ISSN 1641-604 X

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

STYCZEŃ
KWIECIEŃ 2007
NR 21 (ROK VII)

15 lat Fundacji

Fot. Jakub Kowalski

Dzieci w Misji Essiengbot w Kamerunie ze szkolnymi tabliczkami. Do nich także dociera pomoc z Polski.

Z okazji 15-lecia Fundacji Redakcja oddaje do rąk Czytelników specjalny numer MMPolonia. Zeszyt przedstawia dorobek Fundacji, spis jej dotychczasowych publikacji, jak również spis artykułów, które ukazały się w 20 numerach MMPolonia. Załączone jest też obszerne sprawozdanie z wkładu Medicus Mundi International w rozwój opieki medycznej w krajach misyjnych. Tematami wiodącymi w zeszycie są trąd, gruźlica i zapobieganie chorobom związanym z wyjazdem do krajów tropikalnych.

Od dnia 1 stycznia 2007 roku zmienił się skład Redakcji MMPolonia. Z tej okazji Redaktor MMPolonia serdecznie dziękuje wszystkim tym, którzy przyczynili się do wydawania kwartalnika w czasie ostatniej kadencji Rady. Nowy jej skład jest następujący: Redaktor – prof. zw. Zbigniew Pawłowski; Sekretarz – lek. med. Karolina Mrówka. Rada Redakcyjna: Ks. Ambroży Andrzejak; dr h.c. Wanda Błeńska; dr hab. Anita Magowska; mgr Aniela Piotrowicz; prof. UM Jerzy Stefaniak (przewodniczący); dr Edgar Widmer. Opiekę techniczną nad przygotowywaniem kwartalnika do druku sprawować będzie mgr Marie Cofta. Zarówno Redaktor, jak i nowo powołany Sekretarz kwartalnika, liczą na owocną współpracę z nową Radą Redakcyjną.

Jak zwykle Redakcja będzie zobowiązana Czytelnikom za uwagi odnośnie MMPolonia, jak i ewentualne sugestie w sprawie nowych odbiorców kwartalnika. Medicus Mundi Polonia rozprowadzany jest nieodpłatnie, jednakże Redakcja nie chciałaby, aby koszt wydawania pisma uszczuplał zasoby finansowe Fundacji przeznaczone na działanie charytatywne. To stanowisko Redakcji polecamy uwadze naszych Czytelników.

W numerze:

AKTUALNOŚCI:
Z Fundacji „Redemptoris Missio"
Nadzieja na kolejne dobre lata Fundacji 2
Z Medicus Mundi International
Kto dba o rozwój personelu medycznego? 4
Konferencje i raporty 4
Perspektywy na przyszłość 5
TRĄD • GRUŹLICA
Co nowego w trądzie? 7
Gruźlica nabywana w szpitalach w Indiach 9
Czy prątek gruźlicy zwycięży ludzkość? 10

TRĄD
GRUŹLICA

Problemy zdrowotne osób wyjeżdżających do tropiku
Malaria 11
Inne choroby tropików 14
VARIA 17
• walka z fałszowaniem leków w Nigerii • leczenie świerzbu w Nigerii • profilaktyka przeciwmalaryczna •fundusze • kształcenie pracowników medycznych
Kafejka internetowa 18

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

Biuro Fundacji: Uniwersytet Medyczny, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Kolegium prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, tel./fax +48 61 854 68 63; e-mail: medicus@ump.edu.pl; www.medicus.ump.edu.pl
Centrum Wolontariatu Fundacji: ul. Grunwaldzka 89, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21; http://ump.edu.pl/medicus
Rachunek bankowy: BZ WBK S.A. 25 1090 2255 0000 0005 8000 0195

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

W roku 2007 Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" świętuje 15-lecie działalności. Nie jest to może długi okres. Jednak czas ten bardzo konkretnie przekłada się na setki wysyłek i transportów dla ośrodków prowadzonych przez polskich misjonarzy w krajach rozwijających się – dary w postaci leków, środków opatrunkowych i sprzętu medycznego. Czas ten obfitował w wyprawy medyków i bezinteresowną pomoc nękanej chorobami ludności Afryki, Azji, Oceanii i Ameryki Południowej. Setki wystaw i spotkań z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi, by o pracy polskich misjonarzy na niwie medycznej było głośno. Wszystko to dzięki rzeszy wolontariuszy, życzliwych kapłanów, nauczycieli akademickich, którzy już przed oficjalnym podpisaniem przez Fundatorów aktu fundacyjnego 28 maja 1992 roku tworzyli kształt nowego dzieła. Dołożymy wszelkich starań, by dzieło to obfitowało w dobre owoce jak najdłużej! Mamy przecież dobrą młodzież, której nie jest obojętny los chorych w dalekich krajach.

Fundacja 2006

Miniony rok dowodzi tego, że jest nadzieja na kolejne dobre lata dla Fundacji „Redemptoris Missio". W działalność Fundacji zaangażowanych było systematycznie prawie 50 wolontariuszy, którzy poświęcali swój czas na często nudne czynności przygotowywania wysyłek w Centrum Wolontariatu.

Podczas całego roku zorganizowano pomoc humanitarną dla medycznych ośrodków misyjnych w postaci środków opatrunkowych, materiałów jednorazowego użytku, leków i mleka w proszku dla noworodków oraz pomoc finansową, która dotarła do ponad 50 ośrodków misyjnych w 17 krajach (Boliwia, Burundi, Czad, Ekwador, Indie, Jamajka, Kamerun, Kenia, Madagaskar, Papua Nowa Gwinea, Peru, RPA, Rwanda, Senegal, Tanzania, Uganda, Zambia).

Pomoc misyjnym ośrodkom medycznym prowadzonym przez polskich misjonarzy przejawiła się także w wysłaniu personelu medycznego – lekarzy i studentów Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu:

- lek. med. Justyna Laskowska – Kamerun (dofinansowanie projektu pomocy misyjnym ośrodkom medycznym prowadzonego przez Stowarzyszenie „Lekarze Nadziei" z Krakowa),
- lek. med. Aleksander Waśniowski – Jamajka (wyjazd w celu rozeznania potrzeb i zorganizowania personelu dla medycznego ośrodka przy misji katolickiej w Magotty),
- lek. med. Gabriela Majkut – Tanzania (centrum zdrowia przy parafii p.w. Miłosierdzia Bożego w Kiabakari),
- studenci: Aleksandra Kurzawa, Monika Szarszewska i Mateusz Szaciłowski – Tanzania (ośrodki w Arusha i Simanjiro, oraz Flying Medical Service); Anna Golec i Natalia Stranz – Indie (ośrodek w Jeevodaya). Osoby te aktywnie włączały się w działalność Fundacji także po przyjeździe z tropiku.

Priorytetowym projektem prowadzonym obecnie przez Fundację jest dokończenie budowy i uruchomienie centrum zdrowia przy parafii p.w. Miłosierdzia Bożego w Kiabakari w Tanzanii (fot. na str. 11). Wejście w końcowe fazy przygotowania i uruchomienie ośrodka planowane jest na drugą połowę roku 2007. Oprócz lek. med. Gabrieli Majkut, która jest na miejscu od listopada 2006 roku, do prowadzenia przedsięwzięcia oddelegowani zostali wolontariusze mgr inż. Barbara Szaniecka i mgr Aleksander Szaniecki.

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

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

Sekretarz Redakcji: lek. med. Karolina Mrówka

Rada Redakcyjna: ks. Ambroży Andrzejak (Poznań), dr h.c. Wanda Błeńska (Poznań), dr hab. Anita Magowska (Poznań), mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), prof. UM dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria).

Redaktor Techniczny: mgr Marie Cofta.

Wydawca i dystrybucja: Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" – Medicus Mundi Poland, ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21.

Adres Redakcji: Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Prof. UM dr hab. Jerzy Stefaniak, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, telefon +48 61 8691363, faks +48 61 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: BZ WBK S.A. 25 1090 2255 0000 0005 8000 0195, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplania skromnych zasobów finansowych Fundacji.

Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst, Poznań.
e-mail: kontekst2@o2.pl • www.wkn.com.pl
Nakład: 1000 egz.

mgr inż. Barbara Szaniecka

mgr Aleksander Szaniecki

lek. med. Gabriela Majkut

Fot. Mateusz Cofta

Pobyt Państwa Szanieckich w Kiabakari planowany jest na przynajmniej 3 lata, a lek. med. Gabrieli Majkut na rok.

W ścisłej współpracy z Katedrą i Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zorganizowano 8. już edycję kursu „Podstawowa opieka zdrowotna w tropiku" oraz medyczne seminaria w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie dla przygotowujących się do wyjazdów misjonarzy i przebywających na urlopach w Polsce. Programem objęto 65 osób przygotowujących się do pracy w krajach rozwijających się. Najbliższy kurs medycyny tropikalnej przewidziany jest na dni 2-7 lipca 2007 roku.

W ramach działalności propagującej wiedzę o misjach i uaktywniania – w szczególności młodzieży akademickiej – do pomocy potrzebującym w krajach rozwijających się podjęto szereg inicjatyw, z których najważniejsze to:

- tradycyjny koncert charytatywny w Auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, podczas którego wystąpiła Orkiestra Reprezentacyjna Sił Powietrznych pod dyrekcją mjra Pawła Joksa;
- w roku 2006 wolontariusze i pracownicy Fundacji wraz z członkami Akademickiego Koła Misjologicznego Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza przygotowali 20 audycji z cyklu „Misyjny Atlas Świata" emitowanych na antenie Radia EMAUS i dodatkowo 2 audycje z okazji Niedzieli Misyjnej;
- wolontariusze i pracownicy przeprowadzili ponad 30 spotkań z młodzieżą i sympatykami, łącznie obejmując grupę odbiorców sięgającą blisko 3000 osób;
- przygotowano 6 ekspozycji fotograficznych na terenie Wielkopolski oraz, we współpracy ze Zgromadzeniem Słowa Bożego (Werbistami), w kilku miejscach na Warmii i Mazurach;
- podczas trwania roku akademickiego w każdy trzeci czwartek miesiąca o godzinie 17.00 odbywały się spotkania dla wolontariuszy i sympatyków, podczas których mogli oni zapoznać się z problemami dotyczącymi krajów misyjnych (kulturowymi, misjologicznymi itp.), a także zdobyć umiejętności przydatne w pracy na misjach i nie tylko (np. pierwsza pomoc). Przeprowadzono 11 spotkań adresowanych głównie do zaangażowanych wolontariuszy i sympatyków;
- Fundacja aktywnie włączyła się w akcję organizowaną przez UNICEF pt. „Dzień Dziecka w Afryce", podczas której przygotowano i przeprowadzono wykłady w ośrodkach akademickich i szkołach. Zebrano także środki finansowe na zakup szczepionek przeciwko odrze;
- wydano 4 numery Biuletynu Informacyjnego „Raport", oraz 2 zeszyty „Medicus Mundi Polonia";
- dofinansowano wydanie publikacji Wydziału Teologicznego Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza „Annales Missiologici Posnanienses" oraz filmu o dr Wandzie Błeńskiej pt. „Dokta".

We współpracy ze zrzeszonymi w Medicus Mundi International organizacjami, Medici con l'Africa CUAMM i Action Medeor, Fundacja przygotowywała się do realizacji projektów w ramach akcji Komisji Europejskiej, mającej na celu zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej problemów krajów rozwijających się pt. „Action to raise public awareness of development issues in Europe".

Cieszymy się, że Fundacja jest przez wielu z Państwa doceniana. W imieniu Rady i Zarządu bardzo proszę o dalsze wsparcie i życzliwość! Z wielką troską polecam Państwa pamięci wolontariuszy w Kiabakari. Prowadzenie projektu w trudnych realiach krajów rozwijających się wymaga cierpliwości i wytrwałości. Tylko z Państwa wsparciem doczekamy pracującego na pełnych obrotach centrum zdrowia.

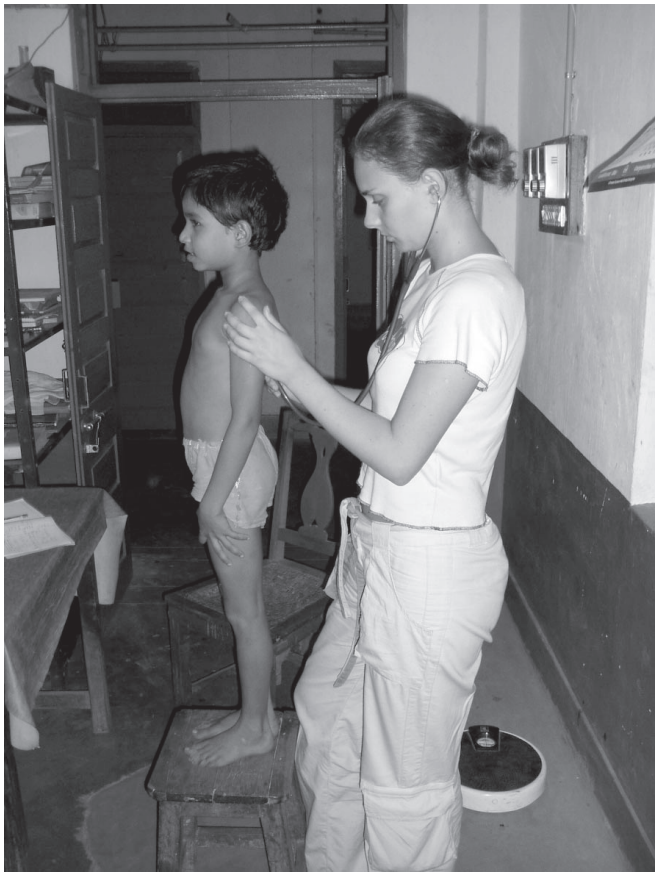
Mateusz Cofta
prezes Fundacji
„Redemptoris Missio"

Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

Od Redakcji: Poniższe opracowanie przesłał ostatnio dr Edgar Widmer, wice-prezydent Medicus Mundi Switzerland, członek Zarządu MMI, stwierdzając, że dbałość o odpowiednią liczbę i kwalifikacje personelu medycznego, niezbędnego dla funkcjonowania podstawowej opieki medycznej, były przez ostatnich 40 lat naczelnym zadaniem Medicus Mundi International (MMI). MMI działało przez pozyskiwanie personelu medycznego, jego mobilizację, pomoc w kształceniu miejscowych studentów medycyny oraz podwyższanie poziomu nauczania w szkołach pielęgniarek i asystentów medycznych. Przeżywająca swoje 15-lecie Fundacja „Redemptoris Missio", która od roku 1997 jest członkiem MMI jako Medicus Mundi Poland, doskonale wpisuje się w ten program.

Kto dba o rozwój personelu medycznego?

Bieda, nierówność społeczna, przemoc i niesprawiedliwość są odpowiedzialne za złą sytuację w sferze zdrowotnej krajów rozwijających się. Zmiany, wprowadzone w rządzeniu, doprowadziły do ograniczenia wydatków na ochronę zdrowia. Zmniejszyło to liczbę personelu medycznego, niekorzystnie wpłynęło na motywacje jego działań, doprowadziło do zmniejszenia niezbędnych środków finansowych, wpłynęło na niedostateczne szkolenie nowych kadr i niewłaściwe zabezpieczenie istniejącej infrastruktury służby zdrowia. Dominacja mechanizmów rynkowych nie została wykorzystana do promowania równego dostępu do podstawowych leków i środków ochrony zdrowia, a co gorsze, zwiększyła nierówność i bezwzględną konkurencję przy uzyskiwaniu skąpych zasobów finansowych. Te ekonomiczne siły wymusiły zmiany organizacyjne. Powoli zacierały się granice między instytucjami rządowymi i prywatnymi, między tymi, które działały dla zysku i tymi, które miały inny cel niż zysk. Zmniejszały się różnice między klinikami prywatnymi a szpitalami pozarządowymi; zmuszone one były pracować według nowych – biznesowych reguł.



Agnieszka Łuczak, wolontariuszka Fundacji, podczas pracy w ośrodku leczenia trędowatych w Jeevodaya w Indiach. Fot. Maciej Leciejewski

Zmiany te miały poważny wpływ na nienastawione na zysk instytucje podstawowej opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się. Poprzez swoje organizacje członkowskie MMI miał bezpośredni kontakt z ponad tysiącem takich instytucji w Afryce, Azji i Ameryce Południowej. MMI współpracował najbliżej z krajami afrykańskimi na południe od Sahary, dla tej prostej przyczyny, że instytucje związane z religią stanowiły tam ponad 40% systemu ochrony zdrowia. MMI, chociaż nie związany formalnie z Kościołem, przez wiele lat ściśle współpracował z instytucjami religijnymi i korzystał z ich kontaktów ze strukturami rządowymi i regionalnymi. Ta wieloletnia kooperacja stworzyła atmosferę wzajemnego zaufania i poszanowania, tak, że obecnie Światowa Rada Kościołów (WCC) i Papieska Rada ds. Zdrowia doceniają MMI jako cennego partnera, zwłaszcza w zakresie dbałości o personel medyczny.

Konferencje i raporty kamieniami milowymi lat 2001-2007

Na XVI Międzynarodowej Konferencji Papieskiej Rady ds. Zdrowia MMI poparł kwestię rozwoju personelu medycznego, stwierdzając: „Instytucje chrześcijańskie posiadają socjalne zobowiązania wobec wszystkich osób pracujących w szpitalach i ośrodkach zdrowia. Niezależnie od wysokości zarobków, pracownicy służby zdrowia oczekują możliwości dalszej kariery zawodowej, wysoce etycznej atmosfery w pracy i satysfakcji z dobrze wypełnianych obowiązków. To przeciwdziała emigracji, korupcji i obniżeniu standardów etycznych". Te oczekiwania pracowników wyrażane są też poza katolickimi instytucjami ochrony zdrowia.

W roku 2001 rząd belgijski i Instytut Medycyny Tropikalnej w Antwerpii zorganizowały konferencję na temat zdrowia dla wszystkich („Health for all") [1]. Ochronę zdrowia uznano za podstawowe prawo człowieka i wstępny warunek do zwalczania biedy. W nawiązaniu do tej konferencji MMI opublikował apel o dbałość i rozwój personelu medycznego, zakładając, że niezależnie od zasobów finansowych, to czynnik ludzki jest filarem systemu zdrowotnego i jako taki wymaga wsparcia [2}.

W 2003 roku MMI opublikował raport rozwoju personelu medycznego (Health Resources for Health – HRH) [3]. W tym samym roku, na Zgromadzeniu Ogólnym WHO, MMI w stanowczy sposób poparł WHA i rezolucję nr 56.25 o roli porozumień kontraktowych [4]. Rezolucja ta zalecała sektorowi rządowemu i

→

Maciej Leciejewski, wolontariusz Fundacji, w Jeevodaya w Indiach.

Fot. Agnieszka Łuczak

instytucjom pozarządowym koordynację ich poczynań w zakresie ochrony zdrowia m.in. przez zawieranie kontraktów na wykonanie pewnych zadań. Kontraktowanie znaczyłoby harmonijną współpracę instytucji ochraniających zdrowie i gwarantowałoby sprawiedliwy podział środków i równe kryteria zatrudnienia personelu medycznego.

W maju 2004 r. MMI był zaangażowany w konsultacje biskupów anglojęzycznej Afryki odpowiedzialnych za katolickie instytucje związane ze zdrowiem [5]. Ta konferencja w Kampali zakończyła się dokumentem, który potwierdza znaczenie roli instytucji katolickich w ochronie zdrowia i podkreśla konieczność powołania profesjonalnych komitetów koordynacyjnych. Głównym zadaniem tych komitetów byłoby pozyskiwanie danych o sytuacji w zakresie zasobów ludzkich, gdyż bez tego rozeznania trudno bronić pracowników ochrony zdrowia w negocjacjach z władzami rządowymi.

W roku 2005 konferencja frankofońskich biskupów afrykańskich [6] uchwaliła podobną deklarację, podkreślając rolę Kościoła jako właściciela i organizatora opieki zdrowotnej. Ta deklaracja zaleca profesjonalne zarządzanie instytucji należących do Kościoła, ustalenie planów rozwoju umiejętności zarządzania i adaptacji nowoczesnych sposobów zarządzania oraz zastosowanie partnerstwa między instytucjami prywatnymi – nieobliczonymi na zysk – a rządem, jak i obustronnego kontraktowania usług.

W roku 2006 MMI pomógł zorganizować konferencję biskupów Republiki Centralnej Afryki na temat opieki zdrowotnej organizowanej przez Kościół [7], która potwierdziła priorytetowe znaczenie rozwoju personelu medycznego w ośrodkach misyjnych. Główna uwaga winna być zwrócona na szkolenie, uregulowanie warunków zatrudnienia, harmonizację warunków pracy, podniesienie poziomu wykształcenia technicznego, rozważenie zbiorowego układu pracy i negocjacji z rządem, mającej na celu kontraktowe zatrudnienie personelu medycznego.

Pod koniec roku 2006 MMI opublikował raport o AIDS i personelu medycznym w Afryce [7]. Raport podkreśla 3 sprawy: (1) potrzebę poprawy zaopatrzenia w leki przeciwwirusowe i oceny wpływu AIDS na personel medyczny; (2) negatywny efekt emigracji personelu; (3) analizę czynników powodujących kryzys kadr medycznych. Autorzy raportu zebrali dane o trudnościach w szkoleniu kadr, w ich rozmieszczeniu i w przeciwdziałaniu emigracji.

W styczniu 2007 Christian Health Associations (CHA) Afryki anglojęzycznej odbyło konferencję w Bagamoyo, Dar es Salaam [9]. Kryzys kadr medycznych był głównym tematem konferencji. Rozważano powody braku personelu medycznego, jego złego rozmieszczenia i emigracji zarobkowej. Jedną z istotnych przyczyn jest HIV/AIDS. Omawiano problemy dotyczące tego jak zatrzymać stary personel, jak kształcić nowy, jak podnieść morale pracowników medycznych i poprawić wzajemne relacje między nimi.

Do tej pory dane na temat zasobów personelu medycznego są niewystarczające i uważa się za bardzo ważne, że przedstawiciele CHA z Ghany, Kenii, Kongo, Lesoto, Malawi, Nigerii, Sudanu, Tanzanii, Ugandy i Zambii mieli okazję przedstawić sytuację kryzysu personelu medycznego w ich własnych krajach. Na przykład w Zambii powodem ubytku 74 lekarzy w ostatnich 18 miesiącach były: rezygnacja z pracy (29), wydalenie z pracy (10), zgon (5), zakończenie kontraktu (16), przeniesienie w inne miejsce (14). Wśród 466 pielęgniarek, których w tym czasie ubyło, powodem zmniejszenia się ich liczby były: emerytura (58), rezygnacja z pracy (148), wydalenie z pracy (45), zgon (189), zakończenie kontraktu (3), przeniesienie w inne miejsce (23).

Perspektywy na przyszłość

Wszystkie zainteresowane strony są zgodne co do tego, że zasoby ludzkie są kapitałem każdego socjalnego środowiska, szczególnie związanego z ochroną zdrowia. Istnieje szereg przykładów na to, że niedostatek personelu medycznego bywa przyczyną niepokojów społecznych. Odpowiedzialność za niedobór zasobów ludzkich ponoszą politycy. Oni są odpowiedzialni za rozwiązywanie kryzysu w tym zakresie przez mobilizację środków finansowych, zabezpieczenie właściwych warunków pracy i opracowanie zasad planowania, przez ustalanie priorytetów i przez organizowanie współpracy i partnerstwa między instytucjami.

(ciąg dalszy na str. 6)

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

MMI wraz z innymi międzynarodowymi organizacjami będzie popierał zaangażowanie się organizacji pozarządowych w sprawy ochrony zdrowia. Mając duże doświadczenie we współpracy z instytucjami religijnymi, będzie również kontynuował robocze kontakty z Christian Health Association.

Inicjatywę biskupów afrykańskich MMI uwzględni w swoich planach roboczych na najbliższe lata. W celu odgrywania bardziej istotnej roli we wprowadzaniu niezbędnych zmian w działalności instytucji religijnych mających na celu ochronę zdrowia, MMI będzie starał się utworzyć nici dialogu i porozumienia między hierarchią kościelną a pracownikami ochrony zdrowia w skali krajowej, regionalnej i międzynarodowej.

MMI będzie starał się zmniejszyć kryzys medycznych zasobów osobowych przez udzielanie rad, znajdywanie dróg porozumienia, rozwój nowych kierunków działania, prowadzenie badań naukowych mających zastosowanie praktyczne, tworzenie platformy pozwalającej na wymianę doświadczeń, wspomaganie zdolności menadżerskich i umiejętności mobilizacji środków.

Dokumenty elektroniczne:

[1] www.itg.be/hca/
[2] www.medicusmundi.org/E/news/news682.htm
[3] www.medicusmundi.org/Files2/HRD1.doc
[4] www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea56r25.pdf
[5] www.medicusmundi.org/Kampala2004.htm
[6] www.medicusmundi.org/Cotonou2005.htm
[7] www.medicusmundi.org/Flies/2006_BANGUI_e.pdf
[8] www.medicusmundi.org/Files/2005HR_AIDS.pdf
[9] raport z konferencji w Bagamoyo jeszcze nie został opublikowany

Brak palców – efekt przebytej choroby – nie przeszkadza pracować jako aptekarz; Jeevodaya – Indie. Fot. Maciej Leciejewski

Niektóre uwagi z konferencji Christian Health Association w Bagamoyo, Tanzania, 16-18 styczeń 2007. [W następnym numerze *MMPolonia* Redakcja poda szczegóły deklaracji z konferencji w Bagamoyo].

* * *

Istnieją duże trudności w uzyskaniu danych odnośnie kryzysu kadr medycznych w Afryce. Spowodowane one są m.in. brakiem osób posiadających doświadczenie w zbieraniu i analizie danych, niezrozumieniem potrzeby posiadania obiektywnych danych o zasobach ludzkich, brakiem dostatecznej troski o personel medyczny. Poniżej kilka danych z konferencji.

TANZANIA

- W 2004/2005 ogółem 5379 instytucji ochrony zdrowia, w tym 219 szpitali, 481 ośrodków zdrowia, 4679 prowizorycznych punktów opieki (dispensaries);
- Rząd posiada 64,2% tych instytucji, a organizacje pozarządowe – 17,7%.
- Ogólna liczba łóżek w Tanzanii wynosi 33,835 (51,9% rządowych i 41,5% pozarządowych);
- W roku 2004 zatrudnionych było 35.064 osób (74% przez rząd, a 22% przez instytucje chrześcijańskie);
- Pracuje 2,5 pracowników ochrony zdrowia na 1000 mieszkańców. W Afryce tylko 6 z 46 krajów utrzymuje się w granicach tego standardu;
- Problemem są: niedostateczna liczba pracowników medycznych (w Afryce powinno być ich trzykrotnie więcej), złe rozmieszczenie personelu, nierówny poziom wykształcenia, złe warunki pracy i brak troski o personel;
- Według danych z roku 2006 potrzeba rocznie 311 milionów US$ średnio na każdy kraj w Afryce Południowej, aby rozwiązać problem niedoboru kadr medycznych i dodatkowej płacy dla personelu;
- W Tanzanii liczba pracowników medycznych zmalała z 67.600 w latach 1994-1995 do 49.800 w 2001/2002 (spadek o 19.300). Niewykluczone, że spadnie ona do 38.000 w roku 2015;
- Zatrudnienie w ośrodkach podstawowej opieki medycznej wynosi tylko 30% potrzebnych kadr;
- Dla osiągnięcia celów Millenium Developmental Golas w roku 2015 Tanzania będzie potrzebować 120.000 pracowników ochrony zdrowia na pełnym etacie, a zanosi się, że będzie ich tylko 38.000.

KENIA

W Kenii powodem kryzysu w zakresie zasobów ludzkich są: niestabilność kadr i ich emigracja, nieporównywalne warunki pracy w instytucjach państwowych i prowadzonych przez instytucje religijne, nierównomierne rozmieszczenie kadr w miastach i na wsi, przeciążenie pracą pracowników ośrodków prywatnych, które działają przez to wydajniej.

Dla złagodzenia kryzysu potrzebne są dane, dialog z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, wywarcie presji na rząd przez zamknięcie niektórych peryferyjnych ośrodków zdrowia prowadzonych przez misje.

26 marca 2007

Dr Edgar Widmer

Tłumaczenie: prof. Zbigniew Pawłowski

Co nowego w trądzie?

TRĄD

Od Redakcji: Trąd – zakażenie skóry i nerwów obwodowych wywołane przez *Mycobacterium leprae* – nadal pozostaje problemem społecznym w wielu krajach. Zakończenie procesu eradykacji trądu, przewidziane początkowo na rok 2000, a później na rok 2005, nie zostało uwieńczone sukcesem; w 2004 zanotowano 407.791 nowych zachorowań. Trąd jest jedną z bardziej kontrowersyjnych chorób, gdyż wiele pytań dotyczących choroby nadal pozostaje bez odpowiedzi. Jednym z nich jest zagadnienie interakcji między prątkiem trądu a wirusem HIV. Uwadze Czytelników polecamy artykuł Paula E. M. Finea pt. „Leprosy: what is being <*eliminated*>?" Bull. WHO, 2007; 85: 2 i artykuł A. P. Ustianowskiego, S. D Lawna, D. N. J. Lockwooda pt. „Interactions between HIV infections and leprosy: paradox." Lancet Infectious Diseases, 2006; 6: 350-360.

Trąd: co naprawdę jest „likwidowane"?

Trąd jest chorobą znaną od dawna, lecz nadal słabo rozumianą, gdyż źródła zakażenia i sposoby przenoszenia infekcji są jeszcze wciąż przedmiotem dyskusji. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wniosła duży wkład do badań nad trądem i jego kontroli w ramach Specjalnego Programu Badań i Szkolenia w zakresie Chorób Tropikalnych (TDR), jak i przez propozycję eliminacji trądu.

W 1991 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA) podjęło uchwałę o eliminacji trądu jako problemu zdrowia publicznego do roku 2000. W przypisie do uchwały WHA eliminację choroby zdefiniowano jako redukcję chorobowości poniżej 1 na 10.000. Chorobowość w dowolnym czasie (np. 31 grudnia) jest wypadkową czasu trwania choroby w tym także zachorowalności. Pierwotną strategią planowanej eliminacji była redukcja chorobowości przez skrócenie czasu leczenia po wprowadzeniu schematu leczenia wielolekowego. Spodziewano się także, że schematy leczenia bardziej skutecznymi lekami wpłyną na zredukowanie szerzenia się trądu i zmniejszenie częstości występowania nowych zakażeń oraz na ostateczną eliminację.

Program miał olbrzymi wpływ na notowaną chorobowość. Odwołując się do danych WHO z sierpnia 2006 – eliminacja choroby została osiągnięta w roku 2000 na całym świecie (gdy w mianowniku uwzględni się całą ludzkość). Do końca 2005 roku we wszystkich krajach oprócz 6 notowano chorobowość poniżej 1 na 10.000. Pozornie wygląda to na duży sukces, ale gdy spojrzy się dokładnie na opublikowane dane, kilka spraw pozostaje niejasnych.

W programie likwidacji trądu wprowadzono kilka zmian w sposobie wykrywania zachorowań: masowe inspekcje domów prowadzą do maksymalnego wykrywania; wiele przypadków znalezionych na początku roku zostaje usuniętych z rejestru do dnia 31 grudnia i w ten sposób nie zostają one ujęte w rocznym raporcie chorobowości; nowy system klasyfikacji oparty na liczbie zmian jest stosowany w różny sposób w różnych państwach, co sprawia, że uzyskane dane są nieporównywalne z danymi z poprzednich systemów; niektóre kraje nie rejestrują przypadków z jedną zmianą lub wymagają potwierdzenia wszystkich diagnoz przez okręgowe zespoły – te praktyki zaniżają oficjalne dane na temat chorobowości; niektóre kraje nie nadążyły za wytycznymi WHO i pozostawiły chorych w leczeniu długoterminowym, co zwiększa chorobowość.

Informacje na temat w/w zmian nie są osiągalne, mimo że są elementem kluczowym do odpowiedniego zinterpretowania danych z poszczególnych krajów, które powinny zostać włączone do corocznych raportów WHO Weekly Epidemiological Report (WER).

Mimo że chorobowość została znacznie ograniczona, stopień obniżenia się zachorowalności jest mniej jasny. Przeprowadzono analizy, które sugerowały, że jedynie w małym stopniu redukcja chorobowości jest wynikiem wprowadzonego programu. Zachorowalność w niektórych krajach zaczęła się zmniejszać już na długo przed wprowadzeniem programu; redukcja jest wynikiem poprawy warunków socjoekonomicznych i upowszechnienia szczepionki BCG. Interesujący jest fakt, iż nie ma żadnych dowodów na to, że to światowa inicjatywa WHO doprowadziła do lokalnego zniknięcia zakażenia lub choroby w jakiejkolwiek z populacji. Trąd

(ciąg dalszy na str. 8)

Poświęcił swe życie trędowatym – o. Marian Żelazek w Centrum Wolontariatu Fundacji w rozmowie z dr Norbertem Rehlisem.

Fot. Archiwum Fundacji

Zespół ośrodka leczenia i rehabilitacji trędowatych z wolontariuszami, Jeevodaya – Indie.

Fot. Archiwum Fundacji

występuje nadal w Afryce, Azji, Ameryce Łacińskiej, południowej Europie, a nawet w Luizjanie i w Teksasie w Stanach Zjednoczonych (gdzie może być zoonozą związaną z pancernikami).

Owe ciągłe utrzymywanie się trądu jest nadal jedną z tajemnic związanych z tą starożytną chorobą. Może potrzeba więcej czasu, by wykazać wpływ najnowszych inicjatyw na zachorowalność. Nadal nie możemy zrozumieć pewnych ważnych aspektów naturalnej historii trądu. Pewne fakty sugerują, że prątek trądu może pozostawać w jamach nosowych osób w rejonach endemicznych i być przyczyną przejściowego i bezobjawowego zakażenia. Twierdzenie, że obecnie program eliminacji trądu osiągnął swój cel, może więc stać się szkodliwym dla zdrowia publicznego. Retoryka programu doprowadziła do wrażenia, że w niektórych rejonach trąd już nie występuje. Jest to nieprawdziwe, tym bardziej, że rozróżnienie pomiędzy eradykacją a eliminacją jest powszechnie mylone.

Przez wprowadzanie ciągłych zmian definicji, procedur, a także konwencji diagnostycznych i rejestrujących, program eliminacji trądu zmniejszył naszą możliwość monitorowania i zrozumienia, co się właściwie dzieje. Było już blisko do zaprzestania badań nad trądem. Ani sponsorzy, ani młodzi badacze nie są zainteresowani „oficjalnie" zlikwidowaną chorobą – nawet jeśli jest ona ciągle wszechobecna. Główne czasopismo o trądzie z ostatnich 70-ciu lat („The International Journal of Leprosy") wydano po raz ostatni w marcu 2005 roku. Aktualnie prowadzi się niewiele badań dotyczących tej choroby, mimo tego, że nadal nie możemy pochwalić się pełną znajomością wszystkich aspektów jej naturalnej historii. Trąd i towarzyszące mu zaburzenia nie znikną jeszcze przez długi okres czasu, jeśli w ogóle kiedykolwiek.

Strategia WHO na lata 2006-2010 obejmuje konieczność kontynuowania badań nad trądem i potrzebę oceny ekspertów klinicznych. WHO powinno zaprzestać głoszenia tezy o eliminacji trądu, żeby nie zniechęcać do dalszych wysiłków do walki z chorobą.

Interakcje pomiędzy zakażeniem wirusem HIV a trądem: paradoks

W początkowym okresie rozwoju epidemii HIV/AIDS obawiano się negatywnych interakcji pomiędzy zakażeniem wirusem HIV i trądem. Przewidywano, że u pacjentów chorych na trąd i dodatkowo zakażonych wirusem HIV przebieg choroby będzie dłuższy, cięższy, a leczenie trudniejsze. Żadna z tych obaw się nie sprawdziła; przeprowadzone badania dowodzą, że u chorych na trąd nie zwiększa się ryzyko zakażenia wirusem HIV, a zakażenie wirusem HIV nie wpływa na przebieg kliniczny trądu. Jedynie pewne dane sugerują, że reakcje immunologiczne komplikujące przebieg trądu – immune reconstitution disease (IDR) – występują częściej u pacjentów z HIV, jako efekt stosowania leczenia przeciwwirusowego HAART. Wydaje się, że przyjmowanie leków przeciwwirusowych może doprowadzić do ujawnienia się infekcji o przebiegu subklinicznym lub zaostrzyć przebieg choroby, która już istnieje.

Badania histopatologiczne materiału biologicznego u osób chorych na trąd i zakażonych wirusem HIV wykazują zmiany charakterystyczne dla trądu – upośledzenie ogólnoustrojowej odporności komórkowej wywołanej wirusem HIV nie wpływa na miejscową odpowiedź immunologiczną w stosunku do *Mycobacterium leprae*. W przypadku współwystępowania gruźlicy i zakażenia wirusem HIV sytuacja przedstawia się zupełnie inaczej: zakażenie wirusem HIV jest największym czynnikiem ryzyka rozwoju aktywnej gruźlicy (roczne ryzyko wynosi 10%), a zaburzenia układu immunologicznego wywołane wirusem w znaczny sposób wpływają na przebieg kliniczny choroby – zwiększa się częstość występowania gruźlicy płucnej bez typowych zmian radiologicznych, a także ryzyko postaci pozapłucnej i rozsianej.

Badanie histopatologiczne ziarniny gruźliczej wykazuje obniżoną liczbę limfocytów T, zaburzone różnicowanie się komórek nabłonkowatych i tworzenie się komórek Langhansa, a także upośledzenie aktywacji makrofagów – ziarniniaki, jeżeli występują, są uformowane nieprawidłowo. Przyczynę tego stanu upatruje się w różnym stopniu aktywności komórek: intensywna przemiana komórkowa w obrębie aktywnych ziarniniaków gruźliczych wiąże się z masywnym napływem komórek jednojądrowych z krwiobiegu, co zwiększa ryzyko napływu komórek zarażonych wirusem HIV; w mniej aktywnych ziarniniakach w trądzie, współczynnik apoptozy i przemian komórkowych jest niższy, czyli ryzyko rekrutacji komórek zarażonych jest mniejsze.

Ze względu na niewielką liczbę przeprowadzonych analiz, konieczne jest kontynuowanie badań nad zależnościami pomiędzy trądem a zakażeniem wirusem HIV.

Tłumaczenie
lek. med. Karolina Mrówka

Co nowego w gruźlicy?

GRUŹLICA

Od Redakcji: Większość krajów wysokorozwiniętych wprowadziło programy kontroli zakażeń, aby zredukować ryzyko rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych w szpitalach. W Indiach program ten nie jest rutynowo stosowany – sprzyja to transmisji gruźlicy w placówkach leczniczych i ma wpływ na ogólną liczbę zachorowań. Pomimo długiej historii badań nad gruźlicą w Indiach, nadal nie docenia się zagrożenia zakażeniem szpitalnym. Tekst opracowano na podstawie artykułu M. Pai'a, S. Kalantri'ego, A. N. Aggarwala, D. Menziesa, H. M. Blumberga pt. „Nosocomial tuberculosis in India". Emerging Infectious Diseases, 2006; 12: 1311-1317.

Gruźlica nabywana w szpitalach w Indiach

Indie to kraj, w którym notuje się najwięcej przypadków gruźlicy na całym świecie. Co roku choroba ta rozwija się u blisko 2 milionów osób, a milion z nich to pacjenci z dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego plwociny. Szacuje się, że ok. 40% populacji indyjskiej jest zakażonych *Mycobacterium tuberculosis*. Pomimo wysokiego prawdopodobieństwa zakażenia w trakcie pobytu w szpitalu, rozeznanie na temat gruźlicy zawodowej i szpitalnej jest niewielkie, a programy kontroli gruźlicy przez redukowanie ryzyka zakażenia szpitalnego nie są rutynowo wprowadzane.

Od roku 2004 przeprowadzono kilka badań analizujących problem gruźlicy u pracowników placówek medycznych. Wnioski są bardzo niepokojące. Wykazano, iż przykładowo w szpitalu, w którym pracuje 1000 osób, 50% z dużym prawdopodobieństwem nabędzie utajoną infekcję, a wśród pracowników niezainfekowanych 5% będzie zakażanych każdego roku. Liczba nowych zachorowań wśród pracowników medycznych jest 10 razy większa niż u pozostałych obywateli. Kolejnym wskaźnikiem wysokiego ryzyka nabycia gruźlicy w szpitalu jest dominacja pozapłucnej (najczęściej opłucnowej) postaci choroby, która jest wczesną manifestacją nowo nabytej infekcji, a nie reaktywacji zakażenia. Wyniki badań podkreślają fakt, że ryzyko nabycia gruźlicy występuje nie tylko w szpitalach w rejonach wiejskich, lecz także w placówkach miejskich.

Czynniki, które mogą ułatwiać transmisję gruźlicy w szpitalach można podzielić na trzy grupy:

(1) Do pierwszej zaliczają się elementy zwiększające ryzyko ekspozycji. Najważniejsze z nich to: duża liczba pacjentów i stały kontakt z pacjentami z dodatnim rozmazem plwociny. Opóźnienie w diagnozowaniu i wdrażaniu leczenia, a także brak możliwości izolacji pacjentów prątkujących mają także wpływ na transmisję zakażenia. Rozprzestrzenianie się choroby ułatwia niepotrzebna lub zbyt długa hospitalizacja pacjentów (mogliby być leczeni ambulatoryjnie), przerwy w dostarczaniu leków do placówek leczniczych, stosowanie schematów leczniczych, które nie są optymalne. Ponadto pacjenci nie przestrzegają zaleceń dotyczących leczenia lub kończą leczenie zbyt wcześnie; może to być spowodowane brakiem odpowiedniego wsparcia i nadzoru, za które odpowiedzialni są pracownicy medyczni.

(2) Drugą grupę stanowi brak efektywnych procedur dotyczących kontroli zakażeń takich, jak szybka izolacja pacjentów zakaźnych czy szybka identyfikacja choroby w laboratoriach; laboratoria często nie stosują badania mikroskopowego plwociny jako metody identyfikującej zakażenie, przez co opóźnia się postawienie diagnozy. Problem stanowi także sytuacja w szpitalach państwowych. Są zatłoczone, źle wentylowane, bez dostępu światła słonecznego, a liczba izolatek jest niewielka. Zrozumiałym wydaje się fakt, że brak odpowiednich zasobów finansowych uniemożliwia szpitalom nabycie drogiego sprzętu diagnostycznego. Czym jednak wytłumaczyć brak programów skriningowych pracowników? Szpitale nie chcą inwestować w programy kontroli zakażeń, często przez brak instrukcji nt. zakażeń szpitalnych opracowanych przez rząd.

(3) Trzeci czynnik to brak odpowiedniej wiedzy wśród pracowników ośrodków zdrowia. Tylko 67% pielęgniarek, które pracowały w dwóch szpitalach w Delhi, wiedziało, że gruźlicę wywołuje *Mycobacterium tuberculosis,* a jedynie 22% z nich miało świadomość, że najlepszym sposobem potwierdzenia zakażenia jest badanie mikroskopowe plwociny. Kolejne badanie wykazało, że 187 lekarzy stosowało aż 102 różne schematy leczenia gruźlicy; dowodzi to, iż konieczne jest wprowadzenie wytycznych dotyczących optymalnych schematów leczenia. Lekarze są przeświadczeni, że choroba jest ceną za wykonywanie tego zawodu, w związku z czym utajona gruźlica nie jest dla nich problemem i nie wymaga leczenia – nawet wśród osób z grup ryzyka, tj. z kontaktów domowych i pacjentów HIV dodatnich. Lekarze nie zdają sobie sprawy z powagi problemu dotyczącego zakażeń gruźlicą w szpitalach, co sprawia, że nie edukują pacjentów na temat zachowania się podczas kaszlu czy oddawania do badań plwociny jako zachowań zwiększających ryzyko zachorowania. Trudnej sytuacji nie ułatwia brak opracowanych przez rząd programów edukacyjnych na temat higieny i bezpieczeństwa pracy.

Do walki z gruźlicą w Indiach włączyła się Światowa Organizacja Zdrowia. Z ogółu przedstawionych zaleceń, najłatwiej wprowadzić będzie w życie zalecenia administracyjne, które dotyczą wczesnego wykrywania pacjentów w fazie zakaźnej choroby, izolacji chorych zakaźnych i wczesne wdrażanie leczenia wspomagane przez DOT (directly observed therapy). Takie zalecenia, jak izolatki z ujemnym ciśnieniem czy wyposażenie placówki w respiratory, nie są możliwe do zrealizowania ze względu na wysokie koszty. Skuteczniejszą ochroną okazuje się przede wszystkim usprawnienie wentylacji naturalnej przez otwieranie okien, a także kontakt ze światłem słonecznym; w epidemiach szpitalnych czy w placówkach leczących gruźlicę lekooporną pomocne jest wspomaganie wentylacji przez użycie wiatraków.

W programie kontroli gruźlicy znaczenie kluczowe ma kilka elementów: edukacja pracowników służby zdrowia na temat prewencji zakażeń nozokomialnych, edukacja pacjentów na temat zachowania podczas kaszlu, a także używanie masek chirurgicznych

(ciąg dalszy na str. 10)

GRUŹLICA

Czy prątek gruźlicy zwycięży ludzkość?

Od Redakcji: Sprawę lekooporności *Mycobacterium tuberculosis* omawia artykuł napisany przez N. S. Shaha, A. Wright, Gill-Han Bai, L. Barrera, F. Boulahbala, N. Martin-Casabona, F. Drobniewskiego, C. Gilpina, M. Havelkovą, R. Lepe'ego, R. Lumba, B. Metchocka, F. Portaelsa, M. F. Rodriguesa, S. Rusch-Gredesa, A. Van Deuna, V. Vincenta, K. Lasersona, C. Wellsa, J. P. Cegielskiego pt. „Worldwide Emergence of Extensively Drug – resistant Tuberculosis", Emerging Infectious Diseases, 2007; 13: 380-387.

Odpowiedzią na postawione w tytule pytanie jest „tak", o ile „zlikwidujemy nasze ostatnie narzędzie do pokonania gruźlicy, którym jest efektywne wprowadzenie w życie programu DOTS – Plus". Tak brzmiał komentarz opublikowany w 2000 roku, który analizował sytuację w krajach o dużym ryzyku zachorowania na gruźlicę. Program „DOTS – Plus" opiera się na zasadzie wspierania pacjenta podczas leczenia gruźlicy przez służby medyczne i jest wzbogacony o program do walki z gruźlicą wielolekooporną.

Gruźlica wielolekooporna (MDR TB – Multidrug-resistant tuberculosis) to ta postać choroby, która nie reaguje na leki z podstawowej grupy leków przeciwgruźliczych, czyli na streptomycynę, izoniazyd, ryfampicynę i pirazynamid czy etambutol. Pojawienie się gruźlicy wielolekoopornej jest skutkiem nieprzestrzegania zasad leczenia i wskazówek lekarskich przez pacjentów, przepisywania przez lekarzy niewłaściwych leków, niedostatecznego zaopatrzenia placówek medycznych w leki, a także niskiej jakości leków dostępnych w krajach rozwijających się.

Gruźlica lekooporna występuje w blisko 90 krajach na całym świecie. Jest ogromnym problemem społecznym, gdyż leczenie pacjenta wymaga stosowania leków drugiego rzutu, które są droższe, bardziej toksyczne i mniej skuteczne od leków grupy podstawowej. Do tej grupy leków zaliczamy: aminoglikozydy inne niż streptomycyna, cykliczne polipeptydy, fluorochinolony, tioamidy, analogi seryny i pochodne kwasu salicylowego. Czas leczenia tej postaci choroby jest dłuższy i wynosi co najmniej 24 miesiące.

By ułatwić leczenie gruźlicy wielolekoopornej, Światowa Organizacja Zdrowia powołała do życia Green Light Committee, którego zadaniem jest pomoc krajom rozwijającym się w zapewnieniu odpowiedniego stosowania leków drugiego rzutu, a tym samym zmniejszanie ryzyka dalszego rozwoju oporności *Mycobacterium tuberculosis* na leki. Stwierdzono, że są postacie MDR TB oporne na większość leków drugiej grupy. Nie wiadomo, czy opisywane przypadki występują jedynie sporadycznie, czy też są sygnałem zbliżającej się epidemii, czy też może ta „nieuleczalna" postać choroby występowała już wcześniej. Zanalizowano dane dotyczące lekowrażliwości 17.690 izolatów *Mycobacterium tuberculosis,* które pochodziły z 14 laboratoriów należących do międzynarodowej sieci laboratoriów referencyjnych. Badano wrażliwość prątka gruźlicy na leki pierwszego i drugiego rzutu w latach 2000-2004.

Wnioski są jednoznaczne: pojawiła się gruźlica, która oprócz cech MDR TB, dodatkowo wykazuje oporność na 3 i więcej leków drugiego rzutu. Jest to gruźlica z wyraźną i znaczną opornością na leki (XDR TB – extensively drug-resistant tuberculosis), która stanowi poważne zagrożenia dla zdrowia ludzi na całym świecie. Z 3.520 prątków wielolekoopornych, 347 (9,9%) spełniło kryteria XDR TB. Kraje, w których zanotowano występowanie XDR TB to: Ameryka Łacińska – 32 (5,9% MDR TB), Europa Wschodnia i Rosja – 55 (13,6% MDR TB), Afryka i Bliski Wschód – 1 (0,6% MDR TB), Azja (bez Republiki Korei) – 4 (1,5% MDR TB) i Republika Korei – 200 (15,4% MDR TB).

By postawić diagnozę XDR TB, konieczne są badania laboratoryjne określające wrażliwość danego prątka na leki pierwszego i drugiego rzutu. Ze względu na brak wystandaryzowanych i łatwych do powielania testów, stwierdzenie oporności na leki drugiej grupy jest trudne. Na ograniczenie użycia w/w testów wpłynęły: brak międzynarodowych ustaleń dotyczących wskazań do ich stosowania, brak standaryzacji, a także niedostępność tych leków w państwowej służbie zdrowia krajów rozwijających się.

Konieczne jest udoskonalenie testów diagnostycznych, a także wprowadzenie nowych schematów leczenia gruźlicy, tak by przyszłe pokolenia były chronione przed tą potencjalnie nieuleczalną chorobą, jaką jest oporna na chemioterapię gruźlica, a wówczas odpowiedź na zawarte w tytule pytanie będzie brzmiała jednoznacznie: „nie".

Tłumaczenie
lek. med. Karolina Mrówka

Gruźlica nabywana w szpitalach w Indiach

(ciąg dalszy ze str. 9)

przez pacjentów, którzy są zakaźni. Okresowe badanie pracowników medycznych w celu wykrycia osób z postacią utajoną choroby, u których istnieje ryzyko progresji do postaci aktywnej, i ich leczenie (w niektórych ośrodkach możliwe wprowadzenie badania IGRA – interferon gamma release assay) wydaje się niezbędne. Szpitale powinny uczynić wszystko, co w ich mocy, by leczyć jak największą liczbę pacjentów w trybie ambulatoryjnym; gdy konieczna jest hospitalizacja, nieodzownym jest oddzielenie pacjentów potencjalnie zakaźnych od tych z zaburzeniami odporności; po wypisie pacjent kontynuuje leczenie i jest pod obserwacją (DOT). Wskazana jest też poprawa jakości usług prywatnych. Metodą do uzyskania tego celu jest ulepszenie koordynacji pomiędzy sektorem prywatnym a RNTCP (Revised National Tuberculosis Control Programme). Jest to sprawą niezwykle istotną, gdyż ponad połowa Hindusów szuka pomocy lekarskiej w placówkach niepaństwowych, a lekarze praktykujący prywatnie często nie stosują reguł ustalanych przez państwo i przez WHO.

Kto powinien zaprojektować i zająć się wdrożeniem programu kontroli nad gruźlicą? Jest to sprawa skomplikowana ze względu na zróżnicowanie instytucji opieki zdrowotnej, jak i na nieuregulowaną pozycję dominującego sektora prywatnego. Znając sytuację w Indiach, musimy mieć świadomość, że wszystkie wskazówki wydawane przez międzynarodowe organizacje muszą zostać zweryfikowane i zaadaptowane do warunków lokalnych przez RNTCP, który ściśle współpracuje z sektorem prywatnym.

Tłumaczenie
lek. med. Karolina Mrówka

Problemy zdrowotne osób wyjeżdżających do tropiku

Od Redakcji: Analiza ryzyka zachorowania na malarię wymaga zrozumienia wskaźnika EIR (entomological inoculation rate), który będzie różny w zależności od miejsca pobytu. W sytuacjach, gdzie ryzyko zachorowania nie usprawiedliwia stosowania długoterminowej profilaktyki, należy rozważyć stosowanie metod alternatywnych. Do metod tych zaliczamy: chemioprofilaktykę stosowaną okresowo, niepobieranie leków, gdy pacjent ma dostęp do szybkich testów, leczenie się przez pacjenta tzw. „lekiem w kieszeni "i zwalczanie komara przenoszącego malarię. Przedstawiamy streszczenie artykułu Stephena Toovey'a, Filipa Moermana i Alfonsa van Gompela pt. „Special Infectious Disease Risk of Expatriates and Long-Term Travelers in Tropical Countries. Part I: Malaria." Journal of Travel Medicine, 2007; 14: 42-49.

Malaria

Ryzyko zachorowania na malarię jest bardzo różne

Ryzyko nabycia malarii przez podróżujących zależy od wielu czynników. Najważniejszym z nich wydaje się być EIR, czyli wskaźnik określający liczbę ugryzień komara przypadających na jedną osobę w ciągu roku. Analiza tego wskaźnika jest istotna z dwóch powodów. Pierwszym z nich jest fakt, że wskaźniki zachorowalności na malarię w danym regionie nie uwzględniają inwazji bezobjawowych u tubylców, co oznacza, że prawdopodobieństwo zachorowania turystów jest znacznie zaniżone. Brak odporności przeciwko *Plasmodium*, którą tubylcy wykształcili poprzez wieloletni kontakt z chorobą, powoduje, że podróżujący znajdują się w grupie znacznie większego ryzyka rozwoju objawowej malarii.

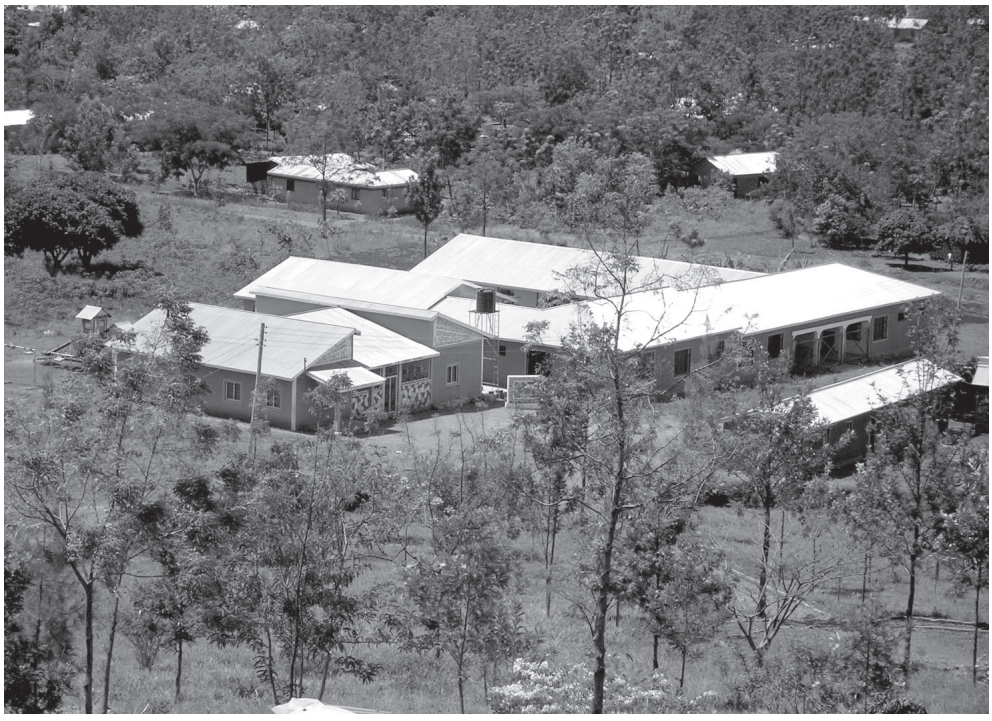
Drugim argumentem potwierdzającym znaczenie EIR jest wysoka korelacja wskaźnika z prawdopodobieństwem rozwoju parazytemii. Na podstawie badania dzieci kenijskich poniżej 6. roku życia stwierdzono, że przez analizę EIR i czasu trwania narażenia, można było przewidzieć wartość parazytemii.

Głównymi czynnikami wpływającymi na wartość EIR są: środowisko i klimat. Wpływ środowiska analizował Robert, który wykazał, że w rejonach miejskich EIR wynosił 7, 1, w rejonie podmiejskim wynosił 45, 8, a w rejonie wiejskim wynosił 167, 7. Wpływ klimatu na kształtowanie się wskaźnika jest również bardzo istotny: średnie wartości wskaźnika na obszarze suchej sawanny i w miastach wynoszą 0, 96, natomiast na obszarze wilgotnej sawanny i w lasach 12, 62.

W ocenie ryzyka zachorowania na klinicznie jawną malarię nie można pominąć analizy wskaźnika, który określa częstość pojawiania się objawów klinicznych po ugryzieniu przez zarażonego komara. Wartość wskaźnika rzadko wynosi 100%, co jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko zachorowania na malarię.

Wybór odpowiedniego sposobu profilaktyki jest niełatwy

Wybór właściwej profilaktyki przeciwmalarycznej jest bardzo trudny i świadczą o tym liczby. Eono, który analizował stosowanie profilaktyki w Abidżanie, wykazał, że jedynie 40,5% osób pobierało profilaktycznie leki przeciwmalaryczne, z czego 17,5% używało leku niewłaściwego. Podobne wnioski wysnuł Carme, który wykazał, że w społeczności w Brazzaville, liczba osób stosujących chemioprofilaktykę zmniejszała się wraz z wydłużaniem się czasu pobytu.



Ośrodek Zdrowia wznoszony przez Fundację „Redemptoris Missio" w Kiabakari – Tanzania (budynek po prawej); widok z wieży kościelnej.

Fot. Mateusz Cofta

Także stosowanie ochrony mechanicznej przed komarami wśród podróżnych pozostawia wiele do życzenia. Problem ten przeanalizował Eono, który stwierdził, że odsetek osób śpiących pod moskitierą w Ghanie, Jucie i Toovey wynosił 7, 5%, a w Mali 13%.

Do podobnych wniosków doszedł Harris, który wykazał, że wśród rezydentów brytyjskich w Malawi stosowanie mechanicznych środków ochrony przed komarami zmniejsza się, gdy staje się to bardziej uciążliwe; 92% rezydentów mieszkało w monitorowanych pokojach, 62% stosowało żarzące się trociczki ze środkiem owadobójczym, 45% używało aerozoli przeciw owadom, a jedynie 28% spało pod moskitierami.

Aby podróżni chętniej i częściej stosowali profilaktykę, konieczne jest przeświadczenie, że chemioprofilaktyka nie ma negatywnego wpływu na układ immunologiczny i że podróżni są w stanie z czasem wykształcić odporność na malarię.

Efekty uboczne stosowania chemioprofilaktyki są rzeczywiste, ale i „wymyślone"

Częstość pojawiania się niepożądanych efektów w związku ze stosowaniem profilaktyki przeciwmalarycznej jest zaskakująco wysoka. Schlagenhauf analizował częstość pojawiania się objawów ubocznych wśród turystów jeszcze przed wyjazdem. Wykazał, że pojawienie się efektów ubocznych sygnalizowało 15% badanych zażywających atowakwon z proguanilem, 16% zażywających doksycyklinę, 22% – meflochinę, a 24% – chlorochinę z proguanilem. Zaskakujący był fakt, że osoby stosujące placebo także zgłosiły wystąpienie negatywnych objawów (16%). Na kanwie uzyskanych wyników Schlagenhauf wysnuł tezę, że wielu podróżnych obwinia chemioprofilaktykę za wystąpienie objawów, które w rzeczywistości mają zupełnie inną przyczynę. Tezę potwierdza Overbosch, który stwierdził, że objawy żołądkowo-jelitowe, których wystąpienie kojarzone było przez wielu podróżujących ze stosowaniem chemioprofilaktyki, występowały tak samo często niezależnie od rodzaju chemioprofilaktyki. Overbosch wykazał, że sama w sobie podróż do tropiku jest powodem do zgłaszania wystąpienia niepożądanych objawów u 8% podróżujących.

Odrębnym zagadnieniem jest natomiast pojawianie się objawów neuropsychiatrycznych w związku z zażywaniem meflochiny. Van Riemsdijk, stwierdził, że stosowanie tego leku zwiększa ryzyko pojawienia się objawów chorobowych 3,5-krotnie. Przeprowadzone przez niego badanie wykazało, że osoby stosujące lek po raz pierwszy, często cierpiały z powodu obniżonego nastroju jeszcze przed wyjazdem z kraju ojczystego. Wg doniesień Meiera, który analizował dane dotyczące stosowania meflochiny przez 16.000 Brytyjczyków, najczęściej występującymi objawami niepożądanymi są napady paniki i psychozy. Według Barreta stosowanie meflochiny może upośledzić codzienne funkcjonowanie (0,7% badanych) lub spowodować konieczność hospitalizacji (0,002%).

Wielu podróżujących zaprzestaje pobierania leków przeciwmalarycznych, gdyż obawia się konsekwencji ich stosowania przez długi okres czasu. Wyniki badań nie potwierdzają tych obaw. Dostępne dane dotyczące meflochiny czy doksycykliny nie wykazują dodatkowego ryzyka związanego z przedłużeniem ich stosowania; w Stanach Zjednoczonych atowakwon z proguanilem można stosować bez ograniczeń (ograniczenia czasowe są tylko w Europie). Jedynie przy stosowaniu chlorochiny w dawce 300 mg na tydzień przez 5 lat, konieczne jest badanie okulistyczne 2 razy do roku.

Chemioprofilaktyka: to, jak i czy ją stosować, jest decyzją indywidualną

Znaczenie chemioprofilaktyki w prewencji malarii ma ogromne znaczenie. Adera stwierdził, że podczas epidemii malarii wśród przebywających w Ugandzie turystów w 1992 roku, liczba nowych zachorowań była 10 razy większa niż całkowita liczba zachorowań z poprzednich 6 lat, a ryzyko zachorowania wśród niestosujących profilaktyki podróżnych było 10 razy większe niż te, na które byli narażeni tubylcy, którzy przestrzegali zasad chemioprofilaktyki. Nie można jednak zapominać, że ryzyko zachorowania na malarię nie jest identyczne dla wszystkich osób danej społeczności. Udowadnia to Adera, który w tym samym badaniu wykazał, że grupę największego ryzyka malarii stanowili Afroamerykanie i osoby poniżej 20 roku życia. Implikuje to konieczność zastanowienia się, czy stosowanie profilaktyki u osoby o najmniejszym ryzyku zachorowania przez cały rok i co roku, jest uzasadnione. Warto także pamiętać, że są osoby bardziej narażone na zachorowanie niż inni członkowie społeczności, jak np. kobiety w ciąży i małe dzieci. Każda kobieta w ciąży powinna wiedzieć o możliwości teratogennego wpływu leków przeciwmalarycznych na płód, a także znać potencjalnie najlepszy moment poczęcia. Turyści planujący podróżowanie z małymi dziećmi powinni otrzymać informację, że u dzieci poniżej 5. roku życia znacznie częściej niż u dorosłych występują powikłania malarii.

Nie tylko brak, lecz także rodzaj chemioprofilaktyki stosowanej przez podróżujących jest sprawą problematyczną. Podróżni często wybierają rodzaj profilaktyki proponowany przez innych podróżujących, a nie przez ekspertów z ich krajów rodzinnych. Przyczyny takiego zachowania nie są jasne. Może konieczność stałego kontaktu z lekarzem w celu wykonywania badań kontrolnych czy odbierania recept, a także koszt zapisywanych leków i pewna niewygoda w przypadku długotrwałego zażywania leków, zniechęcają do prawidłowej profilaktyki?

Pomimo że stosowanie długoterminowej profilaktyki przeciwmalarycznej wydaje się być optymalne w większości przypadków, stan ten często nie jest możliwy do osiągnięcia. Oznacza to, że należy wprowadzać w życie alternatywne strategie, które zostaną dostosowane do indywidualnego sposobu zachowania się danej osoby, a także jej indywidualnego narażenia na zachorowanie. Do strategii tych zaliczyć można: okresowe stosowanie chemioprofilaktyki, krótkotrwałe stosowanie leków podczas wyjazdów w teren, zaopatrzenie się w tzw. „lek w kieszeni", a także umożliwienie łatwego dostępu do służb medycznych i kontrola przenosicieli malarii.

Okresowa chemioprofilaktyka wymaga dużej czujności podróżnego

W niektórych rejonach endemicznego występowania, malaria występuje okresowo. Umożliwia to ograniczenie profilaktycznego pobierania leków do pory deszczowej i początku pory suchej. Aby profilaktyka ta była skuteczna, pacjenci muszą być czujni przez cały czas pory suchej i obserwować, czy nie pojawiają się symptomy mogące zapowiadać malarię.

Dostęp do kompetentnej opieki medycznej bywa ograniczony

Dostęp do kompetentnych służb medycznych w krajach rozwijających się bywa utrudniony ze względu na zbyt małą liczbę pracowników medycznych, a także ich niewystarczające przeszkolenie. Brak wiedzy i kompetencji skutkuje tym, że w wielu rejonach endemicznego występowania malarii choroba ta rozpoznawana jest zbyt często. Zjawisko to zdaje się wyjaśniać pseudooporność *Plasmodium falciparum* na leki i nieskuteczność leczenia. Kolejnym problemem jest fakt, że schematy leczenia malarii stosowane u tubylców mogą być nieodpowiednie dla osób, które stykają się z malarią po raz pierwszy. Powyższe zależności wskazują na konieczność bardzo dobrego zaznajomienia podróżnego z objawami malarii. Każdy wyjeżdżający do kraju tropikalnego powinien mieć świadomość znaczenia wczesnych objawów choroby, gdyż szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia może ocalić mu życie.

Zdjęcia Ośrodka Zdrowia wznoszonego przez Fundację „Redemptoris Missio" w Kiabakari – Tanzania.
Fot. Gabriela Majkut

Stosowanie „leku w kieszeni" bywa dobrą opcją leczniczą dla osób, które nie mogą skontaktować się z lekarzem

Fakt, że chory na malarię podróżujący nie zawsze może skontaktować się z lekarzem lub nie może nabyć właściwego leku, wymusza poszukiwanie innych sposobów radzenia sobie z chorobą. Istnieje strategia lecznicza, którą można stosować, gdy wdrożenie innych sposobów leczenia jest niemożliwe. Polega na stosowaniu leku łatwo dostępnego i bezpiecznego, który zostanie pobrany, gdy podróżujący zauważy pojawienie się pierwszych symptomów malarii. Strategia ta zakłada odpowiednie wyedukowanie i zdolność osoby podróżującej do rozważnego stosowania leku. Powinno się podkreślić, że ten schemat leczenia nie jest alternatywą dla leczenia opracowanego przez fachowca, a jedynie sposobem na przetrwanie do momentu kontaktu z lekarzem. Klinicyści będą musieli zaakceptować fakt, że podróżujący będą może nieco zbyt ostrożni i zbyt często będą rozpoznawać malarię.

Samodzielne rozpoczęcie leczenia może być niełatwe. Podjęcie decyzji mogą ułatwić testy szybkiego wykrywania zarażenia. Pacjent musi jednak wiedzieć, że interpretacja wyników testu jest kłopotliwa ze względu na możliwość pojawienia się wyników fałszywie pozytywnych i fałszywie negatywnych; czasami w przypadku uzyskania wyników fałszywie ujemnych leczenie też może być konieczne. I odwrotnie: szybki test antygenowy może pozostawać dodatni przez wiele dni lub tygodni mimo przeprowadzenia skutecznego leczenia. Podróżujący powinien być poinformowany, że omawiany test nie zastępuje badania mikroskopowego.

Unikanie kontaktu z komarami ma duże znaczenie w zapobieganiu malarii

Powinno się zachęcać podróżujących do używania repelentów i moskitier nasyconych środkiem owadobójczym. Poleca się również klimatyzację pomieszczeń sypialnych – może ona zastąpić moskitiery w sytuacji, gdy działa odpowiednia filtracja powietrza (wlot powietrza powinien być zabezpieczony siatką przeciw komarom). Metody te zyskują na znaczeniu szczególnie przy braku stosowania chemioprofilaktyki.

Zwalczanie komarów

Walka z komarami obejmuje zastosowanie insektycydów, odpowiednie odprowadzanie wody z gospodarstwa domowego, skrining pomieszczeń mieszkalnych, budowanie domów daleko od miejsc wylęgu komarów, zaopatrzenie budynków w klimatyzację i przestrzeganie zasad higieny. Najlepszym rozwiązaniem wydają się być środki owado- i larwobójcze. Programy zwalczania przenosiciela malarii powinny opierać się na analizie entomologicznej przeprowadzanej przez ekspertów.

Tłumaczenie i streszczenie
lek. med. Karolina Mrówka

Inne choroby tropików

Od Redakcji: Z punktu widzenia zapobiegania choroby, te, które oprócz malarii stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia turystów przebywających w tropikach, można podzielić na dwie grupy. Pierwsza grupa to choroby, którym można zapobiegać przez zastosowanie szczepionki, a druga to choroby, przeciwko którym zaszczepić się nie można. Do pierwszej zaliczymy żółtą gorączkę, wirusowe zapalenie wątroby typu A i B, wściekliznę, meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, japońskie zapalenie mózgu, dur brzuszny i grypę. W drugiej grupie znajduje się wiele chorób, takich jak: choroby przenoszone drogą płciową, WZW typu C i E, schistosomoza, choroby przewodu pokarmowego, strongyloidoza, wągrzyca, leiszmanioza, filarioza, gorączka krwotoczna denga, trypanosomozy i inne. Przedstawiamy streszczenie artykułu S. Toovey'a, F. Moermana i A. van Gompela, pt. „Special Infectious Disease Risk of Expatriates and Long-term Travelers in Tropical Countries. Part II: Infections Other Than Malaria". Journal of Travel Medicine, 2007; 14: 50-60.

WZW A

Osoby, które dorastały w krajach rozwiniętych, ze względu na mały kontakt z wirusem HAV, nie wykształciły odporności i są w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na zapalenie wątroby typu A. Steffen ocenia częstość zakażeń u osób nieuodpornionych, które przebywają w krajach rozwijających się na 0,1-1/1000/ na miesiąc pobytu; wartości te mogą być wyższe wśród osób, które mają bliski kontakt z ludnością lokalną. Mimo że zakażenie wirusem HAV nie prowadzi do rozwoju przewlekłego nosicielstwa i nie zwiększa ryzyka zachorowania na raka wątroby, może mieć przebieg ostry i być przyczyną śmierci dzieci zarówno w krajach rozwijających się, jak i rozwiniętych. Oznacza to konieczność szczepienia wszystkich osób seronegatywnych, które planują wyjazd do krajów rozwijających się.

Wścieklizna

By odpowiednio chronić się przed wścieklizną, należy pamiętać o stosowaniu profilaktyki przed- i poekspozycyjnej. Ze względu na duży koszt powszechnego stosowania szczepień profilaktycznych, istnieje sugestia, by opieką profilaktyczną objąć jedynie dzieci, które są narażone na zachorowanie przez rok i dłużej. Objęcie szczególną ochroną dzieci ma duże znaczenie, gdyż ze względu na ich zainteresowanie zwierzętami, częściej zachowują się one ryzykownie, nie zawsze informują rodziców o potencjalnej ekspozycji, a ugryzienia częściej zlokalizowane są w miejscach bardziej niebezpiecznych, np. na karku i szyi. Wśród osób dorosłych, głównym sposobem zapobiegania wściekliźnie jest profilaktyka poekspozycyjna (PEP). Stosowanie PEP-u w krajach rozwijających się może być trudne. Wykazał to Hatz, który przeanalizował sposób zaopatrywania ran wśród podróżnych z Niemiec i Szwajcarii: PEP spełniało wymogi WHO jedynie w 24-30%. Nieumiejętność opatrywania przez tubylców ran po ugryzieniu, a także niewielka dostępność preparatów ludzkich globulin i szczepionek powodują, że należałoby oferować profilaktykę przedekspozycyjną wszystkim podróżującym i ich zwierzętom, gdy udają się do krajów endemicznego występowania wścieklizny.

Choroba meningokokowa

U osób wyjeżdżających na krótko infekcja meningokokowa występuje rzadko. Wydaje się ona być bardziej powszechną wśród tych, którzy dłużej przebywają w rejonach jej endemicznego występowania i mają kontakt z ludnością tubylczą. Najlepszą szczepionką dla podróżujących będących w grupie ryzyka jest czterowalentna koniugowana szczepionka A, C, Y, W135. W porównaniu ze szczepionką polisacharydową wykształca ona lepszą odporność i zapewnia dłuższy czas ochrony. Ponieważ potencjalny związek szczepionki z wywoływaniem zespołu Guillaina-Barrego jest niepewny, wskazania do stosowania szczepionki pozostały niezmienione. Przy braku szczepionki koniugowanej, można użyć szczepionki polisacharydowej.

Japońskie zapalenie mózgu

Częstość zachorowania na japońskie zapalenie mózgu wśród podróżnych przebywających w rejonach wiejskich wynosi 1/5000 na miesiąc. Obecnie zaleca się szczepienie osobom, które będą przebywać w zainfekowanych rejonach wiejskich co najmniej przez 4 tygodnie, lub osobom, których aktywność znacznie zwiększa ryzyko zachorowania. Problem w ustaleniu wskazań do szczepienia polega na tym, że transmisja choroby ma miejsce nie tylko w rejonach wiejskich (np. ma miejsce w Bangkoku) i że zachorowania notowano także wśród turystów krótko przebywających w tropiku. Jako że o decyzji o wdrożeniu szczepienia decydują wiek, miejsce pobytu, wykonywany zawód i aktywność w czasie odpoczynku, trudności w określeniu prawdziwego ryzyka i potencjalnej śmiertelności choroby stanowią argument za poszerzeniem grupy osób podlegających szczepieniu.

Dur brzuszny

Ponieważ WHO ocenia zachorowalność na dur brzuszny w krajach rozwijających się na wysoką lub średnią, istnieje konieczność szczepienia wszystkich osób podróżujących do miejsc endemicznych dla duru. Szczepionka przeciw durowi brzusznemu jest mniej skuteczna niż wiele innych szczepionek oferowanych podróżnym, co sugeruje konieczność tłumaczenia im, że możliwość zachorowania nadal istnieje. Potrzebę szczepienia zwiększyło pojawienie się w południowej Azji *Salmonelli typhi*, która jest oporna na wiele antybiotyków. Trzeba unikać jednoczesnego przyjmowania doustnej szczepionki przeciwko durowi i leków przeciwmalarycznych o właściwościach przeciwbakteryjnych.

WZW B

Wzrastająca liczba osób zarażonych wirusem HBV w krajach rozwijających się (odsetek zakażonej populacji w Afryce Subsaharyjskiej i w niektórych częściach Azji przekracza 10%), powoduje zwiększenie ryzyka zachorowania wśród podróżujących.

Oznacza to, że szczepienie powinno być oferowane wszystkim podróżnym, którzy będą przebywać w krajach rozwijających się przez dłuższy okres czasu. Szczególną opieką należy otoczyć pracowników służby zdrowia, gdyż istnieją dane, które wskazują na silny związek pomiędzy obecnością markerów zakażenia wirusem HBV u danej osoby a pracą tej osoby w służbie zdrowia. Liczba osób zarażających się wirusem na drodze pozaseksualnej wzrasta wraz z wydłużaniem się czasu pobytu i jest związana z utrzymywaniem kontaktu z lokalną społecznością dziecięcą w gospodarstwach domowych. Należy informować podróżnych, że powinni unikać kontaktu z płynami ustrojowymi innych osób,

→

gdyż, poza przenoszeniem choroby przez kontakty seksualne, jest to najczęstszą drogą rozprzestrzeniania się wirusa.

Zakażenie wirusem HIV i inne choroby przenoszone drogą płciową

Wzrost liczby zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową (w tym także zakażenie wirusem HIV) wśród podróżujących wynika z faktu, że wzrasta częstość zachowań ryzykownych, które niejednokrotnie wyzwalane są nadmiernym spożyciem alkoholu i narkotyków. Istnieją dane, wg których od 5 do 50% turystów podczas pobytu za granicą uprawia przygodny seks, a odsetek osób używających prezerwatyw wynosi 20%. Problem pogłębia brak odpowiedniej wiedzy na temat wirusa HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową wśród pracowników medycznych. Koniecznym wydaje się wprowadzenie programów edukacyjnych, które w łatwy i przystępny sposób informowałyby o zagrożeniach związanych z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi w trakcie podróży, a także zwracały uwagę na różnice socjokulturalne w zachowaniach seksualnych pomiędzy krajem rodzinnym a miejscem docelowym podróży. Z medycznego punktu widzenia, dobrym rozwiązaniem byłoby wykonanie testu na obecność wirusa HIV jeszcze przed wyjazdem, gdyż zwiększa to świadomość ryzyka występującego za granicą, a podróżny ma udokumentowane dane o stanie swego zdrowia, co może mieć implikacje prawne w razie nastąpienia serokonwersji w trakcie podróży. Po powrocie z podróży trwającej dłuższy okres czasu wskazane jest wykonanie testu na obecność wirusa HIV w 3 i 6 miesiącu po przyjeździe. W przypadku wykazywania zachowań ryzykownych, należy wykluczyć także zakażenie chlamydiami, gonokokami, krętkiem bladym, HBV, a jeśli nastąpił kontakt z krwią i produktami krwiopochodnymi, także HCV. W ramach profilaktyki poekspozycyjnej można zastosować wysokoaktywną terapię antyretrowirusową. Najczęściej stosuje się 2 analogi nukleozydów i 1 inhibitor proteazy. Unika się stosowania analogów nienukleozydowych, by nie doprowadzać do rozwoju opornych na leki mutantów wirusa. Należy pamiętać, że w trakcie stosowania terapii antyretrowirusowej istnieje możliwość wystąpienia efektów ubocznych, które mogą zagrozić życiu pacjenta – w związku z tym trzeba udoskonalić możliwość ewakuacji ofiar zakażenia wirusem. Kwestią nierozwiązaną pozostaje aplikowanie PEP-u osobom, które przez ryzykowne zachowania same narażają się na zachorowanie. Obowiązkową profilaktyką poekspozycyjną obejmuje się natomiast osoby będące ofiarami gwałtu. Debatuje się nad wprowadzeniem zasady, że to pracodawcy powinni zapewniać PEP dla swych pracowników, którzy zostali wykorzystani seksualnie.

WZW C

Wirus zapalenia wątroby typu C jest dużym problemem na całym świecie ze względu na ogromną liczbę zakażonych osób (170 milionów) i brak szczepionki. Odsetek zakażonej populacji w Afryce waha się od 6 do 15%. Drugim co do częstości sposobem zakażenia się wirusem wśród podróżnych jest transfuzja krwi. Badanie krwi na obecność wirusa przed transfuzją mogłoby zredukować ryzyko zakażenia, jednak w większości biednych regionów upowszechnienie badania nie jest możliwe. Częstość nabywania zakażenia wśród osób przebywających przez długi okres czasu w podróży jest nieznana.

WZW E

Brakuje dokładnych danych na temat częstości zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu E wśród podróżnych. Jednym z badań jest raport Ooi'ego, który wykrył, że odsetek bezobjawowych serokonwersji wśród podróżnych amerykańskich wynosił 2%. Potasman nie stwierdził zwiększonej częstości infekcji wśród turystów, co tłumaczył tym, że transmisja HEV występuje głównie podczas epidemii. Wnioskował on, że najważniejszym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania jest czas pobytu, a dodatkowo także standard i warunki życia. Największą transmisję wirusa obserwuje się w Azji. Mimo, że prace nad wynalezieniem szczepionki postępują, głównym sposobem ochrony przed zakażeniem jest przestrzeganie higieny żywności i wody. Powinno się informować kobiety, które zamierzają podróżować przez długi okres czasu, że zakażenie w trakcie ciąży może mieć przebieg szczególnie ostry.

Schistosomoza

Częstość występowania schistosomozy u podróżujących jest znacznie mniejsza niż u tubylców. Przyczyną tego zjawiska jest odmienny styl życia obu populacji – tubylcy wykonują więcej czynności, które wymagają przebywania w wodzie. Nie mniej Cetron podaje, że odsetek osób podróżujących, które mają dodatnie wyniki badań serologicznych w kierunku schistosomozy wynosi 32%. Sposobów ochrony przed zachorowaniem na schistosomozę jest niewiele. Najważniejszym z nich jest unikanie kontaktu ze stojącą słodką wodą. Ważne jest instruowanie podróżnych co do sposobów właściwego przygotowywania wody do picia i do kąpieli. Podróżni powinni mieć świadomość, że nawet jednorazowa ekspozycja może doprowadzić do inwazji. Dużym problemem jest fakt, że dostępność badań kontrolnych wykształca wśród podróżnych fałszywe poczucie bezpieczeństwa. Turyści nie wiedzą, że schistosomoza może przebiegać bezobjawowo, a objawy, gdy się pojawią, są bardzo niecharakterystyczne. Diagnozowanie schistosomozy jest trudne. Żywe jaja obecne w stolcu, moczu, wycinkach z prostnicy i w materiałach biopsyjnych potwierdzają rozpoznanie, ale odnalezienie jaj w materiale biologicznym może być trudne. Według Whitty'ego, tylko 34% podróżnych miało jaja w moczu, a 10% w stolcu. W sytuacji gdy nie można wykryć jaj, diagnoza opiera się na dodatnim wywiadzie i badaniach serologicznych. Interpretacja wyników badań serologicznych może napotkać na wiele trudności, gdyż przeciwciała pojawiają się 12 tygodni po zarażeniu lub później i mogą utrzymywać się przez dłuższy czas, co utrudnia zdiagnozowanie reinfekcji. Obwodowa eozynofilia może jedynie sugerować rozpoznanie.

Sposoby leczenia schistosomozy w krajach tropikalnych nie zawsze są optymalne. Często obserwuje się podawanie prazykwantelu mimo braku potwierdzenia inwazji. Z drugiej strony, prazykwantel nie działa na młodsze formy rozwojowe pasożyta, czyli zezwala na dojrzewanie form dorosłych i daje w ten sposób osobie leczonej fałszywe poczucie bezpieczeństwa.

Gruźlica

Gruźlica w krajach rozwijających się występuje bardzo często. Świadczy o tym odsetek chorej populacji w Afryce Subsaharyjskiej, który wynosi aż 35%. Ryzyko zachorowania zwiększa się wraz z wydłużaniem się czasu pobytu. Jest to argument za szczepieniem wszystkich osób, które będą przebywać w podróży przez długi okres czasu. Kolejnym argumentem jest fakt, że turyści nie wykonują badań kontrolnych po powrocie, nawet gdy znajdowali się w sytuacji zwiększonego ryzyka. Problemem jest niepewna skuteczność szczepionki i wpływ szczepienia na wyniki testu tuberkulinowego. Dostępność testów immunologicznych wykrywających zakażenie *Mycobacterium tuberculosis*, które omijają problem trudnej interpretacji próby tuberkulinowej, ciągle się zwiększa, co ułatwia rozpoznanie gruźlicy po powrocie do domu.

Choroby układu pokarmowego

Najczęstszym objawem chorobowym ze strony przewodu pokarmowego jest biegunka; największe prawdopodobieństwo

(dokończenie na str. 16)

Inne choroby tropików

(ciąg dalszy ze str. 15)

pojawienia się biegunki występuje w ciągu pierwszych 2 lat pobytu w krajach rozwijających się. W ostatnim czasie przeprowadzono badanie, które zajmowało się określeniem częstości występowania biegunek, a także czynnikami etiologicznymi biegunek i wpływem biegunki na turystów przebywających z dala od domu dłużej niż 2 tygodnie. Badanie potwierdziło, że rodzaj chorobotwórczego patogenu zależy od miejsca pobytu: w Azji rzadziej występowały biegunki spowodowane przez *ETEC* (enterotoksyczna *Escherichia coli*), a częściej przez *Campylobacter* i *Salmonellę*. *ETEC* było za to najczęstszą przyczyną biegunek w Ameryce Łacińskiej, na Karaibach i na Środkowym Wschodzie. W Afryce Subsaharyjskiej czynnikami tymi były *ETEC* i *Shigella*. Częstość inwazji *Cyclospora* oszacowano na 32%, a *Giardia* na 16% na rok.

W większości przypadków wpływ biegunki na funkcjonowanie osoby chorej nie jest znaczny. U 1.045 osób, które odwiedziły gabinet lekarski nie zauważono wystąpienia poważniejszych efektów ubocznych w związku z leczeniem biegunki z użyciem antybiotyków. Zdarzają się jednak bardzo nasilone biegunki, które mogą spowodować konieczność izolacji chorych.

Ze względu na częstość pojawiania się biegunek i niewłaściwy sposób leczenia przez tubylców, wielu podróżujących jest zmuszonych do samodzielnego leczenia. Podróżujący powinni mieć szeroką wiedzę na temat znaczenia i technik sporządzania roztworów nawadniających (ORS). Powinni też wiedzieć, że antybiotyki trzeba zarezerwować na leczenie poważnych postaci biegunek i że leków zwalniających perystaltykę przewodu pokarmowego nie wolno stosować, gdy biegunce towarzyszą gorączka i wymioty. W leczeniu empirycznym najczęściej stosuje się fluorochinolony; alternatywnym lekiem jest azytromycyna. Podróżni powinni być ostrzeżeni, że w krajach rozwijających się istnieje problem zbyt częstego rozpoznawania amebozy i zbyt częstego stosowania metronidazolu – etiologię pierwotniakową biegunki można podejrzewać w przypadku długotrwałego utrzymywania się objawów. Należy pamiętać, że elementem diagnostyki różnicowej przewlekłej biegunki, gdy wyniki badań kału pacjenta są negatywne, jest sprue tropikalna. Niska higiena w gospodarstwach domowych ułatwia też zarażenie robakami przez przewód pokarmowy np. *Ascaris lumbricoides* i *Trichiuris trichiura*. Osoby przebywające w podróży przez długi okres czasu są w grupie zwiększonego ryzyka infekcji *Helicobacter pylori*, co implikuje konieczność przeprowadzania odpowiednich badań u pacjentów objawowych.

Strongyloidoza

Inwazja *Strongyloides stercoralis* może utrzymywać się 50 lat z powodu stałego nadważania, co powoduje, że wykrycie i leczenie choroby jest bardzo ważne. Wykrycie strongyloidozy jest trudne, gdyż większość inwazji przebiega bezobjawowo, a jedynym objawem sugerującym rozpoznanie jest obecność serpentynowatej pokrzywki na skórze tułowia.

Fakty te sugerują konieczność badań skriningowych u wszystkich osób powracających z tropiku. Najlepszą metodą są badania serologiczne, aczkolwiek ich czułość w stosunku do świeżych inwazji może być niewielka. Eozynofilia występuje często. Inwazji Strongyloides i tęgoryjców można zapobiec przez unikanie kontaktu skóry z ziemią.

Wągrzyca

Liczba rozpoznawanych zachorowań na wągrzycę wśród podróżnych zwiększa się. Podróżujący mogą zachorować na wągrzycę przez spożycie jaj *Taenia solium*, które bezobjawowi nosiciele wydalają do środowiska. Jednym ze sposobów ograniczających rozprzestrzenianie się wągrzycy mógłby być nadzór warunków higienicznych w kuchniach lub badania kontrolne osób handlujących jedzeniem. Leutscher apeluje o wprowadzenie rutynowych badań kontrolnych u osób powracających z długiej podróży. Zapomina jednak, że czułość testów serologicznych i niejasna korelacja seropozytywności z chorobą mogą stanowić duże utrudnienie w interpretacji tej metody diagnostycznej.

Leiszmanioza

Częstość występowania leiszmaniozy trzewnej w świecie zwiększa się; miejska postać leiszmaniozy pojawia się nawet w Południowej i Środkowej Ameryce, gdzie przeważają tereny wiejskie. Ważny jest fakt, że nawet krótka ekspozycja na ukłucie moskita może prowadzić do inwazji. Leiszmanioza powinna być uwzględniona w diagnostyce różnicowej objawów trzewnych u podróżnych z dodatnim wywiadem. Czas do pojawienia się objawów może być wydłużony.

Filarioza

U podróżujących filarioza nie występuje często. Bezobjawowy przebieg choroby powoduje, że zazwyczaj filariozę rozpoznaje się przypadkowo lub w trakcie diagnostyki eozynofilii. Onchocerkozę i loaozę diagnozuje się sporadycznie; okres utajenia może trwać od 2 tygodni do 39 lat.

Denga

Wśród niemieckich turystów przebywających na terenach endemicznego występowania wirusa denga, przeciwciała w kierunku wirusa wykształciło 4,3% osób. Z dodatnimi wynikami badań serologicznych korelował czas pobytu w rejonach endemicznych. Osoby długo tam przebywające narażone są na zakażenie więcej niż jednym serotypem wirusa, co znacznie zwiększa ryzyko rozwoju gorączki krwotocznej denga i wstrząsu: śmiertelność wynosi 1/100.000 chorujących na dengę.

Trypanosomoza amerykańska

Przeciętny podróżny pozostaje w grupie niewielkiego ryzyka zachorowania na trypanosomozę amerykańską, chyba że spędza dużo czasu na wsi. Należy jednak pamiętać, że ryzyko zachorowania w miastach się zwiększa. Wśród dróg rozprzestrzeniania się choroby znajdują się spożycie pasożyta i transfuzja krwi.

Trypanosomoza afrykańska

Mimo że trypanosomoza afrykańska rzadko dotyka podróżnych z innych kontynentów, można się spodziewać, że ryzyko zachorowania będzie ciągle wzrastać. Od 1990 roku importowano co najmniej 58 przypadków trypanosomozy. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym choroby wśród podróżujących jest *Trypanosoma brucei gambiense* w Afryce Wschodniej. Głównym sposobem prewencji jest ochrona mechaniczna przed ukłuciem muchy tse-tse. Mimo że zanotowano zachorowania w Kinszasie, największe narażenie występuje w rejonach wiejskich.

Inne infekcje

Do innych chorób, które mogą dotykać osoby podróżujące i wyjeżdżające do krajów tropikalnych należą: bruceloza, riketsjozy, leptospiroza, gnatostomoza, sparganoza, kapilarioza i inwazja motylicy wątrobowej.

Tłumaczenie
i streszczenie
lek. med. Karolina Mrówka

Walka z fałszowaniem leków w Nigerii

Na podstawie wywiadu z Dorą Akunyili przeprowadzonego przez Marilynn Larkin. „The Lancet Infectious Diseases", 2006; 6: 554-555.

Międzynarodowy przemysł zajmujący się dystrybucją nielegalnych leków rozwija się intensywnie od ponad 30 lat. Skalę problemu ukazują liczby przedstawione w raporcie Center for Medicines in the Public Interest, który szacuje, że zyski ze sprzedaży nielegalnych leków osiągną w 2010 roku wartość 75 miliardów dolarów.

Wśród osób walczących z przestępczym procederem znajduje się Dora Akunyili, która od 2001 roku zajmuje stanowisko dyrektora NAFDAC (Nigeria's National Agency for Food and Drug Administration and Control). Dora Akunyili apeluje do rządów państw i organizacji międzynarodowych o zjednoczenie wysiłków w walce z tym nielegalnym procederem; wskazuje ona na olbrzymie znaczenie koncernów farmaceutycznych, które nie ujawniają informacji o istnieniu podróbek danego leku, gdyż obawiają się niższego poziomu sprzedaży oryginalnego produktu. Podkreśla też ona, że pacjenci mogą mieć wpływ na likwidację nielegalnego handlu przez zaprzestanie kupowania leków przez Internet – leki powinny być nabywane jedynie w sklepach autoryzowanych. Należy pamiętać, iż podróbki leków nie zawierają odpowiedniej ilości substancji aktywnej i ich stosowanie jest jednym z powodów niepowodzeń leczniczych i rozwoju oporności drobnoustrojów na chemioterapeutyki.

KM

Porównanie skuteczności iwermektyny i benzoesanu benzylu w leczeniu świerzbu u pacjentów w Nigerii

Halma M. Sule i Tom D. Thatcher. Department of Family Medicine, Jos University Teaching Hospital, Jos, Nigeria. Am. J. Trop Med. Hyg., 2007; 76(2): 392-5.

Porównano skuteczność doustnej iwermektyny (200 μg/kg) z 25% benzoesanem benzylu i mydłem monosulfiranowym u pacjentów ze świerzbem w wieku od 5 do 65 lat. Osoby z utrzymującymi się zmianami skórnymi otrzymały drugi kurs leczenia po 2 tygodniach. Wszystkie zmiany ustąpiły u 77 z 98 (79%) pacjentów leczonych iwermektyną i u 60 ze 102 (59%) leczonych benzoesanem benzylu (P=0.003). Liczba pacjentów z poprawą kliniczną była większa w grupie iwermektynowej niż u osób leczonych w sposób typowy (P<0.001). Odsetek całkowitych wyzdrowień po 4 tygodniach wynosił 95% wśród pacjentów leczonych iwermektyną i 86% w grupie osób leczonych typowo (P=0.04).

Wniosek: w leczeniu świerzbu iwermektyna była co najmniej tak samo skuteczna jak benzoesan benzylu z monosulfiranem i prowadziła do szybszej poprawy klinicznej.

KM

Atowakwon – Proguanil: raport ze spotkania ekspertów CDC dotyczącego profilaktyki przeciwmalarycznej

Andrea K. Boggild, Monica E. Parise, Linda S. Lewis I Kevin C. Kain. Department of Laboratory Medicine and Pathobiology, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; Division of Parasitic Diseases, National Center of Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; Health Studies Consulting, Medford, Oregon; Center for Travel and Tropical Medicine, UHN-Toronto General Hospital, Department of Medicine, University of Toronto, McLaughlin-Rotman Center for Global Health, Toronto, Ontario, Canada. Am. J. Trop Med Hyg., 2007; 76(2): 208-223.

Połączenie stałych dawek atowakwonu i hydrochlorku proguanilu (AP), znane na rynku pod nazwą „Malarone", zostało ostatnio w Stanach Zjednoczonych zaakceptowane jako lek stosowany w zapobieganiu i leczeniu malarii wywołanej przez *Plasmodium falciparum* oporne na chlorochinę i inne leki. Zarówno w populacji dorosłych, jak i u dzieci, atowakwon – proguanil wykazuje wysoką skuteczność w zapobieganiu inwazji *Plasmodium falciparum* oraz 93% skuteczności w leczeniu malarii wywołanej przez *Plasmodium falciparum*.

Do chwili obecnej istnieje tylko kilka udokumentowanych genetycznie niepowodzeń terapeutycznych. AP jest lekiem bardzo bezpiecznym zarówno w profilaktyce, jak i leczeniu. Poważniejsze objawy uboczne po stosowaniu AP są bardzo rzadkie.

KM

Fundusze na problemy zdrowotne

Global Health Council donosi:

5 lutego 2007 roku prezydent Stanów Zjednoczonych G. W. Bush zgłosił do Kongresu propozycję budżetu na rok 2008, który miałby opiewać na sumę 2.8 bilionów dolarów. Z sumy 36 miliardów dolarów przeznaczonych na realizację programów międzynarodowych (11-procentowy wzrost w stosunku do roku 2007), 20 miliardów przeznaczono m.in. na opiekę nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny, walkę z HIV/AIDS i innymi chorobami zakaźnymi (malarią, gruźlicą itd.). Kontynuowanie poparcia tylko tym wybranym problemom zdrowotnym na świecie może nadwątlić niektóre zdobycze z przeszłości w zakresie innych chorób.

ZSP

Kształcenie pracowników medycznych

Medicus Mundi International donosi:

14 marca 2007 roku odbyło się pierwsze w historii spotkanie członków The Global Health Workforce Alliance (GWHA), powołanej w zeszłym roku przez WHO. Przedmiotem zainteresowania członków stowarzyszenia będzie problem dotyczący zbyt małej liczby pracowników służby zdrowia w krajach rozwijających się.

Według danych WHO na świecie brakuje 4.3 milionów pracowników medycznych (w tym 1 milion w Afryce); w krytycznej sytuacji znajduje się 57 krajów. Program GWHA dotyczy kształcenia pracowników medycznych w krajach rozwijających się i będzie bazować na intensywnej współpracy międzynarodowej i kontaktach pomiędzy uniwersytetami na całym świecie.

ZSP

Kafejka internetowa

Część pierwsza

(opracowała lek. med. Karolina Mrówka)

A. Przedstawione poniżej adresy internetowe dotyczą **The Wellcome Trust** – wywodzącej się z Wielkiej Brytanii organizacji popierającej badania naukowe (na podstawie „Bulletin of tropical medicine and international health", 2006).

1. Aims of the Wellcome Trust's International Strategy In Globar Health Research
http://www.wellcome.ac.uk/international

Strona przedstawia cele organizacji Wellcome Trust, do których należą: rozszerzenie badań naukowych w krajach rozwijających się przez inwestowanie w naukowców, wspieranie dziedzin nauki, które mogą mieć wpływ na poprawę zdrowia ludzi i zwierząt w krajach rozwijających się, a także wspieranie współpracy międzynarodowej i organizacji, które zajmują się badaniami nad zdrowiem w krajach rozwijających się.

2. Ethics of Biomedical Research In Developing Countries
http://www.wellcome.ac.uk/funding/medicalhumanities/biomedicalethics

Szczegóły dotyczące inicjatywy, która promuje kontynuowanie badań nad zagadnieniami etycznymi związanymi z prowadzeniem badań naukowych w krajach rozwijających się.

3. International public engagement activities
http://www.wellcome.ac.uk/funding/publicengagement

Przedstawienie informacji na temat programów, które zajmują się promocją badań nad zdrowiem w krajach rozwijających się i propagują dyskusję na temat wpływu badań na społeczeństwa.

4. Technology transfer
http://www.wellcome.ac.uk/funding/technologytransfer

Strona informuje o zasadach przyznawania sprzętu technicznego z Wellcome Trust dla instytucji z krajów rozwijających się.

5. Strategic Awards
http://www.wellcome.ac.uk/node2149.html

Informacje o zasadach przyznawania nagród – Strategic Award, które wspierają finansowo najlepsze zespoły badawcze.

B. Przedstawione poniżej strony internetowe dostarczają informacji na temat nowości w zakresie zwalczania epidemii (na podstawie „The Lancet Infectious Diseases" 2007).

1. Chemical sensors detect HIV in breath
http://www.buffalo.edu/reporter/vol37/vol37n21/articles/BrightSensor.html

Naukowcy z uniwersytetu w Buffalo i Instytutu Raka w Roswell Park w Stanach Zjednoczonych konstruują urządzenie do wykrywania zakażenia wirusem HIV i AIDS poprzez analizę wydychanego powietrza. Urządzenie będzie zbudowane z czujników chemicznych, które symulują układ węchu u ssaków i analizują metabolity gazowe. Sercem systemu są dwie technologie: sieć metabolomiczna i nerwowa. Skuteczność wynalazku sprawdzana jest na pacjentach z Roswell Park.

2. DEMETER predicts malaria risk
http://www.ecmwf.int/research/demeter/

Najnowsze badania wskazują, że DEMETER – ufundowany przez kraje Unii Europejskiej system, który przewiduje zmiany klimatu i ryzyko epidemii chorób tropikalnych, może skutecznie przewidzieć epidemię malarii w Botswanie do 5 miesięcy przed jej początkiem, czyli 4 miesiące wcześniej niż obecne sposoby monitorujące. Strona zawiera ogólne informacje i wiadomości o projekcie, linki do stron związanych z zagadnieniem oraz wyniki weryfikacji.

3. Google foundation to develop INSTEDD
http://www.eweek.com/article2/0,1759,1932460,00.asp?kc =EWRSS03119TX1K0000594
http://www.google.org

Larry Brillant, były lekarz WHO i szef sekcji filantropijnej Google, otrzymał 100.000 dolarów amerykańskich za pomoc w rozpoczęciu poszukiwań sposobów wykrywających epidemie chorób. Brillant zamierza rozszerzyć Canada's Global Public Health Intelligence Network – sieć mającą dostęp do 20.000 stron w 7 językach, by odnaleźć sposoby, które mogłyby ostrzegać o możliwości epidemii.

4. New infections disease diagnostic tool
http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol12no04/05-1515.htm

Badacze z Columbia University's Mailman School of Public Health, we współpracy z badaczami z Południowej Afryki, Kanady, Niemiec i Stanów Zjednoczonych, wynaleźli urządzenie, które ułatwia szybką diagnostykę różnicową gorączek krwotocznych. Urządzenie opiera się na technologii MassTag PCR, która umożliwia jednoczesny skrining 30 i więcej wirusów wywołujących gorączki – np. Ebola Zair, Ebola Sudan, Marburg, Lassa i inne. Urządzenie ma być niedrogie i przenośne.

5. MIDAS expands pandemic surveillance
http://www.nigms.nih.gov/Initiatives/MIDAS

MIDAS (Models of Infectious Disease Agent Study) to międzynarodowa sieć zajmująca się symulacjami komputerowymi epidemii chorób zakaźnych. Do stowarzyszenia dołączyły nowe grupy, które zajmą się projektem modelującym pandemię grypy – projekt polega na symulacji epidemii śmiertelnego szczepu grypy w różnych regionach świata, by potem wprowadzać i analizować efekty wprowadzenia różnych rozwiązań np. szczepień lub zamknięcia szkół.

6. REACTOME includes influenza-host data
http://www.reactome.org/

REACTOME to źródło informacji na temat reakcji zachodzących w organizmie ludzkim, które opracowują badacze z Cold Spring Harbor Laboratory, The European Bioinformatics Institute i The Gene Ontology Consortium. Pracownicy UT Southwestern Medical Center dodali ostatnio informacje na temat sposobu interakcji wirusa grypy z komórkami gospodarza i informacje o cyklu życiowym wirusa.

Część druga

(opracował lek. med. Aleksander Waśniowski)

A. Adresy internetowe dotyczące malarii
(na podstawie „The Lancet Infectious Diseases", 2004)

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

ACTMalaria informuje o 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.lllmalaria

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. 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 i 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 dla międzynarodowej społeczności badających malarię nt. tej choroby i badań z nią związanych.

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

Wgląd w system mapowania ryzyka malarii na kontynencie afrykańskim. Strona 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

Informacje ukierunkowane 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, pozwalającymi na rozwijanie swoich umiejętności w procesie diagnostyki malarii.

B. Adresy internetowe dotyczące HIV i AIDS
(na podstawie „The Lancet Infectious Diseases", 2004)

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

AEGIS prezentuje wyczerpujące zestawienie publikacji dotyczących HIV/AIDS z najznamienitszych ośrodków badawczych traktujących o wszystkich pokrewnych tematach, od ekspozycji na wirusa począwszy, po infekcje oportunistyczne, życie z HIV, a na statystyce i wielu innych aspektach skończywszy. 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 podstawowymi informacjami, 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

Portal utworzony 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 Nationa1 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 Fami1y Foundation: HIV/AIDS
http://www.kff.org/hi vaids

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 anty-HIV.

Część trzecia

(adresy internetowe z poprzedniego numeru MMP, nr 3/2001)

Adresy internetowe z zakresu parazytologii.

1. Identification and diagnosis of parasites of public health concern
http://www.dpd.cdc.gov/dpdx
2. Peter Papas World of Parasites
http://www.biosci.ohio.edu/~parasite/home.html
3. David Gibson's Parasitological URLs
http://dspace.dial.pipex.com/town/plaza/aan18/urls.htm
4. General information on parasitology
http://www.path.cam.ac.uk/~tjs16/General_Parasitology/Gen. Parasitology.htm
5. Metin Korkmaz Parasitology Resources
http://www.bornova.ege.edu.tr/~mkorkmaz/linkmk3.ht
6. Ecto and Endo-Parasites. Academic links in medical and veterinary parasitology
http://www.soton.ac.uk/~ceb/
7. Hardin Meta Directory. Microbiology and Infectious Diseases
http://www.uiowa.edu/~hardin/md/micro.html
8. American Society of Parasitologists
http://www-museum.unl.edu/asp
9. American Society of Tropical Medicine and Hygiene
http://www.astmh.org/
10. International Commission on Trichinellosis
http://www.krenet.it/ict
11. Emerging Infectious Diseases
http://www.cdc.gov/ncidod.eid
12. Carlo de Negri Foundation – on line Atlas of Parasitology
http://www.cdfound.to.it
13. Tropical Diseases Webring Homepage
http://www.myweb.worldnet.net/~ditjaste/ring-form.html
14. List of journals with free online access
http://www.faisoc.org/English/online_journals.htm
15. Free full-text journals
http://www.freemedicaljournals.com/
16. Amedeo (Parasitic Diseases)
http://www.amedeo.com/medicine/pad.htm
17. Research discussion in parasitology
http://www.bio.net/hypermail/parasite/
http://www.emedicine.com
http://www.highwire.org
http://www.highwire.stanford.edu
http://www.cellsalive.net

SPIS AUTORÓW I TEMATYKA KWARTALNIKA
Medicus Mundi Polonia (zeszyty nr 1-20, lata 2001-2006)

AUTORZY

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 MARIE COFTA [17/18]24
mgr MATEUSZ COFTA [14]2, [15]2, [16]2 i 3, [17/18]2, [19/20]3 i 14
dr med. SZCZEPAN COFTA [4]7, [14]19
lek. med. ALEKSANDRA CZECH [15]5 i 20
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 OM [8/9]5
dr med. MAŁGORZATA KOŁACZKOWSKA [14]14, [14]17
s. LUDWIKA KORONA [8/9]4
stud. med. JAKUB KOWALCZYK [15]3
stud. med. EWA KOŹMIŃSKA [617]19, [8/9]9, [10]13
prof. ANNA KOŹMIŃSKA-KUBARSKA [5]5
bro. lek. med. JERZY KUŹMA SVD [12/13]4
stud. med. MACIEJ LECIEJEWSKI [17/18]4
stud. med. AGNIESZKA ŁUCZAK [17/18]4
dr hab. ANITA MAGOWSKA [6/7]16, [8/9]3 i 6, [10]11, [12/13]7, [15]16, [17/18]19
dr med. LUCYNA MAJKA [2]7
stud. med. GABRIELA MAJKUT [17/18]3
stud. med. MARCIN OCHAL [6/7]18
piel. CELINA OSSOWSKA [17/18]9
mgr WOJCIECH OWCZARZAK [6/7]18
prof. ZBIGNIEW PAWŁOWSKI [1]6, [2]7, [8/9]4 i 8 i 14, [10]3 i 8 i 16, [11]9 i 16, [12/13]4 i 8 i 24, [14]3 i 24, [15]11, [16]3 i 6 i 8 i 16, [17/18]4 i 7 i 10 i 11 i 13, [19/20]3 i 6 i 15 i 20
stud. med. KAROLINA PUKLIŃSKA [16]12
lek. med. NORBERT REHLIS [6]10, [11]2
mgr ERWINA SIERANT [1]12, [3]12
mgr ANNA SILL [17/18]15
lek. med. ANNA SOSINKO [17/18]6
prof. JERZY STEFANIAK [11]3, [14]2
stud. med. MATEUSZ SZACIŁOWSKI [19/20]17
stud. med. DAWID SZPECHT [10]6,[12/13]15
s. FRANCISZKA TAUL [3]3
lek. med. MARCIN WAROT [19/20]11
o. REMIGIUSZ WAWRO OFM [11]5
lek. med. ALEKSANDER WAŚNIOWSKI [6/7]23, [8/9]7 i 11, [1l]6, [14]12, [15]15 i 17, [16]9, [17/18]18, [19/20]8
lek. med. MAGDALENA WAŚNIOWSKA [14]6, [16]10, [17/18]16
dr med. EDGAR WIDMER [1]3, [2]12, [3]3 i 5, [4]12, [8/9]20, [19/20]4 i 5
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

Fot. Archiwum Fundacji

TEMATYKA

Informacje z:
- Fundacji „Redemptoris Missio" [1]2, [2]2, [3]2, [5]11, [6/7]24, [8/9]2, [11]2, [12/13]2 i 3, [14]2, 15[3], [16]2, [17/18]2, [19/20]2
- Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych [2]2, [617]17, [11]3, [14]2 [17/18]6
- 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 i 12, [10]2 i 16, [12/13]4, [14]3 i 24, [15]3, [16]3, [19/20]3
- 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, 15[3], [16]3 i 4, [19/20]3
- 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, [16]3, [17/18]10 i 11, [19/20]6
- Z Papieskiej Rady ds. Zdrowia [17/18]7 i 9
- Zakonów misyjnych [10]4, [11]5, [12/13]5, [14]4, [16]4

Posługa lecznicza Kościoła: [1]12, [2]12, [3]10 i 12, [4]12, [8/9]20, [10]16, [11]16, [12/13]24, [14] 24, 15[20], [17/18]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/AIDS [1]6, [2]6, [5]4, [8/9]3, [12/13]19, [14]6,8 i 12, [16]6 i 8 i 9, [17/18]16 i 18

Leczenie trądu: strategie i perspektywy [15]16
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
Zwalczenie **filariozy limfatycznej** w Indiach [16]12

Inne choroby:
- Anemia [12]5
- Choroby dzieci IMCI [6/7]10
- Choroby psychiczne 15[5]
- Choroby skóry [5]5
- Epilepsja [15]11
- Hemoglobinopatie [10]6
- Oparzenia [16]10
- Urazy i wypadki [19/20]8 i 11 i 14

Inne tematy:
- Antropologia kulturowa jako narzędzie medycyny w Afryce [16]5
- Bioetyka [10]11
- Czyste ręce są bardziej bezpieczne [17/18]13
- Dbaj o tych, którzy dbają o innych [19/20]15
- „Dolentium Hominum" dostępne w Poznaniu [16]14
- Ekumeniczny zdrowy styl życia [2]4
- Exodus personelu medycznego z Afryki [12/13]7
- Globalizacja [3]4
- Health Care for All [3]5
- Internet café [15]17
- Książka o dr h.c Wandzie Błeńskiej [17/18]15
- Kursy i szkolenia [16]14
- Maryja w kulturze i kulcie afrykańskim [2]5
- MDG (Millenium Declaration Goals) [16]16
- Medycyna tradycyjna [617]16
- Nowe książki [15]19, [17/18]20, [19/20]16
- Organizacje religijne a zwalczanie HIV/AIDS [15]15
- Postępowanie w klęskach naturalnych [8/9]14
- Postępy w zakresie medycyny tropikalnej [12/13]7, [17/18]19
- Globalizacja [3]4
- Praktyki wakacje – Tanzania [19/20]17
- Pytania (egzamin specjalizacyjny) [16]13
- Rola kobiet [10]13
- Rocznice [19/20]19
- Spis Autorów i tematyka kwartalnika „Medicus Mundi Polonia" 2001-2004 [15]2
- Sterylizacja igieł [10]3
- Wyprawa Bangassu [6/77]3
- Zakażenia wewnątrzszpitalne [8/9]7
- Zakrzep żylny w podróży [12/13]2