologicznych. Aktualnie na świecie choruje z tego powodu 450 milionów ludzi. Choroby psychiczne i neurologiczne to jeden z najważniejszych współczesnych problemów zdrowotnych , stanowią bowiem jedną trzecią przyczyn uszczerbku na zdrowiu i niepełnosprawności (DALY). Choroby psychiczne są częste i stanowią poważny problem, również z tego powodu, że często są nie wykrywane, nie leczone lub niedostatecznie leczone.

Przyczyny tego zjawiska są złożone. Aż dwie trzecie pacjentów z objawami psychicznymi nie zgłasza się do lekarza lub innego personelu medycznego. Skutecznie powstrzymują ich wstyd, społeczne uprzedzenia, stygmatyzacja osób chorych psychicznie i zaniedbania rodzinne i środowiskowe. Ci, którzy zdecydowali się szukać pomocy lekarza specjalisty również spotykają duże trudności, gdyż opieka nad zdrowiem psychicznym społeczeństw jest niewystarczająco zorganizowana i to nie tylko w krajach rozwijających się.

Dotychczasowa tendencja do marginalizacji tego problemu i stawiania go na dalszych pozycjach na listach priorytetów w opiece zdrowotnej, doprowadziła do sytuacji, w której mało które państwo zapewnia swoim obywatelom należytą opiekę w tym zakresie. Aż 30% państw nie posiada żadnego narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego, a 25% nie posiada w tej kwestii żadnego ustawodawstwa. Trzecia część państw przeznacza na ten cel mniej niż 1 % budżetu a następna jedna trzecia tylko około 1%. W ponad 50% państw jeden psychiatra przypada aż na 100 000 mieszkańców, a w 40% państw na 10 000 ludności przypada mniej niż jedno szpitalne lóżko psychiatryczne. Co czwarte państwo nie dysponuje najbardziej popularnymi i skutecznymi lekami stosowanymi w depresji i schizofrenii.

Sytuacja jest jeszcze gorsza w przypadku dzieci, dla których często w ogóle brak jakichkolwiek form ochrony zdrowia psychicznego, podczas gdy 20 % dzieci do 15 roku życia cierpi na jakieś zaburzenie psychiczne o nasileniu od umiarkowanego do znacznego. Ten brak zainteresowania rządów i ministerstw leczeniem chorób psychicznych jest niezrozumiały, gdyż w znakomitej większości choroby psychiczne poddają się skutecznemu leczeniu. Leczenie schizofrenii , za pomocą neuroleptyków i wsparcia rodzinnego umożliwia 80% chorym życie bez nawrotów, a terapia skojarzona (antydepresanty i psychoterapia) doprowadza do ustąpienia objawów u 60 % ludzi z depresją.

WHO apeluje więc do rządów o zwiększenie zainteresowania zdrowiem psychicznym i zachęca do kierowania swoich działań w następujących kierunkach: (1) decentralizacja leczenia psychiatrycznego i likwidacja dużych szpitali psychiatrycznych na rzecz łóżek psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, (2) rozwój opieki na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, co wiąże się ze szkoleniem personelu i udostępnieniem do stosowania na tym poziomie leków psychotropowych, (3) rozwój opieki środowiskowej, edukacja społeczeństwa oraz angażowanie rodziny i społeczności w proces opieki nad chorymi.



JAK ROZPOZNAWAĆ CHOROBY PSYCHICZNE?

Choroby i zaburzenia psychiczne powinny być wykrywane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, przez lekarza ogólnego lub pracownika medycznego pierwszego kontaktu, takiego jak pielęgniarka lub felczer.

Czasami rozpoznanie zaburzenia jest proste, na przykład gdy sam chory lub jego rodzina sygnalizują problem, gdy jesteśmy świadkami nadużywania przez kogoś alkoholu lub dziwnego albo agresywnego zachowania pacjenta, gdy docierają do nas świadczące o tym sygnały z otoczenia chorego. Często jednak należy z pacjentem dłużej porozmawiać aby zdradził nam występowanie objawów. Kiedy podejrzewać zaburzenie psychiczne? Wtedy, gdy pacjent wspomina nam o problemach małżeńskich lub rodzinnych oraz o problemach seksualnych. Trzeba też o tym pomyśleć, gdy pacjent przypisuje swój stan zdrowia czynnikom ponadnaturalnym np. czuje się opętany przez złego ducha. Wysoce prawdopodobne jest rozpoznanie zaburzenia psychicznego jeśli pacjent skarży się na liczne dolegliwości somatyczne, zwłaszcza bóle różnych

(ciąg dalszy na str. 6)

CHOROBY PSYCHICZNE

Zdrowie psychiczne

(ciąg dalszy ze str. 5)

części ciała. Jeśli pacjent podaje nam więcej niż trzy różne objawy somatyczne, które nie tworzą razem obrazu charakterystycznego dla jakiejś jednostki chorobowej, to rozpoznanie zaburzenia psychicznego jest wysoce prawdopodobne. Objawów takich schorzeń będziemy też szukać u osób, które przeżyły niedawno poważny stres, znajdują się w trudnej sytuacji życiowej oraz takich, które chorowały już psychicznie lub którzy są obciążeni występowaniem chorób psychicznych w rodzinie.

Tabela 1. Kiedy należy myśleć o zaburzeniu psychicznym?

- Pacjent lub jego rodzina mówią o problemie wprost.
- Docierają do nas sygnały o dziwnym zachowaniu pacjenta lub nadużywaniu przez niego alkoholu lub innych substancji.
- Pacjent skarży się na osłabienie i łatwość męczenia sie, utratę apetytu, liczne dolegliwości somatyczne np. bóle brzucha, głowy, kończyn.
- Pacjent przychodzi często i za każdym razem zgłasza jakiś nowy objaw.
- Pacjent ma problemy z zasypianiem lub budzi się bardzo wcześnie.
- Pacjent przestał interesować się seksem, wspomina o problemach małżeńskich lub rodzinnych.
- W rodzinie pacjenta występowały choroby psychiczne lub on sam kiedyś na nie chorował.
- Znajduje się w trudnej sytuacji rodzinnej lub finansowej.
- Pacjent czuje się ofiarą czynników ponadnaturalnych.

Aby ocenić sytuację pacjenta pytamy o jego stan cywilny, zawód, o to czy ma dzieci i ile, czy wystarcza mu pieniędzy. Spytamy o ewentualne kłótnie w rodzinie albo w najbliższym otoczeniu (sąsiedzi) , o problemy w szkole lub w pracy. Aby wstępnie ocenić możliwość występowania choroby psychicznej możemy też użyć poniższego zestawu pięciu pytań przedstawionych w tabeli 2.

Tabela 2. Pięć pytań pozwalających wstępnie zidentyfikować pacjenta z zaburzeniem psychicznym

- Czy pacjent śpi dobrze, nie ma problemów z zasypianiem, lub nie budzi się zbyt wcześnie?
- Czy pacjent utracił dotychczasowe zainteresowania, przestał zajmować się tym, co robił do tej pory?
- Czy czuł się ostatnio smutny lub nieszczęśliwy?
- Czy boi się czegoś?
- Czy uważa, że pije za dużo alkoholu? (dobrze jest spytać konkretnie o ilość czasu i pieniędzy, które pacjent traci na alkohol)

Rozmawiając z pacjentem, u którego podejrzewamy występowanie choroby psychicznej, powinniśmy pamiętać o kilku podstawowych zasadach. Pacjent powinien mieć wystarczająco dużo czasu, aby powiedzieć nam wszystko, co chce powiedzieć, powinniśmy go słuchać uważnie i cierpliwie. Dobrze jest uzupełnić wywiad o rozmowę z rodziną lub z przyjaciółmi. Nie wolno nam też lekceważyć objawów choroby somatycznej, nawet jeśli wiemy już, że pacjent choruje psychicznie. Podczas wywiadu powinniśmy ustalić, co jest najważniejszym problemem pacjenta, kiedy dokładnie zaczęły się objawy i jak się rozwijały. Dobrze jest zachęcić pacjenta do podzielenia się problemem z bliskimi, a ich zachęcić do udzielania choremu wsparcia i pomocy.

IDENTYFIKOWAĆ CHORYCH I ORGANIZOWAĆ IM WSPARCIE W ŚRODOWISKU

Rola średniego i niższego personelu medycznego, którzy jako pierwsi mają kontakt z chorym, powinna polegać nie tylko na identyfikowaniu pacjentów z objawami zaburzeń psychicznych, zorientowaniu się w ich sytuacji rodzinno – ekonomicznej, ale także zachęcaniu chorego do szukania wsparcia wśród rodziny i przyjaciół, uświadamianie środowiska chorego odnośnie jego choroby i potrzebie niesienia mu pomocy. Do zadań tego personelu należy też edukacja społeczności, czyli uświadamianie ludziom niebezpieczeństw związanych z piciem alkoholu lub nadużywaniem substancji psychoaktywnych, zwracanie im uwagi na konieczność opieki nad dziećmi (szczególnie tymi, które mają trudności w nauce i odstają od rówieśników) oraz starszymi ludźmi (szczególnie jeśli przestają oni o siebie dbać, mają problemy z pamięcią i orientacją w terenie). Przede wszystkim pracownicy ci powinni też umieć rozpoznać objawy poważnych zaburzeń, które powinny ich skłonić do wysłania pacjenta do lekarza lub gdy brak takiej możliwości do włączenia leczenia farmakologicznego o ile posiadają oni do tego uprawnienia.

Należy też wziąć pod uwagę, że osoby z objawami chorób psychicznych często trafiają pod opiekę uzdrowicieli lub autorytetów religijnych. Po zorientowaniu się do kogo lokalna społeczność udaje się z podobnymi objawami, należy skontaktować się z tymi osobami i zaproponować im swoją pomoc i chęć współpracy. Może to bardzo ułatwić kontakt z lokalną społecznością.

Poniżej omówiono cztery częste schorzenia psychiczne: depresję, schizofrenię, upośledzenie umysłowe oraz uzależnienia zwracając uwagę na typowe objawy oraz sytuacje, w których wymagana jest interwencja lekarska, włączenie leków lub hospitalizacja.

DEPRESJA JEST NAJCZĘSTSZYM SCHORZENIEM PSYCHICZNYM, CZĘSTO NIEDOCENIANYM

Depresja – inaczej choroba afektywna jednobiegunowa – to częste schorzenie psychiczne, objawiające się smutkiem, utratą dotychczasowych zainteresowań, spadkiem aktywności i brakiem

Tabela 3. Objawy depresji

- obniżony nastrój, smutek;
- anhedonia czyli brak odczuwania przyjemności z jakichkolwiek czynności, utrata zainteresowań;
- poczucie bycia bezwartościowym, przekonanie o braku sensu w życiu, poczucie winy;
- myśli o śmierci (myśli, próby lub plany samobójcze, lecz także lęk przed śmiercią, przekonanie o zbliżającej się śmierci);
- objawy wegetatywne takie jak: bezsenność lub nadmierna senność, brak apetytu lub nadmierny apetyt, przyrost lub spadek masy ciała, nadmierne pobudzenie lub spowolnienie, zmęczenie, utrata energii;
- objawy somatyczne.

energii. Nasilenie tych objawów, długość ich trwania oraz stopień upośledzenia funkcjonowania społecznego odróżnia depresję od obniżenia nastroju nie będącego objawem choroby, lecz zjawiskiem naturalnym. Na depresję choruje obecnie 121 milionów ludzi na świecie. Jest to choroba o tyle niebezpieczna, że nie leczona stanowi zagrożenie życia ze względu na ryzyko samobójstwa. 10-20 milionów ludzi rocznie usiłuje popełnić samobójstwo, a 1 milion skutecznie pozbawia się życia. Depresja jest obok uzależnień jedną z najważniejszych przyczyn prowadzących do samobójstwa.

Objawy somatyczne wymienione na końcu tabeli występują zwłaszcza u dzieci, młodzieży oraz osób starszych. Są to bóle różnych części ciała, subiektywne osłabienie siły mięśniowej, zawroty głowy, zatrzymanie miesiączki, biegunki lub zaparcia.

Pacjent z objawami depresji powinien trafić do psychiatry. Często jednak nie jest to możliwe, zwłaszcza w przypadku mieszkańców terenów wiejskich oddalonych od dużych miast, w których dostępni są specjaliści. Jeśli trzeba samemu podjąć decyzję o wdrożeniu leczenia farmakologicznego, należy być pewnym rozpoznania. By móc rozpoznać depresję, musimy stwierdzić pięć z powyższych objawów, w tym co najmniej jeden z pierwszych dwóch (obniżenie nastroju lub anhedonia) i tylko wtedy, jeśli trwają one od co najmniej dwóch tygodni. W takiej sytuacji powinniśmy zapisać choremu lek antydepresyjny. Należy pamiętać, żeby chorym, których podejrzewamy o myśli lub plany samobójcze nie przepisywać dużych ilości tabletek za jednym razem. Powinniśmy zacząć od dawki na pierwsze dwa, trzy dni i obserwować reakcje chorego. Jeśli dobrze toleruje lek, możemy go zapisywać na dni następne. Pamiętać też należy, że pełne działanie większości leków antydepresyjnych pojawia się po 2-3 tygodniach terapii. W tym czasie odwiedzamy chorego co parę dni. Sprawdzamy, czy bierze leki, czy dba o siebie, zjada posiłki. Udzielamy rodzinie pacjenta informacji na temat jego choroby oraz leczenia, staramy się możliwie jak najbardziej włączyć krewnych w opiekę nad chorym.

Należy też pamiętać, że występowanie objawów depresji w przypadku człowieka w żałobie może utrzymywać się do dwóch miesięcy i nie świadczy o chorobie. Trzeba jednak zwrócić uwagę, jeśli objawy te nie zmniejszają się po dwóch miesiącach i dana osoba nadal źle funkcjonuje w relacjach społecznych.

Tabela 4. Jak rozmawiać z pacjentem depresyjnym?

– okaż zrozumienie i współczucie;
– zapewnij pacjenta, że otrzyma pomoc i że depresję można skutecznie leczyć;
– unikaj pocieszania za pomocą pustych stwierdzeń „proszę się tak nie martwić", „nie jest aż tak źle", „proszę nie płakać", gdyż pacjent odbiera to jako brak zrozumienia i lekceważenie swoich uczuć;
– wytłumacz, że depresja jest chorobą i wymaga leczenia, porównaj ją do schorzenia somatycznego np. nadciśnienia (zmniejsza to poczucie winy u pacjenta, który może oskarżać się o słabość charakteru);
– zapewnij, że jest to częste schorzenie, co zmniejsza u pacjenta poczucie wstydu związanego z rozpoznaniem choroby psychicznej;
– pomóż pacjentowi zidentyfikować ewentualne czynniki wyzwalające epizod (sytuacje stresowe) co ułatwia pacjentowi zrozumieć mechanizmy ujawniania się choroby i obniża jego poczucie winy.

W sytuacji, w której według naszej oceny istnieje duże ryzyko popełnienia samobójstwa przez pacjenta lub nie spodziewamy się współpracy w efektywnym leczeniu ze strony chorego i jego rodziny (chodzi o regularne przyjmowanie leków) powinniśmy rozważyć możliwość hospitalizacji. Konsultacja u specjalisty może być również konieczna jeśli nie uzyskamy poprawy za pomocą przeprowadzonego przez nas leczenia. Istnieje możliwość pomyłki przy stawianiu rozpoznania, gdyż inne choroby, mogą czasem objawiać się w podobny sposób. Mogą to być inne choroby psychiczne (np. otępienie, choroba schizoafektywna, zaburzenia lękowe), choroby somatyczne (np. niedoczynność tarczycy, gruźlica, udar mózgu), skutki stosowania substancji takich jak alkohol, opioidy, barbiturany, steroidy lub zespół odstawienia występujący w uzależnieniu od substancji psychostymulujących takich jak kokaina lub amfetamina. Należy też zaznaczyć, że jeśli nasz pierwszy kontakt z pacjentem nastąpił tuż po próbie samobójczej, musimy w pierwszej kolejności przeprowadzić pełne badanie przedmiotowe i leczyć ewentualne somatyczne skutki zdrowotne.

SCHIZOFRENIA – POWAŻNA CHOROBA PSYCHICZNA PODDAJĄCA SIĘ LECZENIU

Schizofrenia – to poważna choroba psychiczna, zaczynająca się najczęściej u młodych dorosłych lub w późnym okresie dojrzewania, charakteryzująca się głębokim zaburzeniem myślenia i spostrzegania. Występują w niej objawy psychotyczne takie jak omamy i urojenia oraz objawy ubytkowe, takie jak wycofanie z życia rodzinnego, społecznego, utrata zainteresowania otoczeniem. Schizofrenia doprowadza do utraty nabytych wcześniej umiejętności i zdolności, co może wiązać się z brakiem możliwości zarobkowania i samodzielnego życia, przez co stanowi problem społeczny.

Tabela 5. Jak rozpoznać schizofrenię?

– pacjent ma omamy, czyli słyszy głosy, których inni nie słyszą, lub widzi rzeczy, których inni nie widzą. Głosy te najczęściej mówią do pacjenta lub komentują jego zachowanie i są nieprzyjemne. Mogą to być również dziwne odczucia somatyczne np. – poczucie, że w ciele pacjenta jest zwierzę lub inny przedmiot;
– pacjent ma urojenia, czyli dziwne lub nie odpowiadające prawdzie przekonania np. że ktoś chce go skrzywdzić (otruć, okraść, ktoś go śledzi lub szkodzi jemu i rodzinie) albo, że znajduje się pod wpływem jakichś sił nienaturalnych (został opętany, albo ktoś kontroluje jego umysł);
– zaburzenia mowy – używanie dziwnych określeń, wymyślonych wyrazów, dziwne połączenia słów i nietypowe budowanie zdań, odpowiadanie nie na temat („bez sensu"), mówienie bardzo dużo lub prawie nic, powtarzanie tych samych wyrazów;
– zaburzenia zachowania – unikanie ludzi, agresywne zachowania, problemy w rodzinie i pracy, brak dbałości o higienę i wygląd, dziwaczne czynności i rytuały, zahamowanie ruchowe (nawet całkowita bezczynność);
– mogą występować inne objawy jak: utrata dotychczasowych zainteresowań, wycofanie się z życia społecznego, smutek, lęk, skargi na brak koncentracji.

W przypadku urojeń i omamów możemy mieć problem z rozpoznaniem jeśli pacjent nie o wszystkich objawach mówi nam wprost. O urojeniowych przekonaniach mogą świadczyć: nieuzasadniony lęk, agresja wobec otoczenia lub zachowania obronne (zamykanie się w domu, odmowa jedzenia, mówienie szeptem, ucieczka z domu). O omamach może świadczyć niepokój, rozdrażnienie, dezorientacja (pacjent nie wie, gdzie jest lub nie rozpoznaje

(ciąg dalszy na str. 8)

CHOROBY PSYCHICZNE

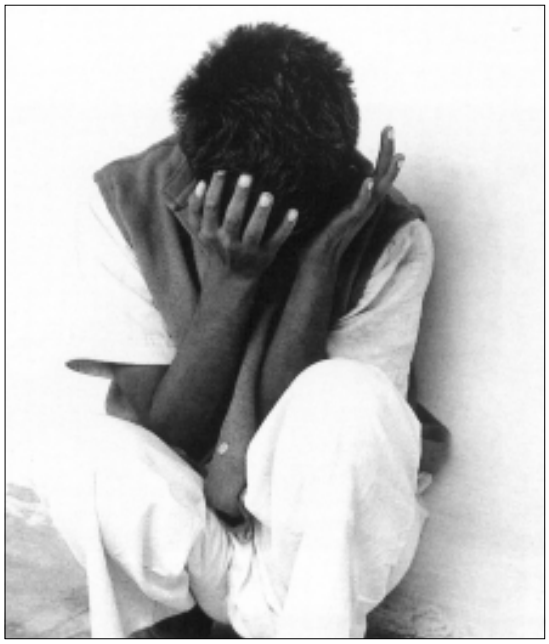
Zdrowie psychiczne

(ciąg dalszy ze str. 7)

osób), częste zamyślanie się, trudności w skupieniu uwagi na rozmowie lub na wykonywanej czynności, mówienie do siebie.

Rozmawiając z pacjentem, który wypowiada treści urojeniowe nie należy podejmować prób wyperswadowania choremu jego poglądów, gdyż może on zareagować agresją i zniechęcić się do kontaktów z personelem medycznym. Nie wolno nam jednakże pacjenta utwierdzać w tym, że ma rację, dlatego najlepiej unikać jakichkolwiek wypowiedzi oceniających treści urojeniowe wypowiadane przez pacjenta, ograniczając się do pytań. Nie należy też uznawać za urojenia sądów, które wydają nam się dziwne, ale związane są z miejscowymi wierzeniami i mieszczą się w sferze powszechnych w danej kulturze wyobrażeń. Jeśli pacjent ma podobne objawy, ale trwają one krótko (od kilku dni) i są bardzo nasilone, pacjent jest pobudzony, a mamy pewność, że nie nadużywa on alkoholu i nie mamy możliwości szybkiego i bezpiecznego transportu chorego do lekarza, należy podać choremu chlorpromazynę (3 razy dziennie dwie tabletki przez dwa dni). Jeśli pacjent po dwóch dniach czuje się lepiej, to kontynuujemy leczenie przez następne dwa tygodnie, odwiedzając pacjenta co dwa dni. Jeśli po tym czasie nie będzie poprawy, należy odesłać pacjenta do lekarza. Trzeba też skontaktować się z policją, lokalnymi władzami lub autorytetami np. religijnymi i za ich pośrednictwem uświadomić lokalnej społeczności, że dany człowiek potrzebuje leczenia i nie wolno go bić, więzić, ani wyrzucać z wioski. Należy choremu zapewnić ciszę i spokój w bezpiecznym miejscu i uprzedzić najbliższe otoczenie, żeby zachowywało się wobec chorego w uprzejmy sposób. Jeśli na podstawie wymienionych w tabeli objawów podejrzewamy schizofrenię, a objawy te utrzymują się od jakiegoś czasu i narastają powoli, kierujemy pacjenta do psychiatry, o ile jest to możliwe. Objawy nie wymagają szybkiej interwencji, zdarzają się jednak sytuacje, gdy pacjent nie ma żadnej możliwości kontaktu ze specjalistą. Jeśli jesteśmy zmuszeni rozpocząć leczenie sami, musimy upewnić się, czy objawy pacjenta nie są spowodowane nadużywaniem substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki) lub chorobami somatycznymi. Leki neuroleptyczne włączamy wtedy, gdy funkcjonowanie społeczne pacjenta zdecydowanie się pogorszyło w stosunku do okresu sprzed choroby np. stał się niezdolny do nauki lub pracy, ma duże problemy w kontaktach z otoczeniem.

Ważne jest uświadomienie bliskim pacjenta przyczyn jego zachowania, wytłumaczenie mechanizmów choroby, okazanie im wsparcia i zachęcenie ich do okazania wsparcia pacjentowi. Należy informować o konieczności regularnego przyjmowania leków i wyjaśnić w jakich przypadkach powinni zgłosić się po pomoc (np. skutki uboczne leków). Ważna jest pomoc w znalezieniu w okolicy jakiejkolwiek pracy lub zajęcia, które nie przekraczałoby możliwości chorego. Podczas comiesięcznych kontroli należy sprawdzić, jak traktuje pacjenta rodzina, czy pacjent nie zaniedbuje pracy i czy regularnie bierze leki.



Źródło: Noncommunicable diseases mental health and injuries, WHO, 2002.

UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE TO TRWAŁA CHOROBA PSYCHICZNA, KTÓREJ MOŻNA ZAPOBIEGAĆ

Upośledzenie umysłowe – to stan niepełnego lub zahamowanego rozwoju mózgu, objawiający się upośledzonym nabywaniem umiejętności podczas okresu rozwojowego, czego konsekwencją jest osiągnięcie niższego poziomu inteligencji, w tym funkcji poznawczych, językowych, motorycznych i umiejętności społecznych. Problemy z którymi musi radzić sobie społeczeństwo w związku z upośledzeniem umysłowym związane są z kilkukrotnie wyższą pośród osób z tą chorobą zapadalnością na inne schorzenia psychiczne, ich znacznie większym niż w przypadku pozostałej populacji narażeniem na wykorzystanie seksualne i inne nadużycia oraz fakt, że osoby z rozpoznaniem stopnia upośledzenia od umiarkowanego po głębokie nie są w stanie samodzielnie zarobkować i się utrzymać.

Aby potwierdzić rozpoznanie upośledzenia umysłowego stosuje się specjalne testy, badające poszczególne umiejętności i poziom inteligencji. Stosując te testy w krajach rozwijających się trzeba pamiętać by były one dostosowane do lokalnych warunków (norm kulturowych, języka) oraz dostosowane do danej populacji. Jednakże testy standaryzowane i nadające się do zastosowania w większości krajów, rzadko nadają się do badania osób ciężko upośledzonych oraz dzieci. W tabeli 6 opisano objawy, które mogą sugerować upośledzenie umysłowe, a które powinien umieć rozpoznać każdy pracownik medyczny, nie dysponując testami.

Tabela 6. Objawy upośledzenia umysłowego

– dziecko później niż rówieśnicy zaczyna siadać, chodzić, mówić (albo w późniejszym wieku, niż zaczynało jego starsze rodzeństwo). Podejrzenia wzbudzają dzieci, które nie chodzą mając dwa lata i nie mówią mając trzy lata. Upewnij się jednak, czy dziecko nie jest niedożywione lub w inny sposób zaniedbane (np. nie jest sierotą). Dowiedz się, kto zajmuje się dzieckiem;
– dziecko ma trudności z nauką w szkole (stałe i utrzymujące się, a nie przejściowe!) a wykluczono zaburzenia słuchu i wzroku;
– dziecko ma problemy w nawiązywaniu kontaktów, zwłaszcza z rówieśnikami (np. nie potrafi bawić się z innymi);
– w okresie dojrzewania mogą pojawić się nieprawidłowe zachowania seksualne;
– w okresie dorosłości pojawiają się problemy z codziennymi obowiązkami (gotowanie, gospodarowanie pieniędzmi, szukanie pracy i utrzymanie posady).

Występowanie upośledzenia umysłowego szacuje się na około 0,5-2,5% dzieci poniżej 18 roku życia w krajach wysoko rozwiniętych

→

i na około 4,6% dzieci w krajach rozwijających się. W tych drugich upośledzenie umysłowe częściej spowodowane jest czynnikami środowiskowymi. Uważa się, że poprzez wprowadzone tam działania profilaktyczne możliwe jest ograniczenie częstości występowania tego schorzenia do poziomu z krajów rozwiniętych.

Zasadniczo wyróżnia się cztery przyczyny upośledzenia umysłowego, z którymi można walczyć, ograniczając w ten sposób liczbę chorych dzieci. Fenyloketonuria, zespół Downa, niedobór jodu u matki prowadzący do wrodzonej niedoczynności tarczycy i kretynizmu u dziecka oraz picie alkoholu przez kobiety w ciąży, co wywołuje alkoholowy zespół płodowy i inne schorzenia.

Fenyloketonuria jest chorobą genetyczną, związaną z brakiem enzymu metabolizującego aminokwas – fenyloalaninę. Jej toksyczne metabolity, gromadzą się w tkankach (m.in. centralnego układu nerwowego) powodując upośledzenie umysłowe, objawy neurologiczne i skórne. Przeprowadzając test wykrywający poziom fenyloalaniny we krwi noworodka, a następnie wprowadzając odpowiednią dietę można skutecznie zapobiec nieprawidłowemu rozwojowi mózgu. Profilaktyka ta jednak wiąże się z wprowadzeniem na szeroką skalę testów skryningowych u noworodków, co wiąże się z kosztami i możliwe jest tylko w krajach, gdzie porody odbywają się w większości pod kontrolą pracowników medycznych. Niezbędna jest też dostępność odpowiednich odżywek, zastępujących dzieciom normalny pokarm. Jest to bardzo trudne do przeprowadzenia w krajach rozwijających się.

Zespół Downa to zespół objawów, na które – oprócz innych anomalii – składa się między innymi upośledzenie umysłowe. Spowodowany jest aberracją chromosomową tzw. trisomią 21 chromosomu. Częstość występowania tej aberracji wzrasta znacząco wraz z wiekiem matki. O ile ryzyko urodzenia dziecka z tym zespołem wynosi 1:2000 u kobiet od 20 do 25 roku zycia, rośnie ono znacząco po przekroczeniu przez kobietę 35 roku życia i u kobiet po 45 roku życia wynosi ono już 1:30. Ryzyko jest też większe u bardzo młodych dziewcząt (poniżej 16 roku życia) oraz w sytuacji gdy ojciec dziecka ma więcej niż 50 lat. Szacuje się, że ograniczając liczbę porodów pośród kobiet po 35 roku życia poprzez profilaktyczną akcję edukacyjną można ograniczyć występowanie choroby o 50%. Należy informować kobiety o większym ryzyku związanym z porodem w tym wieku i informować je o dostępnych metodach antykoncepcyjnych.

Na niedobór jodu narażonych jest od 600 milionów do 1 miliarda ludzi na całym świecie, zwłaszcza żyjących na endemicznych obszarach niedoboru jodu. Rejony, w których problem ten jest szczególnie nasilony to Chiny, Indie, Nepal, Indonezja, Papua Nowa Gwinea, Ameryka Południowa, a w nich w szczególności regiony górskie (Himalaje i Andy), oddalone od morza oraz narażone na częste powodzie. Widocznym wskaźnikiem niedoboru jodu w populacji jest częstość występowanie wola. W populacjach, w których u ponad 50% ludzi można stwierdzić wole, liczba dzieci rodzących się z wrodzoną niedoczynnością tarczycy prowadzącą do upośledzenia wynosi 10%, a regionach szczególnego niedoboru jodu – co czwarte dziecko rodzi się z tą chorobą. Aby zapobiec występowaniu tej choroby u noworodków matki powinny przyjmować jod już przed ciążą. Skutecznym rozwiązaniem jest wprowadzenie przez państwo jodowania soli lub wody pitnej (w części krajów rozwijających się pierwsze rozwiązanie ma większe znaczenie praktyczne). W przypadku braku takiej profilaktyki możliwe jest podawanie kobietom w wieku reprodukcyjnym preparatów jodu pod postacią jodowanego oleju (podany domięśniowo związek uwalnia się przez dłuższy czas, zapobiegając niedoborowi przez okres około 3-5 lat). Do tego jednak potrzebny jest wykwalifikowany personel medyczny i niezbędny sprzęt jednorazowy. Znacznie łatwiej więc prowadzić profilaktykę przez podawanie jodu doustnie (mniejsza skuteczność i krótszy okres działania) lub doustne podawanie płynu Lugola (konieczne częste powtarzanie dawek).

Alkoholowy zespół płodowy to zespół objawów występujących u płodu i u noworodka, wymienionych w tabeli 7, związanych z piciem alkoholu przez kobietę w ciąży.

Tabela 7. Objawy alkoholowego zespołu płodowego

– ziecko jest mniejsze, mniej waży i ma mniejszy obwód głowy niż powinno (jeśli dziecko jest wcześniakiem niedobór długości i masy ciała jest większy niż powinien być z powodu samego tylko wcześniactwa!);
– dziecko rozwija się wolniej od rówieśników, ma objawy upośledzenia umysłowego;
– dziecko ma w charakterystyczny sposób zniekształconą czaszkę i twarz: mały obwód głowy, małe gałki oczne i krótkie szczeliny powiekowe, cienką górną wargę, spłaszczenie okolicy szczęki.

Nie tylko bezpośrednio po urodzeniu masa ciała dziecka jest poniżej normy, ale również w późniejszym wieku dziecko mniej przybiera na wadze i wolniej rośnie w porównaniu do rówieśników. Mogą też występować objawy neurologiczne, nadpobudliwość ruchowa, zaburzenia snu, wady serca, wady układu moczowo-płciowego i kostnego. W ogólnej populacji ryzyko wystąpienia tego zespołu u noworodka wynosi 2:1000, ale już wśród kobiet pijących alkohol w czasie ciąży ryzyko wynosi 20-80:1000. Nie ma danych na temat liczby kobiet pijących alkohol w czasie ciąży w krajach rozwijających się. W USA problem ten dotyczy 3,2% ciężarnych.

Trzeba zaznaczyć, że część dzieci, których matki nadużywały alkoholu podczas ciąży, cierpi na różne schorzenia (najczęściej zahamowanie wzrostu, trudności w nauce i zaburzenia zachowania), mimo iż nie spełniają wszystkich kryteriów zespołu. Uważa się że spośród przewlekle uzależnionych od alkoholu ciężarnych jedna trzecia urodzi dzieci z zespołem, a drugie tyle z innymi zaburzeniami, nie spełniającymi kryteriów alkoholowego zespołu płodowego. Na pojawienie się tych zaburzeń ma również wpływ często współwystępujące z alkoholizmem niedożywienie i palenie tytoniu.

Występowanie alkoholowego zespołu płodowego można ograniczyć poprzez akcje profilaktyczne – edukację kobiet na temat szkodliwości alkoholu dla płodu, a także poprzez ogólne działania mające na celu przeciwdziałanie alkoholizmowi. Zespół ten częściej występuje u dzieci kobiet rasy czarnej, z niską masą ciała (i małym przyrostem masy w czasie ciąży), często pijących piwo. Opisywany jest pewien typ najczęściej reprezentowany pośród nadużywających alkoholu podczas ciąży: kobieta w średnim wieku, rozwiedziona lub żyjąca w separacji, wieloródka, paląca papierosy. Dostępne są testy, takie jak AUDIT, CAGE i inne, które ułatwiają przeprowadzenie wywiadu dotyczącego spożywania alkoholu. Rozmowę dotyczącą picia alkoholu należy przeprowadzić z każdą ciężarną. Każdą też należy poinformować o możliwych konsekwencjach picia alkoholu w czasie ciąży. Kobietę, która przyzna się do nadużywania alkoholu, należy zachęcić do utrzymania trzeźwości i przez cały ten czas podtrzymywać kontakt z nią, prowadząc terapię wspierającą, która sprowadza się do motywowania do wytrwania w trzeźwości i pomocy w trudnych sytuacjach.

(ciąg dalszy na str. 10-11)

CHOROBY PSYCHICZNE

Zdrowie psychiczne

(ciąg dalszy ze str. 9)

EDUKACJA SPOŁECZEŃSTWA JEST NAJWAŻNIEJSZA W OGRANICZENIU WYSTĘPOWANIA UPOŚLEDZENIA UMYSŁOWEGO I JEGO SKUTKÓW

W przypadku upośledzenia umysłowego rolą personelu medycznego pierwszego kontaktu jest ograniczanie jego występowania poprzez profilaktyczne działania edukacyjne. Należy informować kobiety o szkodliwym działaniu alkoholu na płód, oraz o ryzyku związanym z ciążą po 35 roku życia i o dostępnych metodach antykoncepcyjnych. W regionach zagrożonych niedoborem jodu należy informować kobiety o koniecznej suplementacji jodem przed planowanym zajściem w ciążę i prowadzenie profilaktycznej suplementacji pośród kobiet w wieku reprodukcyjnym. Edukację taką można prowadzić indywidualnie, kiedy kobieta zgłasza się do nas z jakimś problemem medycznym. Jest to jednak mało skuteczne, gdyż młode kobiety rzadziej chorują, nie każda też zgłasza się po poradę do pracownika medycznego. W niektórych krajach kobiety ze względów religijnych mają bardzo ograniczony dostęp do służby zdrowia. Istnieje więc potrzeba organizowania spotkań dla kobiet, podczas których przekazywana byłaby im odpowiednia informacja. W zależności od lokalnego prawa, religii i zwyczajów może okazać się konieczne, żeby spotkania takie prowadziły kobiety. Edukacja kobiet musi nieraz iść w parze z edukacją mężczyzn zwłaszcza w zakresie planowania rodziny i antykoncepcji, gdyż w niektórych kulturach kobiety mają ograniczoną możliwość podejmowania takich decyzji. Podczas takich spotkań można wykorzystywać ilustracje, rymowanki, opowiadania, odgrywanie scenek oraz wszelkie inne środki mające na celu włączenie uczestników w aktywny udział w spotkaniu i jak najlepsze zrozumienie i zapamiętanie przekazywanych informacji. Rolą pracowników medycznych pierwszego kontaktu jest także opieka nad rodzinami, w których żyją upośledzone dzieci, edukowanie oraz wspieranie ich opiekunów oraz kontrolowanie, czy dzieci te mają zapewnioną należytą opiekę i bezpieczeństwo. Często bowiem stają się one ofiarami wielu zaniedbań, nadużyć oraz agresji ze strony otoczenia, przed którymi nie potrafią się bronić. Należy też zachęcać środowisko by umożliwiło tym dzieciom jak najdłuższą możliwą edukację i następnie ułatwiło im wykonywanie prostej pracy, która jest dostosowana do ich możliwości.

UZALEŻNIENIA – OGROMNE KOSZTY PONOSZONE PRZEZ RODZINY I SPOŁECZEŃSTWA, PRZY NIEWIELKIEJ WIEDZY O SKUTKACH ORAZ MOŻLIWOŚCIACH ZAPOBIEGANIA I LECZENIA

Nadużywanie alkoholu może powodować wiele zaburzeń, schorzeń i problemów. W psychiatrii zaburzenia związane z nadmiernym spożywaniem alkoholu podzielono na (a) picie szkodliwe i (b) uzależnienie od alkoholu. Szacuje się, że schorzenia te dotyczą odpowiednio 400 milionów i 140 milionów ludzi na świecie; aż 78% z nich nie jest leczona, a tymczasem 1,5 % wszystkich zgonów na świecie jest pośrednio lub bezpośrednio związana z nadużywaniem alkoholu. Skutki nadmiernego spożycia alkoholu pochłaniają w zależności od państwa od pół do kilku procent krajowego dochodu brutto.

Właściwie z każdym pacjentem należałoby rozmawiać na temat tego, ile pije alkoholu. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę na osoby zgłaszające poranne nudności, wymioty albo drżenia mięśni, skarżące się na bóle brzucha (zapalenie żołądka, choroba wrzodowa), krwawe wymioty (żylaki przełyku), mające żółtaczkę lub powiększoną wątrobę (marskość lub uszkodzenie wątroby), często ulegające wypadkom i doznające urazów. Podczas rozmowy z pacjentem na temat alkoholu powinniśmy ustalić, ile alkoholu pije tygodniowo. Powinniśmy dążyć do ustalenia konkretnej ilości, nie zadowalajmy się stwierdzeniem „mało", „tyle co wszyscy", „normalnie". Żeby ułatwić rozważania na temat tego, ile to jest „za dużo", wprowadzono termin „jednostki alkoholowej" lub „drinka". Jednemu drinkowi odpowiada mały kieliszek wódki, mała puszka lub szklanka piwa (250-330 ml), kieliszek wina. Ilości te odpowiadają mniej więcej10g czystego etanolu. Uważa się że dla mężczyzny „za dużo" to ponad 3 drinki dziennie lub 21 drinków tygodniowo, a dla kobiety ponad 2 drinki dziennie lub 14 tygodniowo. Pamiętajmy jednak, że niezależnie od ilości spożytego etanolu, ludzie piją za dużo, jeśli mają choć jeden problem związany ze swoim piciem np. kłótnie z partnerem, spóźnienia do pracy, chorobę somatyczną, przypadki prowadzenia samochodu po spożyciu alkoholu oraz wtedy, gdy odczuwają potrzebę wypicia alkoholu bezpośrednio po przebudzeniu.

Picie szkodliwe, to termin, który dotyczy osób, które nie spełniają kryteriów uzależnienia od alkoholu, ale doświadczają poważnych skutków nadużywania alkoholu (choroby somatyczne, problemy w pracy, problemy z prawem, problemy rodzinne).

W tabeli 8 podano objawy uzależnienia od alkoholu. Do rozpoznania uzaleznienia wystarczą trzy spośród tych objawów, występujące w ciągu roku poprzedzającego badanie.

Tabela 8. Objawy uzależnienia od alkoholu

– silna potrzeba picia, tzw. „głód alkoholowy";
– brak kontroli nad piciem alkoholu, częste sytuacje w których osoba pije więcej lub dłużej niż wcześniej zamierzała;
– picie pomimo wiedzy o szkodliwym działaniu alkoholu (jeśli ktoś pije, mimo świadomości, że jakieś jego problemy np. choroba somatyczna lub wypadek są skutkiem picia alkoholu);
– tolerancja, czyli potrzeba spożywania coraz większych ilości alkoholu dla uzyskania tego samego efektu, jeśli ktoś może wypić większą ilość niż kiedyś bez upijania się (mówimy o kimś takim, że ma „mocną głowę") a jest to objaw uzależnienia !;
– zaniedbanie dotychczasowych zainteresowań, przyjaźni i obowiązków (domowych, w pracy), alkohol zaczyna być stawiany ponad wszystkim, czynności związane z piciem pochłaniają dużo czasu, pieniędzy i energii
– objawy związane z nagłym przerwaniem picia, czyli zespół abstynencyjny.

Dla zespołu abstynencyjnego charakterystyczne są drżenia mięśni, pocenie się, nudności, zawroty głowy, osłabienie, lęk. Objawy te występują jeśli ktoś, kto pił przez dłuższy czas, nagle przerwie picie. Ponieważ najczęściej występują rano, po przebudzeniu, uzależnione osoby próbują je złagodzić poprzez natychmiastowe przyjęcie dawki alkoholu. Warto więc spytać podczas zbierania wywiadu o to, czy pacjent pije alkohol po przebudzeniu. Mogą się też pojawić drgawki. U osób uzależnionych, które piją duże ilości alkoholu przez wiele lat, może pojawić się zespół majaczeniowy (delirium).

→

Epilepsja

EPILEPSJA

Od Redakcji: 80% spośród około 40 milionów ludzi cierpiących na epilepsję żyje w krajach rozwijających się; 90% z nich jest nie leczona lub leczona niewłaściwie i często jest dyskryminowana przez miejscową społeczność nieświadomą przyczyn choroby. Powszechne zapobieganie i leczenie epilepsji powinno być rozwiązywane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Osobom bliżej zainteresowanym epilepsja poleca się Epilepsy. A manual for Medical and Clinical Officers in Africa. WHO, Geneva 2002.

DEFINICJA EPILEPSJI

Epilepsja (padaczka) jest chorobą mózgu, która polega na nadmiernej napadowej aktywności elektrycznej pewnych okolic mózgu. U zdrowego człowieka komórki mózgowe przenoszą bodźce elektryczne w określony sposób np. w procesie patrzenia na coś zaangażowanych jest wiele elementów tkanki nerwowej mózgu, a intensywne przewodzenie bodźców odbywa się głównie w tylnych częściach mózgu. U chorych na epilepsję pobudzeniu ulegają pewne grupy komórek o zmienionych właściwościach, a z nich nieprawidłowe pobudzenie może promieniować na inne obszary mózgu i ujawniać się w postaci różnorodnych objawów, w dużej mierze zależnych od przyczyny epilepsji. Międzynarodowa klasyfikacja epilepsji jest bardzo złożona. Z praktycznych względów

(ciąg dalszy na str. 12)

Tabela 9. Objawy delirium

– dezorientacja (osoba nie wie, gdzie się znajduje, kim są osoby z otoczenia, która godzina lub jaki jest dzień);
– silne pocenie się, gorączka, przyspieszony puls i wzrost ciśnienia;
– silne drżenie całego ciała;
– pobudzenie ruchowe;
– omamy wzrokowe (osoba widzi rzeczy, których inni nie widzą);
– objawy te mogą zmieniać swoje nasilenie z godziny na godzinę (zanikać na jakiś czas i znów pogarszać się).

Jeśli trafia do nas człowiek z powyższymi objawami zespołu abstynencyjnego, powinniśmy uświadomić mu ich związek z piciem alkoholu (a właściwie z nagłym zaprzestaniem picia). Następnie należy przeprowadzić pełne badanie przedmiotowe. Jeśli stwierdzamy odwodnienie, gorączkę, napady drgawkowe lub osoba jest zdezorientowana i ma omamy wzrokowe to kierujemy ją do szpitala. Jeśli nie, to prowadzimy leczenie ambulatoryjne. Podajemy 100 mg tiaminy domięśniowo i zaopatrujemy chorego w tiaminę w tabletkach (50 mg), kwas foliowy (1 mg), oraz preparat wielowitaminowy na okres 7 dni. Podajemy również chlordiazepoksyd, stosowany w następującym systemie: 25 mg – cztery razy pierwszego dnia, trzy razy drugiego dnia, dwa razy trzeciego dnia, oraz raz dziennie na noc w czwartym i piątym dniu leczenia. Szóstego i siódmego dnia podajemy 12,5 mg na noc. Jeśli zamiast chlordiazepoksydu stosujemy diazepam, to zaczynamy od 5 mg cztery razy dziennie, a następnie w podobny sposób zmniejszamy dawkę.

Należy informować o szkodliwych skutkach picia alkoholu dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Osoby u których stwierdzamy picie szkodliwe, zachęcamy do redukowania ilości wypijanego alkoholu i częstotliwości picia, informujemy o zagrożeniu uzależnieniem. Kobiety zawsze informujemy o szkodliwości picia w czasie ciąży i karmienia. Tym osobom, które naszym zdaniem są już uzależnione (mają objawy tolerancji lub objawy zespołu abstynencyjnego) informujemy, że nie wolno im w ogóle pić alkoholu. Aby ułatwić pacjentowi wytrwanie w trzeźwości doradź mu, aby zastanowił się, w jakich okolicznościach pije najwięcej lub najczęściej i żeby unikał tych sytuacji. Jeśli pije głównie w nocy, niech stara się znaleźć sobie na ten czas jakieś zajęcie, albo pójdzie do miejsca, w którym nie może pić (np. świątynia). Jeśli pija głównie ze znajomymi po pracy, niech zawsze stara się mieć zajęte popołudnia i unika tych znajomych. Jeśli zwykł pić w samotności, niech stara się przebywać w towarzystwie. Jeśli pije tylko w sytuacjach stresowych niech stara się znaleźć inny sposób rozładowania emocji (rozmowa z kimś bliskim, uprawianie sportu).

Trzeba także być świadomym, że ludzie uzależniają się także od innych substancji, niż alkohol. Poniżej omówione zostaną tylko niektóre z nich: kanabinoidy (marihuana, haszysz), psychostymulanty (kokaina i amfetamina), opioidy (morfina, heroina), środki wziewne (kleje, rozpuszczalniki, benzyna).

Marihuana i haszysz wywołują u ludzi euforię, ale czasem może także pojawić się lęk. Fizycznymi objawami stosowania tych środków jest zaczerwienienie spojówek, suchość w ustach i przyspieszone tętno. Pacjenta, którego podejrzewamy o zatrucie kanabiboidami należy pozostawić w cichym pomieszczeniu, możemy też podać mu diazepam.

Środki psychostymulujące powodują, że człowiek ma dużo energii, bardzo dobry nastrój, jest gadatliwy, nie może spać, nie czuje głodu. W ciężkim zatruciu mogą pojawić się omamy, urojenia (objawy podobne do schizofrenii). Stwierdza się drgawki, nadciśnienie, zaburzenia rytmu serca, wyczerpanie, małą masę ciała. W ciężkim zatruciu chory powinien trafić do szpitala (w przypadku omamów i urojeń podajemy haloperidol, a w przypadku nadciśnienia fentolaminę.) Chorego należy umieścić w cichym pomieszczeniu. Objawami nagłego odstawienia tych środków jest senność, spowolnienie i depresja.

Osobę zażywającą opioidy, możemy rozpoznać po wąskich źrenicach, zaczerwienionej i ciepłej skórze, zaburzonej mowie i senności lub wręcz letargu. W ciężkim zatruciu może pojawić się śpiączka i bezdech. W takim przypadku w warunkach szpitalnych podajemy choremu nalokson. Objawami zespołu abstynencyjnego jest łzawienie, pocenie się, wyciek z nosa, rozszerzenie źrenic.

Stosowanie substancji wziewnych, jest szczególnie rozpowszechnione wśród dzieci i młodzieży, a jest szczególnie niebezpieczne, gdyż doprowadza do uszkodzenia mózgu. Objawami są euforia, oczopląs, zaburzenia chodu, zaburzenia mowy. Przewlekłe stosowanie może powodować otępienie (pacjent traci swoje zdolności poznawcze – np. gorzej się uczy, nie wie jak gdzieś trafić, jak się nazywa dany przedmiot, lub osoba). Nie są znane żadne sposoby leczenia zatrucia tymi środkami.

Lek. med. Aleksandra Czech

EPILEPSJA

(ciąg dalszy ze str. 11)

epilepsję można podzielić na (1) duży napad „grand mal" drgawek toniczno-klonicznych [naprzemienne rytmiczne zginanie i wyprostowywanie członków zwykle po fazie skurczowej dotyczącej wielu mięśni] ; (2) „petit mal" z brakiem napadów; (3) drgawki częściowe z utratą świadomości; (4) drgawki częściowe bez utraty świadomości; (5) rzadko występująca epilepsja myokloniczna [nagłe krótkotrwałe skurcze mięśni]. Należy zaznaczyć, że drgawki częściowe nierzadko prowadzą do dużych napadów.

PRZYCZYNY EPILEPSJI SĄ WIELORAKIE

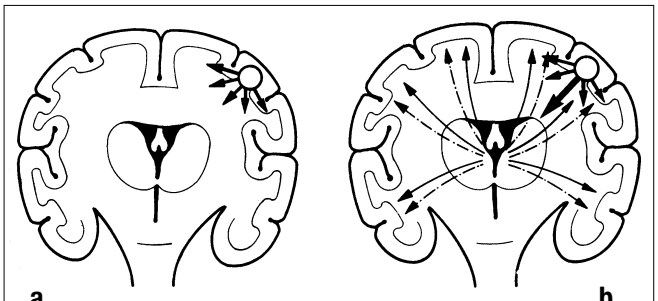
Do najważniejszych przyczyn epilepsji należą: uraz porodowy, zakażenia pasożytnicze, wirusowe i bakteryjne, urazy głowy, stany gorączkowe i czynniki genetyczne. Wymienione przyczyny pozwalają podzielić chorych na epilepsję na dwie duże grupy: przed i po 20 roku życia. Do wcześniejszej grupy należy m.in. epilepsja uwarunkowana genetycznie. U osób mających rodziców z epilepsją ryzyko zachorowania jest 3-krotnie większe. W krajach rozwijających się, zwłaszcza w społecznościach izolowanych np. w szczepie Wapagoro w Tanzanii, zawieranie małżeństw między blisko spokrewnionymi osobami zwiększa ryzyko epilepsji uwarunkowanej genetycznie. Drugi czynnik wpływający na wczesne występowanie epilepsji wiąże się z okresem ciąży, porodu i niemowlęctwa. Należą do nich choroby matki w czasie ciąży, w tym alkoholizm, młodociany wiek i niedożywienie matki często powodujące przedwczesny poród. Do przyczyn okołoporodowych epilepsji należą: choroby krążenia u matki, zaburzenia krążenia łożyskowego i pępowinowego, przedłużający się poród m.in. z przyczyn wynikających z budowy miednicy lub wielkości i ułożenia płodu, związana z porodem deformacja głowy i mózgu noworodka, zaczopowanie dróg oddechowych noworodka po porodzie prowadzące do niedotlenienia płodu. Przyczyny epilepsji okołoporodowej są dwukrotnie częstsze w krajach rozwijających się w porównaniu do krajów rozwiniętych. Właściwa opieka położnicza pozwoliła w Ekwadorze na zmniejszenie epilepsji związane z ciążą i porodem o 42%.

Przyczyny zakaźne epilepsji, zarówno w grupie chorych przed jak i po 20 roku życia, są dużo częstsze w krajach rozwijających się. Należy do nich przede wszystkim wągrzyca mózgu w niektórych rejonach Ameryki Łacińskiej i Afryki odpowiedzialna niekiedy za >50% przypadków epilepsji. Wągrzyca występuje głównie na terenach endemicznego występowania Taenia solium, na których świnie mają łatwy dostęp do kału ludzi zarażonych tasiemcem. Z innych przyczyn pasożytniczych epilepsji należy wymienić bąblowicę mózgu (echinokokozę), paragonimozę mózgu (głównie w Azji dalekowschodniej), schistosomozę, zwłaszcza wywołaną przez S.japonicum, wrodzoną toksoplazmozę, trypanosomozę afrykańską i chorobę Chagasa, a przede wszystkim malarię mózgową lub przebiegającą z wysoką gorączką, zwłaszcza u dzieci. Częstym powodem epilepsji jest bakteryjne zapalenie opon mózgowych na tle gruźliczym lub ropnym. Z zakażeń wirusowych, poza japońskim zapaleniem mózgu w Azji, trzeba wymienić zakażenie HIV/AIDS, w niektórych okolicach Afryki będące przyczyną aż 60% przypadków epilepsji. Epilepsja pojawiająca się po raz pierwszy po 30 roku życia wiąże się zwykle z guzem mózgu, wągrzycą lub bąblowicą.

Urazy głowy związane z wypadkami komunikacyjnymi lub aktami przemocy są przyczyną epilepsji w kilkunastu procentach i występują w podobnym odsetku przypadków w krajach rozwijających się i rozwiniętych.

OBJAWY EPILEPSJI BYWAJĄ RÓŻNORODNE

Epilepsja może objawiać się w rozmaity sposób: określony rodzaj drgawek, niecodzienne odczucia, zmienione zachowanie. Różnorodne również może być ich natężenie od tzw. tików do typowych dużych napadów padaczkowych. Wynika to z odmiennych przyczyn uszkodzenia tkanki mózgowej, które może mieć różną lokalizację, natężenie i rozległość (ryc. 1). Gdy nieprawidłowe pobudzenie obejmuje znaczne obszary mózgu, podczas napadu chory może tracić świadomość i nie pamięta co się z nim działo. Niekiedy chory wpada w przedłużający się tzw. stan epileptyczny. W rzadkich przypadkach epilepsja może być bezpośrednia przyczyną zgonu z powodu stanu epileptycznego lub pośrednio prowadzić do zgonu z powodu upadku, rozległego oparzenia, utonięcia lub samobójstwa. Chorzy z epilepsją nierzadko giną wcześniej w powodu choroby podstawowej, będącej przyczyną napadów epileptycznych np. wągrzycy. W Etiopii w ciągu 2 letnich obserwacji zmarło z tych czy innych przyczyn 6,3% osób chorych na epilepsję.



Ryc. 1 ...???

Figure 4. Partial seizure: discharge remains localized

Figure 5. Secondary generalized seizure: epileptic discharge initially localized and then spreads to trigger a generalized seizure

Źródło: Epilepsy. A manual for Medical and Clinical Officers in Africa, WHO, 2002.

Przypadki epilepsji należy różnicować z drgawkami spowodowanymi innymi przyczynami np. z omdleniem i z napadem drgawek pseudoepileptycznych m.in. histerycznych (Tabele 1 i 2).

Tabela 1. Różnicowanie epilepsji z drgawkami związanymi z omdleniem*

• Drgawki epileptyczne występują nagle, a w omdleniu stopniowo.
• Utrata przytomności w omdleniu trwa sekundy, a epilepsji – minuty.
• Drgawki w omdleniu występują rzadko, a w epilepsji często.
• Tylko w epilepsji w czasie drgawek występuje przygryzanie języka, bezwiedne oddawanie moczu, sinica.
• Po omdleniu chory szybko zdrowieje, a po napadzie epileptycznym trwa to jakiś czas (splątanie, niepewność chodu, zawroty, bóle głowy).

* Omdlenie jest krótkotrwałą utratą przytomności wskutek niedostatecznego ukrwienia mózgu w związku z zastojem krwi żylnej (omdlenie ortostatyczne, wazowagalne – dłuższe stanie w tłumie, w otoczeniu gorącym) lub z niedostatecznym napływem krwi tętniczej do mózgu (omdlenie pochodzenia serowego – zaburzenia rytmu serca, wada serca – lub pochodzenia naczyniowego – wstrząs naczyniowy, emocje). W omdleniu skóra jest blada, tętno wolne, drgawki, o ile występują, są nieskoordynowane. Postępowanie, niezależnie od usunięcia przyczyny podstawowej, polega na niskim ułożeniu głowy i podniesieniu nóg ku górze.

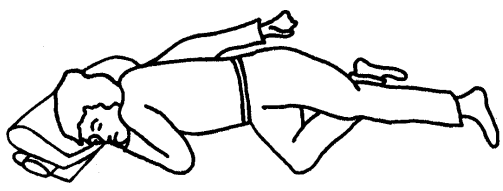
Tabela 2. Różnicowanie epilepsji z drgawkami na tle histerycznym
• Drgawki epileptyczne mają określony „charakter", a histeryczne przebiegają w sposób zmienny i niekiedy „dziwny".
• W drgawkach histerycznych nie ma przygryzania języka, oddawania moczu, sinicy, samouszkodzenia.
• Nie ma też w histerii utraty przytomności; nawet o ile chory sprawia takie wrażenie to reaguje na jakiekolwiek usiłowanie niesienia mu pomocy.
• Czasem jeden chory może mieć równocześnie drgawki epileptyczne i histeryczne lub cierpieć na epilepsję oraz depresję lub psychozę. Rozpoznanie powinno być więc „ostrożne".

Zespoły sytuacyjne drgawek mogą wystąpić u każdego człowieka jako reakcja na uraz (np. komunikacyjny, porodowy), niedotlenienie (malaria mózgowa), zbyt wysoką temperaturę (malaria), zatrucie (np. alkoholem), nagłe odstawienie niektórych leków oraz w czasie zatrucia ciążowego, hipoglikemii lub uremii. Drgawki, występują często u dzieci odwodnionych, z biegunką i wymiotami; nie wymagają one stosowania leków, przeciwdrgawkowych. U dzieci z wysoką gorączką (malaria, zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych) o ile drgawki trwają powyżej 15 minut należy podawać leki przeciwdrgawkowe takie jak diazepam dożylnie lub dorektalnie lub paraldehyd domięśniowo. W niektórych sytuacjach napady drgawek mają tło psychogenne i mogą występować grupowo np. u dzieci szkolnych lub w czasie zgromadzeń religijnych. Mają one charakter „demonstracyjny" i zwykle uchwytną przyczynę oraz trwają dłużej.

Rozpoznanie epilepsji może nieraz nastręczać trudności, zwłaszcza o ile nie ma dokładnego opisu napadu lub możliwości wykonania specjalistycznego badania neurologicznego. W rozpoznawaniu epilepsji ważne są: rodzaj drgawek, czas ich trwania, częstotliwość napadów, pora dnia, obecność tzw. aury i fazy po-napadowej oraz wiek chorego i towarzyszące mu choroby. Elektroencefalografia, będąca podstawowym badaniem neurologicznym w epilepsji, niekiedy nie daje jednoznacznych wyników potwierdzających rozpoznanie.

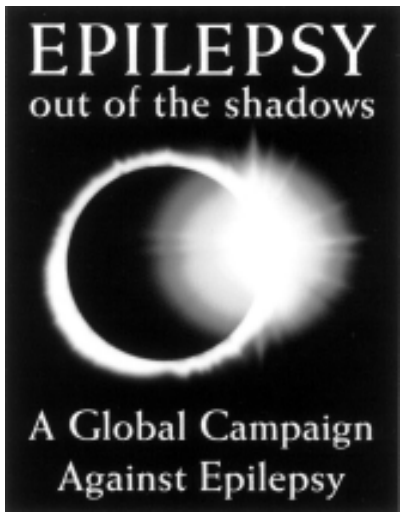
WIADOMO CO TRZEBA, A CZEGO NIE NALEŻY ROBIĆ W CZASIE NAPADU EPILEPSJI

Chory na padaczkę w czasie napadu wymaga właściwego postępowania ze strony otoczenia. Przede wszystkim działaj spokojnie. Przenieś chorego w bezpieczne spokojne miejsce (z dala od ulicy, zbiorników wody, ogniska). Ułóż go na boku, rozluźnij ubranie, zwłaszcza w okolicy szyi, chroń głowę przed urazem i przechyl ją na bok w razie wymiotów lub ślinotoku, aby nie doszło do zakrztuszenia się (ryc. 2). Po ustąpieniu napadu chory może być senny lub pobudzony; pozwól mu wypocząć, okryj czymkolwiek.



Ryc. 2. Zalecane ułożenie chorego w trakcie napadu padaczkowego

Źródło: Epilepsy. A manual for Medical and Clinical Officers in Africa, WHO, 2002.



Pozostań z chorym aż do odzyskania pełnej sprawności. Przekaż komu trzeba szczegóły dotyczące napadu. W czasie napadu nie należy powstrzymywać siłą drgających rąk i nóg chorego ani otwierać zaciśniętych szczęk (nawet o ile krwawi przygryziony język). Chorego nie próbuje się cucić np. przez polewanie wodą, ani budzić po napadzie przez potrząsanie lub uderzanie po twarzy. Tzw. duży napad padaczki ustępuje zwykle po 1-3 minutach i mimo groźnego wyglądu nie stanowi zagrożenia dla życia. O ile napad trwa powyżej 3 minut wskazana jest pomoc lekarska.

KAŻDY PRZYPADEK EPILEPSJI POWINNO SIĘ LECZYĆ

Epilepsja jest chorobą, którą trzeba leczyć. Skuteczność dwóch podstawowych leków fenobarbitalu i fenytoiny, np. stosowanych w Indiach u 93% chorych na epilepsję, jest oceniana na 70%. Fenobarbital jest uważany za lek podstawowy w częściowej i uogólnionej epilepsji. Jest on używany od dawna w różnych formach epilepsji, jest tani i może być stosowany w podstawowej opiece medycznej. Koszt miesięcznego stosowania fenobarbitalu w Kolumbii wynosi około 1,50 US$, a w Brazylii około 10 US$; jest to często mniej niż tradycyjna terapia ziołami. Fenobarbital ma jednakże dość wąskie „okienko terapeutyczne", w którym działa przy minimalnych objawach niepożądanych. Lek ten stosuje się jednorazowo wieczorem w dawkach wzrastających od 30 mg, 60 mg lub maksymalnie 90 mg w zależności od tego czy napady ustępują czy też nie. Fenytoina jest lekiem drugiego rzutu; stosuje się ją w dawkach od 100-300 mg, zwiększając je co 50 mg. W krajach rozwiniętych najczęściej podaje się valroate [valpromid?] i karbamazepinę. Dobranie odpowiedniego leku i skutecznej jego dawki może zająć trochę czasu. Zwykle jeżeli jeden lek w najwyższej dawce nie powoduje ustąpienia objawów, trzeba zdecydować się na jego zmianę lub dołączenie drugiego leku. Zwykle po 2-3 latach bez napadów podejmuje się decyzję o powolnym odstawianiu leku (ów). U niektórych chorych leczenie musi trwać całe życie. W krajach rozwijających się z konieczności (brak wyboru leków, niedostateczny stały dostęp do danego leku, niemożność precyzyjnego ustalenia przyczyny padaczki) leczenie farmakologiczne jest często utrudnione lub niekompletne, a zwykle długotrwałe.

Leczenie chirurgiczne tych postaci epilepsji, w których można ustalić tzw. ognisko padaczkorodne i ewentualnie je usunąć, jest stosowane nieomal wyłącznie w krajach technicznie zaawansowanych.

(ciąg dalszy na str. 14)

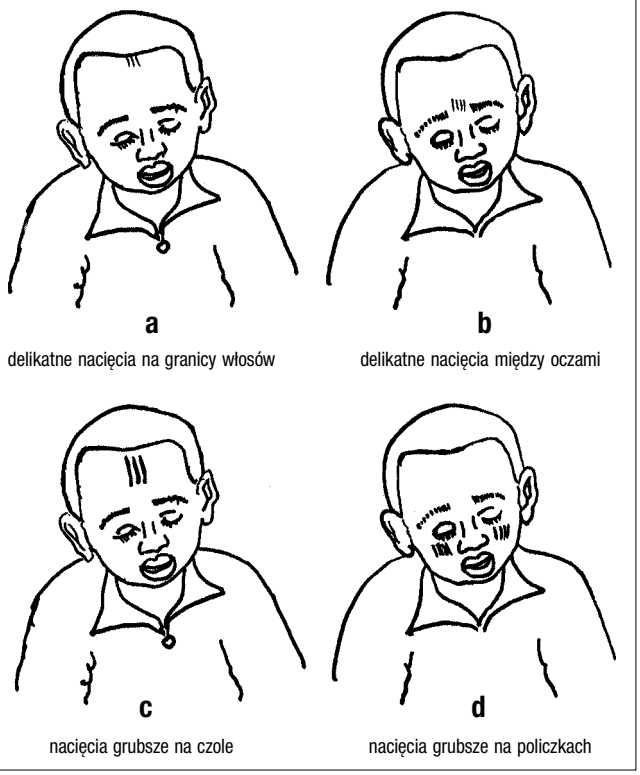
EPILEPSJA

(ciąg dalszy ze str. 13)

Stan epileptyczny, będący zagrożeniem życia, wymaga stosowania leków parenteralnych najlepiej diazepamu dożylnie (2 mg/minutę, maksymalnie 20 mg) lub w postaci czopków doodbytniczych. Może być też stosowana fenytoina dożylnie (150-250 mg wolno w ciągu 20 minut). W opornych przypadkach istnieją wskazania do ogólnej anestezji.

W Afryce m.in. w Togo epilepsja, zwana chorobą powodującą upadanie („falling disease") jest uważana za chorobę „ponadnaturalną" i jako taka leczona jest przez lokalnych znachorów. Jednym ze sposobów leczenia jest nacinanie skóry twarzy; w zależności od częstości napadów w lekkich przypadkach nacięcia w liczbie 3-4 są delikatne i robione na czole na granicy skóry owłosionej, a w cięższych przypadkach nacięcia są grubsze i wykonane na środku czoła, pomiędzy brwiami lub na policzkach. (ryc 3). Tak więc w niektórych rejonach Afryki pacjent może mieć „epilepsję wypisaną na twarzy". Porozumienie ze znachorami może być trudne, ale należy starać się „wciągnąć" ich do systemu racjonalnej medycznej opieki podstawowej. Każdy możliwy do spełnienia kompromis w tym względzie przyniesie społeczności więcej korzyści niż kategoryczne zwalczanie praktykowania tzw. „medycyny naturalnej".

Ryc. 3. Tradycyjne metody leczenia epilepsji poprzez nacinanie skóry
Traditional therapeutic scarifications of the epileptic.



Źródło: Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, T. 93, 2000 No 4.

Następstwami epilepsji, zwłaszcza dłużej trwającej i często powtarzającej się są: porażenia [spastyczne, dystoniczne, związane z ataksją], zaburzenia psychiatryczne i zachowania [nadmierna ruchliwość, agresja, trudność koncentracji, wzmożona pobudliwość], opóźnienie umysłowe oraz trudności w nauce.

EPILEPSJA W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Przy braku dostatecznej liczby neurologów w krajach rozwijających się dane dotyczące epilepsji opierają się na wynikach badań przekrojowych lokalnych społeczności. I tak np. stwierdzono epilepsję u 20 osób na 1.000 w Tanzanii, u 10 w Burkina Faso, u 5 w Etiopii i Nigerii i u 3 w Senegalu. Ponad 10 przypadków epilepsji na 1.000 mieszkańców (>1%) stwierdzano w niektórych okolicach Boliwii, Brazylii, Chile, Ekwadoru, Kolumbii, Meksyku i Panamy. Gdzieniegdzie w Indiach epilepsja jest obserwowana u około 5% populacji.

W niektórych rejonach Afryki 60% epizodów drgawek u dzieci do 6 lat hospitalizowanych w szpitalach ogólnych miało związek z malarią. U dzieci reagujących drgawkami na zwyżki temperatury ciała często w wieku późniejszym występuje epilepsja. W niektórych krajach o endemicznym występowaniu zakażeń Taenia solium np. w Ameryce Łacińskiej, Afryce równikowej i południowej, w Azji, tzw „late epilepsy", występująca po 20 roku życia często, niekiedy w 50% przypadków, związana jest z wągrzycą mózgu.

Tak częste występowanie drgawek i epilepsji w krajach rozwijających się przy braku lub niedostatecznej specjalistycznej opiece neurologicznej zmusza do wdrażania opieki nad chorymi na epilepsję na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Konieczne jest odpowiednie przeszkolenie pracowników podstawowej opieki społecznej w rozpoznawaniu i leczeniu epilepsji oraz przygotowanie ich do tego jak można wpłynąć na lokalną społeczność, w kierunku zmiany nastawienia otoczenia do chorych na epilepsję. Są dwa kierunki oświaty zdrowotnej w związku z epilepsja: (1) uznanie jej za jedną z wielu chorób, której przyczyny w większości przypadków są znane [w krajach nierozwiniętych częste jest traktowanie epilepsji jako zjawiska ponad naturalnego] oraz (2) uświadomienie miejscowej społeczności, że epilepsji można zapobiegać, a jak występuje – leczyć oraz otoczyć tych chorych szczególną opieką. Słowem i przykładem powinno dążyć się do tego, aby chorzy na epilepsję nie byli izolowani, pozbawiani pracy i kontaktów z rodziną i społecznością.

Zapobiega się epilepsji przez właściwą opiekę w czasie ciąży i porodu, stosowanie leków przeciw wysokiej gorączce, zwłaszcza u dzieci, redukowanie urazów głowy (zapinanie pasów w czasie jazdy samochodem, hełmy dla motocyklistów, bezpieczne schody i zabawki) zwalczanie alkoholizmu, korzystanie ze szczepień przeciwko chorobom zakaźnym oraz unikanie niektórych chorób pasożytniczych jak np. wągrzycy.

Prof. Zbigniew Pawłowski

Adresy użyteczne w sprawach związanych z epilepsją:

International Bureau for Epilepsy [ibedublin@eircom.net]; International League against Epilepsy [http://www.ilae-epilepsy.org/about/offices.cfm] oraz ILAE/IBE/WHO Global Campaign agaist Epilepsy [ibe@xs4all.nl].

Botswana: Epilepsy Support Foundation, POBox B091, Gabarone; Egipt: Egyptian Society against Epilepsy, Cairo University, 13 Yossef El Grindy, Falaki SQ. Cairo, fax 20 2 336 5920; Ethiopia: drgzenebe@CyberEthiopia.com; Ghana: ayisu@hotmail.com; Kenia: kawe@iconnect.co.ke lub ruberti@afrcaonline.co.ke; South Africa: sanel@mweb.co.za; Tanzania: Epilepsy Association, POBox 3148, Dar Es Salam; Uganda: amugarura@yahoo.co.uk; Zimbabwe: Zimbabwe Epilepsy Support Foundation POBox A 104, Avondale, Harare lub Zimbabwe League against Epilepsy POBox A 178, Avondale, Harare, fax 263 4 795019.

Współpraca organizacji religijnych w zwalczaniu AIDS

Epidemia HIV/AIDS należy obecnie do najbardziej wyniszczających chorób zakaźnych. Zważywszy na przerażające liczby około 40 milionów zakażonych wirusem HIV i 3 miliony zmarłych z powodu AIDS w samym tylko roku 2003, społeczność międzynarodowa wkłada obecnie wiele wysiłku w skonstruowanie efektywnego narzędzia zapobiegania transmisji HIV, otaczania opieką chorych na AIDS jak i zwiększenia skuteczności stosowanego leczenia. W zderzeniu z realnymi potrzebami, zarówno ludzkie jak i finansowe zasoby, przeznaczone na ten cel, są daleko niewystarczające. Z tego też powodu czyni się starania o jak najlepsze wykorzystanie już istniejących środków, w oparciu już działające struktury.

W chwili obecnej rośnie zainteresowanie, zarówno ze strony organizacji rządowych jak i pozarządowych, zwiększeniem zaangażowania się organizacji religijnych w walkę z AIDS. Dotyczy to zarówno zwiększenia wysiłków w prewencji zakażenia HIV, świadczenia opieki pacjentom zakażonym, jak i włączania się w różnego typu działania wspomagające.

Organizacja UNAIDS w swojej „Globalnej Ramowej Strategii Walki z HIV/AIDS" wzywa do współpracy kluczowych grup społecznych, agend rządowych, organizacji pozarządowych, samorządów i organizacji religijnych. Te ostatnie, jakkolwiek dobrze osadzone w świadomości poszczególnych społeczności i wykazujące wiele zaangażowania w ochronie zdrowia, często nie mają właściwie udokumentowanej działalności, nie mówiąc już o niezależnych analizach jej skuteczności.

Z myślą o stworzeniu odpowiedniej bazy danych organizacja Catholic Medical Mission Board (CMMB), powołała Globalną Komisję Zdrowia (Global Health Council), której zadaniem będzie przeprowadzenie obiektywnej analizy skuteczności działań przeciwko pandemii AIDS podejmowanych przez organizacje religijne, co umożliwi określenie zakresu działalności tych organizacji w przyszłości. Podstawą do tej analizy będą opinie osób profesjonalnie zajmujących się walką z HIV/AIDS w takich krajach jak Haiti, Indie, Kenia, Republika Południowej Afryki, Tajlandia i Uganda oraz wybranych specjalistów międzynarodowych.

To jakościowe badanie ma na celu określenie stopnia zaangażowania organizacji religijnych zarówno w krajach o wciąż rosnącej zapadalności na HIV/AIDS jak i w tych, które odniosły sukces w powstrzymywaniu rozprzestrzeniania się choroby. Komisja we współpracy z ośrodkami akademickimi oraz badawczymi na całym świecie ma docelowo przeprowadzić ankiety wśród niemal 200 instytucji zajmujących się ta problematyką od instytucji rządowych, przez organizacje humanitarne, koncerny farmaceutyczne po praktyków, zaangażowanych w pracę z chorymi.

Raport Komisji prawdopodobnie wydany w początku roku 2005 ma odpowiedzieć na następujące pytania:

a. Co organizacje religijne mogą wnieść do walki z pandemią HIV/AIDS?
b. Czy jakieś elementy działalności organizacji religijnych w tej dziedzinie są unikalne?
c. Czy spojrzenie na epidemię HIV/AIDS z punktu widzenia wiary różni się od spojrzenia laikatu?
d. Jaka jest rola organizacji religijnych w niwelowaniu barier społecznych, w walce piętnowaniem chorych na AIDS i nosicieli HIV?
e. Czy organizacje religijne efektywnie współdziałają z innymi sektorami rządowymi lub pozarządowymi? Czy są w stanie zapewnić przewodniczenie skoordynowanym działaniom?
f. Jakich rad mogą udzielić specjaliści ankietowani przez Komisję, aby usprawnić działania w przyszłości?

Zważywszy na różnorodność wyznań w krajach, objętych tym programem (Haiti- protestantyzm, katolicyzm, voodoo; Indie – hinduizm, Kenia – chrześcijaństwo, islam; RPA – hrześcijaństwo, religie tradycyjne; Tajlandia – buddyzm; Uganda – chrześcijaństwo, islam), często diametralne różnice pomiędzy poszczególnym filozofiami postrzegania świata i człowieka, przed badaczami stoi trudne zadanie. Stworzenie ekumenicznej grupy, która byłaby w stanie ustalić jeden uniwersalny algorytm postępowania dla lokalnych społeczności będzie wymagało czasu, pieniędzy i doświadczenia.

Jednakże stworzenie takiego schematu może uratować miliony istnień ludzkich na całym świecie, zarówno przez szerzenie odpowiedniej edukacji, lepsze rozplanowanie wydatków, jak i efektywniejsze gospodarowanie zasobami pieniężnymi. Niebagatelna jest też rola autorytetów religijnych, które często w lokalnych społecznościach cieszą się większym zaufaniem niż przedstawiciele rządu czy organizacji międzynarodowych.

Lek. med. Aleksander Waśniowski

Leczenie trądu: strategie i perspektywy

Od Redakcji: przed kilku laty wydawało się, że trąd zanika i nie będzie poważniejszym problemem w ochronie zdrowia w najbliższych kilkudziesięciu latach. Seria artykułów, ogłoszonych w „Leprosy Review" w roku 2003, opracowana przez dr hab. Anitę Magowską, każe dość krytycznie podejść do tych oczekiwań.

Chociaż w ciągu ostatnich dwudziestu lat znaczącym sukcesem w dziedzinie zdrowia publicznego stała się rekomendowana przez WHO terapia wielolekowa trądu, nie przyczyniła się ona do spadku zarejestrowanych zachorowań. Nadal co roku odnotowuje się ponad 700.000 nowych przypadków, a obawy o dalszy przebieg walki z trądem, a mianowicie o ewentualne wystąpienie lekooporności prątków trądu, skłaniają do poszukiwań nowych strategii walki z trądem.

Z analiz impasu w zwalczaniu trądu wynika niedoskonałość dotychczasowych strategii. Krytyce poddawane są wioski trędowatych istniejące m.in. w Chinach, w których pacjenci przebywają nawet ponad 40 lat, ponieważ – mimo niewiedzy o rzeczywistych drogach zakażenia trądem, ale zgodnie z dawną tezą o kluczowym znaczeniu „ludzkich rezerwuarów" *Mycobacterium leprae* – izolacja chorych powoduje przerwanie łańcucha zakażeń. Obecnie wioski te są zamieszkałe w większości przez samotnych ludzi powyżej 70 roku życia, analfabetów żyjących w warunkach skrajnej nędzy, a 89,3% z nich ma trwale deformacje ciała i wymaga opieki pielęgniarskiej, na którą jednak brakuje rządowych pieniędzy. W 2000 r. w chińskiej prowincji Shandong zarejestrowano 53.677 przypadków trądu, co potwierdza tezę o nieskuteczności dotychczasowych strategii walki z trądem.

Weryfikowana obecnie strategia WHO opiera się na wczesnym wykrywaniu i leczeniu pacjentów, aby uniemożliwić dalsze rozprzestrzenianie choroby. Tymczasem około 70% osób zarażonych trądem można łatwo zdiagnozować na podstawie charakterystycznych zmian skórnych z miejscową utratą czucia, ale u 30% pacjentów objawy kliniczne są trudne do wykrycia. Opóźnione wykrywanie trądu uważa się za główny czynnik dalszego rozprzestrzeniania choroby. Podkreśla się, że aktualne dane o nowych zachorowaniach na trąd są nieporównywalne z pochodzącymi z lat osiemdziesiątych, ponieważ zmieniły się kryteria klasyfikacji WHO. Dwadzieścia lat temu, gdy wprowadzano terapię skojarzoną, za chorych na trąd uznawano osoby z co najmniej dwiema zmianami skórnymi, podczas gdy obecnie chory musi mieć więcej niż 5 zmian.

Nieporównywalne są też wyniki oznaczeń serologicznych. Najczęściej stosowanym testem do wykrywania specyficznych przeciwciał jest ELISA (enzyme linked immunosorbent assay), którego użycie jednak wymaga przeszkolonego personelu, drogiego wyposażenia i przechowywania w lodówce, co w krajach rozwijających się zdarza się rzadko. Zdarzają się różnice oznaczeń serologicznych wykonywanych za pomocą ELISA spowodowane odstępstwami od procedur. Z kolei dla przemysłu produkcja testów do wczesnego wykrywania trądu nigdy nie stanowiła priorytetu, czego dowodziło zaniechanie wytwarzania MLPA-testów (tzw. testy częściowej aglutynacji) i kart testowych, które w 1999 r. opisano w literaturze naukowej jako budzące wiele nadziei.

Uważa się, że serologia może ułatwiać prawidłową klasyfikację chorych na trąd, ale nie zastąpi liczenia zmian skórnych. Nie ma też znaczenia dla oceny postępu w walce z trądem, ani nie stanowi narzędzia diagnostycznego dla rozróżniania zarażeń w fazie utajonej i tych, gdzie objawy kliniczne już występują. Testy serologiczne mogą znaleźć jedynie ograniczone zastosowanie w programach kontroli trądu, przede wszystkim jako jako markery dla grup wysokiego ryzyka (osoby, które miały styczność z zarażonymi) oraz w badaniach naukowych zmierzających do całkowitej eliminacji trądu.

Za niedoskonałość przyjętej przez WHO strategii z trądem uważa się włączenie jej do zadań podstawowej opieki medycznej, chociaż jest to choroba rzadka i niewielu lekarzy ma doświadczenie pozwalające na wczesne rozpoznawanie trądu.

Przełomowym momentem może więc być wprowadzenie nowych leków. Pozytywnie oceniane są próby wprowadzenia do terapii trądu nowych leków, jak minocyklina, fluorochinolony i makrolidy, które wykazują wysoką aktywność terapeutyczną w badaniach przedklinicznych i w ograniczonych próbach klinicznych, podobnie jak nowy schemat leczenia skojarzonego za pomocą rifampicyny, oflaxaciny i minocykliny (tzw. ROM).

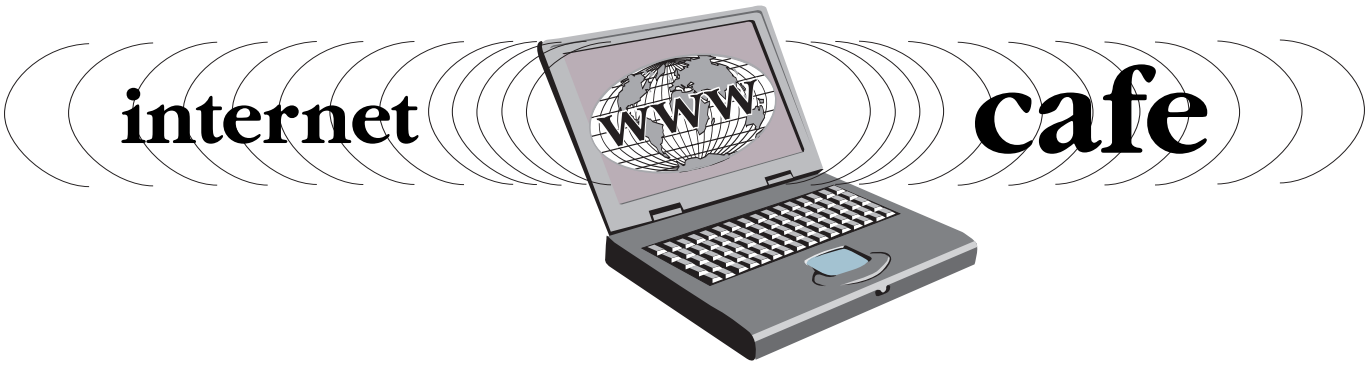
Zarówno ograniczone zastosowanie testów serologicznych, jak i problemy farmakoterapii trądu, kierują uwagę w stronę genomiki i trwających badań nad sekwencjonowaniem genomu *Mycobacterium leprae,* które może dostarczyć podstaw do wyjaśnienia mechanizmu lekooporności oraz do opracowania nowych markerów serologicznych. Wiadomo, że bakteria ta miarowo traciła geny, z czym łączyła się jej zależność od dostarczania podstawowych składników odżywczych przez komórki żywiciela (w 1971 r. pierwsze udane eksperymenty z hodowlą *M. leprae* in vivo przeprowadzono na pancernikach).

Z perspektywy genomiki wyjaśniono przyczyny oporności prątków trądu na rifampicinę; najpierw zdekodowano okolicę genu *rpoB*, miejsce docelowe działania leku, jako beta-podjednostkę DNA-zależnej polimerazy RNA. Następnie rozpoznano mutacje okolicy genu *rpoB* , które zmniejszają podobieństwo leku do polimerazy RNA. Te same przyczyny wyjaśniają oporność na pochodne rifampicyny, chociaż część z nich posiada dobre parametry farmakokinetyczne (np. kilkakrotnie dłuższy niż rifampicyna okres półtrwania w osoczu).

Genomika pozwoliła na zrozumienie lekooporności także isoniazydu, ethionamidu i inhibitorów ściany komórkowej (np. pyrazinamid); antybiotyków z grupy tetracyklin, aminoglikozydów i makrolidów oraz chinolonów. Wyjaśniono też przyczyny, dla których prątki trądu są w mniejszym stopniu lekooporne niż prątki gruźlicy, zawierają bowiem mniej genów kodujących enzymy mogące inaktywować lub modyfikować antybiotyki.

Te spektakularne badania nie zmieniają jednak faktu, że ich koszt jest wysoki, a więc przemysł nigdy nie zainwestuje w oparte na genomice poszukiwania nowych leków przeciw trądowi. Farmakogenomika i nowe, oparte na genetyce, techniki badań przesiewowych prawdopodobnie nigdy nie znajdą zastosowania w walce z trądem. Odkrycia nowych leków przeciw trądowi będą raczej związane z postępem w terapii gruźlicy; obiecujące są np. pochodne nitroimidazopyranu oraz inhibitory kinazy. Efemeryczne nadzieje, a także brak pełnych dowodów naukowych na skuteczność nowych terapii (np. niepełna dokumentacja skuteczności niedawno zrehabilitowanego jako lek z wyboru w leczeniu trądu thalidomidu), mogą oznaczać, że walka z trądem może nie zakończyć się w tym stuleciu.

dr hab. Anita Magowska



Od Redakcji; rezygnujemy z podawania listy kongresów i zjazdów naukowych, a w to miejsce będziemy podawać informacje dostępne w Internecie na tematy związane z chorobami tropikalnymi.

internet cafe cz. I

LINKI DO STRON DOTYCZĄCYCH MALARII:

1. Asian Collaborative Training Network
   http://www.actmalaria.org

ACTMalaria zapewnia informację dotyczącą współpracy mającej na celu kontrolę rozprzestrzeniania malarii w dolinie Mekongu i Południowo-Wschodniej Azji. Strona ta zawiera informacje o samej organizacji, broszury z aktualnościami w formacie PDF, dotyczące programu aktualnych kursów szkoleniowych, seminariów, warsztatów, projektów naukowych i innych rodzajów działalności związanej z malarią. Ponadto, witryna zawiera informacje m.in. na temat rozprzestrzeniania i leczenia malarii oraz lekooporności.

2. European Malaria Vaccine Consortium
   http://euromalvac.org

Strona dotycząca badań naukowych dotowanych przez Unię Europejską, pozwala na zapoznanie się z aktualnymi projektami badawczymi i umożliwia kontakt z członkami zespołów badawczych.

3. Hebrew University of Jerusalem: Malaria
   http://sites.huji.ac.il/malaria

Ta strona oferuje obecną wiedzę na temat biologii i biochemii Plasmodium, używając map procesów metabolicznych i odsyłaczy zarówno do poszczególnych białek i genowych baz danych jak też abstraktów i publikacji PubMed.

4. Malaria Consortium
   http://www.malariaconsortium.org

Strona brytyjskiej organizacji charytatywnej oferującej wsparcie logistyczne dla organizacji walczących z malarią i innymi chorobami zakaźnymi na kontynencie afrykańskim. Strona zawiera informacje o swojej działalności oraz umożliwia kontakt z organizacją.

5. Malaria Foundation International
   http://www.malaria.org

Mimo, że strona wymaga aktualizacji, ciągle pełni funkcję swoistej bramy do informacji nt. malarii. Strona zawiera dane dotyczące programu Partnership for Social Sciences in Malaria Control, bazy danych w postaci alfabetycznego spisu publikacji, poruszających problemy kontroli rozprzestrzeniania malarii na świecie oraz linki do ponad 100 organizacji rządowych pozarządowych, uniwersytetów i innych placówek, zaangażowanych w walkę z malarią.

6. Malaria Research and Reference Reagent Resource Center.
   http://www.malaria.mr4.org

MR4 zostało powołane do życia jako centralne źródło informacji nt. malarii i badań z nią związanych dla międzynarodowej społeczności badających malarie.

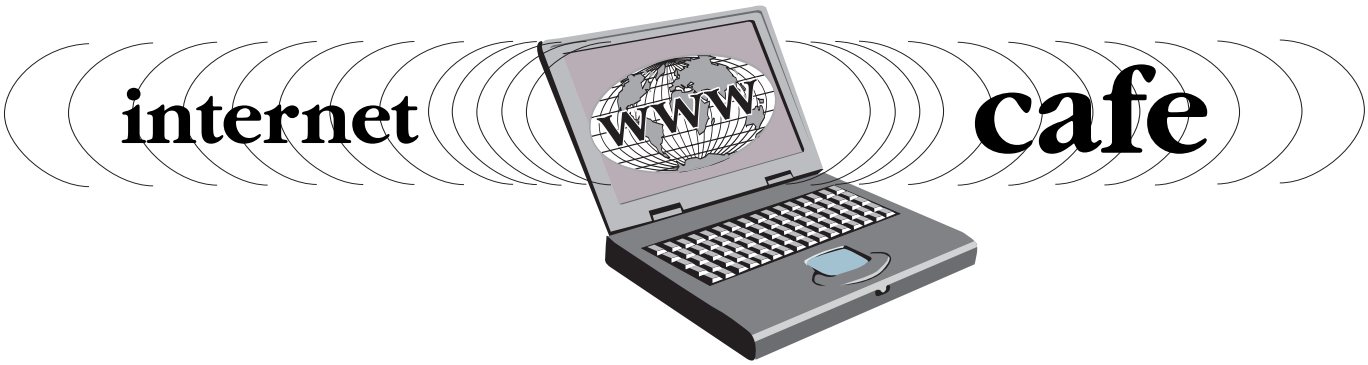
7. MARA/ARMA
   http://www.mara.org.za

Ta strona oferuje wgląd w system mapowania ryzyka malarii na kontynencie afrykańskim. Zapewnia dostęp do licznych map i publikacji na ten temat.

8. Royal Perth Hospital: Malaria Online
   http://www.rph.wa.gov.au/labs/haem/malaria/index.html

Obszerna strona ukierunkowana na lekarzy klinicystów i naukowców. Strona zawiera kompendium wiedzy na temat diagnozowania leczenia i profilaktyki malarii, bogato ilustrowana zdjęciami, również mikroskopowymi preparatów grubej kropli i cienkich rozmazów, pozwalające na rozwijanie swoich umiejętności w procesie diagnostyki malarii.

Na podstawie „Lancet Infectious Diseases"
opracował
lek. med. Aleksander Waśniowski



internet cafe cz. II

Od Redakcji: pierwszego grudnia w dniu poświęconym AIDS oddajemy do druku strony internetowe dotyczące HIV I AIDS.

1. AIDS Education Global Information System.
   http://www.aegis.com

AEGIS prezentuje wyczerpujący zestawieni publikacji dotyczących HIV/AIDS z najznamienitszych ośrodków badawczych, traktujących o wszystkich pokrewnych tematach, począwszy od ekspozycji na wirusa, po infekcje oportunistyczne, życie z HIV, statystykę i wiele innych aspektów. Organizacja oferuje bibliotekę prawną online, abstrakty konferencji, nowości powiązane z HIV oraz dostęp do forum.

2. AIDSInfo
   http://www.aidsinfo.nih.gov

Strona Amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia, zawiera, poza informacjami podstawowymi dane dotyczące wszelkich badań prowadzonych nad HIV/AIDS, wytyczne postępowania w profilaktyce po ekspozycji na zakażenie, przeźrocza dotyczące HIV/AIDS u dorosłych, dzieci i młodzieży, wskazówki pediatryczne oraz darmową bazę danych o lekach stosowanych w zwalczaniu wirusa dla posiadaczy palmtopów.

3. AIDS Map
   http://www.aidsmap.com

Strona utworzona przez organizację charytatywną NAM we współpracy z British HIV Association oraz International HIV/AIDS Alliance. Zawiera bazę danych o leczeniu z wyszukiwarką, międzynarodową bazę tekstów źródłowych, nowości, uaktualnienia leczenia, informacje dotyczące zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej. Baza danych zawierająca informacje o klinikach HIV/AIDS w Wielkiej Brytanii z wyszukiwarką.

4. Avert
   http://www.avert.org

Przyjazna użytkownikowi strona brytyjskiej organizacji charytatywnej, zawierająca informacje z licznych, godnych zaufania źródeł, w tym z: UNAIDS, US National Institute of Allergy and Infectious Diseases. Dane nt. AIDS w Afryce, linki do pełnych wersji cytowanych publikacji.

5. HIV Insite
   http://hivinsite.ucsf.edu/InSite

HIV/AIDS leczenie, prewencja, polityka zdrowotna. Atutem strony jest HIV Knowledge Base – obszerna baza danych nt. zakażenia HIV, transmisji wirusa, profilaktyki, leczenia, chorób towarzyszących, nowotworów złośliwych w AIDS. Ponadto strona zawiera linki do stron referencyjnych, biuletynów klinicznych oraz najświeższych wytycznych co do postępowania w HIV/AIDS.

6. Kaiser Family Foundation: HIV/AIDS
   http://www.kff.org/hivaids

Sekcja HIV/AIDS Kaiser Family Foundation to setki stron dokumentów, abstraktów, prac naukowych w różnych formatach, wydanych na całym świecie. Dane dotyczące polityki zdrowotnej względem HIV/AIDS, faktografia, dane naukowe i wyniki badań, informacje nt. inicjatyw podejmowanych na świecie w celu walki z HIV/AIDS.

7. HIV Drug Interactions
   http://www.hiv-druginteractions.org

Strona uniwersytetu w Liverpool poświęcona farmakologicznym aspektom leczenia przeciwretrowirusowego i wspomagającego, w kontekście wzajemnych oddziaływań leków, porady dotyczące leczenia.

8. WHO
   http://www.who.int/hiv/en

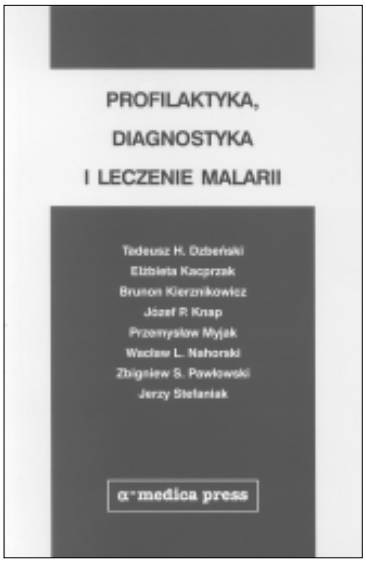
Portal Światowej Organizacji Zdrowia, zawierający globalne dane dotyczące HIV/AIDS, dane epidemiologiczne, strategie monitorowania i oceny skuteczności poszczególnych programów ant-HIV.

Na podstawie „Lancet Infectious Diseases”
opracował
lek. med. Aleksander Waśniowski

nowe
Książki:

Profilaktyka, diagnostyka i leczenie malarii

Profilaktyka, diagnostyka i leczenie malarii
Taduesz H. Dzbeński, Elżbieta Kacprzak, Brunon Kierznikowicz, Józef P. Knap, Przemysław Myjak, Wacław L. Nahorski, Zbigniew S. Pawłowski i Jerzy Stefaniak
Warszawa, 2004
α-medica press



W listopadzie 2003 roku Główny Inspektor Sanitarny gen bryg. Dr n.med. Andrzej Trybusz powołał zespół ekspertów, pod kierownictwem Prof.Zbigniewa Pawłowskiego, dla całościowego, interdyscyplinarnego przeanalizowania sytuacji w zakresie malarii w Polsce. W wyniku konferencji zwołanej przez Głównego Inspektora Sanitarnego i licznych konsultacji ze specjalistami ze wszystkich krajowych ośrodków mających doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorób pasożytniczych i tropikalnych, powstała broszura omawiająca aktualną sytuację w zakresie malarii w Polsce, schemat postępowania z przypadkami malarii importowanymi do kraju, jak i profilaktyki malarii u wyjeżdżających na tereny endemiczne.

Niestety, rozpoznawanie i leczenie malarii, poza ośrodkami specjalistycznymi w naszym kraju, stoi ciągle na bardzo niskim poziomie, czego wyrazem jest 10-krotnie wyższa śmiertelność wśród chorych na malarię wywołaną przez P.falciparum w Polsce w porównaniu do krajów Europy Zachodniej. Broszura ta, dostępna w stacjach SANEPID w całym kraju, ma na celu poprawę tej niekorzystnej sytuacji . Skierowna jest ona do pracowników służby zdrowia, począwszy od lekarzy pierwszego kontaktu do specjalistów w ośrodkach klinicznych. Myślą przewodnią publikacji jest zasada, żeby u każdego chorego powracającego z tropiku nie tylko podejrzewać malarię, ale ją wykluczyć, a nad to ażeby ciężkie przypadki malarii leczyć w ośrodkach medycyny tropikalnej lub w warunkach oddziału intensywnej terapii przy konsultacji ze specjalistami z zakresu medycyny transportu.

Posługa lecznicza Kościoła

(ciąg dalszy ze str. 24)

pamiętać, że tylko On może go uleczyć i to w Nim powinien pokładać nadzieję. Bóg w Islamie jest miłosierny, w nim szukać należy przebaczenia, ukojenia i spokoju. Doktor Bharati Patil przedstawił spojrzenie hinduistyczne na zaburzenia depresyjne. W religii tej wyróżnia się kilkanaście przyczyn, które prowadzić mogą do zaburzeń psychicznych, wszystkie sprowadzają się do zachwiania równowagi pomiędzy różnymi siłami i energiami, które decydują o kondycji człowieka. Hinduizm daje również odpowiedź, jak radzić sobie z tymi zaburzeniami, jeśli się pojawią. Różne rodzaje medytacji, ćwiczeń i diety stosowane są podczas terapii po to, by pomóc choremu odzyskać równowagę. W świetle buddyzmu depresja jest reakcją na cierpienie. Cierpienie zaś jest związane z poczuciem straty lub niezaspokojeniem pragnień. Dążenie do pozbycia się tych pragnień, zaakceptowania rzeczywistości taką jaką jest, buddyści osiągają poprzez medytację, która jednocześnie zapobiega reakcjom depresyjnym.

Pośród artykułów znalazło się także wystąpienie doktora Daniela Cabezasa, psychiatry z wielospecjalistycznego szpitala Fatebenefratelli w Rzymie, który zwraca uwagę na problem reakcji depresyjnej u chorych hospitalizowanych z innych powodów niż depresja na różnych oddziałach. Z problemem depresji może spotkać się każdy pracownik służby zdrowia, niezależnie od specjalności z jaką jest związany. Doktor Cabezasa opisuje możliwe konsekwencje pojawiających się u pacjenta lęków i depresji, doświadczane przez personel i wpływające na przebieg leczenia, takie jak agresja (obwinianie otoczenia za swoje nieszczęście, oskarżanie personelu o zaniedbania, czy niekompetencję), regresja (dziecinne zachowania, oczekiwanie opieki od personelu, bezradność), wypieranie problemów, nieadekwatne reakcje. Z problemami tymi personel musi nie tylko poradzić sobie sam, ale i pomóc w tym rodzinie pacjenta, szczególnie w takiej sytuacji zagubionej.

Rola rodziny natomiast została szeroko omówiona przez biskupa Jorge Enrique z Kolumbii. Podkreśla on, że rodzina to miejsce szczególne. Tam należy szukać antidotum na problemy współczesnego społeczeństwa – wyalienowanie jednostki, brak więzi, poczucie bezwartościowości i braku znaczenia. Więzi rodzinne należy pielęgnować i wzmacniać, co stanowi najlepszą profilaktykę zaburzeń depresyjnych, a zarazem jest najlepszym lekarstwem dla osób już na depresję cierpiących. Opieka duszpasterska nad osobami chorymi na depresję powinna zawsze obejmować także członków ich rodzin, dla których cierpienie bliskiej osoby jest niekiedy trudne do akceptacji i zniesienia. Należy wspierać najbliższych chorego, dodawać im nadziei i otuchy, a całej rodzinie pomagać w poprawie wzajemnych relacji, które na skutek choroby mogły ulec skomplikowaniu lub osłabieniu, między innymi poprzez opisywane wcześniej przez doktora Cabezasa zachowania chorego.

Lek. med.Aleksandra Czech

Posługa lecznicza Kościoła

Od Redakcji. Papieska Rada ds. Ochrony Zdrowia na sympozjum w ubiegłym roku zajęła się depresją, jako chorobą coraz częściej rozpoznawaną, a w której głęboka wiara oraz pomoc i życzliwość ze strony innych ludzi mogą być bardzo pomocne. Lek. med. Aleksandra Czech, specjalizująca się w zakresie chorób psychicznych, przetłumaczyła i streściła dla czytelników Medicus Mundi Polonia materiały sympozjum nt. depresji, które odbyło się w Watykanie w dniach 13-15 października 2003 roku. Materiały zostały opublikowane w Dolentium Hominum nr 55 z 2004 roku.

W inauguracyjnym wystąpieniu Papież Jan Paweł II zwrócił się z wyrazami wdzięczności do wszystkich osób, które na co dzień pomagają chorym na depresję odnaleźć nadzieję. Podkreślił, że depresja zaburza życie zawodowe, społeczne i rodzinne chorego, ale też często wiąże się z kryzysem egzystencjalnym i duchowym, prowadząc do utraty poczucia sensu życia. Papież zwrócił uwagę, że niepokojący wzrost częstości występowania zaburzeń depresyjnych przynajmniej częściowo spowodowany jest rozpowszechnieniem w świecie idei konsumcjonizmu, których konsekwencją jest wyścig ku stałemu pomnażaniu dóbr materialnych. Ów duchowy kryzys, którego doświadcza każdy cierpiący na depresję, zobowiązuje opiekujące się nim osoby, by nie poprzestawały na działaniach leczniczych, ale też pomogły mu odnaleźć poczucie własnej wartości, utwierdziły w wierze we własne możliwości i zapewniły o Bożej miłości. Wymaga to dużej cierpliwości i zrozumienia, gdyż to, co zdrowemu człowiekowi wydaje się proste, od chorego wymaga ogromnego wysiłku. Depresja może okazać się dla chorego nową formą spotkania z Bogiem, który zawsze towarzyszy cierpiącym i pomaga im osiągnąć spokój. Papież podkreślił też, że rolą rodziny, szkoły i organizacji pracujących z młodzieżą powinno być dbanie o rozwój psychologiczny, moralny i duchowy młodych ludzi i dostarczenie im niezbędnych wskazówek poprzez przykład i dzielenie się doświadczeniem, aby zmniejszyć przyczyniające się do reakcji depresyjnych poczucie zagubienia we współczesnym świecie.

W pierwszym dniu Konferencji miało miejsce wystąpienie Kardynała Javiera Lozano Barragana, przewodniczącego Rady. Przedstawił on spojrzenie na depresję w świetle zachodniej myśli filozoficznej. W rysie historycznym pokazuje, jak w filozofii starożytnej Grecji, poglądach średniowiecza i odrodzenia oraz w teoriach myślicieli nowożytnych przedstawiano relacje pomiędzy Bogiem, człowiekiem i światem. Analizuje źródła takich nurtów jak nihilizm; relatywizm; utrata wiary w człowieka; utrata wiary w przyszłość; powrót do „pseudo-religijności" i religii, w których nie istnieje pojęcie Boga, reprezentowane przez ruch „New Age". Źródeł depresji współczesnego człowieka Kardynał upatruje się w obecnych we współczesnej myśli filozoficznej poglądach o niewielkim znaczeniu człowieka wobec Świata oraz znikomej lub niejasnej roli Boga w tym Świecie.

W dalszej części Sympozjum Kardynał Jose Saraiva Martins analizuje sceny biblijne pod kątem opisów objawów depresji oraz odpowiedzi, które daje Pismo Święte w takich sytuacjach. Sprowadzić je można do czterech wniosków: miłość Boga jest bezwarunkowa; świat jest dobry i wyraża się przez niego wielkość Boga; Bóg ukazuje się nam poprzez otaczający nas świat, dlatego powinien mieć on dla nas wartość; okazywanie swoich uczuć i uzewnętrznianie przeżyć, nawet bardzo negatywnych jest naturalnym zachowaniem człowieka.

W kolejnych wystąpieniach przedstawiono czysto medyczne spojrzenia na depresję z jej różnymi postaciami klinicznymi, omówiono współczesne poglądy dotyczących etiologii depresji – zarówno teorie biologiczne, behawioralne jak i społeczne. Tematami poruszonymi były między innymi: wpływ współczesnego społeczeństwa na rozwój depresji, społeczeństwa, w którym jednostka czuje się wyalienowana i pozbawiona mocy; związek depresji z kryzysem religijności; problem „wypalenia zawodowego". Biskup James M. Wingle z Kanady dopatruje się związków między częstym występowaniem depresji, a charakterystycznym dla współczesnego człowieka brakiem akceptacji dla cierpienia. Według niego ludziom trudno jest obecnie pogodzić się z tym, że pewne formy cierpienia są nieuchronnie wpisane w los człowieka i nie sposób go uniknąć. Reakcja depresyjna jest naturalną konsekwencją nie pogodzenia się z cierpieniem, którego doświadczamy.

Carlo Casalone, konsultant Papieskiej Rady ds. Ochrony Zdrowia, przedstawił różne kwestie związane z depresją w świetle chrześcijańskiej moralości. Zainteresowanie budzić może zwłaszcza ta część tego artykułu, która poświęcona jest samobójstwu i temu, jak zmieniała się moralna ocena tego zjawiska od czasów Św. Tomasza z Akwinu do czasów dzisiejszych. Autor zwraca uwagę, że pod wpływem rozwoju psychologii i poszerzenia się naszej wiedzy na temat motywacji samobójczych zachowań, zdecydowano się zrezygnować z obowiązującego wcześniej zakazu prowadzenia obrzędów religijnych podczas chowania samobójców i nie umieszczono go już w nowym Kodeksie Prawa Kanonicznego z 1983 roku.

Przedstawiono również jak rysuje się problem zaburzeń depresyjnych w świetle innych religii. Profesor Abramo Alberto Piattelli podkreślił, jak ogromną rolę w zapobieganiu depresji pełni w judaizmie poczucie wspólnoty. Identyfikacja ze wspólnotą jest bardzo ważna dla Żydów i wyraża się ona niemal we wszystkich formach aktywności – życiu codziennym i religijnym. Najlepszym przykładem jest fakt, iż wszystkie modlitwy w judaizmie wypowiadane są z użyciem przez modlącego się liczby mnogiej, co sprawia że Żyd zawsze modli się nie tylko za siebie, ale i za wszystkich swoich bliźnich, znajdujących się w podobnej sytuacji. Profesor Kamel Ajlouni przedstawiał poglądy wyznawców Islamu. Według Koranu chory na depresję powinien leczyć się z wykorzystaniem wszystkich współczesnych możliwości i leków, gdyż leki na wszystkie choroby pochodzą od Boga. Powinien przy tym

(dokończenie na str. 23)