



# Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

PRZEZNACZONY DLA OSÓB ZAINTERESOWANYCH PROBLEMAMI MEDYCZNYMI  
WCHODZĄCYMI W ZAKRES TZW. MEDYCZYNY TROPICALNEJ I „INTERNATIONAL HEALTH”,  
ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB MISYJNYCH OŚRODKÓW MEDYCZNYCH

MAJ 2007  
STYCZEŃ 2008  
Nr 22/23 (rok VII/VIII)

Redakcja *Medicus Mundi Polonia* składa Czytelnikom serdeczne życzenia noworoczne.

Są one trochę opóźnione, gdyż czekaliśmy na reportaż z otwarcia ośrodka zdrowia Fundacji „Redemptoris Missio” w Kiabakari w Tanzanii. Od lat jest to największy konkretny wkład Fundacji w opiekę zdrowotną jednego z najbardziej potrzebujących krajów świata. Ośrodek zdrowia w Kiabakari otwiera duże możliwości bliższej współpracy Fundacji i Uczelni z krajami „tropikalnymi” i rozwijającymi się. W dalszych numerach *MMPolonia* będziemy regularnie informować o tym, co dzieje się w Kiabakari.

Nowy numer poświęcony jest malarii i wirusowej infekcji Chikungunya. Wprowadzamy też nowy dział, w którym „w kilku zdaniach” będziemy referować nowości z zakresu medycyny tropikalnej i zdrowia międzynarodowego. Poszerzana jest także informacja o materiałach i wiadomościach dostępnych na drodze internetowej.

Nadal dostarczamy *MMPolonia* nieodpłatnie, ale prosimy zwrócić uwagę na fakt, że niezależnie od wkładu pracy autorów i redakcji – wykonywanych na zasadzie wolontariatu – przygotowanie materiałów do druku, druk i wysyłka kosztują Fundację

## PIER GIORGIO FRASSATI HEALTH CENTER – KIBAK



Fot. Gabriela Majkut

5 zł od każdego numeru. Dla tych osób, które poczuwają się do finansowego wspomnienia Fundacji, jej konto podane jest w stopce na stronie drugiej.

Jak zwykle prosimy o uwagi i ewentualne materiały do następnego numeru *MMPolonia*, które planujemy wydać w maju 2008 roku.

## W numerze:

### AKTUALNOŚCI:

#### Z Fundacji „Redemptoris Missio”

Pier Giorgio Frassati Health Centre in Kiabakari  
– polskie centrum zdrowia w Tanzanii 2

#### Z Medicus Mundi International

Kalendarium postugi leczniczej 4  
Konferencja Episkopatu Tanzanii 5

### KONFLIKTY MILITARNE • CHIKUNGUNYA • MALARIA

Konflikty zbrojne i choroby zakaźne 6  
Gorączka krwotoczna Chikungunya 7  
Malaria u dzieci 9

## KONFLIKTY MILITARNE CHIKUNGUNYA MALARIA U DZIECI

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| Kryteria hospitalizacji chorych z importowaną malarią | 11 |
| <i>Plasmodium falciparum</i>                          | 11 |
| VARIA – W kilku zdaniach                              | 12 |
| Kafejka internetowa                                   | 13 |
| Kurs – „Opieka zdrowotna w tropiku”                   | 14 |
| Postuga lecznicza Kościoła                            | 16 |

## Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

**Biurow Fundacji:** Uniwersytet Medyczny, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Collegium prof. Adama Wrzóska, 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

# AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

## Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

Po wielu latach starań dobiegł końca projekt budowy i wyposażenia centrum zdrowia w Kiabakari w Tanzanii. Można zaryzykować stwierdzenie, że ośrodek, który otrzymał za patrona bł. Piotra Jerzego Frassatiego, jest obecnie najlepiej wyposażoną placówką tego typu w regionie Mara.



Publikacja wyraża wyłącznie poglądy autora i nie może być utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem MSZ.

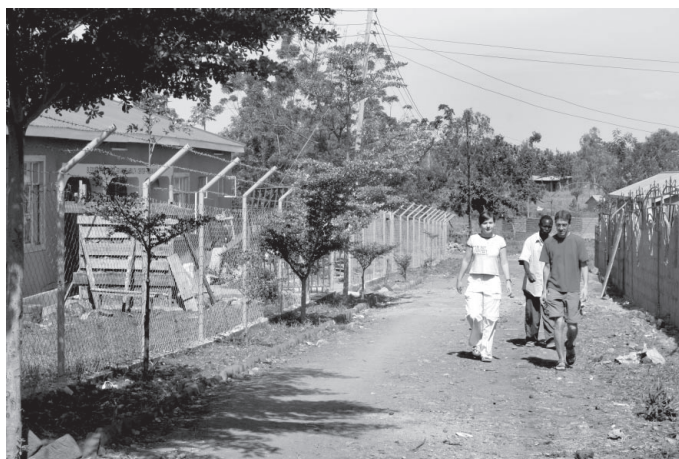
## Pier Giorgio Frassati Health Centre in Kiabakari – polskie centrum zdrowia w Tanzanii

To duże przedsięwzięcie zapoczątkowane zostało w roku 1999 przez ks. Wojciecha Kościelnika, proboszcza parafii, i dr. Norberta Rehlisa, ówczesnego prezesa Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”. Już od początków, w zadanie to zaangażowało się wielu ludzi dobrej woli z około pięcioma tysiącami sympatyków Fundacji na czele. Dzięki ich ofiarności i duchowemu wsparciu projekt uruchomienia centrum zdrowia w Kiabakari dobiegł końca. Wielki wkład miało

też Ministerstwo Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polskiej, które w 2007 roku przekazało na cel projektu ponad 488 tys. zł. Fundacja otrzymała także wsparcie od Salezjańskiego Wolontariatu Misyjnego z Krakowa. Wolontariusze tej właśnie organizacji prowadzili budowę ośrodka w 2004 roku. Samo ukończenie projektu udało się dzięki wielkiemu wkładowi wysiłku ks. Wojciecha Kościelnika i lek. med. Gabrieli Majkut. Właśnie te dwie osoby zostały odznaczone przyzna-

wanym przez Radę Fundacji medalem „Tym, którzy czynią dobro”.

Od 18 stycznia 2008 roku od godziny 8<sup>00</sup> miejscowy personel medyczny (dwie pielęgniarki, dwóch laborantów, rejestratorka medyczna) i dwoje polskich lekarzy – Gabriela Majkut i Jakub Kowalczyk rozpoczną przyjmowanie pacjentów. Spełniają się wieloletnie marzenia Członków Rady i Zarządu oraz wolontariuszy Fundacji.



Fot. Mateusz Cofta

Centrum zdrowia w Kiabakari – Tanzania. Na zdjęciu od lewej: lek. med. Gabriela Majkut oraz Jakub Kowalczyk, (z prawej): ostatnie roboty wykończeniowe....

## 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 Błęńska (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.

# AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI



Fot. Gabriela Majkut



Fot. Mateusz Cofta

Centrum zdrowia w Kiabakari – Tanzania. Na zdjęciu od lewej: ambasador Wojciech Bożek z rodziną podczas uroczystego otwarcia, (z prawej): sprzęt medyczny na wyposażeniu ośrodka.

Ostatni etap przedsięwzięcia zapoczątkowało poświęcenie ośrodka przez arcybiskupa Mwanzy 16 grudnia 2007 roku. Abp Anthony Mayala po bierzmowaniu młodzieży w Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Kiabakari w uroczystej procesji przeszedł do oddalonego o około 200 m ośrodka. W ceremonii uczestniczyli mieszkańcy Kiabakari i okolicznych miejscowości z niecierpliwością oczekujący na początek pełnego funkcjonowania placówki.

Pod koniec roku do Kiabakari przybył pan Wojciech Bożek, ambasador Rzeczypospolitej Polskiej w Tanzanii. Uroczystość, która miała miejsce 30 grudnia, odbyła się w obecności lokalnych władz

rejonu Mara z posłem Mkono na czele. Miłym akcentem było otwarcie części MCH (Mother and Child Health – Opieki nad Matką i Dzieckiem) dokonane przez żonę i córkę pana ambasadora. W symbolicznym geście zanieśli oni dwa kartony zabawek przeznaczone dla przyszłych małych pacjentów. Pan poseł Mkono подарował dwa komputery i obiecał zakup inkubatora na potrzeby przychodni.

Cieszy fakt, że władze Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu objęły centrum zdrowia w Kiabakari swoim patronatem. Na bazie tego ośrodka zostanie uruchomiona współpraca z uczelnią medyczną w Mwanzie.

Centrum zdrowia w Kiabakari jest naszą wielką radością. Jest to radość, którą Fundacja dzieli ze wszystkimi, którzy wsparli to dzieło: z Rządem Rzeczypospolitej Polskiej, z Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z Katedrą i Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych, z członkami Salezjańskiego Wolontariatu Misyjnego z Krakowa, wreszcie z sympatykami i wolontariuszami Fundacji. Najważniejsze jednak, że ośrodek stanie się radością dla mieszkańców Kiabakari i okolic. To właśnie oni mają skorzystać najwięcej...

*Mateusz Cofta*



Poświęcenie ośrodka przez arcybiskupa Anthony'ego Mayalę.

Ośrodek otwarty jest na przyjęcie personelu medycznego z Polski. Zapraszamy do współpracy wszystkich chętnych – lekarzy, pielęgniarki, farmaceutów, analityków medycznych i inny personel medyczny – chcących poświęcić swój czas i wykorzystać swoje umiejętności. Będzie to duża pomoc dla chorych, ale i wzbogacające doświadczenie. Zapraszamy do kontaktu z Fundacją.



Fot. Mateusz Cofta

Centrum zdrowia w Kiabakari – Tanzania. Na zdjęciu wejście na oddział kobiecy i męski.

# Kalendarium posługi leczniczej

Edgar Widmer

## 800 p.Chr.

Hezjod opisał Asklepiosa jako boga lecznictwa.

## 600 r. p. Chr.

W świątyni w Epidauros powstała pierwsza szkoła asklepiadów, w której choroby wyjaśniano częściowo w sposób magiczny, częściowo racjonalny, a leczono: ziołami, hydroterapią, dietą, zabiegami chirurgicznymi i zaleceniami dotyczącymi stylu życia.

## 400 r. p. Chr.

Hippokrates (460-377), autor zasad etycznych obowiązujących lekarzy, praktykował sztukę lekarską pozbawioną kontekstu religijnego i polegającą na systematycznym obserwowaniu pacjenta.

## 250 r. p. Chr.

W Rzymie zbudowano świątynię Asklepiosa (Eskulapa).

## ERA CHRZEŚCIJAŃSTWA

Chrystus jako uzdrowiciel został opisany przez św. Łukasza, apostoła i lekarza. Wiara została połączona z miłością bliźniego. Społeczeństwo zaczęło otaczać opieką i przejawiać solidarność ze słabymi i potrzebującymi pomocy.

## 215

Klemens z Aleksandrii ogłosił Chrystusa uzdrowicielem, „Christus Medicus Mundi”. Terapia została ograniczona do pogodzenia się z chorobą. Przyczyną chorób – kara za grzech pierwotny, choroby – szansą na współudział w cierpieniu Chrystusa.

## 400

Celsus, rówieśnik i przyjaciel Augustyna, ogłosił „De medicamentis”, dowód na to, że lekarze chrześcijańscy także praktykowali sztukę leczenia.

## 431

Lekarze chrześcijańscy, Nestorianie, przybyli z Syrii do Persji, gdzie założyli szkoły w Nisibis i Gondischapur, w których przetłumaczono dzieła starożytnych Greków na arabski. Za panowania Haruna al Rashida (786-809) lekarze z Gondischapur założyli Bagdadzką Szkołę Lekarską. Jednym z jej przedstawicieli był Rhazes, który w 865 r. napisał dzieło gromadzące całą ówczesną wiedzę medyczną, a w XIII w., gdy rozkwitała działalność Szkoły w Salerno, przetłumaczone na łacinę jako „Liber Continens”.

## 529

By wypenić pogaństwo, cesarz Justynian zamknął ostatnią świątynię Asklepiosa w Atenach. Św. Benedykt założył klasztor na Monte Cassino. Zakonnicy przepisując antyczne dzieła asklepiadów, ocalili je. Przez stulecia dzieła te istniały, lecz w twórczy sposób zostały rozwinięte dopiero przez Bagdadzką Szkołę Lekarską. Kultura medyczna islamu dotarła do chrześcijan w Kordobie, gdzie ważnymi przedstawicielami medycyny byli: Averroes, Ibn Ruched (1126-1198) i Maimonides Moise (1135-1204). Tu Gerard z Cremony przetłumaczył dzieło Albucasisa (940) „Al Tasrif”, kompendium chirurgii opublikowane w tym samym okresie w Toledo. Albert Wielki z Kolonii (1193-1280) przetłumaczył i skomentował dzieło Avicenny (980-1037), najbardziej znanego lekarza i filozofa z Bagdadu, który oparł naukę o obserwacje natury i wymagał eksperymentalnego dowodzenia hipotez. Dzięki znajomości kultury arabskiej, Gerbert d'Aurillac, późniejszy papież, wprowadził system arytmetyczny.

## 590-604

Papież Grzegorz Wielki odnowił Diakonię, instytucję dla chorych i biednych pielgrzymów. Odtąd bezinteresowna pomoc biednym i solidarność były nowymi wyzwaniem dla chrześcijan, a troska o zdrowie stała się ważnym elementem duszpasterstwa.

## 900

W wykorzystywanym przez niemieckie zakony „Lorsch'er Arzneibuch” zawarto przeprosiny za wykorzystywanie pogańskich tekstów medycznych, co motywowano współczuciem dla chorych.

## 1100-1300

W czasach wojen krzyżowych powstał Zakon Kawalerów Maltańskich, który opiekował się chorymi i rannymi. Kontakty krzyżowców z Arabami doprowadziły do założenia przez Fryderyka II Szkoły w Salerno. Zakony zaczęły służyć chorym. Szpitale nazywano Hôtel de Dieu; wiele było pod wezwaniem Ducha Świętego.

## 1790

Rewolucja Francuska. Okres Oświecenia przyniósł sekularyzację nauki.

## 1850

Uprzemysłowienie przyczyniło się do powstania chorób społecznych. Wyodrębni-

no zdrowie publiczne i uruchomiono ubezpieczenia społeczne.

## 1875

Rozwojowi kolonializmu towarzyszyły badania nad chorobami tropikalnymi.

## 1921

Benedykt XV ogłosił Encyklikę „Maximum illud”, która odtąd była podstawą katolickich misji medycznych.

## 1948

Deklaracja Praw Człowieka (art. 25 – prawo do zdrowia).

## 1950

Definicja WHO: zdrowie jako dobrostan fizyczny, umysłowy i społeczny.

## 1960

Powstały pierwsze narodowe instytucje kościelne świadczące usługi zdrowotne.

## 1978

Deklaracja WHO z Alma-Aty określa znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej. Ubóstwo uznano za główną przyczynę chorób.

## 1983

Podczas 36. Walnego Zgromadzenia Zdrowia omawiano duchowy wymiar w programach opieki zdrowotnej. COR UNUM. Określono Duszpasterstwo dla Zdrowia, a mianowicie zasady postępowania od duszpasterstwa dla chorych do zaangażowania na rzecz zdrowia.

## 1985

Jan Paweł II poprzez „Dolentium Hominum” powołał Papieżką Radę ds. Duszpasterstwa Zdrowia.

Konferencje Episkopatu zostały poproszone o wyznaczenie biskupów odpowiedzialnych za sprawy opieki zdrowotnej, a diecezje o powołanie profesjonalnych rad zdrowia.

## 1997

Międzynarodowa Konferencja w Watykanie „Kościół a zdrowie w świecie. Oczekiwania i nadzieje na progu 2000 r.” uchwaliła przyjęcie strategii WHO „Health for All”.

## 2000

Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Robocza Biskupów zarządzających opieką zdrowotną uchwala „Deklarację z Soesterberg”.



# AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

The Role of the Church in providing Social Services for the promotion of Justice, Peace and Reconciliation with special attention to Health.  
Rola Kościoła w zapewnieniu usług socjalnych prowadzących do sprawiedliwości, pokoju i pojednania ze szczególnym podkreśleniem zagadnień zdrowia.

## Konferencja Episkopatu Tanzanii 25-27 czerwca 2007 – Dar es Salaam

Episkopat w Tanzanii jest jednym z pierwszych, który podjął się realizacji zaleceń konferencji episkopatów afrykańskich, jaka miała miejsce w Cotonou w roku 2005 (patrz: *MMPolonia* 2006). W konferencji wzięli udział biskupi z 29 diecezji tanzańskich. Każdy, kto jest zainteresowany aspektami medycznymi misji w Afryce winien zapoznać się w całości z raportem opublikowanym ostatnio na stronach Medicus Mundi International – [www.medicusmundi.org](http://www.medicusmundi.org)

Podstawowe referaty konferencji dotyczyły misji Kościoła w zakresie pomocy socjalnej, roli Kościoła w ochronie zdrowia w Tanzanii, przyszości katolickich ośrodków ochrony zdrowia, współpracy ekumenicznej w tym zakresie oraz relacji z państwowym resortem zdrowia.

Biskup Severine NiweMugizi podkreśla, że „...potrzebujemy wielu ludzi świeckich, którzy będą pracować (na polu socjalnym m.in. w ochronie zdrowia) zgodnie z wizją i misją Kościoła. Problem leży w tym, że nawet my nie mamy klarownej wizji misji Kościoła, aby ją przekazać chętnym do współpracy. W większości naszych jednostek, również w diecezjach, nie ma strategicznych planów pracy i nie wiemy, co zdarzy się jutro. Taka sytuacja grozi załamaniem się pomocy, której powinniśmy udzielać. Z drugiej strony sprawy nieplanowane nie mają szans na to, aby dłużej przetrwały”. Konferencja w Dar es Salaam taką wizję zarysowała.

Biskup Aloysius Balina przedstawił zaangażowanie Kościoła w Tanzanii w ochronę zdrowia. Po uzyskaniu niepodległości w roku 1961 medyczne placówki misyjne stały się istotnym uzupełnieniem rządowej służby zdrowia jako DDH – Designated District Hospitals (finansowane przez państwo) lub VAH – Voluntary Agency Hospitals (subwencjonowane tylko częściowo, albo w ogóle). Kościół w Tanzanii posiada obecnie 14 szpitali rejonowych (DDH), 29 mniejszych szpitali (VAH), 52 ośrodki medyczne i 328 dyspenserów. Cztery szpitale pełnią faktycznie, chociaż nie formalnie, rolę szpitali regionalnych (Ifakara, Ndanda, Permiho i Dareda). Bugando Medical Centre jest szpitalem referencyjnym i szkoleniowym, działającym w ramach St. Augustine Catholic University; prowadzi on szkolenie przed- i po-dyplomowe pracowników zdrowia. Przy 11 innych szpitalach działają szkoły dla pielęgniarek i jedna szkoła dla pomocniczych pracowników klinicznych. W sumie Kościół ma 20% udział w opiece zdrowotnej i w nauczaniu medycyny w Tanzanii. Oczekuje się, że realizując 15-letni program, wspierany przez Fundację TOUCH i Uniwersytet w Bugando, udział ten wzrośnie do 30%. Istniały obawy, że globalne reformy socjoekonomiczne i polityczne oraz szybko wzrastający koszt nowych technologii w medycynie nie pozwoli realizować opieki medycznej na odpowiednim poziomie. Zacieśniona współpraca ekumeniczna Episkopatu i Christian Social Services Commission (CSSC) zapobiegnie temu poprzez przyciągnięcie pomocy ze strony katolickich i protestanckich organizacji w Niemczech. CSSC prowadzi wspólne programy mające na celu zacieśnienie „roboczych więzów” między Kościołami a rządem. Prowadzone reformy systemu ochrony zdrowia zakładają decentralizację i koordynowane działanie peryferyjnych ośrodków pomocy medycznej w ramach „District Health”.

R. Faustine Njau z Ministerstwa Zdrowia przedstawiła zasady współpracy rządu z Kościołem stwierdzając, że powinny one nie tylko uzupełniać się w zakresie ilości i jakości dostępnych usług, ale być konkurencyjne, o ile dotyczy to ich *doskonałości (excellency)*. Strona rządowa uznaje za najważniejsze: promocję zdrowia, prewencję, opiekę medyczną i leczenie, rehabilitację, opiekę nad przewlekłymi chorymi, wprowadzenie nowych technologii (m.in. telemedycyny i diagnostycznych testów), ekonomię kosztów opieki oraz zapobieganie epidemiom. Reformy przygotowane w roku 1994 i wdrażane w latach 1999-2002, obecnie są w stadium konsolidacji.

Dr Daniele Giusti, kamilian z Ugandy, przekazał uchwały trzeciej konferencji AISAC (International Federation of Catholic Health Care Institutions), która miała ostatnio miejsce w Rzymie. Konferencja była zwołana przez Papieską Radę ds. Zdrowia. Udział w konferencji wzięło 100 osób z 45 krajów. Jej celem było utrzymanie czynnej obecności Kościoła w zakresie opieki zdrowotnej w pierwszej dekadzie XXI wieku. Wymiana informacji między uczestnikami z różnych stron świata ma sprzyjać realizacji tego zadania. Trudności w całym świecie są podobne: brak powołań misyjnych, zwiększona proporcja udziału osób świeckich, kurcząca się pomoc finansowa, problemy bioetyczne, czy przepisy prawne niesprzyjające działaniom. W grupach rozważano takie problemy, jak tożsamość pomocy Kościoła, formacja misyjna, współpraca i koordynacja działań, zdrowie dla wszystkich. Konkluzje konferencji były następujące:

1. Misja Kościoła w zakresie ochrony zdrowia musi być jasno określona, planowana i monitorowana.
2. Szkolenie ludzi do katolickiej opieki zdrowotnej musi być profesjonalne i zgodne z zasadami misji Kościoła.
3. Zalecana jest bliższa współpraca wewnątrz Kościoła i poza Nim oraz skoordynowanie działań.
4. Prawa biednych do opieki zdrowotnej muszą być zabezpieczone. Konferencja zachęca episkopaty do nawiązywania kontaktów z ośrodkami zdrowia i koordynacji ich pracy, a Papieską Radę ds. Zdrowia do pomocy w tym zadaniu na poziomie światowym.

W konkluzji konferencja episkopatu potwierdziła konieczność aktywnego działania w zakresie ochrony zdrowia w zmieniających się warunkach tej opieki, konieczność sprecyzowania zadań Kościoła, ustanowienia planów działania, zacieśnienia współdziałania i koordynacji oraz współpracy z innymi instytucjami chrześcijańskimi w duchu ekumenicznym.

Wybrał i tłumaczył:  
prof. Zbigniew Pawłowski

### 2003

Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję „Rola kontraktów w doskonałości systemu opieki zdrowotnej”.

### 2004

Kampala, Konferencja Robocza Biskupów z krajów anglojęzycznych Afryki zdefinio-

wała Posługę Leczącą i przyjęła Deklarację z Kampali.

### 2005

Konferencja Robocza Biskupów z krajów francuskojęzycznych Afryki omówiła zagadnienie partnerstwa prywatno-publicznego i przyjęła Deklarację z Cotonou.

### 27.08.2007

Encyklika Benedykta XVI „Deus Caritas est”.

Tłumaczyła:  
dr hab. Anita Magowska

Tanzania Episcopal Conference, Report on Plenary Study Session Held at Kurasini Training and Conference Centre, Dar Es Salaam, 25-27 June 2007, p. 50-51.



# Konflikty zbrojne i choroby zakaźne

*Od Redakcji: W Emerging Infectious Diseases 2007; 13: (11), 1625-1631 ukazał się interesujący artykuł M. Gayer, D. Legros, P. Formenty i M. A. Connolly z WHO w Genewie o wpływie konfliktów zbrojnych na szerzenie się chorób zakaźnych. Mimo, że w światowych statystykach tylko 0,6% zgonów wiąże się bezpośrednio z działaniami wojennymi, ich pośrednie oddziaływanie, poprzez zwiększoną zapadalność na choroby zakaźne, jest znacznie większe.*

Na pojawianie się chorób zakaźnych mają wpływ czynniki ekologiczne i środowiskowe (uprawy rolne, niszczenie lasów, susze, powódzie), demograficzne i behawioralne (migracja, urbanizacja, międzynarodowy handel, turystyka), technologiczne i przemysłowe (sposób produkcji żywności) oraz zdolność adaptacji drobnoustrojów (lekooporność) i załamanie się systemu ochrony zdrowia (względny finansowy, działania militarne).

## Czynniki ryzyka sprzyjające chorobom zakaźnym w czasie konfliktów zbrojnych

### 1. Przemieszczanie się ludności.

Przykładowo, w Tadżykistanie malaria była praktycznie zlikwidowana do wczesnych lat 60-tych. W wyniku niesnasek politycznych ponad 100.000 osób uciekło do Afganistanu i przywlekło stamtąd *Plasmodium falciparum*. W roku 1997 oficjalnie zachorowało na malarię 29.794 osób, ale rzeczywista zapadalność na malarię mogła wynosić od 200.000 do 500.000. Wojna domowa w Gwinei, Liberii i Sierra Leone w latach 90-tych spowodowała przemieszczenie się około 2.000.000 ludzi. Spowodowało to m. in. znaczny wzrost zachorowań na gorączkę Lassa przenoszoną przez gryzonie. Była ona powodem 10-16% wszystkich hospitalizacji w Sierra Leone i Liberii.

### 2. Załamanie się stanu sanitarnego, m.in. w szpitalach.

Niezadowalająca sytuacja sanitarna w szpitalach, niezależnie od lokalnych zwyczajów związanych z grzebaniem zmarłych lub przetrzymywaniem chorych w domu, była przyczyną powstawania 11 z 17 epidemii wywołanych przez wirus Ebolę (np. w Yambuku, Kongo; Sudanie; Kikwicie, Kongo; w Gulu, Uganda). Zniszczenia wojenne były przyczyną pierwszej miejskiej epidemii zakażeń wirusem Marburg w Angoli w roku 2004-2005, przenoszonych głównie przez powtórne używanie zakażonych igieł i strzykawek w zakładach opieki zdrowotnej.

### 3. Załamanie się lokalnych programów zwalczania chorób.

Pod koniec roku 1970 w Afganistanie malaria była praktycznie zlikwidowana dzięki szerokiej akcji zwalczania komarów, która miała miejsce w latach 1960-1970. W wyniku konfliktów zbrojnych zwalczanie malarii zostało wstrzymane przez kilkanaście lat. Obecnie ponad 50% ludności żyje na terenach o aktywnej transmisji malarii. Podobnie, w wyniku długoletnich działań militarnych, powróciły epidemie śpiączki (trypanosomioza) na teren południowego Sudanu, Kongo i Angoli. W Kongo, w wyniku programu aktywnego zwalczania śpiączki, w roku 1958 zanotowano tylko około 1.000 przypadków, a w roku 1998 aż 26.000.

### 4. Niedostateczna działalność służb przeciwepidemicznych.

Działania wojenne opóźniają wykrywanie ognisk chorób zakaźnych i ich opanowanie. Epidemia Marburg w Kongo, zgło-

szona w październiku 1998 r. przez inspektora sanitarnego, została poddana nadzorowi służb przeciwepidemicznych dopiero po jego śmierci, tj. w kwietniu 1999 r., a potwierdzona 6 maja. Sześć miesięcy trwało zapoczątkowanie zwalczania epidemii duru powrotnego w południowym Sudanie w roku 1998 (ponad 400.000 zachorowań i ponad 2.000 zmarłych).

### 5. Utrudniony dostęp do populacji na terenach działań militarnych.

Konflikty zbrojne utrudniły likwidację ognisk dżumy płucnej w północno-wschodnim Kongo w latach 2004-2005. Szczególnie niekorzystny wpływ dla ludności miał utrudniony dostęp do szczepień. Wyrażało się to nawrotami epidemii poliomyelitis w Sudanie i w Somalii w roku 2005, epidemii żółtej gorączki w Kamerunie w roku 1990, skąd zakażenia rozprzestrzeniły się w następnych latach na całą Afrykę Zachodnią (Angolę, 1988; Liberię, 1995-2001; Sierra Leone, 2003; Wybrzeże Kości Słoniowej, 2000 i 2001; Gwineę, 2001 i 2005 oraz Sudan, 2003 i 2005).

### 6. Powstawanie lekooporności drobnoustrojów.

Lekooporności sprzyjają: niewłaściwe rozpoznanie, niewłaściwe stosowanie leków, w tym leków przedatowanych oraz przerywane lub niepełne leczenie z różnych powodów. Przykładami są epidemie zakażeń *Shigella dysenteriae* w Rwandzie i Burundi i wzrost proporcji prątków lekoopornych w Kenii i Somalii.

### 7. Przemieszczanie się uchodźców i wolontariuszy.

W maju 2004 w jednym z obozów uchodźców z Darfuru wystąpiła epidemia wirusowego zapalenia wątroby typu E obejmująca ponad 2.600 osób. Stamtąd rozszerzała się na sąsiednie rejony Czadu. Z ognisk epidemicznych wirusa Marburg w Sierra Leone i Liberii w roku 2000 i kolejnych latach wolontariusze i biznesmeni chorowali na miejscu lub przenosili wirusa do Niemiec, Holandii i Wielkiej Brytanii.

## Poprawa zwalczania ognisk chorób zakaźnych w rejonach konfliktów zbrojnych

Wykrywanie i likwidacja wielu chorób zakaźnych wymaga dobrze funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, a w szczególności dobrze wyszkolonych ludzi (również w lecnictwie podstawowym), dostępu do leków, odpowiedniego wyposażenia materiałowego i technicznego. Agendy Narodów Zjednoczonych oraz liczne rządowe i pozarządowe organizacje są przygotowane do udzielania pomocy w przypadkach epidemii. W ogniskach epidemii niezbędne jest wydanie odpowiednich zaleceń sanitarnych, ich przestrzeganie i wprowadzenie stosownej higieny przy zapewnieniu potrzebnych materiałów sanitarnych. Niezależnie od współpracy wszystkich zainteresowanych agend miejscowych, często

# Gorączka krwotoczna Chikungunya



Od Redakcji: Chikungunya jest chorobą wirusową, której typowymi objawami są: gorączka, wysypka oraz bóle stawów. Bóle stawów to objaw, który odróżnia tę gorączkę krwotoczną od gorączki denga, której wektorem jest także komar gatunku *Aedes* i która występuje w tym samym rejonie geograficznym. Słowo „chikungunya” oznacza w dosłownym tłumaczeniu z języka swahili i sakonde: „zgięty w pół”.

Przedstawiamy streszczenie artykułu G. Pialoux'a, B. Gauzere'a, S. Jauregiberry, M. Straber'a pt. „Chikungunya, an epidemic arbovirolosis”, *Lancet Infectious Diseases* 2007, 5, 319-327.

## CZYNNIK ETIOLOGICZNY

Gorączkę krwotoczną Chikungunya wywołuje wirus o tej samej nazwie, który należy do rodzaju alfa wirusów, rodziny Togawirusów i zawiera w swym genomie kwas rybonukleinowy. Wirus Chikungunya został importowany do Europy i Stanów Zjednoczonych przez zarażonych podróżnych powracających z rejonów endemicznego występowania tej choroby. Człowiek jest rezerwuarem wirusa podczas epidemii, a w czasie pomiędzy epidemiami głównym rezerwuarem są małpy, gryzonie, ptaki i inne kręgowce. U zwierząt może wystąpić wiremia, lecz zazwyczaj nie towarzyszą jej żadne objawy kliniczne. Zarażenie wirusem może mieć postać endemiczną i epidemiczną. Forma endemiczna występuje głównie w wiejskiej części Afryki, chorobę przenosi wiele gatunków wektorów, istnieje ciągła transmisja zakażenia, a ponieważ populacje wykształciły częściową odporność, objawy towarzyszące inwazji są dyskretne. Forma epidemiczna występuje w rejonach miejskich Azji, wirus przenoszony jest tylko przez dwa gatunki komarów – *Aedes aegypti* i *Aedes albopictus*, a choroba dotyczy osób bez swoistej odporności.

## WEKTOR ZARAŻENIA

W Azji i w obrębie basenu Oceanu Indyjskiego głównym wektorem zarażenia są komary z gatunku *Aedes aegypti* i *Aedes albopictus*. W Afryce liczba przenosicieli jest większa; należy do nich kilka gatunków komarów *Aedes* oraz *Culex annulirostris*, *Mansonia uniformis*, a także w pojedynczych przypadkach *Anopheles*.

*Aedes albopictus* występuje w wielu rejonach geograficznych i potrafi przetrwać tak w środowisku miejskim, jak i wiejskim. Jaja komara są bardzo odporne na warunki środowiskowe i pozostają żywe nawet podczas pory suchej. Jest to komar odżywiający się krwią ludzką i zwierzęcą. Żyje stosunkowo długo, a mianowicie od 4 do 8 tygodni i może latać na odległość 400-600 metrów. Uniknięcie ukłucia *Aedes albopictus* jest bardzo trudne, ponieważ jest agresywny, cichy i pasożytuje w dzień, co czyni moskitiery

nieskutecznym środkiem ochrony. Podejrzewa się, że samica komara przekazuje zarażenie wertykalnie na młode osobniki. *Aedes albopictus* został przewieziony do Europy podczas transportu roślin ozdobnych oraz zużytych opon. W Indiach wektorem, który przenosi Chikungunę jest *Aedes aegypti*, który rozmnaża się w stojących zbiornikach wody słodkiej w rejonach miejskich i okolicznych.

## OBJAWY KLINICZNE

Objawy kliniczne pojawiają się nagle po 2-4 dniach inkubacji w postaci wysokiej gorączki, bólu głowy i pleców, bólu mięśni i stawów kończyn. W 40-50% przypadków zajęta jest skóra. Zmiany przyjmują charakter swędzącej plamkowo-grudkowej osutki na klatce piersiowej, obrzęku twarzy, osutki pęcherzowej z martwicą, zlokalizowanych petechii i krwawienia z dziąseł. Gorączka krwotoczna wystąpiła u pacjentów w Tajlandii. Znakiem rozpoznawczym gorączki Chikungunya są wędrujące bóle stawów, które mogą utrzymywać się przez wiele miesięcy i być przyczyną niewydolności ruchowej. Gorączka Chikungunya raczej nie zagraża życiu. Pojedyncze dane mówią o powikłaniach neurologicznych u chorych podczas epidemii w Indiach w 1973 roku. Wirus może być przekazany z matki na płód, jednak ryzyko embriopatii, fetopatii i późnych następstw jest nieznane. Pierwsza udokumentowana epidemia wystąpiła w 1952-53 roku w Tanzanii. Epidemie występują głównie na subkontynencie indyjskim i w Afryce. Nie występują w Europie i obu Amerykach. Epidemie wirusa Chikungunya mają miejsce podczas pory deszczowej.

## DIAGNOZA

Infekcję można wykryć poprzez hodowlę wirusa. Bardzo czułą i swoistą metodą jest PCR, którą należy wykonać pomiędzy 1 a 7 dniem od zarażenia. Wysoki koszt badania znacznie ogranicza stosowanie tej metody w szerokim zakresie. Badanie poziomu przeciwciał w klasie IgM, które pojawiają się we krwi zwykle po

(ciąg dalszy na str. 8-9)

potrzebna jest mobilizacja ekspertów zagranicznych i korzystanie z zagranicznych ośrodków referencyjnych. Ważne jest wczesne wykrywanie ognisk, ich pełne opracowanie i dążenie do jak najszybszej likwidacji. Trzeba przy tym korzystać z dostępnych już standardów postępowania przeciwepidemicznego: prowadzić na bieżąco szkolenia osób zaangażowanych w likwidację ognisk oraz zabezpieczać dokładną dokumentację. Wprowadzone w roku 2005 uaktualnione reguły zdrowia międzynarodowego dają podstawę

prawną działań w epidemiach, które mogą szerzyć się poprzez granice. Przy współdziałaniu z agendami międzynarodowymi lub wojskowymi należy zwracać uwagę na przejrzystość działań koordynujących oprowadzanie ognisk, szczególnie na terenach konfliktów militarnych.

Thumaczył:  
prof. Zbigniew Pawłowski



## Gorączka krwotoczna Chikungunya

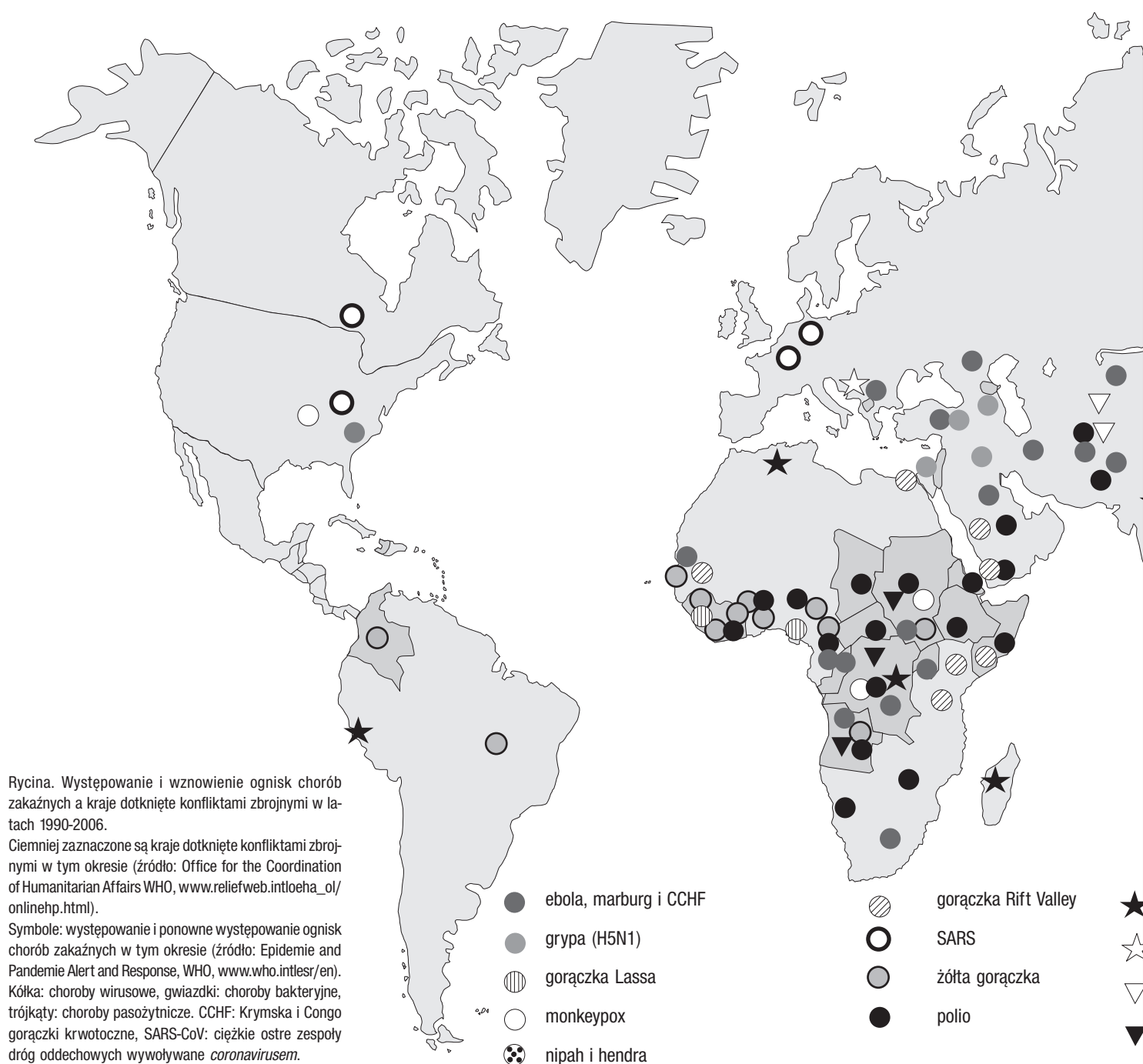
(dokończenie ze str. 7)

2 dniach i utrzymują się do 3 miesięcy oraz IgG, które utrzymują się przez lata – jest metodą z wyboru w potwierdzeniu inwazji. Należy jednak pamiętać o możliwości uzyskania wyników fałszywie dodatnich z powodu reakcji krzyżowych pomiędzy wirusem Chikungunya a wirusem O'nyong-nyong czy wirusem dengga.

Wydaje się, że przebycie zakażenia daje długotrwałą odporność. Istnieje odporność krzyżowa pomiędzy wirusem Chikungunya a innymi arbowirusami. Obecnie trwają prace nad wynalezieniem szczepionki. Najnowsze badania przeprowadzone w US

Army Medical Research były zadowalające, gdyż odsetek serokonwersji wyniósł 98% po 28 dniach od szczepienia; zadowalającą mianą utrzymywały się przez rok u 85% szczepionych. Kandydatką jest żywa szczepionka TSI-GSD-218 ze szczepu 15561.

Istotne znaczenie w zapobieganiu zachorowaniom na gorączkę Chikungunya ma niszczenie siedlisk owadów, stosowanie insektycydów (DDT było skuteczne na *A. aegypti*, a nie na *A. albopictus*) oraz zaopatrywanie szpitali w moskitiery. Należy podjąć wysiłki w celu odpowiedniego przeszkolenia personelu, by przyspieszyć proces wykrywania zakażenia.



## LECZENIE

Objawowe.

## WNIOSKI

Mimo, że epidemie gorączki krwotocznej Chikungunya zdarzają się stosunkowo rzadko, warto zwrócić uwagę na fakt, iż objawy kliniczne okazują się być cięższe niż wcześniej opisywano. Rozwój ekonomiczny nie chroni przed zachorowaniem, lecz je ułatwia ze względu na rosnącą liczbę turystów i wzrost zainteresowania podróżami, starzenie się populacji, a także produkowanie dużych ilości odpadów, które stanowią schronienie dla komarów.

Tłumaczyła:  
lek. med. Karolina Mrówka

MALARIA  
U DZIECI

## Malaria u dzieci

*Od Redakcji: W 15 do 20% przypadków zachorowań malaria u dzieci importowana jest z rejonów endemicznych. Problem malarii u dzieci należy rozpatrywać odrębnie, gdyż istnieją tu inne czynniki ryzyka zachorowania niż u dorosłych, a brak odporności w kierunku malarii zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju ciężkiej postaci choroby. Wśród chorych na malarię największą grupę stanowią dzieci mieszkające w krajach, gdzie malaria nie występuje endemicznie, a które odwiedzały kraje ojczyste swoich rodziców. Tę grupę należy objąć szczególną opieką, gdyż osoby te rzadko stosują chemioprophylaktykę przeciimalaryczną i nie przestrzegają zasad higieny tropikalnej. Istnieje potrzeba ujednolicenia standardów postępowania w przypadku zachorowania dziecka na malarię.*

*Przedstawiamy artykuł S. Ladhani, R. Aibara, F. Rioridan, D. Shingadia, pt. „Imported malaria in children: a review of clinical studies.”. Lancet Infectious Diseases, 2007, 5, 349-357.*

## WSTĘP

W większości krajów europejskich w ostatnim trzydziestoleciu nastąpił wzrost liczby zachorowań na malarię. Wzrost ten szczególnie widoczny jest we Francji, w Wielkiej Brytanii, Niemczech i Włoszech. Z danych z 2002 roku wynika, że w w/w krajach zanotowano aż 78,5% wszystkich przypadków importowanej malarii w Europie. Odsetek dzieci, które chorują na malarię również się zwiększa, a gatunkiem zarodźca malarii, który występuje u nich jest najczęściej *Plasmodium falciparum*.

Artykuł przedstawia badania przeprowadzone we Francji i w Wielkiej Brytanii, które analizowały częstość występowania malarii u dzieci, a także przebieg choroby w zależności od rejonu podróży, celu podróży, profilaktycznego stosowania leków przeciimalarycznych, opóźnienia w postawieniu diagnozy, wskaźników laboratoryjnych, istnienia komplikacji oraz sposobu leczenia.

## MIEJSCE PODRÓŻY I GATUNKI PLASMODIUM

Większość przypadków inwazji *Plasmodium falciparum* miało miejsce w Afryce Subsaharyjskiej, głównie w jej części zachodniej. W Wielkiej Brytanii w latach 1999-2003 99% malarii wywołanych przez *Plasmodium falciparum*, nabytych zostało w Afryce Zachodniej, a 88% inwazji *Plasmodium vivax* w Azji. Rozprzestrzenienie gatunków zarodźca może się zmieniać wraz z upływem czasu i zmianą charakteru podróżowania. Do roku 1980 *Plasmodium falciparum* było odpowiedzialne za 30% wszystkich importowanych malarii w Europie, obecnie odsetek ten wynosi 70%. Wzrost jest spowodowany zwiększającą się liczbą podróżujących do rejonów endemicznego występowania malarii i imigrantów z Afryki, zwiększonym zainteresowaniem podróżami do

(ciąg dalszy na str. 10-11)

## MALARIA U DZIECI

(ciąg dalszy ze str. 9)

krajów tropikalnych, zmniejszeniem liczby podróży z subkontynentu indyjskiego oraz zwiększającą się transmisją *Plasmodium falciparum* w Azji.

### CEL PODRÓŻY

Początkowo malaria występowała głównie u imigrantów, którzy przyjeżdżali do Europy Zachodniej z krajów endemicznego występowania malarii. Obecnie grupą dominującą są osoby, które pochodzą z krajów endemicznych dla malarii, lecz mieszkają od wielu lat w rejonach, gdzie malaria nie występuje, i te, które chcą w tropiku spędzić wakacje lub odwiedzić krewnych i rodzinę. Ta grupa osób powinna zostać objęta szczególną opieką ze względu na fakt, że rzadko stosuje chemio- i mechano-profilaktykę przeciwmalaryczną, częściej podróżuje do rejonów wiejskich i spędza tam znaczną część swojego czasu, a także ponieważ bariera kulturowa i językowa opóźnia udanie się do lekarza po powrocie do kraju. Liczba uchodźców w krajach europejskich ciągle rośnie. Ich częściowa odporność na malarię powoduje, iż prezentowane przez nich objawy są dyskretne, co oznacza, że łatwo je przeoczyć lub zbagatelizować.

### SEZONOWOŚĆ MALarii I WIEK CHORYCH DZIECI

Są dwa okresy w roku kiedy notuje się najwięcej przypadków malarii. Główny szczyt obserwuje się w miesiącach letnich, kiedy dzieci mają wakacje letnie, a nieco mniejszy w grudniu i styczniu podczas ferii zimowych. Malaria występuje u dzieci we wszystkich przedziałach wiekowych, z wyjątkiem niemowląt, u których występuje sporadycznie. Malaria wrodzona również jest rzadka.

### PROFILAKTYKA PRZECIWMALARYCZNA

Odsetek osób stosujących właściwą profilaktykę przeciwmalaryczną jest bardzo niski i wynosi od 20 do 25%. U dzieci odsetek ten jest jeszcze niższy i wynosi od 3 do 20%. Wynika to między innymi z przekonania rodziców, którzy urodzili się w rejonach endemicznego występowania malarii, że ich pochodzenie zapewnia częściową odporność na malarię.

### OBJAWY KLINICZNE

Czas między zarażeniem a wystąpieniem objawów chorobowych zależy od gatunku zarodźca wywołującego malarię. W przypadku *Plasmodium falciparum* okres utajenia wynosi miesiąc, a gdy czynnikiem etiologicznym jest *Plasmodium vivax* czy *Plasmodium ovale*, objawy mogą pojawić się dopiero po upływie roku od powrotu do kraju. W porównaniu z dorosłymi, dzieci rzadziej mają dreszcze, bóle stawów, mięśni czy bóle głowy. Zamiast tego częściej obecne są – gorączka, objawy niespecyficzne, takie jak osłabienie, letarg lub objawy ze strony przewodu pokarmowego np. nudności, wymioty, ból brzucha lub biegunka. U dzieci częściej występuje hepatomegalia (u 56% chorych dzieci versus 25% u dorosłych), splenomegalia (48% versus 25%) i żółtaczka (48% versus 34%). Charakterystyczna trzeciaczka i czwartaczka są obecne u mniej niż ¼ przypadków, aczkolwiek pojawienie się temperatury powyżej 40 stopni jest bardziej prawdopodobne u dzieci niż u dorosłych (56% versus 25%). Na ciężką postać malarii choruje od 5 do 10% dzieci z importowaną malarią. W grupie podwyższonego ryzyka są dzieci poniżej 5 roku życia, dzieci bez roz-

winiętej częściowej odporności na malarię i dzieci, u których zaistniało opóźnienie w postawieniu diagnozy.

### ROZPOZNANIE MALarii

Malaria jest rozpoznawana rzadko jako przyczyna stanów gorączkowych u osób mieszkających w krajach, gdzie malaria nie występuje endemicznie, dlatego lekarze w wywiadzie z pacjentem nie przywiązują wagi do szczegółów dotyczących podróży do krajów tropikalnych. Problem ten jest potęgowany przez rodziny imigrantów, których nieznajomość systemu opieki zdrowotnej w danym kraju powoduje, że szukają pomocy lekarskiej zbyt późno. W przypadku dzieci chorych na malarię opóźnienie diagnozy i wdrożenia leczenia obserwuje się w 2 do 90% przypadków. Malarię rozpoznaje się na podstawie badania grubej kropli i cienkiego rozmazu krwi. Nie należy poprzestawać na jednorazowym badaniu. Badanie należy wykonać w każdym przypadku, gdy dziecko, które powróciło z tropiku, czuje się źle. Dodatkowym sposobem potwierdzania malarii są szybkie testy paskowe wykrywające antygeny pasożyta oraz badania serologiczne wykrywające przeciwciała. Diagnozowanie z użyciem techniki PCR jest bardziej czułe i swoiste niż badania mikroskopowe, lecz jest wykonywane jedynie w ośrodkach referencyjnych i służy głównie do badań epidemiologicznych.

Jednym ze wskaźników określających ciężkość malarii są odchylenia w badaniach laboratoryjnych. Jednym z nich jest niedokrwistość występująca u 31-100% dzieci, które rozwijają ją ponad dwukrotnie częściej niż dorośli. Niedokrwistość ciężka z poziomem hemoglobiny < 50 g/l występuje częściej u dzieci z krajów endemicznego występowania malarii (5-15% versus 1-4%). Trombocytopenia jest obecna u 45-71% chorych na malarię, zarówno dzieci jak i dorosłych; u dzieci nie jest związana z patologicznym krwawieniem. Częstość trombocytopenii jest podobna u dzieci w rejonach endemicznego i nieendemicznego występowania malarii. Leukocytoza występuje u 19-30% dzieci chorych na importowaną malarię i nie wskazuje na ciężkość malarii czy nadkażenie bakteryjne, jak ma to miejsce w rejonach endemicznych. Żółtaczkę ma 30-50% dzieci, podwyższone poziomy enzymów wątrobowych 25-40%; u dzieci w tropiku są to parametry niekorzystne dla rokowania.

### LECZENIE

Wiele wytycznych wskazuje na konieczność hospitalizacji dzieci z malarią *Plasmodium falciparum* przynajmniej przez okres 24 godzin, ze względu na ryzyko rozwinięcia ciężkiej postaci malarii. Ogólną zasadą jest, że dzieci z niepowikłaną malarią, niską parazytamią oraz te, które nie wymiotują leczą się lekami doustnymi. We Francji, lekiem z wyboru jest halofantryna, która jest skuteczna w przeważającej części przypadków. Ze względu na kardi toksyczność leku nie stosuje się podczas drugiego etapu leczenia po 7 dniach, co skutkuje wysokim odsetkiem nawrotów choroby. W badaniu przeprowadzonym we Francji wykazano, że z 48 dzieci leczonych halofantryną 9 miało nawrót; u dzieci leczonych meflochiną nie było nawrotów, lecz często występowały objawy niepożądane ze strony przewodu pokarmowego. W Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii często stosuje się połączenie chininy z jedną dawką pirymetaminy i sulfadiazyny. Podaje się chininę z klindamycyną, doksycylinę lub tetracyklinę, lecz należy pamiętać, że tertacyklin nie można stosować u dzieci poniżej 8. roku życia. Niektórzy eksperci odradzają stosowanie chininy doustnej u dzieci i proponują atowakwon z proguanilem (nie do końca zbadany u dzieci poniżej 12 roku życia), meflochinę lub artemeter z lumefantryną. W przypadku inwazji *Plasmodium*

# Kryteria hospitalizacji chorych z importowaną malarią *Plasmodium falciparum*



*Od Redakcji:* Każdego roku do krajów endemicznego występowania malarii podróżuje 50 milionów turystów, z czego 30 tysięcy choruje na malarię. Istnieją różne opinie dotyczące wskazań do hospitalizacji pacjentów z importowaną malarią wywołaną przez *Plasmodium falciparum*. Użytecznym kryterium wskazującym na konieczność hospitalizacji jest Parasite Clearance Test (PCT) określany jako czas pomiędzy podaniem choremu leku przeciwmalarycznego a uzyskaniem ujemnego wyniku badania grubej kropli krwi. Przedstawiamy artykuł V. Briand, O. Bouchaud'a, J. Tourret'a, C. Behr, S. Abgrall, P. Ralaimazava, J. Le Bras'a, A. Fontanet'a, pt. „Hospitalisation Criteria In Imported Falciparum Malaria.” *Journal of Travel Medicine*, 14, 2007, 306-311.

## MATERIAŁY I METODY

Grupą poddaną analizie byli turyści hospitalizowani z powodu malarii wywołanej *Plasmodium falciparum* w Bichat-Claude Bernard University Hospital w Paryżu w latach 1993-2000.

Grupa liczyła 400 osób. Analizowano PCT u pacjentów w zależności od roku postawienia diagnozy, wieku, płci, urodzenia się lub długotrwałego zamieszkiwania w rejonach endemicznego występowania malarii, wywiadu dotyczącego zachorowania na malarię w ciągu ostatniego roku, rodzaju stosowanej chemioprophylaktyki przeciwmalarycznej, długości pobytu, faktu leczenia malarii we własnym zakresie jeszcze przed przyjęciem do szpitala, czasu, jaki upłynął od powrotu do kraju do pojawienia się objawów chorobowych, czasu od momentu pojawienia się objawów a początkiem leczenia, klinicznej ciężkości malarii, intensywności parazytemii, liczby płytek krwi, temperatury ciała w momencie przyjęcia do szpitala, obecności objawów z przewodu pokarmowego, leku stosowanego podczas hospitalizacji i ustalonej in vitro wrażliwości zarodków malarii na leki. Poziom parazytemii podzielono na 4 grupy: <1%, 1-1,9%, 2-4,9% i ≥5%, poziom płytek na trzy grupy: <50,000, 50-99,000 i ≥100,000/μl, a temperaturę ciała pacjentów na cztery: <37,5°C, 37,5-38,4°C, 38,5-39,9°C i ≥40°C.

*vivax* czy *Plasmodium ovale* podaje się chlorochinę z primachiną celem eliminacji hypnozoitów w wątrobie. W przypadku ciężkiej malarii stosuje się dożylną chininę, którą zmienia się na doustną, gdy poziom parazytemii się obniża, a stan pacjenta ulega poprawie.

## SKUTKI MALARII

WHO ocenia śmiertelność z powodu malarii w większości krajów europejskich na 1%. Bezwzględna liczba zgonów jednak wzrasta z poniżej 10 w 1971 roku na 60 w 1999. Ciężkie powikłania obserwowane są częściej u dzieci, które nie posiadają odporności na malarię (6,3% versus 3,7%).

*Tłumaczyła:*  
lek. med. Karolina Mrówka

## WYNIKI

Średni czas eliminacji *Plasmodium falciparum* (PCT) po wdrożeniu leczenia wyniósł 58 godzin.

| Czynniki skracające PCT                                 | Czynniki wydłużające PCT                                                  | Czynniki bez wpływu na PCT                                   |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| urodzenie się w kraju endemicznego występowania malarii | ciężka postać malarii                                                     | wiek                                                         |
| przechorowanie malarii w ostatnim czasie                | wysoka temperatura ciała chorego w momencie przyjęcia do szpitala (≥40°C) | płeć                                                         |
| zażycie leków przed przybyciem do szpitala              | obecność objawów ze strony przewodu pokarmowego                           | długość pobytu w tropiku                                     |
| leczenie co-artemeterem lub halofantryną, a nie chininą | wysoka parazytemia                                                        | czas od powrotu do kraju do pojawienia się objawów           |
|                                                         | niska liczba płytek krwi (<50.000/μl)                                     | czas między początkiem objawów a momentem wdrożenia leczenia |
|                                                         |                                                                           | oporność <i>Plasmodium</i> na leki                           |

Analiza danych wskazuje, że PCT był krótszy u Afrykańczyków w porównaniu do nie-Afrykańczyków w dwóch sytuacjach: gdy parazytemia była równa lub większa od 1% i gdy pacjent chorował na ciężką postać malarii. Stosując kryteria, które skracają PCT oraz wiek pacjentów poniżej 15 i powyżej 65 lat jako czynniki warunkujące przyjęcie pacjenta do szpitala wnioskowano, że z badanej grupy pacjentów aż 147 osób mogło być leczonych ambulatoryjnie. Średni PCT wśród tych pacjentów wyniósł 48 godzin. U żadnej z w/w osób nie rozwinęły się powikłania.

## WNIOSKI

Przedstawiony model próbuje redefiniować kryteria klasyfikowania do hospitalizacji pacjentów z importowaną malarią wywołaną przez *Plasmodium falciparum*. Wyniki badania wskazują, iż dokładna analiza czynników wpływających na PCT oraz wieku badanego może znacznie zmniejszyć liczbę osób, które trzeba hospitalizować.

*Streściła i tłumaczyła:*  
lek. med. Karolina Mrówka

**VARIA VARIA VARIA VARIA VARIA VARIA VARIA VARIA VARIA**

## W kilku zdaniach...

Według „WHO Bulletin”, „Morbidity Mortality Report CDC”, „Lancet Infectious Diseases”, „Emerging Infectious Diseases”.

- Stworzono nowe połączenie leków przeciwmalarycznych: artesunatu i amodiachiny (ASAQ), co znacznie ułatwi pobieranie leku, zwłaszcza przez dzieci. Koszt terapii wynosi 1\$ dla dorosłych i 0,5\$ dla dzieci. Jest to druga tego typu kombinacja. Pierwszą był artesunat i meflochina.

\* \* \*

- Światowa Organizacja Zdrowia nie poleca stosowania szybkich testów paskowych (RDT – Rapid Diagnostic Test) do potwierdzania malarii w rejonach o intensywnej transmisji *Plasmodium spp.*

\* \* \*

- Cukrzyca typu 2 może być czynnikiem wyzwalającym przekształcenie utajonej infekcji *Mycobacterium tuberculosis* w jawną postać choroby. Na podstawie badania ludności na pograniczu Teksasu i Meksyku wykazano, że współwystępowanie tych chorób było częstsze niż koincydencja gruźlicy i zakażenia wirusem HIV. Pacjenci z gruźlicą i cukrzycą byli starsi, częściej posiadali krew w płwocinie i jamy w płucach oraz wykazywali obecność prątków w płwocinie w momencie ustalania rozpoznania i prątkowali przez miesiąc (Teksas) lub dwa (Meksyk) od momentu wdrożenia leczenia.

\* \* \*

- Badacze australijscy donoszą, że wrzód Buruli, obserwowany obecnie w 30 krajach, w tym w Australii (patrz: *MMPolonia* 6/7, 2002), wywołany przez *Mycobacterium ulcerans*, może być przenoszony przez komary rodzaju *Aedes*.

\* \* \*

- U nietoperzy, zarówno owadożernych, jak i żywiących się owocami, stwierdzono ostatnio zestaw kwasów nukleinowych typowy dla wirusa Marburg i przeciwciała przeciwko wirusowi Marburg, natomiast nie stwierdzono żywego wirusa. Na przykładzie epidemii zachorowań wywołanych wirusem Marburg w kopalni Goroubwa w północno-wschodnim Kongo podejrzewa się, że nietoperze żyjące w podziemnych kopalniach i w pieczarach, w nieznanym jeszcze bliżej sposób, mogą brać udział w rozprzestrzenianiu wirusa Marburg. Podejrzewa się również, że nosicielami wirusa Ebola mogą być nietoperze leśne.

\* \* \*

- W wielu krajach społeczeństwa stają się coraz bardziej konsumpcyjne, a to powoduje wzrost ilości śmieci, takich jak zużyte opony, opakowania po środkach spożywczych i płynach (m.in. mleko, konserwy). W czasie opadów woda zbierająca się w tych opakowaniach jest doskonałym miejscem rozrodu komarów *Aedes aegypti*, przenosiciela m.in. dengi i żółtej gorączki typu miejskiego. Natomiast w czasie suszy komary korzystają chętnie z niezabezpieczonych zbiorników wody gromadzonej przez mieszkańców. Obserwuje się rozszerzanie się dengi w Ameryce Łacińskiej (Kuba,

Karaiby). W samej tylko Wenezueli zanotowano 83.180 przypadków w roku 2001 i 42.198 przypadków w roku 2005. Wprowadzenie na ten kontynent wszystkich 4 serotypów wirusa dengi sprawia, że wzrasta również liczba groźnych dla życia przypadków dengi krwotocznej. Zachorowanie na jeden z serotypów wzbudza trwałą odporność na ten serotyp, ale sprawia, że zarażenie innym współwystępującym serotypem stwarza ryzyko wystąpienia dengi krwotocznej o ciężkim, często śmiertelnym przebiegu.

\* \* \*

- Wg Światowej Organizacji Zdrowia, obryzekanie mężczyzn w krajach rozwijających się jest ważnym elementem w obniżeniu ryzyka zarażenia wirusem HIV poprzez heteroseksualne kontakty płciowe. Dane z randomizowanych badań przeprowadzonych w Kenii, Ugandzie i Południowej Afryce wskazują, że obryzekanie zmniejsza ryzyko transmisji wirusa o 60%. WHO podkreśla, że obryzekanie mężczyzn nie gwarantuje 100% ochrony przed zakażeniem, ale powinno być traktowane jako jeden z elementów profilaktyki AIDS.

\* \* \*

- W maju 2007 roku zanotowano 92 przypadki zachorowań na odrę wśród osób podróżujących pochodzenia irlandzkiego w Anglii. Wszyscy chorzy byli nieszczepieni. W Norwegii do 13 czerwca 2007 roku potwierdzono 15 zachorowań na odrę u Irlandczyków. Szczep odrę był podobny do szczepu angielskiego. Niski odsetek osób szczepionych przeciw odrze w niektórych państwach oraz przemieszczanie się populacji utrudniają całkowite wyeliminowanie odrę w Europie.

\* \* \*

- Od stycznia 2005 roku do maja 2007 roku nastąpił istotny postęp w procesie likwidacji drakunkulozy na świecie rozpoczęty z inicjatywy WHO w 1986 roku. Wówczas to drakunkuloza występowała endemicznie w 20 krajach i chorowało na nią 3,5 miliona osób. W roku 2007 liczba tych krajów zmniejszyła się do 9, a liczba chorych na drakunkulozę w ciągu pierwszych pięciu miesięcy tego roku wynosiła tylko 4.460 osób. W Ghanie i Sudanie notowanych jest obecnie 98% wszystkich przypadków drakunkulozy. W marcu 2007 roku Międzynarodowa Komisja ds. Eradykacji Drakunkulozy uznała Afganistan, Algierię, Kamerun, RCA, Dżibuti, Gabon, Liberię, Mozambik, Sierra Leone, Suaziland, Tanzanię i Zambię za wolne od transmisji drakunkulozy; 56 krajów czeka na orzeczenie Komisji, a kolejnych 5 wcześniej klasyfikowanych jako endemiczne dla drakunkulozy, zostało przesuniętych do grupy państw starających się o orzeczenie o likwidacji.

\* \* \*

- Mimo, że w roku 2007 mija 20 lat od powstania inicjatywy „bezpieczne macierzyństwo” („Safe Motherhood Initiative”) nadal na świecie corocznie rodzi się 3,2 miliona płodów martwych





## Kafejka internetowa

### 1. Australia Communicable Diseases Intelligence

<http://www.health.gov.au/pubhlth/cdi/cdihtml.htm>

Strona przedstawia publikacje National Centre for Disease Control, Commonwealth Department of Health and Aged Care and the Communicable Diseases Network z Australii i Nowej Zelandii, które zawierają aktualne informacje dotyczące częstości występowania chorób zakaźnych oraz czynników zwiększających ryzyko zachorowania.

### 2. Canada Communicable Disease Report

<http://www.hc-sc.gc.ca/english/branches.htm>

Publikacje Health Canada, Population and Public Health Branch dotyczące aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Kanadzie.

### 3. Communicable Disease Report Weekly

<http://www.phls.co.uk/publications/cdr.htm>

Na stronie znaleźć można raport opracowywany przez Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC) z Anglii i Walii. Dostarcza on informacji o liczbie zachorowań na choroby zakaźne, najnowszych tendencjach w rozprzestrzenianiu się chorób oraz wytycznych, co do ich leczenia.

### 4. Disease Outbreak News

<http://www.who.int/disease-out-break-news/>

Strona przedstawia biuletyn WHO, zawierający najświeższe informacje o epidemiach chorób zakaźnych na całym świecie.

### 5. Current Infectious Diseases Reports

[http://www.current-reports.com/cr\\_aims.cfm](http://www.current-reports.com/cr_aims.cfm)

Eksperti wypowiedają się na temat bieżących postępów w zakresie chorób zakaźnych; najnowsze światowe publikacje z tego zakresu.

### 6. Double Helix

<http://www.nfid.org>

Informacje National Foundation of Infectious Diseases.

### 7. Emerging and Other Communicable Diseases Surveillance and Control

<http://www.who.int/emc/index.html>

Informacje na temat chorób zakaźnych, które występują obecnie na całym świecie oraz tych, które pojawiają się ponownie.

### 8. EpiNorth

<http://www.epinorth.org>

Strona umożliwia zapoznanie się z biuletynem o chorobach zakaźnych w Północnej Europie.

### 9. European Communicable Disease Bulletin

[http://www.ceses.org/eurosurv\\_eng.htm](http://www.ceses.org/eurosurv_eng.htm)

Strona przedstawia biuletyn Commission of the European Communities, który zawiera informacje o chorobach zakaźnych w Europie.

### 10. Eurosurveillance Weekly

<http://www.eurosurveillance.org>

Strona informuje o epidemiach chorób zakaźnych w Unii Europejskiej.

### 11. Eurosurveillance Monthly

<http://www.eurosurveillance.org>

Publikacja oryginalnych artykułów w pięciu językach na temat chorób zakaźnych.

### 12. Infectious Diseases News Brief

<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/bid-bmi/dsd-dsm/nb-ab/index.html>

Strona przedstawia dane dotyczące nowych zachorowań na choroby zakaźne oraz informacje publikowane przez Population and Public Health branch of Health Canada.

### 13. Infectious facts

<http://www.astdhphe.org/infect/>

Informacje o problematyce chorób zakaźnych opracowanej przez członków Association of State and Territorial Directors of Health Promotion and Public Health Education.

### 14. Kansas State University

<http://www.ksu.edu/parasitology/links>

Sponsorowana przez Kansas State University, strona przedstawia linki do informacji dotyczących Cryptosporidium i innych zagadnień parazytologicznych.

(ciąg dalszy na str. 14)

(58% z nich z powodu niedostatecznej opieki w czasie porodu), ginie 4 miliony noworodków i umiera 1/2 miliona rodzących kobiet (w tym 50-71% w okresie poporodowym). Opieka nad ciążą i porodem jest jednym z głównych zadań Millenium Developmental Goals i należy oczekiwać, że niekorzystna sytuacja w zakresie bezpiecznego macierzyństwa ulegnie poprawie, zwłaszcza w rejonach wiejskich krajów rozwijających się (szczegół, patrz WHO Bull. 2007;85, nr 10).

\* \* \*

• Mimo, że chlorochina ma działanie przeciwwirusowe i przeciwzapalne, skuteczność leku na bóle stawowe w zakażeniu wirusem Chikungunya nie została potwierdzona.

\* \* \*

• Do niedawna uważano, że współwystępowanie zakażenia wirusem HIV i trądu było rzadkie. Najnowsze badania wskazują jednak, że wirus HIV oraz terapia antyretrowirusowej HAART mogą ujawniać dotąd klinicznie niemą chorobę Hansena.

## KURS „Opieka Zdrowotna w Tropiku”



Fundacja „Redemptoris Missio” oraz Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego organizuje kolejny kurs „Opieka Zdrowotna w Tropiku” przygotowujący w sposób teoretyczny i praktyczny do wyjazdu do krajów strefy międzyzwrotnikowej. Odbędzie się on w terminie od 30 czerwca do 5 lipca br. i obejmie 48 godzin dydaktycznych. Zajęcia będą miały miejsce w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 2 w Poznaniu. Na temat kursu złożą się zagadnienia dotyczące sytuacji epidemiologicznej w świecie, sposobów rozpoznawania i leczenia najczęściej występujących chorób tropikalnych, a także właściwego przygotowania się do wyjazdu do krajów o odmiennych warunkach sanitarno-epidemiologicznych. W ramach godzin dydaktycznych nie zabraknie również zajęć praktycznych, które poprowadzą specjaliści laboratoryjni oraz lekarze medycyny i stomatologii. Szczegółowy plan umieszczony będzie na stronie internetowej Fundacji. Zapraszamy wszystkich chętnych. Koszt kursu wyniesie 400 zł od osoby.

## Kafejka internetowa

(dokończenie ze str. 13)

### 15. The Ket-On-Line Newsletter

<http://www.ket-on-line.com>

Informacje o międzynarodowych spotkaniach naukowców i klinicystów w dziedzinie chorób zakaźnych.

### 16. National Foundation for Infectious Diseases

<http://www.nfid.org/library/>

Strona przedstawia informacje dotyczące chorób zakaźnych w formie dostępnej dla pacjentów.

### 17. ProMED Digest

<http://www.promedmail.org>

To źródło informacji na temat najnowszych dyskusji dotyczących chorób zakaźnych, informacji uaktualnianych codziennie przez International Society for Infectious Diseases w ramach Programu Monitorowania Chorób Zakaźnych.

### 18. Science Central: Health Science: Infectious Disease and Epidemiology

<http://www.sciquest.com/>

Wyniki najnowszych badań naukowych dotyczące chorób zakaźnych, ostrzeżenia naukowców o pojawiających się epidemiach oraz źródła informacji dotyczące chorób zakaźnych.

### 19. Weekly Epidemiological Report (WER)

<http://www.who.int.wer/>

WER służy do szybkiego i właściwego rozprzestrzeniania informacji o przypadkach epidemii chorób zakaźnych i wielu innych problemach zdrowotnych.

### 20. World Health Organisation Communicable Disease Surveillance and Response

<http://www.int/emc.index.html>

Przedstawienie najnowszych informacji o rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych.



Fot. Gabriela Majkut



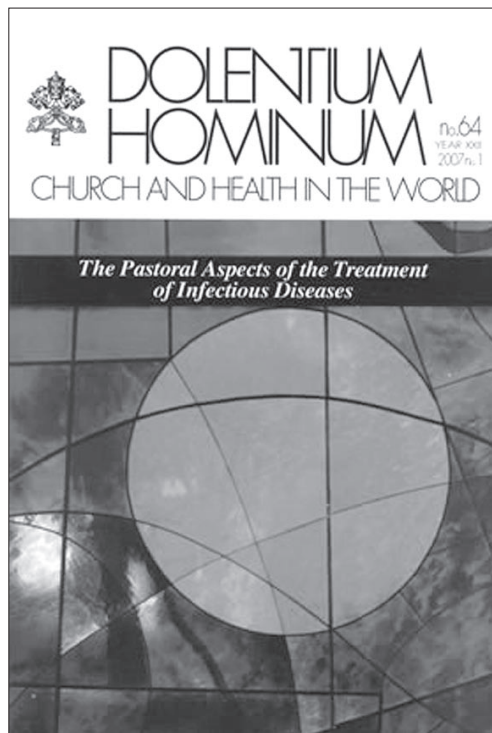
Fot. Mateusz Cofka

Centrum zdrowia w Kiabakari – Tanzania.

Na zdjęciu od lewej: zabudowania ośrodka, (po prawej): sala dla chorych.

procesy technologiczne, zwłaszcza w zakresie produkcji żywności, wzrastająca industrializacja powodująca zmiany klimatyczne oraz urbanizacja, stwarzają nowe zagrożenia ze strony wszechobecnych mikroorganizmów. W zmieniających warunkach modyfikują one swoje własności patogenne oraz uodparniają się na leki. Społeczność międzynarodowa nie może przechodzić obok tych zagrożeń obojętnie (prof. J. Simpo, Burkina Faso). Choroby zakaźne mają poważne znaczenie ekonomiczne i militarne. Na przykład, w roku 1994 z powodu epidemii dżumy Indie straciły 45.000 turystów. Konflikty zbrojne prowadzą nie tylko do wyniszczenia ludności, głodu, przymusowych migracji, ale również wpływają destrukcyjnie na lokalne systemy ochrony zdrowia. Bioterroryzm jest stale poważnym zagrożeniem międzynarodowym. Do pierwszej kategorii potencjalnych patogenów, które mogą być użyte w tym celu, należą zarazki wąglika, tularemii, dżumy, botulizmu, ospy prawdziwej oraz wielu gorączek krwotocznych, np. wywołanych przez wirus Ebolę (Dr G. Ippolito, Rzym). Ochrona środowiska naturalnego ma duże znaczenie w szerzeniu się chorób zakaźnych. Ocenia się, że narastająca liczba przypadków przewlekłej obstrukcyjnej pneumopatii ma w 40% swe źródło w czynnikach środowiskowych. Najbardziej wrażliwe na choroby związane ze zmianą środowiska są dzieci. Aż 26% z nich nie przeżywa 5 roku życia z powodu malarii, biegunki i zakażeń układu oddechowego. Światowa Organizacja Zdrowia obliczyła, że ogólne korzyści z ochrony zdrowia 8-krotnie przewyższająby nakłady, jakie w tym kierunku byłyby poczynione. Ta uwaga adresowana jest do polityków i ekonomistów (dr F. A. Aranibar, WHO Genewa).

Druga sesja konferencji dotyczy bardziej tradycji i doświadczeń Kościoła w nawiązaniu do chorób zakaźnych. W artykule wieloletniego A. Gianto z Papieskiej Biblioteki w Rzymie zwraca się uwagę na dwie sprawy. Pierwsza mówi o tym, że często to, co w Biblii uważano za trąd (tsara'at) nie było trądem, a zakażeniem grzybiczym lub psoriasis; grecka nazwa trądu w dzisiejszym znaczeniu była wprowadzona przez Jana z Damaszku w VIII wieku n.e. Druga uwaga mówi o tym, że w Starym Testamencie w centralnym miejscu relacji Stwórcy do Jego ludu był obraz Boga-uzdrowiciela. W Biblii podano wiele przykładów plag w ówczesnym zrozumieniu i na tym tle obrazowano współczucie Boga dla Jego ludu. Artykuł o Ojcach Kościoła wobec chorób zakaźnych jest pełen interesujących szczegółów, podkreślających rolę Kościoła w opiece nad trędowatymi i cierpiącymi na inne choroby w czasach starożytnych i średniowiecznych (prof. G. Marasco, Viterbo). „Czarna śmierć” w VI, a zwłaszcza w XIV wieku, powodująca wymarcie 1/3 części Europejczyków i rujnująca porządek prawny, ekonomiczny i etyczny, nie mogła nie wywrzeć wpływu na historię Kościoła. Pandemia uznawana była za karę boską za zepsucie obyczajów, ale sama w niemałym stopniu przyczyniła się do upadku moralności, podkreślając niepewność jutra. Z drugiej strony, pandemia była też wstępem do poszukiwania nowych humanistycznych idei, prowadzących w przy-



szłości do myśli epoki renesansu. W Kościele mnożyły się przykłady porzucania wygod życia dla pokuty i służby humanitarnej („devotio moderna”). Był to okres powstawania wielu zakonów, fundacji i szpitali, wzbogacających działalność Kościoła. Powstali wówczas między innymi fatebenefratelli – bracia bonifratrzy („Fate, bene fratelli! – Czyń dobrze, bracie”). Niezależnie od nawracania na siłę, stosowanego przez konkwistadorów, na zdobywanym terytorium Ameryk powstawało wiele instytucji humanitarnych. Pewną ceną za „odkrycie” kontynentu amerykańskiego była wzajemna wymiana chorobotwórczych patogenów między populacjami Europy i Ameryk, m.in. ospy prawdziwej, odry i kiły. Czasy epidemii i nieustających wojen były też w Kościele czasami wielu heroicznych postaw w służbie ludzi uciesnionych i pokrzywdzonych. Przykłady takich postaw zdarzają się rów-

niez dzisiaj, ostatnio np. w Ugandzie o. Giuseppe Ambrosoli, misjonarz kamboński, zginął ocalając 500 pacjentów szpitala misyjnego w Kalongo, podobnie jak misjonarze katolicy (lekarz i siostra zakonna) opiekujący się chorymi na gorączkę krwotoczną Ebolę w Gulu (Uganda).

Pandemia HIV/AIDS stawia przed Kościołem, Jego wyznawcami i misjonarzami nowe trudne wyzwania. W ostatnich latach sprawy zdrowia stały się tematem kilku konferencji afrykańskich episkopatów, które dostrzegły konieczność organizacyjnego wzmocnienia instytucji misyjnych służących ochronie zdrowia. Misterium cierpienia i potrzeba pomocy chorym przewija się poprzez całą historię Kościoła. Według listu pasterskiego Ojca Świętego Jana Pawła II, *Salvifici doloris*, cierpienie ma dwa wymiary: nadnaturalny silnie związany z cierpieniem Zbawiciela i czysto ludzki, gdyż w cierpieniu człowiek odkrywa siebie, swoje człowieczeństwo, swoją godność i misję, jaką ma spełniać (prof. F. Gonzales Fernandez, konsultant Kongregacji Ewangelizacji Narodów, Watykan).

Watykański teolog Wojciech Giertych przedstawia związek wiary, działalności charytatywnej i chorób zakaźnych. Ojciec P. P. Fernando z Papieskiej Rady ds. Zdrowia przytacza świadectwo 35 świętych, którzy poświęcili się opiece chorych zakaźnych. Są wśród nich Polacy: Ojciec Jan Beyzym, misjonarz z Madagaskaru, zmarły w roku 1912 i beatyfikowany w roku 2002 oraz beatyfikowany w 1999 roku ksiądz Stefan Wincenty Frelichowski z Torunia, który zmarł w Dachau 23 lutego 1945 roku opiekując się współwięźniami chorymi na dur. W naszej pamięci niewątpliwie znajdziemy inne przykłady ryzykowania życiem opieki nad chorymi. Mgr. T. Anatrella, psychoanalityk z Papieskiej Rady ds. Zdrowia opracował obszerne studium na temat związanych z epidemiami dwóch przeciwstawnych reakcji: zbiorowego strachu i chrześcijańskiej nadziei.

Druga część konferencji, poświęcona ustosunkowaniu się uczestników do aktualnych zagadnień związanych z chorobami zakaźnymi będzie podana w następnym numerze *MMPolonia*.

Streścił i tłumaczył:  
prof. Zbigniew Pawłowski

# Posługa lecznicza Kościoła

Pierwszy numer „*Dolentium Hominum*” w roku 2007 (rok 22; nr 64) poświęcony jest chorobom zakaźnym. Były one tematem 21. konferencji, organizowanej przez Papieską Radę ds. Zdrowia w Watykanie w dniach 23-25 listopada 2006 roku. Na 168 stronach tego dokumentu zawartych jest 36 artykułów na najważniejsze i aktualne tematy związane z posługą leczniczą w zakresie chorób zakaźnych. Każdy, kogo interesuje ta problematyka, powinien zajrzeć do tegoż numeru „*Dolentium Hominum*”. Kwartalnik ten jest dostępny w Bibliotece Głównej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Parkowa 2, [bg@amp.edu.pl](mailto:bg@amp.edu.pl)

Zeszyt otwiera posłanie Ojca Świętego Benedykta XVI wskazujące na dwie więzi chrześcijańskiej posługi leczniczej, które są szczególnie silnie związane z zakaźnictwem. Z zasady lekarz i pielęgniarka nie odmawiają kontaktu z chorym zakaźnie, czy jest to trąd, dżuma, gruźlica, AIDS czy zarażenie wirusem Ebola, mimo że może on stanowić niekiedy dla nich bezpośrednie zagrożenia życia. Bliski kontakt z każdą osobą chorą jest podstawowym warunkiem chrześcijańskiej posługi leczniczej. Drugą więzią jest powiązanie chorób zakaźnych z różnymi aspektami życia publicznego, gdzie chodzi o zapobieganie szerzeniu się tych chorób w społeczności bez jakiegokolwiek socjalnej dyskryminacji. Oferowanie pomocy bez względu na wiek, płeć, religię, wykształcenie, zamożność, jest zasadą chrześcijańskiego posłannictwa.

Kardynał Javier Lozano Barragan, przewodniczący Papieskiej Rady ds. Zdrowia, we wprowadzeniu do konferencji podkreśla znaczenie, jakie nadal mają dzisiaj choroby zakaźne, zwłaszcza te, które grożą epidemiami, jak np. SARS, HIV, Ebola, ptasia grypa. Ustosunkowanie się do nich w ujęciu pastoralnym jest bardzo na czasie, gdyż niektóre pandemie (na przykład HIV) mają, a inne mogą mieć, katastrofalny wpływ na społeczeństwa. Poznawanie zagrożeń i zabezpieczenia przed nimi należą do podstawowych obowiązków ludzi nauki i pracowników ochrony zdrowia. Mamy już za sobą lata „iluzji” (1940-1970), kiedy wydawało się, że choroby zakaźne nie będą stanowić większego problemu. Po tym okresie, wraz ze wzrostem nowych zakażeń, nastąpił okres sceptycyzmu i obaw odnośnie roli patogennych mikroorganizmów.

W czasach biblijnych wraz z pojęciem choroby zakaźnej wiązały się nierozzerwalnie dwa inne: nieczystość i marginalizacja. Choroba wywoływała bowiem gwałtowną reakcję: nazwanie osoby chorej zakaźnie nieczystą i odsunięcie jej na margines społeczeństwa. W czasie głoszenia dobrej nowiny obydwie te reakcje uznane zostały za niestosowne i zaproponowano zastąpić je poczuciem solidarności z chorym i jego nieszczęściem. Solidarność wobec osoby nieszczęśliwej lub odrzuconej jest wyrazem miłości chrześcijańskiej, praktycznie nie mającej granic. Obecnie chrześcijańska solidarność może wyrażać się w różny sposób: poprzez prowadzenie badań naukowych nie tylko prowokowanych prawami rynku, poprzez dbałość o środowisko człowieka niezależnie od profitów ekonomicznych, poprzez wykorzystywanie osiągnięć technicznych dla ochrony zdrowia, szerzenie podstawowych zasad higieny, odpowiednią edukację zawodową oraz pomoc religijną udzielaną chorym.

Kolejne wykłady pierwszej sesji konferencji omawiają aspekty historyczne chorób zakaźnych, choroby zakaźne dzisiaj, aktualne czynniki odpowiedzialne za szerzenie się chorób zakaźnych. Na uwagę zasługuje wzmianka, że w czasach przedchrześcijańskich lekarz praktykujący indywidualnie miał często mentalność kupca i rozróżniał pacjentów na bogatych i biednych. Dopiero po wprowadzeniu chrześcijaństwa opieka medyczna została zinstytucjonizowana (hospicja, zakony) i rozszerzona nie tylko na cho-

rych, ale również na biednych, wdowy, sieroty oraz pielgrzymów; chory jednakże miał pierwszeństwo, gdyż personifikował Chrystusa cierpiącego. Szpitale były fundowane przez osoby zamożne jako część kontraktu socjalnego między bogatą i niezamożną częścią społeczności. Pierwsza specjalizacja szpitali, np. dla syfilityków lub pacjentów „gorączkujących”, miała miejsce w XVI wieku, ale szpitale „zakaźne” – zwykle na peryferiach – powstawały dopiero pod koniec XIX wieku w miarę rozwoju nauk mikrobiologicznych i narastającego znaczenia higieny (Dr A. C. Panchon, Salamanca). Przyczyny „nowych” patogenów lub „nawrotu” dawniej znanych chorób wymienia Dr N. Petrosillo z Rzymu.

Złożone procesy globalizacji wywierają zarówno pozytywne, jak i negatywny efekt na szerzenie się chorób zakaźnych, głównie poprzez erozję wielu granic ekologicznych, biologicznych i socjalnych, nie mówiąc o politycznych. W krajach rozwiniętych, w których choroby zakaźne już nie odgrywają poważniejszej roli, rośnie obawa przed pandepidemiami chorób zakaźnych i dociera przekonanie, że rozwój krajów biednych w niemałej mierze zależy od stanu zdrowia i edukacji ich obywateli. Przykładem krajów, które zyskały na globalizacji są Chiny, Indie i Wietnam. Pozostaje pytanie, czy solidarność międzynarodowa w dostateczny sposób pomoże innym krajom skorzystać z procesów globalizacji (Dr M. C. Raviglione, WHO, Genewa).

Wielokrotnie, gdy nie zasłaniaamy ust kaszląc, nie myjemy rąk przed jedzeniem, czy rezygnujemy ze szczepień, przekraczamy ważną zasadę naszej współodpowiedzialności za zdrowie innych i, jako dzieci jednego Ojca, wyłączamy się ze społeczności opartej na wzajemnym poszanowaniu. Nasze nieodpowiednie zachowania niszczą, podobnie jak pogoń za pieniądzem i władzą, nasze ludzkie stosunki oparte na wzajemnym poszanowaniu godności i zgodnym współżyciu. Na arenie międzynarodowej dbałość o zdrowie znalazła swój wyraz w powołaniu w roku 1902 Pan-American Health Office, w roku 1907 – International Office of Public Hygiene i w roku 1948 – Światowej Organizacji Zdrowia. Nie zwalnia nas to z odpowiedzialności za sprawy zdrowia w sferze indywidualnej i na terenie społeczności, w której żyjemy. W zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym dotyczy to zwłaszcza ochrony utrzymywania na odpowiednim poziomie naszej odporności, właściwego odżywiania, ograniczania kontaktu z patogenami. Millenium Developmental Goals, przyjęte przez narody Zjednoczone w roku 2000, wytyczają na najbliższe dziesiątki lat działania w kierunku likwidacji głodu oraz poprawy stanu zdrowia i edukacji w świecie (prof. P.A. Reyes Lopez, Meksyk).

„Jednym z problemów ochrony zdrowia jest migracja ludności; dość wspomnieć, że w roku 2005 do Włoch przybyły 3.000.000 imigrantów 200 narodowości. Wymagają oni od nas między innymi znajomości języka, osobowości i patologii chorób dla nas niecodziennych oraz zabezpieczenia imigrantom opieki nie tylko zdrowotnej” (Dr R. Colasanti, Rzym). Zachodzące w świecie nowe

(dokończenie na str. 15)