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

LUTY-CZERWIEC 2008
NR 24/25 (ROK VIII)

Redakcja *Medicus Mundi Polonia* przekazuje nowy numer kwartalnika. Jest on poświęcony głównie sprawom bieżącym: wiadomościom z Fundacji, z ośrodka zdrowia Fundacji w Kiabakari, Tanzania oraz informacjom z Medicus Mundi International i działalności Światowej Organizacji Zdrowia, która w tym roku obchodziła 60 lecie swojego istnienia. Przedstawiamy Ojców Salezjanów w krótkim artykule o ich wolontariacie misyjnym. Z myślą o zbliżającym się dorocznym kursie na temat opieki zdrowotnej w tropiku (lipiec 2008) przygotowaliśmy kilka artykułów szkoleniowych m.in. o podstawowych lekach, szkoleniu personelu medycznego i oczywiście o malarii (zwalczanie malarii w Tanzanii, postępy w rozpoznawaniu laboratoryjnym malarii, różnicowanie malarii i bakteriemii). Kontynuujemy działy „w kilku zdaniach", „kafejka internetowa" i „posługa lecznicza kościoła".

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 pocztą kosztują Fundację 5 zł. od każdego numeru. Ostatnio przygotowaliśmy dysk CD ze wszystkimi dotąd wydanymi artykułami drukowanymi w *MMPolonia*, też w ujęciu tematycznym: choroby pasożytnicze, bakteryjne, wirusowe, podspecjalności „tropikalne", pierwsza pomoc, działalność niektórych organizacji pozarządowych i liczne adresy internetowe. Osoby zainteresowane posiadaniem dysku proszone są o kontakt z Fundacją. Tutaj podobnie jak w przypadku poszczególnych numerów *MMPolonia* nie wyznaczamy ceny dysku, którego produkcja kosztuje około 5 zł. Dla tych osób, które poczuwają się do finansowego wspomożenia Fundacji, jej konto jest podane w stopce na stronie drugiej. Obniżając doroczny koszt wydawania *MMPolonia* następny podwójny numer kwartalnika wydamy w grudniu 2008.

W numerze:

AKTUALNOŚCI:
Z Fundacji „Redemptoris Missio"
Podsumowanie działalności w roku 2007 2
MMP na dysku CD 3
W krainie bananów 4
Z Medicus Mundi International
60 lat Światowej Organizacji Zdrowia 5
WHO – Chronologia najważniejszych wydarzeń w sferze zdrowia publicznego 5
Przesłanie Margaret Chan dyrektora WHO 7
Wolontariat Misyjny OO. Salezjanów 8
Kurs HCT 8

60 LAT WHO
MALARIA

MALARIA
Zwalczanie malarii w Tanzanii 9
Porównanie wartości diagnostycznej badań... 10
Różnicowanie malarii u dzieci w Afryce 11
ABCD dłużej stosowanej chemioprofilaktyki malarii 13
Leki podstawowe, essential drugs 15
Kafejka internetowa 17
VARIA – W kilku zdaniach 19
Posługa lecznicza Kościoła 20

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. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

PODSUMOWANIE DZIAŁALNOŚCI W ROKU 2007

Rok 2007 to 16. rok działania Fundacji, rok, w którym udało się doprowadzić do końca realizację wieloletniego projektu, a zarazem największego przedsięwzięcia – dokończenia budowy i wyposażenia centrum zdrowia w Kiabakari. Poza tym działalność biegła zwyczajnym torem, wyznaczonym przez statut Fundacji takich jak: pomoc misyjnym ośrodkom medycznym w postaci wysyłki paczek i transportów ze środkami medycznymi oraz bezpośrednia praca wolontariuszy w tychże ośrodkach; organizacja kursów medycyny tropikalnej dla misjonarzy i innych osób przygotowujących się do pracy w krajach rozwijających się oraz działalność propagująca dokonania polskich misjonarzy i wolontariuszy. Dziękując za wsparcie sympatykom i wolontariuszom, którzy nierzadko wykonują potrzebną pracę na miejscu w tropiku, zapraszam do zapoznania się ze sprawozdaniem z działalności Fundacji w minionym roku.

W roku 2007 do Zarządu Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" dołączyły dwie osoby łącznie. W działalność Fundacji zaangażowanych było systematycznie czterdziestu pięciu wolontariuszy, którzy wnieśli wkład ponad 1500 godzin pracy.

Podczas całego roku zorganizowano pomoc humanitarną dla medycznych ośrodków misyjnych w postaci środków opatrunkowych, materiałów jednorazowego użytku, leków oraz pomoc finansową. Do najważniejszych przedsięwzięć można zaliczyć:

- Wysyłkę 83 paczek do blisko pięćdziesięciu ośrodków misyjnych w dziewięciu krajach (Boliwia, Jamajka, Kamerun, Kenia, R. D. Kongo, Papua Nowa Gwinea, Senegal, Tanzania, Uganda).
- Przekazanie darowizny w postaci lekarstw dla medycznych ośrodków na Białorusi prowadzonych przez Ojców Oblatów (4 pakiety) oraz Siostry Salezjanki (1 pakiet).
- Transport leków dla Caritas w Astanie (Kazachstan) zorganizowany we współpracy ze Stowarzyszeniem „Wspólnota Polska" i Kancelarią Prezydenta Rzeczpospolitej Polskiej.
- Przekazanie dwóch detektorów płodu dla porodówki w Garoua-Boulai w Kamerunie.
- Pomoc finansowa dla założonego przez o. Jacka Rejmana SVD domu dziecka w Matebes (Tanzania), w którym przebywają dzieci matek osadzonych w pobliskim więzieniu.

W roku 2007 zorganizowano pomoc personalną dla misyjnych ośrodków medycznych prowadzonych przez polskich misjonarzy. W medycznych projektach pracowali:

- lek. med. Gabriela Majkut – Tanzania (koordynator projektu dokończenia budowy i wyposażenia centrum zdrowia w Kiabakari),
- lek. med. Jakub Kowalczyk – Tanzania (koordynator medyczny projektu uruchomienia centrum zdrowia w Kiabakari),
- mgr inż. Barbara Szaniecka i mgr ekon. Aleksander Szaniecki – Tanzania (początkowo personel administracyjny dla projektu w Kiabakari, następnie ośrodek w Kowak),
- dr n. med. Zbigniew Choma, położnik – Kamerun (projekt prowadzony we współpracy ze Stowarzyszeniem „Lekarze Nadziei" z Krakowa w porodówce w Garoua-Boulai),
- lek. med. Agnieszka Łuczak – Kamerun (praca w porodówce w Garoua-Boulai),
- studenci Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu: Nina Krysiak, Piotr Zawieja – Uganda (misyjny ośrodek medyczny w Rushooka). Osoby te aktywnie włączały się w działalność Fundacji także po przyjeździe z tropiku.

Po wieloletnich staraniach centrum zdrowia w Kiabakari, stanowiące priorytet działań Zarządu Fundacji, stało się miejscem w pełni funkcjonującym. W grudniu 2007 zakończono projekt pt. „Dokończenie budowy i wyposażenie centrum

→

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

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

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. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192, 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.

Medicus Mundi Polonia (2001-2008) na dysku CD

W ostatnim czasie został przygotowany dysk CD ze wszystkimi dotąd wydanymi artykułami drukowanymi w *MMPolonia*, też w ujęciu tematycznym: choroby pasożytnicze, bakteryjne, wirusowe, podspecjalności „tropikalne", pierwsza pomoc, działalność niektórych organizacji pozarządowych i liczne adresy internetowe. Osoby zainteresowane posiadaniem dysku proszone są o kontakt z Fundacją.

zdrowia w Kiabakari", na który w połowie roku pozyskano dotację z Ministerstwa Spraw Zagranicznych w wysokości 488.896,00 zł. Prace przebiegły zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik do umowy z MSZ.

Personel pracujący w Polsce rozliczył projekt i przedstawił stosowne sprawozdanie merytoryczne i finansowe w Departamencie Współpracy Rozwojowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych. W związku z galopującą inflacją i wzrostem cen ropy naftowej, stymulujące wzrost cen w Tanzanii, przekroczono niektóre pozycje w budżecie projektu o dozwolony umową margines procentowy. W 2007 roku Fundacja przeznaczyła na potrzeby prowadzenia projektu 91.056,95 zł, w tym 35.712,15 zł finansowego wkładu własnego (po podpisaniu umowy z MSZ). Dodatkowo pozyskano leki i środki opatrunkowe od Action Medeor o wartości 17.999,95 zł.

W ścisłej współpracy z Katedrą i Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zorganizowano 9. edycję kursu „Podstawowa opieka zdrowotna w tropiku" oraz medyczne seminaria w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie dla misjonarzy przygotowujących się do wyjazdów lub przebywających na urlopach w Polsce. Programem objęto 50 osób przygotowujących się do pracy w krajach rozwijających się.

Zarząd dbał także o propagowanie wiedzy o misjach i uaktywnianie młodzieży akademickiej do pomocy potrzebującym w krajach rozwijających się. Podjęto szereg inicjatyw, z których najważniejsze to:

- Koncert charytatywny w Auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w dniu 13 lutego 2007.
- W roku 2007 wolontariusze i pracownicy Fundacji przygotowali 19. audycji z cyklu „Misyjny Atlas Świata" emitowanych na antenie Radia EMAUS i dodatkowo 2. audycje z okazji Niedzieli Misyjnej.
- Wolontariusze i pracownicy przeprowadzili ponad dwadzieścia pięć spotkań z młodzieżą i sympatykami – włączając się w Misyjny Kongres Dzieci, Dni Kultury Chrześcijańskiej w Lubaszu, Zjazd Delegatów IFMSA (Międzynarodowej Federacji Studentów Medycyny), Przegląd Filmów Afrykańskich „Afrykamery" – łącznie obejmując grupę odbiorców sięgającą blisko 3 tys. osób.
- Przygotowano 6 wystaw fotograficznych na terenie całej Wielkopolski.
- Podczas trwania roku akademickiego w trzecie czwartki 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.).
- Wydano 2 numery Biuletynu Informacyjnego „Raport", oraz jeden zeszyt „Medicus Mundi Polonia".
- Dofinansowano reprint „Jednodniówki ku uczczeniu Międzynarodowego Akademickiego Kongresu Misyjnego w Poznaniu" (28.09-2.10.1927 rok) przygotowany przez Wydział Teologiczny UAM.

Zarząd podjął współpracę z partnerami z Medicus Mundi International w ramach projektów finansowanych przez Komisję Europejską:

- Projekt pt. „Action to raise public awareness of development issues in Europe". Realizacja projektu przypada na lata 2007-2008.
- Projekt pt. „Mobilising against malaria: a campaign to raise public awareness for malaria in Germany, Italy, Poland and Spain" finansowany przez Komisję Europejską. Realizacja projektu przypada na lata 2008-2009.

W październiku 2007 r. Fundacja stała się uczestnikiem projektu „Equal Opportunities for Health: Action for Development", koordynowanego przez padewskie Medici con L'Africa CUAMM, a finansowanego przez Unię Europejską. Pozostałymi partnerami projektu są przede wszystkim instytuty i katedry zdrowia publicznego, medycyny tropikalnej i pokrewnych nauk uniwersytetów w Bolonii, Florencji, Catanii, Padwie, Turynie, Milano i Trieście (Włochy), Leeds (UK), Anvers (Belgia) i Nkozi (Uganda), a także MEDEOR i Italian Observatory on Global Health.

Celem projektu jest promocja i ujednolicenie kursów przeddyplomowych w zakresie „global health" i „health equity", a także podniesienie jakości kształcenia w tym zakresie i zwiększenie świadomości znaczenia „global health" wśród towarzystw lekarskich i wśród osób zarządzających opieką zdrowotną.

Rok 2008 jest czasem kolejnych wyzwań i wiele już się wydarzyło. Zapraszam do wspierania i śledzenia naszej działalności. O podjętych wyzwaniach będziemy informowali w kolejnych sprawozdaniach.

mgr Mateusz Cofta
Prezes Fundacji

W krainie bananów

Od Redakcji: Piotr Zawieja, autor niniejszego tekstu, wraz z Niną Krysiak spędzili swoje praktyki pomocy medycznej w Ugandzie. Oboje są studentami Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i wolontariuszami Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio".

Dnia 17 lipca 2007 rozpoczęła się największa przygoda mojego życia, a zarazem zaczęło spełniać się jedno z moich marzeń... Afryka!!!!

Razem z Niną Krysiak tego dnia polecieliśmy do Ugandy, by odbyć tam swoją wakacyjną praktykę medyczną. Ponieważ nasz samolot miał kilka godzin opóźnienia, wylądowaliśmy w Entebbe (jedynym lotnisku Ugandy) około 1:00 w nocy i tu... Afryka przywitała nas „chmurą komarów", które bzykały nad naszymi głowami niczym jakaś orkiestra.

Pierwszą noc spędziliśmy w Kampali, a nazajutrz wyruszyliśmy w drogę do Rushooki, naszego celu podróży, oddalonej od stolicy Ugandy blisko 400 km. To niewielka wioska położona w górach w południowo-zachodniej części kraju. Od 1998 roku zaczęły w Rushooka swoją pracę siostry ze zgromadzenia Córek Bożej Miłości, które prowadzą tam między innymi ośrodek zdrowia, centrum edukacji dla kobiet oraz miejscowy młyn. Swoją misje prowadzą tam również Franciszkanie.

Naszą pracę w ośrodku zdrowia zaczynaliśmy codziennie od godziny 9, i – z przerwą na obiad – kończyliśmy ją przeważnie około godz. 17. Dziennie przyjmowaliśmy średnio 60 pacjentów, choć zdarzały się dni, jak np. wtorki, w których kończyliśmy pracę później, ponieważ pacjentów było więcej niż zwykle. Tego dnia bowiem w wiosce odbywał się targ i ludność z okolicznych miejscowości przychodziła, by „upiec dwie pieczenie na jednym ogniu". Rano szli na targowisko sprzedać np. banany, fasole lub ręcznie robione z traw maty czy koszyczki, a popołudniu przychodzili do dyspensarium podleczyć swoje zdrowie.

Oczywiście bariera językowa (język plemienia Banyankore to runyankore) była dla nas nie do przejścia. Mimo że językiem urzędowym jest język angielski, na wiosce mało kto umie się nim porozumieć. Stąd też naszym nierozłącznym przyjacielem w dyspensarium był tłumacz.

Muszę przyznać, że ośrodek zdrowia prowadzony przez siostry zaskoczył mnie, bo jak na afrykańskie warunki funkcjonował bardzo dobrze.

Znajdują się tam 2 pomieszczenia, w których przyjmuje się pacjentów, jest też laboratorium, pokój zabiegowy. Pracy było sporo: wypadki komunikacyjne, głównie na rowerach i motorach, ofiary pogryzień przez psy oraz ofiary... przemocy w rodzinie (niestety te ostatnie zdarzały się dość często). W budynku dyspensarium jest również mała apteka, w której od razu wydawane są pacjentom odpowiednie leki. Oczywiście za wszystkie leki każdy pacjent musiał płacić (często niewielką sumę np. równowartość jednej butelki ugandyjskiego piwa...), bo to jedyna droga, by nauczyć miejscowych pewnej odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Praca w Rushooka nie zamykała się tylko w ścianach dyspensarium. Dwa razy w miesiącu organizowane były wyjazdy do pobliskich wiosek, by szczepić dzieciaki oraz tzw. „wizyty domowe", w czasie których doradzaliśmy mieszkańcom, w jaki sposób bardziej dbać o zdrowie. Odwiedzaliśmy też szkoły podstawowe, by każdemu dziecku dać leki przeciwrobacze, gdyż pasożyty przewodu pokarmowego, popularnie zwane tam „enjoka," czyli „wąż brzuszny", są tam nadal powszechne.

Ogólnie zestawiając, najczęstsze choroby, z którymi się tam zetknęliśmy to malaria oraz choroby przenoszone drogą kontaktów seksualnych (niestety również u kilkunastoletnich dzieci). Od miesiąca w ośrodku w Rushooka ruszył również specjalny program walki z AIDS. W każdą środę można zbadać się na nosicielstwo virusa HIV – jak pokazał pierwszy miesiąc – zainteresowanie jest duże.

Uganda to bardzo ciekawy kraj. Bogaty i różnorodny, jeżeli chodzi o warunki klimatyczne. Są miejsca jak Rushooka, gdzie każdy dom w zasadzie stoi pośrodku plantacji bananów, jednak gdy pojedzie się na północ, krajobraz zmienia się zupełnie. Tam rozciąga się już typowa afrykańska sawanna.

Ludzie w Ugandzie to naprawdę otwarta społeczność. Obdarzają człowieka sympatycznym uśmiechem, gdy tylko pozdrowi się ich miejscowym „agandi", co znaczy „jak się masz?". Potrafią również okazać wdzięczność za wszelaką pomoc, którą dostają. Wielu z nich prosiło mnie, bym bardzo podziękował wszystkim osobom niosącym pomoc takim ośrodkom jak ów w Rushooka. Pozwólcie więc, że posłużę się ich słowami: „Webare munonga!" – dziękujemy!

Piotr Zawieja

Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

W styczniu 2008 nastąpiły radykalne zmiany w sekretariacie MMI poprzez przeniesienie go do Bazylei. Prezydentem MMI pozostaje Guus Eskens, natomiast obowiązki sekretarza przejął Thomas Schwarz. Dzięki jego staraniom już widoczne są korzystne zmiany w działalności MMI; w szczególności w zakresie informacji i współpracy poszczególnych oddziałów MMI; została również rozszerzona współpraca MMI z innymi partnerami zainteresowanymi ochroną zdrowia.

W maju 2008 odbyło się pod Genewą doroczne walne zgromadzenie MMI i posiedzenie zarządu. W walnym zgromadzeniu MMI brał udział prezes Fundacji mgr Mateusz Cofta. Na dorocznym zgromadzeniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHA 61) w Genewie MMI zorganizowało sesję nt. kontraktowania usług w zakresie ochrony zdrowia. MMI było też obecne na Global Forum Towards Global Access to Health, organizowanym przez Uniwersytet Genewski; w tej konferencji, która drogą satelitarna była współorganizowana w Global Health Forum w Waszyngtonie, brał udział prof. Zbigniew Pawłowski. Szersze sprawozdanie z ww posiedzeń przedstawimy w następnym MMPolonia.

prof. Zbigniew Pawłowski

60 LAT ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

Dnia 7 kwietnia 2008 minęła 60 rocznica powołania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). W konstytucji WHO główne cele nowo powołanej do życia organizacji były określone bardzo ogólnie: „osiągniecie przez wszystkich ludzi możliwie najwyższego poziomu zdrowia".

Załączona poniżej chronologia najważniejszych wydarzeń w historii WHO, otrzymana dzięki uprzejmości Krajowego Biura WHO w Polsce, mówi o tym ile z zakresie ochrony zdrowia dokonano. Wiele pozostaje jeszcze do zrobienia, aby osiągnąć ten szczytny cel wytyczony w roku 1948.

Jednym z największych osiągnięć WHO w ciągu minionych lat jest przekonanie międzynarodowych, krajowych i pozarządowych instytucji, że ochrona zdrowia jest sprawą wszystkich ludzi i każdego z nas z osobna i nie może odpowiadać za nią tylko jedna organizacja. Powstał program Millenium Developmental Goals (2000-2015), pozyskano ogromne fundusze pozabudżetowe dla ochrony zdrowia w świecie i co może jest najważniejsze to znacznie wzrosło przekonanie szerokiej opinii społecznej, że zdrowie, własne i cudze, należy cenić. W roku 2007 pod kierownictwem Dr Margaret Chan, obecnego dyrektora generalnego WHO, opracowano 6-punktowy program działania. Obejmuje on:

1. promocję rozwoju
2. wzmacnianie bezpieczeństwa zdrowotnego
3. wzmacnianie systemów ochrony zdrowia
4. wykorzystywanie badań, informacji i dowodów naukowych
5. poszerzenie współpracy partnerskiej, oraz
6. poprawę wyników działania.

W dniu 8 kwietnia 2008 odbyło się w Warszawie uroczyste spotkanie obecnych i byłych pracowników WHO, na którym życzono Organizacji wszelkiej dalszej pomyślności. Z okazji okrągłej rocznicy również Redakcja Medicus Mundi Polonia składa na ręce Krajowego Biura Światowej Organizacji Zdrowia najserdeczniejsze życzenia.

prof. Zbigniew Pawłowski
redaktor Medicus Mundi Polonia
były pracownik WHO
i nadal ekspert tej Organizacji

60 LAT WHO: CHRONOLOGIA NAJWAŻNIEJSZYCH WYDARZEŃ W SFERZE ZDROWIA PUBLICZNEGO

Światowa Organizacja Zdrowia obchodzi w 2008 r. 60 rocznicę istnienia. Poniższa chronologia opisuje historię WHO i jej osiągnięcia w zakresie zdrowia publicznego w ciągu ostatnich 60 lat.

1945: Konferencja Narodów Zjednoczonych w San Francisco jednogłośnie zatwierdza utworzenie nowej, autonomicznej międzynarodowej organizacji zdrowia.

1946: Międzynarodowa Konferencja Zdrowia w Nowym Jorku ratyfikuje Konstytucję Światowej Organizacji Zdrowia.

1947: Powołanie służby informacji epidemiologicznej – automatycznej usługi odpowiedzi telefaksowej pozwalającej na śledzenie informacji na temat chorób wymienionych w Międzynarodowych Przepisach Sanitarnych (których nazwę zmieniono później na Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne) i innych chorób zakaźnych o znaczeniu międzynarodowym.

1948: Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia wchodzi w życie w dniu 7 kwietnia.

1948: Opublikowanie międzynarodowej klasyfikacji chorób, globalnego standardu zgłaszania i klasyfikowania chorób, problemów zdrowotnych i zewnętrznych przyczyn schorzeń i obrażeń.

1948: Dr Brock Chisholm z Kanady zostaje wybrany pierwszym Dyrektorem Generalnym Światowej Organizacji Zdrowia.

1950: Światowe Zgromadzenie Zdrowia ogłasza 7 kwietnia Światowym Dniem Zdrowia.

1950: Rozpoczynają się masowe szczepienia szczepionką BCG, chroniące dzieci przed gruźlicą.

(ciąg dalszy na str. 6-7)

60 LAT WHO: CHRONOLOGIA NAJWAŻNIEJSZYCH WYDARZEŃ W SFERZE ZDROWIA PUBLICZNEGO

(dokończenie ze str. 5)

1952: Wprowadzenie globalnego programu zwalczania malinicy we współpracy z UNICEF. Dzięki programowi poddano leczeniu 300 milionów osób w 50 krajach, zmniejszając globalny poziom zachorowań o ponad 95%.

1953: Dr Marcolino Gomes Candau z Brazylii zostaje wybrany drugim Dyrektorem Generalnym Światowej Organizacji Zdrowia.

1955: Wprowadzenie programu eradykacji malarii. Jego cel został zmodyfikowany w 1969 r. Programy eradykacji były kolejno przekształcane w programy kontroli.

1958: Światowe Zgromadzenie Zdrowia wprowadza program eradykacji ospy.

1963: Licencja na doustną szczepionkę przeciwko poliomyelitis. Wykazano, że szczepionka powstrzymuje przenoszenie się dzikiego wirusa polio.

1965: Publikacja pierwszego raportu na temat cukrzycy. Do roku 2000 na chorobę tę chorowało 171 milionów ludzi na całym świecie i ta liczba prawdopodobnie zwiększy się przynajmniej do 366 milionów do roku 2030.

1966: Inauguracja siedziby Światowej Organizacji Zdrowia.

1969: Międzynarodowe Przepisy Sanitarne, zatwierdzone w 1951 r., otrzymują nazwę Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne i obejmują w szczególności cholerę, dżumę, ospę i żółtą gorączkę.

1972: Aby zapewnić powszechność stosowania szczepionki przeciwko poliomyelitis, jej wynalazca, doktor Albert Sabin przekazuje prawa do szczepionki Światowej Organizacji Zdrowia.

1973: Dr Halfdan T. Mahler z Danii zostaje wybrany trzecim Dyrektorem Generalnym Światowej Organizacji Zdrowia.

1974: Wprowadzenie rozszerzonego programu szczepień. Szczepienia pozwalają dziś uratować 2,5 mln dzieci rocznie.

1974: Wprowadzenie programu kontroli onchocerkozy we współpracy z Bankiem Światowym, Programem Rozwojowym Narodów Zjednoczonych i Organizacji Narodów Zjednoczonych do Spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO).

1975: Stworzenie Specjalnego Programu Badań i Szkolenia w Dziedzinie Chorób Tropikalnych, aby pomóc w koordynacji, wspierać i wpływać na światowe wysiłki mające na celu zwalczanie chorób zakaźnych, które w nieproporcjonalnym stopniu dotykają populacje biedne i marginalizowane.

1976: Wirus Ebola zostaje po raz pierwszy zidentyfikowany w Zachodniej Prowincji Równikowej w Sudanie i w Zairze (obecnie znanym jako Republika Demokratyczna Konga).

1977: Opublikowanie pierwszej listy leków podstawowych. Dziś lista liczy ponad 340 leków, które pomagają w przypadku najważniejszych schorzeń globalnych, jak malaria, HIV/AIDS, gruźlica, schorzenia związane z rozrodczością i w coraz większym stopniu schorzenia przewlekłe, jak nowotwory i cukrzyca.

1978: Międzynarodowa Konferencja w Sprawie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Ałma-Acie ustanawia cel historyczny: „Zdrowie dla wszystkich".

1979: Globalna komisja potwierdza eradykację ospy na całym świecie.

1986: Utworzenie Globalnego Programu ds. AIDS w celu stworzenia i koordynowania globalnej strategii zwalczania tej choroby.

1988: Dr Hiroshi Nakajima z Japonii zostaje wybrany czwartym Dyrektorem Generalnym Światowej Organizacji Zdrowia.

1988: Światowe Zgromadzenie Zdrowia ogłasza rezolucję w sprawie zakazu dyskryminacji chorych na AIDS.

1988: Stworzenie Globalnej Inicjatywy Eradykacji Poliomyelitis we współpracy z Rotary International, amerykańskimi Centrami Kontroli i Zapobiegania Chorobom oraz UNICEF.

1991: Światowe Zgromadzenie Zdrowia ogłasza rezolucję w sprawie eliminacji trądu.

1995: Stworzenie Międzynarodowej Komisji ds. Ogłoszenia Eradykacji Drakunkulozy (Drakunkuloza to choroba powodowana przez *Dracunculus medinensis*.)

1995: Wprowadzenie strategii DOTS w celu kontroli gruźlicy, w ramach której 30 mln osób poddano leczeniu w programie podstawowej opieki zdrowotnej.

1996: Utworzenie UNAIDS z sześcioma finansującymi agencjami partnerskimi.

1998: Dr Gro Harlem Brundtland z Norwegii zostaje wybrana piątym Dyrektorem Generalnym Światowej Organizacji Zdrowia.

2000: Wprowadzenie partnerstwa na rzecz zapobiegania gruźlicy, którego gospodarzem jest WHO. Obecnie obejmuje ponad 500 partnerów pracujących w celu zmniejszenia globalnego obciążenia gruźlicą poprzez zwiększenie dostępu do leczenia w ramach programów DOTS oraz zmierzenie się z takimi wyzwaniami, jak gruźlica/HIV i gruźlica lekooporna.

2000: Stworzenie Globalnej Sieci Ostrzeżeń o Epidemiach i Reakcji na Sytuacje Kryzysowe w celu wykrywania i zwalczania rozprzestrzeniania się epidemii na skalę międzynarodową.

2000: Stworzenie Komisji ds. Makroekonomii i Zdrowia w celu oceny wpływu zdrowia na rozwój.

2000: 189 państw członkowskich Narodów Zjednoczonych jednogłośnie przyjmuje Deklarację Milenijną, która nakreśla Milenijne Cele Rozwoju. Trzy z ośmiu tych celów są związane bezpośrednio ze zdrowiem.

2001: Wprowadzenie Inicjatywy ws. odry we współpracy z Amerykańskim Czerwonym Krzyżem, UNICEF i amerykańskimi Centrami Kontroli i Zapobiegania Chorobom. Do października 2007 r. liczba zgonów z powodu odry spadła o 68%.

2003: Dr LEE Jong-wook z Republiki Korei zostaje wybrany szóstym Dyrektorem Generalnym Światowej Organizacji Zdrowia.

2003: Wprowadzenie inicjatywy 3x5 wraz z UNAIDS, mającej na celu umożliwienie leczenia HIV/AIDS trzem milionom osób do końca 2005 r.

2003: Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjmuje Konwencję Ramowa dla ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu – obecnie jeden z najgoręcej popieranych traktatów w historii Narodów Zjednoczonych.

2003: Zespół ostrej ciężkiej niewydolności oddechowej (SARS) jest po raz pierwszy rozpoznany, a następnie opanowany. WHO koordynowała międzynarodowe dochodzenie z wyko-

→

Przesłanie Margaret Chan z okazji 60 rocznicy powstania WHO

60 lat temu, kiedy powołano do życia Światową Organizacją Zdrowia, zdrowie publiczne zmagało się z problemami przywrócenia podstawowych świadczeń zdrowotnych na świecie dotkliwie zniszczonym przez wojnę. Wiele z tych działań dotyczyło sytuacji kryzysowych takich jak dostarczanie szczepionek, i leków, zwalczanie wybuchów epidemii czy pomoc uchodźcom. Jednocześnie WHO była świadoma swojej roli, jaka została wyznaczona organizacji przez jej twórców- wypracowania mechanizmu, poprzez który wszystkie państwa na świecie mogłyby współpracować na rzecz osiągnięcia lepszego zdrowia.

WHO bardzo szybko stworzyła podstawy takiej współpracy i wykazała ich wielostronne korzyści. Współpraca ta przyniosła ujednolicenie standardów jakości leków i substancji biologicznych, systemu nazw generycznych dla produktów leczniczych, wypracowania standardów porównywalnych międzynarodowo wyników badań i statystyk, uniwersalny system klasyfikacji przyczyn chorób, urazów i zgonów. Współpraca ta przyczyniła się także do zwalczania szerzenia się chorób w skali globalnej i uzgodnienia ekspertów na temat najlepszych praktyk w zakresie zachowania i polepszenia zdrowia.

Zobowiązanie do przestrzegania wartości uniwersalnych takich jak równość i sprawiedliwość socjalna towarzyszyły Organizacji od początku jej istnienia. Poprzez międzynarodową współpracę na rzecz lepszego zdrowia, WHO miała za cel zbudowanie wspólnego porozumienia i dobrej woli. Jak wskazano wówczas „polityczne, socjalne i ekonomiczne różnice nie mają znaczenia gdy zdrowie ludzi jest zagrożone". Było to także podstawą nadrzędnego celu: rozpowszechnienia dobrego zdrowia wśród biednych i marginalizowanych populacji. Droga w przyszłość została jasno określona w Deklaracji z Ałma Aty, która rozpoczęła ruch Zdrowie dla Wszystkich ponad 30 lat temu.

Wyzwania dla zdrowia publicznego zmieniły się bardzo. W dzisiejszym, wzajemnie zależnym i powiązanym świecie problemy zdrowia publicznego są silnie kształtowane przez siły stanowiące globalne zagrożenie. Zmiany z sposobie, jaki ludzie zamieszkują planetę spowodowały kryzysy związane z pojawianiem się nowych chorób, przyspieszając ich międzynarodowe rozprzestrzenianie się. Zmiana stylu życia wyzwoliła alarmujący wzrost występowania chorób niezakaźnych. Zmieniający się klimat wpływa w ogromnym stopniu na nasze zdrowie. Choroby o wysokiej śmiertelności jak HIV/AIDS, gruźlica, malaria nie zostały jeszcze pokonane. Postęp w medycynie postępuje w szalonym tempie, ale z drugiej strony wiele ludzi nie ma do niego dostępu. Różnice w zdrowiu zarówno pomiędzy państwami jak i wewnątrz samych państw stają się coraz większe. Potencjalne możliwości współpracy międzynarodowej jeszcze nigdy nie były tak wielkie.

W przeciągu tych 60 lat, WHO stale udowadniała znaczenie współpracy, od sukcesu eradykacji ospy do wypracowania narzędzi które uprościły i zracjonalizowały pracę w zakresie ochrony zdrowia publicznego. Sukcesy te prowadziły do zakładania jeszcze bardziej ambitnych celów. Przede wszystkim wymienić tu należy Milenijne Cele Rozwoju w zakresie zdrowia, które wyrażają wspólną wolę do osiągnięcia korzyści z postępu medycznego bardziej sprawiedliwie dystrybuowanego – ambicji, która odzwierciedla duch Deklaracji z Ałma Aty.

Jako dojrzała instytucja WHO wchodzi w 7 dekadę w pełni świadoma przyszłych wyzwań, ale także przepełniona optymizmem, który charakteryzował organizację od momentu jej powstania. WHO cieszy się niespotykanym poparciem z ministerstw zdrowia 193 państw, jej regionalnych i krajowych biur, zaangażowanych współpracowników i partnerów. Moim osobistym zdaniem WHO jest bardzo dobrze przygotowana, aby kontynuować realizację zadań przewidzianych dla niej 60 lat temu, służąc mechanizmem dzięki, któremu wszystkie państwa będą współpracować we wspólnej walce na rzecz lepszego zdrowia, motywowane wspólnymi celami i dobrą wolą.

Margaret Chan
Dyrektor Generalny WHO

rzystaniem Globalnej Sieci Ostrzeżeń i Reakcji na Sytuacje Kryzysowe oraz współpracowała ściśle z instytucjami ochrony zdrowia w dotkniętych zachorowaniami krajach.

2003: Utworzenie Komisji ds. Praw Własności Intelektualnej, Innowacji i Zdrowia Publicznego.

2004: Przyjęcie Strategii Globalnej ws. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia.

2004: Światowa Organizacja Zdrowia i jej partnerzy promują bezpieczeństwo na drogach pod hasłem „stop wypadkom".

2004: Wykorzystanie po raz pierwszy Strategicznego Centrum Działań Zdrowotnych do pomocy w koordynacji usuwania skutków tsunami na Oceanie Indyjskim.

2005: Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjmuje zrewidowane Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne, nowe ramy prawne przyjęte przez większość krajów, mające ograniczyć zagrożenie chorobami, które mogą szybko rozprzestrzeniać się między krajami.

2005: Powołanie Komisji ws. Społecznych Determinantów Zdrowia, mającej wspierać kraje i partnerów globalnych w sprawach zdrowotnych w identyfi kowaniu czynników społecznych prowadzących do złego stanu zdrowia i nierówności.

2005: Wprowadzenie Partnerstwa na Rzecz Zdrowia Matek, Noworodków i Dzieci w celu zapewnienia zdrowia wszystkim kobietom, noworodkom i dzieciom.

2006: Dr Margaret Chan z Chińskiej Republiki Ludowej zostaje wybrana siódmym Dyrektorem Generalnym Światowej Organizacji Zdrowia.

2007: Wchodzą w życie nowe Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (2005).

2008: Światowa Organizacja Zdrowia promuje ochronę zdrowia przed zmianami klimatycznymi, które stanowią coraz poważniejsze zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego.

Wolontariat Misyjny OO. Salezjanów

SWM czyli Salezjański Wolontariat Misyjny „MŁODZI ŚWIATU" jest stowarzyszeniem ludzi świeckich powstałym, aby organizować i nieść pomoc osobom potrzebującym w kraju i za granicą.

Duchowym przewodnikiem tegoż stowarzyszenia jest założyciel Zgromadzenia Księży Salezjanów, święty Jan Bosko. Za jego przykładem wolontariusze SWM „Młodzi Światu" (wśród, których są przede wszystkim młodzi ludzie – głównie studenci) zajmują się przede wszystkim edukacją i wychowaniem młodych. W krajach misyjnych starają się budować lokalne wspólnoty i uczyć odpowiedzialności za otaczającą rzeczywistość. Szukają skutecznych środków przeciwdziałania lokalnym patologiom. Ponadto zajmują się ochroną zdrowia oraz uczą ekologicznych metod zagospodarowania terenu. Organizują wypoczynek dla dzieci i młodzieży.

Historia SWM „Młodzi Światu" od początku przepełniona jest zapałem młodych ludzi, żywo zainteresowanych drugim człowiekiem.

Pierwsze oficjalne stowarzyszenie SWM powstaje w Krakowie 21 maja 1999 roku, jednak tak naprawdę wszystko zaczyna się wcześniej. W roku 1997 podczas pielgrzymki do Częstochowy, grupa młodych ludzi, roześmianych, szczęśliwych, ale i skupionych podczas pielgrzymowania, wysłuchała opowiadania dwóch obecnych pośród nich księży salezjanów – Krzysztofa Niżniaka i Sławomira Bartodzieja. Mówili oni o swoich doświadczeniach z misji w Afryce, o życiu, problemach i radościach miejscowej ludności. O Afryce opowiadali z zaraźliwym wręcz zapałem. Grupa młodych ludzi, prowadzona przez ks. Andrzeja Polichta, żywo zainteresowała się tematem misji, a po powrocie postanowiła założyć Koło Misyjne przy parafii św. Stanisława Kostki na krakowskich Dębnikach.

Okazuje się, że w całej Polsce są młodzi ludzie zafascynowani tematyką misji oraz szczerze chętni do pomocy, dlatego też stopniowo SWM „Młodzi Światu" zaczął się rozrastać. W kilku miejscowościach powstały biura i grupy współpracujące z głównym oddziałem stowarzyszenia w Krakowie. Taka też grupa w 2005 roku powstała przy Parafii św. Jana Bosko w Poznaniu na Winogradach.

Początkowo cel był jeden i bardzo prosty – zebrać pieniądze na działalność misyjną, dla pracującego w Ekwadorze wśród Indian, byłego opiekuna młodzieży z tutejszego Oratorium księdza Andrzeja Witowskiego. Ta akcja obudziła zapał i chęci młodzieży do dalszego, szerszego działania. Od tego czasu w każdy wtorek o godzinie 19.30 młodzi ludzie, z radością poświęcają swój czas energię i umiejętności, by pomóc innym; spotykają osoby, które pracowały na misjach; poznają specyfikę tej pracy i potrzeby ludzi tam żyjących; opracowują pomysły projektów, które pomogą zebrać fundusze na działalność; organizują imprezy np. festyny misyjne, spotkania misyjne dla dzieci i młodzieży w szkołach; misyjną gwiazdkę oraz na różne inne sposoby realizują działalność stowarzyszenia. Dzięki współpracy z SWM „Młodzi Światu" w Krakowie oraz z innymi lokalnymi stowarzyszeniami i instytucjami, już udało się wysłać kilku wolontariuszy do pracy m.in. na Litwie, w Indiach i w Afryce.

Pod koniec 2007 roku powstał pomysł, aby zarejestrować stowarzyszenie SWM „Młodzi Światu" w Poznaniu. Prezesem poznańskiego stowarzyszenia został ks. Tomasz Bejm – to dzięki jego pomysłowi, pomocy i zaangażowaniu młodzież poznańska może się spełniać poprzez pomoc innym i pracę na rzecz tych najbardziej potrzebujących.

Główną misją stowarzyszenia jest wspieranie rozwoju społecznego w krajach Afryki, Ameryki Południowej i Europy Wschodniej, poprzez edukację i wychowanie dzieci i młodzieży tak, aby w przyszłości stanowili oni podstawę demokratycznych społeczeństw. Cele statusowe tego stowarzyszenia to m.in. aktywne uczestnictwo w misjach w krajach Globalnego Południa; zbieranie funduszy na projekty pomocowe; przekazywanie jak najszerszej liczbie osób w Polsce rzetelnej wiedzy na temat znaczenia misji w świecie poprzez organizowanie spotkań, konferencji, wystaw, warsztatów. Bardzo ważny dla SWM „Młodzi Światu" jest rozwój działalności poprzez przygotowywanie i realizację nowych projektów oraz nawiązywanie współpracy z innymi osobami i instytucjami w kraju i za granicą, których cele są podobne.

Fundacja Redemptoris Missio blisko współpracuje z Salezjańskim Wolontariatem Misyjnym.

Monika Pędowska

Kurs Podstawowa Opieka Zdrowotna w Tropiku (HCT)

Od 30 czerwca do 5 lipca 2008 odbędzie się w Poznaniu dziesiąta już edycja Kursu Podstawowa Opieka Zdrowotna w Tropiku (HCT – Health Care In Tropics), organizowanego przez Fundację Redemptoris Missio i Klinikę Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. To intensywne szkolenie jest nie tylko okazją do nauczenia się wielu ciekawych problemów medycznych w tropiku, ale stwarza również możliwość wymiany doświadczenia z osobami zaangażowanymi w pracę medyczną w krajach rozwijających się. Każdego roku zgłasza się do nas znacząca grupa młodych osób lub młodych duchem, aby poszerzyć swoją wiedzę i umiejętności. Są wśród nich osoby odważne, które chcą pomagać chorym i ubogim w krajach misyjnych. Zapewne i tego roku będziemy mogli się wzajemnie spotkać.

Termin zgłoszeń minął wprawdzie 15 czerwca 2008, ale możliwe jest dołączenie do nas na zasadzie „last minute". Zgłoszenia przyjmuje Sekretariat Fundacji.

Zwalczanie malarii w Tanzanii

MALARIA

Od redakcji: W związku z zaangażowaniem się Fundacji w prowadzenie ośrodka zdrowia w Kiabakari uważamy za celowe podanie streszczenia artykułu E. A. Makundi i wsp. z National Institute for Medical Research w Dar es Salaam nt strategii zwalczania malarii w Tanzanii (Am.J.Trop.Med.Hyg. 2008, 77 (suppl.6), 106-111).

Malaria jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych w Tanzanii. Co roku notuje się 14-18.000.000 nowych zachorowań na malarię, a roczną śmiertelność wywołana tym zakażeniem ocenia się na 120.000 z tego 70.000 u dzieci do 5 lat. Roczna zapadalność na malarię w Tanzanii waha się między 400 a 500 przypadków/1.000 mieszkańców. 90% spośród 37.4 miliona tańzanczyków mieszka na terenach, na których można zarazić się malarią. Tanzania jest trzecim po Nigerii i Demokratycznej Republice Kongo najbardziej licznym krajem w Afryce, w którym malaria jest istotnym problemem (MARA-lite Software 3.0.0 dostępne na http://www.org.za). Tanzania jest też jednym z najbiedniejszych krajów afrykańskich z dochodem rocznym na głowę mieszkańca = 280 US$ (2004) i 36% ludności żyjącej w biedzie. Na ochronę zdrowia rząd wydaje rocznie 11 US$ na głowę mieszkańca, z tego 2.14 US$ na zwalczanie malarii. Stanowi to tylko 20% ogółu kosztów zwalczania malarii; 70% kosztów ponoszą mieszkańcy (30% wydatków to leki, a 50% – moskitiery, repelenty i insektycydy). W zwalczaniu malarii udział finansowy instytucji spoza Tanzanii jest niewielki – 5% ogółu kosztów.

Historia zwalczana malarii w Tanzanii jest długa (sięga czasów kolonialnych z lat 1890-tych), pełna trudności i niepowodzeń. Obecnie zwalczanie malarii ma charakter wertykalny i prowadzone jest przez National Malaria Advisory Committee (NMAC). Przy wprowadzaniu decentralizacji opieki zdrowotnej możliwości zwalczania malarii w terenie są praktycznie niewielkie.

Jako priorytetowe uznano stosowanie nasączanych insektycydami moskitier, zwłaszcza dla dzieci do lat 5-ciu i kobiet w ciąży. Obecnie tylko 15% rodzin stosuje moskitiery. Na zwiększenie popularności ich stosowania przygotowano dodatkowe środki finansowe, częściowo pochodzące spoza Tanzanii. Kolejnym priorytetem jest organizacja pozyskiwania informacji nt. malarii na szczeblu dystryktu, niezbędnej dla racjonalnego działania i podziału środków. Już przeszkolono w tym zakresie pracowników 40% dystryktów.

Zwalczanie malarii często łączy się ze zwalczaniem gruźlicy i zakażeń HIV. W zakresie malarii przyjęto 4 zasadnicze interwencje: (a) poprawa opieki klinicznej nad chorymi (Integrated Management of Childhood Illnesses), (b) popularyzacja używania moskitier, (c) zapobieganie malarii w ciąży (Intermittent Preventive Treatment in Pregnancy), (d) zapobieganie występowania epidemii malarii i ich likwidacja, o ile wystąpią.

Istnieje szereg trudności w prowadzeniu zwalczania malarii. Pomoc zza granicy jest znaczna, ale często krótkotrwała (Urban Malaria Control Project w Dar es Salam i Tanga zakończono przedwcześnie w roku 1996). Niedostatek miejscowego personelu medycznego (pracuje tylko 35% z potrzebnych pracowników medycznych, w tym wielu zaangażowanych w leczenie AIDS lub pracujących w ośrodkach miejskich). Słaby system ochrony zdrowia na poziomie dystryktów (niedostatek przeszkolonych ludzi, finansów, inne choroby priorytetowe np. AIDS, trudności w skutecznym zarządzaniu).

Istnieją też braki we wprowadzaniu racjonalnego zwalczania: propaganda na rzecz moskitier zmniejsza zainteresowanie używania insektycydów wewnątrz domów; terapia lekami na bazie artemizyny (2006), jakkolwiek najskuteczniejsza, jest 20 razy droższa niż stosowanie innych leków i niedostępna w biedniejszych społecznościach; z drugiej strony dostawa innych skutecznych leków jest niedostateczna. Mimo stabilności politycznej Tanzanii podział niemałych środków np. z Global Funds dla zwalczania HIV/AIDS, malarii i gruźlicy jest niedoskonały i pieniądze nie trafiają do społeczności biednych na peryferiach. Racjonalny rozdział finansów wymaga informacji z terenów peryferyjnych i biednych, a tej często po prostu nie ma. Kolejną trudność sprawia pewna dominacja zwalczania zakażeń HIV (uznanych za klęskę narodową w roku 2003) nad zwalczaniem malarii. Nie bez wpływu na występowanie malarii jest też migracja do Tanzanii ludzi z terenów nie malarycznych, a więc podatnych za zarażenie.

W tym stanie rzeczy w artykule autorzy sugerują ponowne rozważenie strategii zwalczania malarii w Tanzanii. Istnieje wiele naukowo sprawdzonych skutecznych interwencji w zwalczaniu malarii: moskitiery, stosowanie insektycydów w domach, leczenie ciężarnych i dzieci do lat 5-ciu, likwidacja miejsca lęgu komarów, stosowanie leków na bazie artemizyny. Dobór ich i stosowanie na terenach malarycznych wymaga ogólnego wzmocnienia systemu ochrony zdrowia w Tanzanii. Polegać ono miałoby na zabezpieczeniu lepszej opieki zdrowotnej ludziom biednym i mieszkającym na peryferiach poprzez poprawę systemu podstawowej opieki zdrowotnej i „community health".

Pewne starania zostały już poczynione. Zaktywizowano szkolenie lekarzy i pracowników ochrony zdrowia w Muhimbili University College, Hubert Kairuki Memorial University, Bugando University College, Kilimanjaro Christian Medical College i International Medical and Technological University. Mkapa Fellows Foundation, powiązana z Bill Clinton AIDS Foundation, dokłada starań, aby lekarzy przemieścić na tereny peryferyjne (100 lekarzy już tam przeniesiono). Istotna jest też popularyzacja zwalczania malarii wśród polityków i w społecznościach tanzańskich. Należałoby popierać rolników tanzańskich do rozwoju miejscowej produkcji roślin zawierających artemizynę. Jak do tej pory malaria zostaje skutecznie zwalczana w Zanzibarze; metody tam stosowane powinno się zaadaptować do zwalczania malarii w całej Tanzanii.

Streścił i tłumaczył:
prof. Zbigniew Pawłowski

MALARIA

Porównanie wartości diagnostycznej badań mikroskopowych i testów immunochromatograficznych w rozpoznawaniu malarii

Problemy z rozpoznawaniem malarii

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, na świecie szacuje się rocznie od 300 do 500 mln przypadków nowych zachorowań na malarię w krajach tropikalnych. Tak znaczna rozpiętość w statystycznej ocenie częstości występowania tej zagrażającej życiu jednostki chorobowej wynika z faktu braku lub utrudnionego dostępu do fachowej opieki medycznej, niedopracowanego systemu rejestracji i zgłaszalności przypadków malarii oraz trudności w jej poprawnym rozpoznawaniu. Wykrywanie zimnicy na podstawie objawów klinicznych, zwłaszcza gorączki, mimo iż jest ono stosunkowo mało precyzyjne i orientacyjne, nadal stanowi główną metodę diagnostyczną dla mieszkańców strefy endemicznej. Brak zaplecza laboratoryjnego oraz wykwalifikowanego personelu medycznego niejednokrotnie uniemożliwia przeprowadzenie badań diagnostycznych w kierunku malarii w sposób rzetelny i wiarygodny. Stąd też preparaty przeciwmalaryczne są zwykle podawane w tropiku pacjentom gorączkującym rutynowo, zwłaszcza małym dzieciom oraz osobom przyjeżdżającym z rejonów nie-endemicznych i pozbawionym częściowej odporności przeciwmalarycznej, na podstawie podejrzenia klinicznego, wpływając na nieekonomiczne zużycie leków oraz stale pogłębiając zjawisko lekooporności.

Badanie rozmazów krwi jest metodą referencyjną

Badanie mikroskopowe preparatów krwi obwodowej barwionych metodą Giemsy jest najbardziej zalecaną i mało kosztowną metodą diagnostyczną dla rozpoznawania i identyfikacji gatunków zarodźca zimnicy pasożytujących u człowieka. Zastosowanie mikroskopów wyposażonych w oświetlenie z wysokiej jakości diod LED emitujących światło oraz baterii słonecznych, umożliwia aktualnie przeprowadzenie bezpośrednich badań mikroskopowych nawet na najbardziej odosobnionych i oddalonych od cywilizacji obszarach. Wykrywanie malarii na podstawie oceny mikroskopowej preparatów krwi obwodowej jest do chwili obecnej uznawane przez Food and Drug Administration w USA (FDA) za metodę referencyjną („złoty standard"). Czułość diagnostyczna wykrywania zarodźców zimnicy w klasycznych preparatach mikroskopowych grubej kropli krwi obwodowej barwionych metodą Giemsy waha się od 4 do 20 pasożytów na µl.

Trudności w odczytywaniu rozmazów krwi

W warunkach polowych wartość diagnostyczna metody zmniejsza się zdecydowanie i wynosi 50-100 pasożytów malarii w 1 µl. W przypadku często obserwowanego niewielkiego doświadczenia diagnostów laboratoryjnych w tropiku oraz braku dostępu do sprawnych i dobrej jakości mikroskopów świetlnych, próg wykrywalności zimnicy jest najprawdopodobniej jeszcze bardziej obniżony. Nieprawidłowości w technice mikroskopowania wynikają z braku możliwości odbycia szkolenia i doskonalenia zawodowego laborantów, błędów w przygotowywaniu preparatów, słabej kondycji układu optycznego mikroskopów, przepracowania znaczną ilością wykonywanych dziennie analiz laboratoryjnych oraz niedostatecznego wyposażenia w podstawowy sprzęt laboratoryjny. Dlatego też coraz częściej w praktyce klinicznej, stosuje się leczenie w kierunku malarii pacjentów gorączkujących w tropiku, niezależnie od uzyskanego z laboratorium wyniku badania mikroskopowego. Nieprawidłowe przygotowanie i barwienie preparatów krwi może być źródłem licznych artefaktów, np. złogów barwnika, zanieczyszczeń grzybami i bakteriami, przypominających swoim kształtem pasożyty malarii. Również prawidłowe elementy morfotyczne krwi obecne w obrazach mikroskopowych, jak np. płytki krwi mogą niedoświadczonym pracownikom laboratoriów sprawiać znaczne trudności diagnostyczne i być błędnie rozpoznawane jako zarodźce malarii.

Szkolenie w poprawnym odczytywaniu rozmazów krwi

Prowadzenie ciągłych szkoleń doskonalących oraz szczególna dbałość o poprawne przygotowywanie preparatów mikroskopowych pozwoliłyby na poprawę możliwości diagnostycznych rozpoznawania malarii. Aktualnie dostępne są bezpłatne strony internetowe przeznaczone do samodzielnej nauki i doskonalenia umiejętności w zakresie mikroskopowego rozpoznawania malarii. The Malaria Research and Reference Reagent Resource Center (MR4) w Manassas (USA) umożliwia wypożyczenie wzorcowych preparatów grubej kropli i cienkiego rozmazu krwi obwodowej o znanej intensywności zarażenia *Plasmodium* (www.malaria.mr4.org). Narodowe programy kontroli malarii obejmują szkoleniem miejscowych mikroskopistów i pracowników ochrony zdrowia, z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych Światowej Organizacji Zdrowia, ale z różnym efektem. Zastosowanie standaryzowanych preparatów mikroskopowych do nauki rozpoznawania pasożytów malarii, a także przyznawanie świadectwa jakości laboratoriom i certyfikatów doświadczonym diagnostom wydaje się być najbardziej racjonalnym rozwiązaniem dla poprawy sytuacji w zakresie diagnostyki zimnicy w krajach endemicznych.

Szybkie testy immunochromatograficzne

Pewnym ułatwieniem dla rozpoznawania malarii w przypadku braku wykształconych pracowników i wyposażenia laboratoryjnego mogą być z pewnością tzw. testy immunochromatograficzne, nie wymagające kwalifikacji w zakresie analityki medycznej. Ich koszt jest niestety wyższy w porównaniu do tradycyjnych preparatów mikroskopowych i wynosi w krajach rozwijających się – w zależności od wielkości opakowania i gatunku wykrywanego zarodźca malarii – od około 0,55 do 1,50 USD za test. Porównując,

→

Różnicowanie malarii u dzieci w Afryce

MALARIA

Od redakcji. Rozpoznawanie malarii u dzieci w Afryce nie jest wcale proste. S. Gwer, Ch. R. J.C. Newton i J. A. Berkley w artykule pt. „Over-Diagnosis and Co-Morbidity of Sereve Malaria in African Children" zwrócili uwagę na zbyt częste rozpoznawanie malarii u afrykańskich dzieci. Am.J.Trop.Med. 2007, suplement 6, 6-13.

Dane odnośnie do występowania ciężkiej malarii u dzieci w Afryce są często niepełne lub niepewne. W pracy rozważano trzy choroby gorączkowe, które mogą współistnieć z malarią lub ją maskować: są to bakteremia, zakażenie HIV i znacznego stopnia niedożywienie. Badania oparto na analizie publikacji, mogących mieć związek z nieuzasadnionym rozpoznawaniem malarii, nie popartym badaniem parazytologicznym oraz występowaniem chorób współistniejących obok malarii.

Ciężka malaria może być klinicznie trudna do odróżnienia od innych często występujących zakażeń (pneumonii, meningitów i sepsy), a w wielu rejonach Afryki rozpoznanie laboratoryjne

(ciąg dalszy na str. 12-13)

koszt wykonania jednego preparatu mikroskopowego waha się w granicach 0,12-0,40 USD. Testy paskowe umożliwiają szybkie (w ciągu 5-20 min.) wykrycie swoistych antygenów *Plasmodium* w niewielkiej objętości krwi rzędu 5-15 µl, nie wymagają dostępu do elektryczności oraz są stosunkowo proste w wykonaniu i interpretacji wyników. Wspomniane testy mogą być zastosowane do wykrywania antygenów *Plasmodium* zarówno we krwi obwodowej jak i pępowinowej w przypadku malarii u kobiet ciężarnych. Szybkie testy do rozpoznawania malarii produkowane są w formie kasetkowej lub kartonikowej wraz z łatwą w zastosowaniu instrukcją obsługi. Ich zużycie w krajach tropikalnych w ostatnich latach gwałtownie wzrosło. Większość testów paskowych służy do rozpoznawania malarii wywoływanej przez *P. falciparum*, ale zdecydowana ich część umożliwia również różnicowanie z pozostałymi gatunkami zarodźca malarii. Komercyjnie dostępne testy wykorzystują różną kombinację antygenów *Plasmodium* w zależności od lokalnej sytuacji epidemiologicznej. Najczęściej stosowanym w testach antygenem jest białko bogate w histydynę (HRP-2) pozwalające na identyfikację gatunku *P. falciparum*. Natomiast wykorzystanie przeciwciał monoklonalnych przeciwko aldolazie, czy też dehydrogenazie mleczanowej (pLDH) służy do rozpoznawania pozostałych gatunków zarodźca oraz różnicowania z malarią wywoływaną przez *P. falciparum*.

Trudności w stosowaniu szybkich testów immunochromatograficznych

Stosowanie testów immunochromatograficznych w krajach tropikalnych, z dala od wykwalifikowanego personelu laboratoryjnego, również może być źródłem trudności diagnostycznych. Swoisty antygen HRP-2 może być wykrywalny we krwi obwodowej jeszcze przez kilka tygodni po zastosowaniu skutecznego leczenia. Z kolei obecność we krwi pacjenta wyłącznie gametocytów, które pozostały po skutecznej eradykacji form rozwojowych zarodźca odpowiedzialnych za występowanie objawów klinicznych, również może być przyczyną wyników fałszywie dodatnich dla antygenu pLDH. Notowane są także reakcje krzyżowe z czynnikiem reumatoidalnym oraz przeciwciałami heterofilnymi. Wartość diagnostyczna szybkich testów immunochromatograficznych waha się niestety w dość szerokich granicach, a czułość diagnostyczna większości z nich nawet nie osiąga wymaganych 95%. Swoistość diagnostyczna testów paskowych przekracza zwykle 85%, ale może osiągać nawet 100% w pewnych wybranych grupach podróżujących powracających z tropiku zarażonych *Plasmodium.* Wiele czynników zewnętrznych może wpływać na pogorszenie parametrów diagnostycznych testów immunochromatograficznych, np. nie do uniknięcia w tropiku ekspozycja na temperaturę przekraczającą 30ºC przy wilgotności powyżej 70%. Długotrwały transport szybkich testów malarycznych do oddalonych ośrodków zdrowia w niekorzystnych warunkach środowiskowych może być źródłem obniżenia ich jakości, a tym samym zdolności wykrywania malarii poniżej oczekiwanej. Celowe jest więc wprowadzenie i rozpowszechnienie na szerszą skalę ujednoliconego systemu kontroli parametrów diagnostycznych szybkich testów malarycznych stosowanych w tropiku. W krajach rozwiniętych, paskowe testy immunochromatograficzne znalazły zastosowanie do wstępnego rozpoznawania (skryningu) malarii u pacjentów gorączkujących powracających ze strefy endemicznego jej występowania. Mimo iż były one początkowo przewidziane do samodzielnej diagnostyki malarii wykonywanej indywidualnie przez podróżujących turystów, w przypadku braku dostępu do kwalifikowanej pomocy medycznej, tego rodzaju przeznaczenie przynosiło różnorodne efekty.

Podsumowanie

Wprowadzenie szybkich testów do diagnostyki malarii nie może jednak zastąpić klasycznych preparatów mikroskopowych, które nadal pozostaną standardową i wiarygodną metodą jej laboratoryjnego rozpoznawania. Testy paskowe są aktualnie zalecane w krajach tropikalnych jako uzupełnienie diagnozy klinicznej u osób gorączkujących w przypadku braku możliwości wykonania lub niepowodzenia badania mikroskopowego, a także w sytuacjach przekraczających możliwości jego technicznego wykonania jak np. epidemia malarii wśród uchodźców lub zachorowania wśród grup ryzyka. Poprawa możliwości laboratoryjnego rozpoznawania malarii jak i diagnostyki różnicowej innych stanów gorączkowych jest istotna dla zmniejszenia ryzyka występowania nie tylko ciężkich powikłań narządowych i zgonów z powodu zimnicy, ale także – w przypadku ograniczenia niewłaściwego jej rozpoznawania – dla lepszego gospodarowania lekami.

dr hab., dr med. Małgorzata Paul

MALARIA

Różnicowanie malarii u dzieci w Afryce

(ciąg dalszy ze str. 11)

może być niemożliwe lub jest niepewne. Na przykład w Tanzanii stwierdzono, że aż 39% rozmazów, badanych w kierunku malarii, jest fałszywie pozytywnych. Laboratoryjne rozpoznawanie innych zakażeń jest jeszcze bardziej niedostępne lub niewiarygodne. Trudności te sprawiają, że lekarze często podają leki przeciwmalaryczne, nawet o ile rozmaz krwi jest negatywny. Z drugiej strony w niektórych rejonach aż 80% dzieci może wykazywać parazytemię, ale przyczyna ciężkiego stanu chorego jest inna. Dokładniejsze badania dzieci, spełniających wszystkie kliniczne WHO kryteria malarii mózgowej, wykazało w Malawi inną przyczynę zgonu w 23% przypadków, a w Kenii u 9% z 49 badanych dzieci było nią zakażenie Herpes simplex typ 1.

Konsekwencją nadmiernego rozpoznawania malarii jest nie podejmowanie właściwego leczenia innych przyczyn ciężkiego stanu dziecka. Na przykład w Tanzanii, na 4.474 dzieci leczonych na malarię w 10 szpitalach aż 54% miało ujemne rozmazy krwi w kierunku Plasmodium. Dwie trzecie tych dzieci nie otrzymywało antybiotyków i 12% z nich zamarło; śmiertelność dzieci, które miały pozytywne rozpoznanie laboratoryjne w kierunku malarii i były leczone lekami przeciw-malarycznymi wynosiła tylko 7%. Podobna sytuacja obserwowana jest w Ghanie i w Nigerii. Bakteriemię stwierdzano u dzieci z objawami przypominającymi malarię mózgową z negatywnym rozmazem w 40% w Ghanie i w 30% w Kenii. W wielu tych przypadkach wątpliwości diagnostyczne mieli nie tylko miejscowi lekarze, ale również tzw. eksperci.

Jeszcze jeszcze większe trudności diagnostyczne występują we współistniejącej kwasicy, która może mieć tło inne niż malaria, z zasady przypadki współwystępowania „malarii" i kwasicy są leczone antybiotykami.

W praktyce szybkie testy diagnostyczne, nawet negatywne, podobnie jak rozmazy krwi, na ogół nie wstrzymują decyzji o natychmiastowym podawaniu leków przeciwmalarycznych. W 10% przypadków nie leczone antybiotykami inwazyjne zakażenie bakteryjne doprowadza do zgonu już w ciągu 48 godzin. W obu przypadkach wymagana jest intensywna terapia zaburzeń oddechowych, niewydolności krążenia, wstrząsu, drgawek, niedotlenienia, hipoglikemii i niedokrwistości. U dzieci gorączkujących z negatywnym rozmazem w kierunku Plasmodium podawanie antybiotyków jest konieczne. Wybór antybiotyku zależy od obrazu klinicznego (pneumonii, meningitu, znacznego niedożywienia), a w przypadku podejrzenia septicemii podaje się ampicylinę z gentamycyną. Sugeruje się, aby nie czekać z podawaniem antybiotyków do czasu widocznego braku działania leków przeciwmalarycznych.

Klinicznie ciężka malaria i bakteriemia lub meningitis

Zasadnicze pytanie jest czy dziecko ciężko chore na malarię powinno otrzymywać antybiotyki? Na to pytanie nadal nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Z obserwacji w Gambii i Malawi odpowiedź jest negatywna. Natomiast wg badań w Kenii śmiertelność dzieci z malarią, którym nie podawano antybiotyków była wyraźnie większa (33% v. 10%). Badanie bakteriologiczne krwi nie zawsze jest możliwe, badanie jednorazowe często jest niewiarygodne (np. w Ameryce Łacińskiej wykrywało ono tylko 26% przypadków sepsy), a wyniki badań w ośrodkach referencyjnych zwykle są dostępne zbyt późno dla podjęcia decyzji. W praktyce więc często zaleca się podawanie antybiotyku. W przypadkach podejrzenia o meningitis wskazane jest wykonanie punkcji lędźwiowej; ocena płynu mózgowo-rdzeniowego może być bezpośrednia (płyn mętny, zawierający dużą liczbę leukocytów).

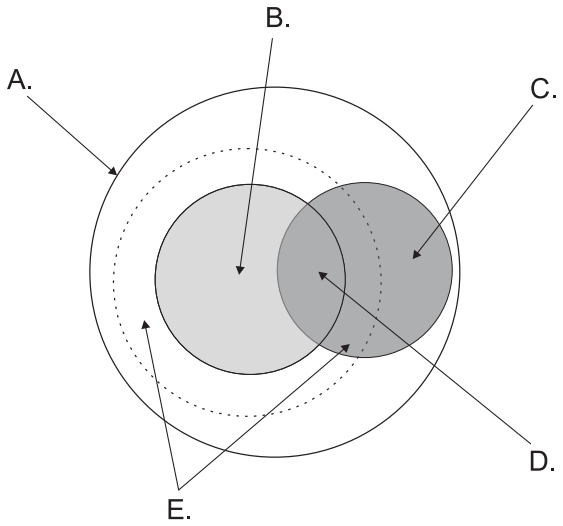
Klinicznie ciężka malaria i zakażenie HIV

Można podejrzewać, że współistnienie malarii i HIV jest częste, ale dokładne dane są skąpe i interpretacja wzajemnego wpływu obu zakażeń na przebieg choroby jest trudna. Dalsze badania są niezbędne.

Klinicznie ciężka malaria i znaczne niedożywienie

W krajach rozwijających się znacznego stopnia niedożywienie występuje u 53% dzieci do 5 lat. Stosunek malarii do niedożywienia nie jest oczywisty; istnieją podejrzenia, iż niedożywienie nie sprzyja rozwojowi malarii, zwłaszcza o ile wiąże się z niedoborem żelaza. Natomiast jest mniej wątpliwości, że malaria u dzieci niedożywionych przebiega ciężej i jest częściej śmiertelna (np. w Gambii 20% v. 6,8%). W malarii leczenie niedożywienia płynami podawanymi parenteralnie powinno być ostrożne. Nie ma wątpliwości, że potrzebne jest uzupełnienia elektrolitów, potasu i cynku. Częste współistnienie niedożywienia i bakteriemii przemawia za podawaniem antybiotyków.

Rycina poniżej przedstawia wzajemne relacje malarii i bakteriemii, na podstawie badania dzieci do lat 13 w jednym ze szpitali w Kenii (1998-2002):



A. w sumie 1184 zgonów
B. 26% zgonów związanych z bakteriemią
C. 22% zgonów związanych z parazytemią P.falciparum
D. 20% zgonów dzieci z pozytywnym rozmazem i bakteriemią
E. jeżeli czułość bakteriologicznego posiewu krwi wynosi 50% i nierozpoznana bakteriemia jest rozłożona równomiernie wówczas 40-50% zmarłych dzieci z parazytemią lub bez parazytemii mogło mieć bakteriemię.

(ciąg dalszy na str. 13)

ABCD dłużej stosowanej chemioprofilaktyki malarii

MALARIA

Od Redakcji: Zapobieganie malarii u osób przebywających ponad 6 miesięcy na terenach malarycznych zawsze było problemem. Stąd warto podać do wiadomości czytelników zasady takiej prewencji podane w artykule A. M. Checkley i D. R. Hill'a „Prevention of malaria in long-term travelers" Trends In Parasitology 2007, 23: 462-464.

Według ww. autorów istnieją 4 istotne elementy w zapobieganiu malarii u osób przebywających na terenach malarycznych przez dłuższy czas:

- świadomość ryzyka u osoby eksponowanej na zarażenie,
- unikanie kontaktów z komarami,
- chemioprofilaktyka,
- szybkie rozpoznawanie zarażenia wraz z możliwością indywidualnego niezwłocznego leczenia malarii lekiem rezerwowym (stand-by).

Każdy z tych elementów (ABCD – Awareness, Bite avoidance, Chemoprophylaxis, quick Diagnosis) powinien być indywidualnie brany pod uwagę przy wydawaniu zaleceń osobie wyjeżdżającej, zawsze z zastrzeżeniem, że zalecenie może ulec korekcie w zależność od miejscowego doświadczenia odnośnie do prewencji malarii oraz lokalnych możliwości realizacji zaleceń.

Świadomość ryzyka

Przekazanie informacji o ryzyku nabycia malarii w „tropiku" jest najbardziej istotnym elementem konsultacji przed wyjazdem. Pouczenie powinno zawierać informacje o przenoszeniu malarii przez komary, o szerokim spektrum klinicznym zachorowania na malarię, o możliwości zgonu z powodu nierozpoznanej i nie leczonej malarii, o konieczności zgłoszenia się do lekarza w razie podejrzanych objawów i poinformowania go o możliwości nabycia malarii (może ona ujawnić się nawet w wiele miesięcy po powrocie z podróży).

Unikanie kontaktu z komarami

Zalecenia w tym względzie obejmują: unikanie przebywania w środowisku otwartym od zmierzchu do świtu; używania siatek w oknach i w drzwiach, zabezpieczających przed dostawaniem się owadów do pomieszczeń; używania insektycydów w pomieszczeniach oraz do impregnacji moskitier i ubrania; stosowania środków odstraszających komary (repelenty) na odkryte części ciała oraz w końcu likwidacja miejsc lęgowych komarów w otaczającym środowisku (w tym w krótkotrwałych zbiornikach wody np. w porzuconych puszkach, oponach). Z repelentów zaleca się przede wszystkim produkty zawierające DEET (dwu-etylo-toluamid); skuteczne są również związki pikardyny i olej eukaliptusowy.

Chemioprofikaltyka

Należy pamiętać, że właściwie stosowana chemioprofilaktyka zapobiega wystąpieniu malarii aż w 75-95%, ale nie w 100%. Ponad to zalecenia odnośnie do stosowania chemioprofilaktyki u osób wyjeżdżających na krótki czas są dobrze opracowane, natomiast chemioprofilaktyka u osób wyjeżdżających na dłużej nadal jest nieuzgodniona w pełni, głównie z powodu różnorodności decydujących o niej czynników. Są nimi: charakterystyka miejscowego ryzyka nabycia malarii (np. stałe-okresowe, duże-małe); istniejąca lokalna oporność pasożyta na leki przeciwmalaryczne, ograniczenia wynikające z indywidualnego tolerowania leków, w tym występowania objawów ubocznych, ograniczonej długości czasu pobierania określonego leku i w końcu jego dostępności i jakości (leki podrabiane lub przeterminowane). Aktualnie istniejące dane z UK i USA na ten temat, podsumowane są w tabeli:

(ciąg dalszy na str. 14)

(ciąg dalszy ze str. 12)

Tabela. Zasady postępowania leczniczego z dziećmi z obrazem klinicznym ciężkiej malarii (zaburzenie świadomości, głębokie oddychanie lub znaczna niedokrwistość) wg Berley et al., Use of clinical syndromes to target antibiotic prescribing in seriously ill children in malaria endemic area: observational study. BMJ 2005, 330: 995; WHO, Pocket book of hospital care for children. Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. 2005, Geneva:

•	Czy dziecko wymaga bezpośredniej interwencji w postaci resukcynacji krążeniowo-oddechowej, podawanie tlenu, nawodnienia, przetoczenia krwi, podania glukozy lub środków przeciw drgawkowych?
•	Czy dziecko jest znacznie niedożywione? Sposób nawadniania i przetaczania krwi jest wówczas odmienny. WHO zaleca antybiotyki, podawanie pierwiastków śladowych (micronutrients) i dodatkowe odżywianie, nawet wówczas gdy leczona jest malaria lub inne schorzenie.
•	Czy dziecko jest zakażone HIV? Wybór antybiotyków i ew. leczenie zakażeń oportunistycznych może zależeć od zaawansowania AIDS. Zaleca się badanie na HIV.
•	Czy dziecko spełnia kliniczne kryteria wymagane dla leczenia antybiotykami? Rodzaj antybiotyku i droga ich podawania (doustna lub parenteralna) zależy od stanu klinicznego. Antybiotyki powinny być podawane w krótkim czasie po przyjęciu.
•	Czy dziecko ma objawy kliniczne wskazujące na konieczność leczenia przeciwmalarycznego? Wynika ona z przebiegu gorączki (gdy badanie laboratoryjne jest niedostępne) lub badania mikroskopowego. Rodzaj leku i droga jego podawania zależna jest od stanu klinicznego.
•	Czy dziecko ma objawy wskazujace na inną etiologię choroby?
•	Czy dziecko wymaga punkcji lędźwiowej?
•	Jaki rodzaj obserwacji stanu dziecka i monitoring jest zalecany i kiedy stan jego zdrowia winien być ponownie oceniony?

Tłumaczył prof. Zbigniew Pawłowski

MALARIA

ABCD dłużej stosowanej chemioprofilaktyki malarii

(ciąg dalszy ze str. 13)

Tabela. Środki przeciwmalaryczne: dozwolony czas stosowania, objawy niepożądane, oporność Plasmodium

Lek	UK * czas stosowania	UK * czas stosowania	Objawy niepożądane	Odporność Plasmodium
chlorochina	bez limitu	bez limitu	nudności, objawy żołądkowo -jelitowe retinitis +	szeroko rozpowszechniona Afryka, południowo-wschodnia Azja
proguanil	bez limitu	nie dozwolony ++	objawy żołądkowo -jelitowe +++	szeroko rozpowszechniona zwłaszcz w Afryce
meflochina	3 lata	bez limitu	objawy neuropsy-chiatryczne	pogranicze Tajlandii, Laos, Myanmar, Kambodża
doksycyklina	2 lata	4 miesiące	podrażnienie przełyku, wrażliwość na światło, grzybica pochwy	minimalna
atowakwon z proguanilem (Malarone)	3 miesiące	bez limitu	objawy żołądkowo -jelitowe, zmiany skórne	doniesienia sporadyczne
prymachina	nie wskazana	bez limitu	hemoliza u osób G6PD ujemnych, objawy żołądkowo-jelitowe	++++

* UK Health Protection Agency Advisory Committee on Malaria Prevention
** Ograniczenia licencyjne (J.Am.Med.Assoc. 2006, 296: 2234-2244)
\+ po wysokich dawkach kumulacyjnych; wskazane badanie dna oka po 5-6 miesięcy stałego stosowania
++ nie dozwolony, z wyjątkiem łącznego stosowania z atowakwonem
+++ owrzodzenia ust przy stosowaniu łącznym z chlorochiną
++++ dla likwidacji inwazji P.vivax podaje się 30 mg przez 14 dni

Uwagi do tabeli są następujące; najlepiej tolerowane są chlorochina (niebezpieczeństwo toksycznego działania na rogówkę dopiero po latach stosowania) i proguanil. Objawy neuropsychiatryczne związane ze stosowaniem meflochiny występują zwykle w początkowym okresie pobierania leku i są niezależne od kumulowania się leku, nie mniej indywidualna skłonność do występowania tego rodzaju objawów jest przeciwwskazaniem do stosowania tego leku. Tabletki doksycykliny powinny być połykane całości celem uniknięcia podrażnienia przełyku; osoby leczone doksycykliną winny być ostrzeżone o możliwości wystąpienia nadwrażliwości na światło i grzybiczego zapalenia pochwy. Malarone jest zwykle dobrze tolerowany, ale brak obserwacji o tym, czy może on być stosowany dłużej niż 8 miesięcy.

Na ogół regularne pobieranie leków przeciwmalarycznych przez dłuższy czas napotyka na następujące przeszkody: wystąpienie objawów niepożądanych; obawa przed ich wystąpieniem przy dłuższym braniu leku; nie zawsze uzasadnione lokalne sugestie odnośnie do pobierania leku; brak zaufania do chemioprofilaktyki, zwłaszcza po wystąpieniu choroby gorączkowej, niekoniecznie związanej z malarią; nie zawsze uzasadnione przekonanie, że po pewnym okresie pobytu wystąpiło uodpornienie na zachorowanie na malarię.

Istnieją dwie strategie dłuższej chemioprofilaktyki malarii. Pierwsza zakłada ciągłość stosowania leków przez cały czas pobytu na terenach malarycznych, niekiedy wykraczający poza termin wyznaczony dla danego leku. Na ogół zaleca się kontynuowanie pobierania leków, które są dobrze tolerowane i skuteczne.

Druga strategia, stosowana na terenach o niskiej transmisji zarażenia lub przy jej sezonowości, zakłada okresowe stosowanie chemioproflaktyki, tylko w okresie zwiększonego ryzyka zarażenia. Malaria może jednak wystąpić po przedwczesnym odstawieniu leków np. pod koniec pory deszczowej lub po przypadkowym zarażeniu w okresie tzw. niskiego ryzyka. Stąd przy stosowaniu tej strategii istotne jest zapewnienie miejscowej opieki lekarskiej lub leczenie lekiem rezerwowym (strategia stand-by).

Trzeba też pamiętać o tym, że inwazje P.vivax i P. ovale, mogą przetrwać w wątrobie w postaci hypnozoitów (opornych na chemioprofilaktykę) i powodować malarię po miesiącach lub latach, mimo prewencyjnego stosowania leków przeciwmalarycznych.

Indywidualne leczenie lekiem rezerwowym (stand-by)

W sytuacji, gdy nie ma dostępu do lekarza w ciągu 24 godzin od wystąpienia objawów, podejrzanych o malarię, WHO zaleca indywidualne stosowanie leku rezerwowego (SBET – stand-by emergency treatment). Może ono być stosowane u osób korzystających z chemioprofilaktyki lub z niej nie korzystających. Tego rodzaju strategia jest zalecana wobec osób wyjeżdżających na tereny o małej transmisji malarii przez Szwajcarię i Niemcy, ale nie jest polecana w UK, USA i w Kanadzie. Stosowanie tej strategii wymaga odpowiedniego stopnia wiedzy i indywidualnej odpowiedzialności osoby korzystającej z niej, gdyż leki stand-by mogą być przez osobę bez przygotowania medycznego dozowane niewłaściwie i nie powinny być stosowane w nie malarycznych zachorowaniach gorączkowych (opóźnienie ich właściwego leczenia).

Szybkie testy diagnostyczne

Możliwość rozpoznawania malarii jest bardzo istotna u osób przebywających dłużej na terenach malarycznych. Testy te, wykonane w odpowiednich warunkach i przez osoby wyszkolone, są obecnie bardzo czułe (90-100%) i specyficzne (95-100%). Wykonywanie ich w innych warunkach znacznie obniża ich wartość: jakość testów może ulec degradacji w miarę przechowywania, mogą one być niewłaściwie wykonywane lub interpretowane przez osoby niedoświadczone. Istnieje zgodna opinia, że testy te nie powinny być szeroko stosowane poza laboratoriami do tego przygotowanymi.

Końcowym zaleceniem autorów jest, aby każda osoba gorączkująca w tropiku lub po powrocie z niego, zasięgała niezwłocznie rady i pomocy lekarza, który winien podejrzenie potwierdzić lub wykluczyć malarię jako przyczynę zachorowania.

Tłumaczył
prof. Zbigniew Pawłowski

Leki podstawowe – Essential drugs

LEKI

Tworząc program Essential Drugs w roku 1977 (30 lat temu) Światowa Organizacja Zdrowia w następujący sposób uzasadniała potrzebę jego powołania (WHO, TRS nr. 615, 1977).

„Chociaż leki same w sobie nie są w stanie zabezpieczyć wszystkich potrzeb opieki zdrowotnej są one ważnym jej elementem. Niestety ogromna liczba różnorodnych leków, stale zresztą narastająca, nie przekłada się bezpośrednio na ogólną poprawę stanu zdrowia w świecie. W produkcji i w marketingu leków podstawową rolę odgrywają pieniądze. Wzrastają koszty odkrywania nowych substancji leczniczych i ich wprowadzenia na rynek. W krajach bogatych często reklamuje się leki w sposób przekraczający ich istotne zastosowanie. Z drugiej strony w krajach niezamożnych potrzeby odnośnie wprowadzania nowych niezbędnych leków nie są uwzględniane jako mało opłacalne. W krajach rozwijających się blisko 40% budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia jest wydawana na leki. Istnieje więc realna potrzeba krytycznej oceny ich niezbędności jak również dokonania wyboru niewielu leków, które mają strategiczne znaczenie dla danego kraju. Każdy kraj jest upoważniony do dostosowania listy WHO do swych lokalnych potrzeb".

Listę WHO przygotowuje co 2 lata zespół ekspertów WHO. Obecnie obowiązuje 15-ty z kolei dokument WHO Model List of Essential Medicines przyjęty w marcu 2007 roku (http://www.who.int/medcines/publications/EML15.pdf). Składa się on z dwóch części. Lista podstawowa obejmuje środki niezbędne do stosowania w chorobach „priorytetowych" w skali globalnej. Są to leki o najdokładniej sprawdzonej skuteczności, bezpieczne i korzystne ekonomicznie. Druga lista tzw. uzupełniająca zawiera leki droższe i/lub mniej konieczne w podstawowej opiece zdrowotnej. W liście podane są wyłącznie nazwy generyczne leków z pominięciem ich nazw handlowych. Lista zawiera formę leku i sposób jego podawania. Bliższe podstawowe informacje dotyczące preparatów leczniczych, zasady ich stosowania i możliwe objawy uboczne są podawane w oddzielnych wydawnictwach WHO.

Ważnym kryterium wyboru leku, niezależnie od jego skuteczności i bezpieczeństwa stosowania jest również jego koszt. W przypadku dwóch równorzędnych preparatów decyduje on o wyborze danego leku obok kryterium stosunku skuteczności do ryzyka stosowania preparatu. Brana jest też pod uwagę dostępność pełnej dokumentacja preparatu, jego obiektywna ocena naukowa i wyniki praktycznego jego stosowania oraz stabilność leku w różnych warunkach jego przechowywania.

Lista ułożona jest według grup działania leków od „anaesthetics" do „vitamins and minerals". W tej ostatniej grupie preparatów umieszczono: kwas askorbinowy, ergocalciferol, jod, nikotynamid, pirydoksynę, retinol, ryboflawinę, fluorek sodu (do stosowania zewnętrznego), tiaminę oraz dodatkowo glukonian wapnia do stosowania parenteralnego.

Podstawowa lista leków przeciwmalarycznych podana jest w tabeli 6.5.3.1 i 6.5.3.2. Podajemy wersję oryginalną:

6.5.3.1 For curative treatment	
Medicines for the treatment of P. falciparum malaria cases should be used in combination. The list currently recommends combinations according to treatment guidelines. The Committee recognizes that not all of these FDCs exist and encourages their development and rigorous testing. The Committee also encourages development and testing of rectal dosage formulations.	
amodiaquine*	Tablet: 153 mg or 200 mg (as hydrochloride). * To be used (a) in combination with artesunate 50 mg OR (b) may be used alone for the treatment of P.vivax, P.ovale and P.malariae infections.
artemether	Oily injection: 80 mg/ml in 1-ml ampoule. For use in the management of severe malaria.
artemether + lumefantrine*	Tablet: 20 mg + 120 mg. * Not recommended in the first trimester of pregnancy or in children below 5 kg.
artesunate*	Injection: ampoules, containing 60 mg anhydrous artesunic acid with a separate ampoule of 5% sodium bicarbonate solution. For use in the management of severe malaria. Tablet: 50 mg. * To be used in combination with either amodiaquine, mefloquine or sulfadoxine + pyrimethamine.
chloroquine*	Oral liquid: 50 mg (as phosphate or sulfate)/5 ml. Tablet: 100 mg; 150 mg (as phosphate or sulfate). * For use only for the treatment of P.vivax infection.
doxycycline*	Capsule: 100 mg (as hydrochloride). Tablet (dispersible): 100 mg (as monohydrate). * For use only in combination with quinine.
mefloquine*	Tablet: 250 mg (as hydrochloride). * To be used in combination with artesunate 50 mg.
primaquine*	Tablet: 7.5 mg; 15 mg (as diphosphate) * Only for use to achieve radical cure of P.vivax and P.ovale infections, given for 14 days.
quinine*	Injection: 300 mg quinine hydrochloride/ml in 2 -ml ampoule. Tablet: 300 mg (quinine sulfate) or 300 mg (quinine bisulfate). * For use only in the management of severe malaria, and should be used in combination with doxycycline.
sulfadoxine + pyrimethamine*	Tablet: 500 mg + 25 mg. * Only in combination with artesunate 50 mg.
6.5.3.2 For prophylaxis	
chloroquine*	Oral liquid: 50 mg (as phosphate or sulfate)/5 ml. Tablet: 150 mg (as phosphate or sulfate). * For use only in central American regions, for use for P.vivax.

(ciąg dalszy na str. 16-17)

LEKI

Leki podstawowe – Essential drugs

(ciąg dalszy ze str. 15)

doxycycline	Capsule or tablet: 100 mg (hydrochloride).
mefloquine	Tablet: 250 mg (as hydrochloride).
proguanil*	Tablet: 100 mg (hydrochloride). * For use only in combination with chloroquine.

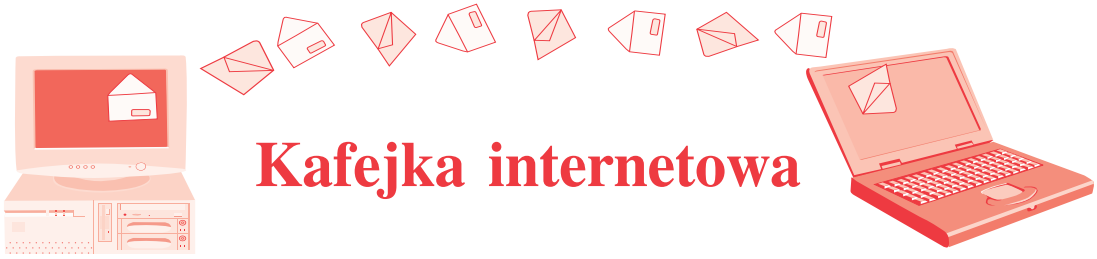
Leki przeciwgruźlicze przedstawia tabela 6.2.4 (wersja oryginalna):

6.2.4 Antituberculosis medicines	
ethambutol	Tablet: 100 -400 mg (hydrochloride).
isoniazid	Tablet: 100 -300 mg. Tablet (scored): 50 mg.
isoniazid + ethambutol	Tablet: 150 mg + 400 mg.
pyrazinamide	Tablet: 400 mg. Tablet (dispersible): 150 mg. Tablet (scored): 150 mg.
rifampicin	Capsule or tablet: 150 mg; 300 mg.
rifampicin + isoniazid	Tablet: 60 mg + 30 mg; 150 mg + 75 mg; 300 mg + 150 mg. 60 mg + 60 mg (For intermittent use three times weekly). 150 mg + 150 mg (For intermittent use three times weekly).
rifampicin + isoniazid + ethambutol	Tablet: 150 mg + 75 mg + 275 mg.
rifampicin + isoniazid + pyrazinamide	Tablet: 60 mg + 30 mg + 150 mg; 150 mg + 75 mg + 400 mg. 150 mg + 150 mg + 500 mg (For intermittent use three times weekly).
rifampicin + isoniazid + pyrazinamide + ethambutol	Tablet: 150 mg + 75 mg + 400 mg+ 275 mg.
streptomycin	Powder for injection: 1 g (as sulfate) in vial.
Complementary List	
Reserve second-line drugs for the treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR -TB) should be used in specialized centres adhering to WHO standards for TB control.	
amikacin	Powder for injection: 1000 mg in vial.
p -aminosalicylic acid	Granules: 4 g in sachet. Tablet: 500 mg.
capreomycin	Powder for injection: 1000 mg in vial.
cycloserine	Capsule or tablet: 250 mg.
ethionamide	Tablet: 125 mg; 250 mg.
kanamycin	Powder for injection: 1000 mg in vial.
ofloxacin*	Tablet: 200 mg; 400 mg. * Levofloxacin may be an alternative based on availability and programme considerations.

Leki stosowane w zakażeniach wirusowych (też HIV/AIDS) są zawarte w tabeli 6.4.2 (wersja oryginalna):

6.4.2 Antiretrovirals	
Based on current evidence and experience of use, medicines in the following three classes of antiretrovirals are included as essential medicines for treatment and prevention of HIV (prevention of mother -to -child transmission and post exposure prophylaxis). The Committee emphasizes the importance of using these products in accordance with global and national guidelines. The Committee recommends and endorses the use of fixed-dose combinations and the development of appropriate new fixed-dose combinations, including modified dosage forms, non-refrigerated products and paediatric dosage forms with assured pharmaceutical quality.	
6.4.2.1 Nucleoside/Nucleotide reverse transcriptase inhibitors	
abacavir (ABC)	Oral liquid: 100 mg (as sulfate)/5 ml. Tablet: 300 mg (as sulfate).
didanosine (ddI)	Buffered powder for oral liquid: 100 mg; 167 mg; 250 mg packets. Capsule (unbuffered enteric -coated): 125 mg; 200 mg; 250 mg; 400 mg. Tablet (buffered chewable, dispersible): 25 mg; 50 mg; 100 mg; 150 mg; 200 mg.
emtricitabine (FTC)*	Capsule: 200 mg. Oral liquid: 10 mg/ml. * FTC is an acceptable alternative to 3TC, based on knowledge of the pharmacology, the resistance patterns and clinical trials of antiretrovirals.
lamivudine (3TC)	Oral liquid: 50 mg/5 ml. Tablet: 150 mg.
stavudine (d4T)	Capsule: 15 mg; 20 mg; 30 mg; 40 mg.* * The Committee expects this dosage form to be reviewed for possible deletion at the next meeting. Powder for oral liquid: 5 mg/5 ml.
tenofovir disoproxil fumarate (TDF)	Tablet: 300 mg (tenofovir disoproxil fumarate - - equivalent to 245 mg tenofovir disoproxil).
zidovudine (ZDV or AZT)	Capsule: 100 mg; 250 mg. Oral liquid: 50 mg/5 ml. Solution for IV infusion injection: 10 mg/ml in 20-ml vial. Tablet: 300 mg.
6.4.2.2 Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors	
efavirenz (EFV or EFZ)	Capsule: 50 mg; 100 mg; 200 mg. Oral liquid: 150 mg/5 ml. Tablet: 600 mg.
nevirapine (NVP)	Oral liquid: 50 mg/5 ml. Tablet: 200 mg.
6.4.2.3 Protease inhibitors	
Selection of protease inhibitor(s) from the Model List will need to be determined by each country after consideration of international and national treatment guidelines and experience. Ritonavir is recommended for use in combination as a pharmacological booster, and not as an antiretroviral in its own right. This section will be reviewed by the Committee as a priority at its next meeting. It is expected that application for a heat stable tablet formulation containing 200/50 mg lopinavir + ritonavir will be submitted for the next meeting.	

→



Kafejka internetowa

Przy okazji konferencji nt. Towards Global Access to Health: Strengthening Health Systems and the Global Health Workforce, organizowanej przez Uniwersytet Genewski i Genewski Szpital Kliniczny w dniach 25-28 maja 2008, zorganizowano 69 stanowisk instytucji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną. Niektóre adresy internetowe tych organizacji mogą okazać się przydatne czytelnikom MMPolonia:

Handicap International: www.handicap-international.fr; contact@handicap-international.org

ISD Health & Development Information Team (m.in. zajmuje się planowaniem rodziny oraz zdrowiem matki i noworodka: www.ids.ac.uk/info/health.html; www.id21.org/insight/insight-h11/index.html; www.eldis.org/go/health/maternal-health-and transport; www.id21.org/focus/unsafe_abortion;

International Hospital Federation przedstawia swoją działalność na stronie WWW.ihf-fih.org

Oxfam International, zajmujący się Health & Education for All, ma adres internetowy: www.oxfam.org.forall; przesyła chętnym regularnie publikacje o swojej działalności nt. „one person can make a big difference"

Nature Publishing Group wydaje Nature reviews, microbiology. Mają one adres internetowy: www.nature.com/nrmicro/supplements. Ostatnie zeszyty poświęcone są Evaluating diagnostics: the malaria guide oraz the STI guide

(ciąg dalszy na str. 18)

indinavir (IDV)	Capsule: 200 mg; 333 mg; 400 mg (as sulfate).
lopinavir + ritonavir (LPV/r)	Capsule: 133.3 mg + 33.3 mg. Oral liquid: 400 mg + 100 mg/5 ml.
nelfinavir (NFV)	Oral powder: 50 mg/g. Tablet: 250 mg (as mesilate).
ritonavir	Oral liquid: 400 mg/5 ml. Oral solid dosage form: 100 mg.
saquinavir (SQV)	Capsule: 200 mg.
FIXED-DOSE COMBINATIONS	
efavirenz + emtricitabine* + tenofovir	Tablet: 600 mg + 200 mg + 300 mg. * FTC is an acceptable alternative to 3TC, based on knowledge of the pharmacology, the resistance patterns and clinical trials of antiretrovirals.
emtricitabine* + tenofovir	Tablet: 200 mg + 300 mg. * FTC is an acceptable alternative to 3TC, based on knowledge of the pharmacology, the resistance patterns and clinical trials of antiretrovirals.
stavudine + lamivudine + nevirapine	Tablet: 30 mg + 150 mg + 200 mg.
zidovudine + lamivudine	Tablet: 300 mg + 150 mg.
zidovudine + lamivudine + nevirapine	Tablet: 300 mg + 150 mg + 200 mg.

Znacznie mniejsza jest liczba leków podstawowych zalecanych do stosowania w innych chorobach pasożytniczych. Na przykład:

- w robaczycach jelitowych: albendazol, lewamizol, mebendazol, niklosamid, prazykwantel, pirantel;
- w filariozach: iwermektyna i dodatkowo dietylkarbamazyna i auramina;
- w zarażeniach przywrami: prazykwantel i triklabendazol oraz oksamnichina;
- w trypanosomozach: pentamidyna, auramina, eflornityna, melarsoprol, beznidazol i nifurtimoks;
- w pełzakowicy i w giardozie: diloksanid i metronidazol;
- w leiszmaniozie: meglumin, paromomycyna oraz dodatkowo amfoterycyna B i entamidyna.

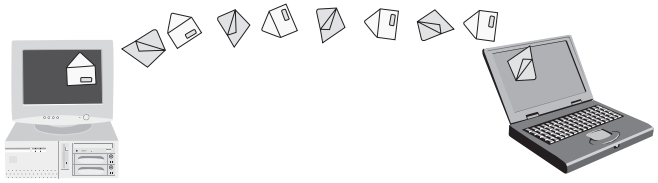
Łącznie lista leków podstawowych z roku 2007 zawiera 353 nazw preparatów, w tym 55 o zastosowaniu w 2 lub więcej stanach chorobowych.

Pełen dostęp do leków podstawowych jest jednym z celów Millenium Development Goals (2000). Będzie on jednak trudno osiągalny przez najbiedniejszą część populacji świata z wielu względów m.in. nadal wysokiego kosztu nowoczesnych leków chronionych patentem, niewydolności krajów rozwijających się do konfekcjonowania leków we własnym kraju, problemów z właściwą dystrybucją leków i w końcu fałszowania leków, które staje się coraz powszechniejsze, jak również odsprzedaży leków uzyskanych nieodpłatnie w jednostkach opieki zdrowotnej.

Dokument WHO pt. „How to investigate the use of medicines by consumers" (2004) przedstawia jak w rzeczywistości wygląda dystrybucja leków w peryferyjnych rejonach Filipin. Wśród objętych badaniem 1324 osób tylko 10% uzyskuje leki z instytucji medycznych (z klinik – 2%, ze szpitali 1%, od lekarzy – 7%); z aptek pochodzi 35% leków, natomiast z okolicznych sklepików aż 42%, od sąsiadów otrzymuje się 5% leków, a z zapasów domowych i innych pochodzi 8%.

Nie sposób na koniec podkreślić, że w ramach solidarności globalnej (i po trosze własnej reklamy) niektóre koncerny farmaceutyczne dostarczają leki nieodpłatnie lub po znacznie zredukowanej cenie na programy masowego zwalczania chorób pasożytniczych na przykład glistnicy, filarioz, onchocerkozy i schistosomozy. Dostarczanie leków potrzebnych w gruźlicy, trądzie i w AIDS zostało znacznie uproszczone przez WHO przez przygotowanie zestawów do skojarzonego leczenia udostępnianych chorym nieodpłatnie lub po znacznie obniżonej cenie.

prof. Zbigniew Pawłowski



Kafejka internetowa

(ciąg dalszy ze str. 17)

Global Digital Solidarity Fund (DSF) proponuje 1000 jednostek telemedycznych dla Afryki; niestety są one jeszcze bardzo drogie: zainstalowanie jednostki (wyposażenie+instalacja+obsługa) zawierającej laptop + webcam, ultrasound scanning station, electrocardiographic machine kosztuje 20-25.000 Euro + zabezpieczenie pasma na rok 2.200 do 6.000 euro. www.dsf-fsn.org. W Afryce, zwłaszcza francusko-języcznej, mając własny dostęp do internetu można korzystać nieodpłatnie z programów szkoleniowych DSF.

IDS, Institute of Development Studies, Sussex www.id21.org/insights wydaje ID21Insights, dostępne w prenumeracie.

Alvaro Alonso-Garbayo, Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Alvaro.Alonso@ishtm.ac.uk) poleca następujące linki dotyczące systemów opieki zdrowotnej health i rozwoju społecznego:
Eldis dossier: www.eldis/healthsystems/dossier/hr/index.htm
Equinet Africa: www.equinetafrica.org/workhuman.php
Global Health Trust: Joint Lerning Initiative: www.globalhealthtrust.org
Human Resources Development Journal: www.moph.go.th/ops/hrdj
Human Resources for Health: online journal; www.human-resources-health.com
International Council of Nurses Global Nursing Workforce: www.icn.ch/global
Latin American and Caribbean Observatory of Human Resources in Health: www.lachsr.org/observatorio/eng/index.html
MEDACT: Medact.org/hpd_brain_drain.php

World Health Organization, atlas opieki zdrowotnej: www.who.int/globalatlas/default.asp
WHO Alliance for Health: Policy and Systems Research: www.who.int/alliance-hpsr
WHO informacja nt podrabiania leków: www.who.int/medicines/services/counterfeit/en/

Henley Media Group Limited, Londyn: zajmuje się E-health; www.henleymediagroup.com

Commonwealth Health Ministers Meeting, 2008 o e-health, informacja: www.thecommonwealth.org.health

MedicalExchange MDPIXX, proponuje wymianę materiałów dydaktycznych m.in dotyczących przypadków klinicznych: http://mdpixx.com

The Tropical Health and Education Trust, London: www.thet.org

Medicus Mundi International Network: www.medicusmundi.org

Hospice Palliative Care Association of South Africa: www.hospicepalliativecaresa.co.za

Hospice Africa (Uganda): www.hospiceafrica.or.ug

African Palliative Care Association: www.apca.co.ug

Elton John AIDS Foundation: www.ejaf.org

Foundation for Hospices in Sub-Saharan Africa: www.fhssa.org

Help the Hospices: www.helpthehospices.org.uk

Hospice Information Service: www.hospiceinformation.info

International Association for Hospice and Palliative Care: www.hospicecare.com

International Observatory on End of Life Care, Lancaster University, UK: www.eolc-observatory.net

Open Society Institute: Public Health Programme, Palliative Care Initiative: www.soros.org/initiatives/health/focus/ipci

Palliative Care Initiative, The Diana, Princess of Wales Memorial Fund: www.theworkcontinues.org/causes/palliative.asp

Palliative Care. The solid facts: www.euro.who.int.document/E82931.pdf

Project on Death in America: www.soros.org/initiatives/pdia

World Health Organization, national cancer control programmes: www.who.int/cancer/publications/en/#guidelines

Neighborhood Network in Palliative Care: www.painandpalliativecare.org/nnpc/moreino.htm

Health on the Net Foundation Szpitala Klinicznego w Genewie (partner of Google) zawiera bezpłatne informacje nt 33.000 terminów medycznych, z których korzysta 27.000 osób dziennie: http://www.HealthOnNet.org oraz linki do problemów związanych z rezygnacją z palenia papierosów: http://ww.stop-tabac.ch;
zapobieganiem chorób oczu: http://www.provisu.ch;
oraz z ORPHANET: http://orpha-net.ch i z
OESO Fundacją: http://oeso-foundation.org

Alliance for Health Policy and Systems Researchw WHO: http://www.who'int/alliance-hpsr

Ponadto interesujące są następujące informacje na dyskach CD, niektóre z nich są dostępne poprzez Bibliotekę Główną UM w Poznaniu:

Thai Health 2008 wydało CD on Global Worming: A real threat from humans.

Prince Mahidol Award Conference in Bangkok wydało CD nt. PrimaryHealth Eyewitness: pmaconference@mahidol.ac.th,

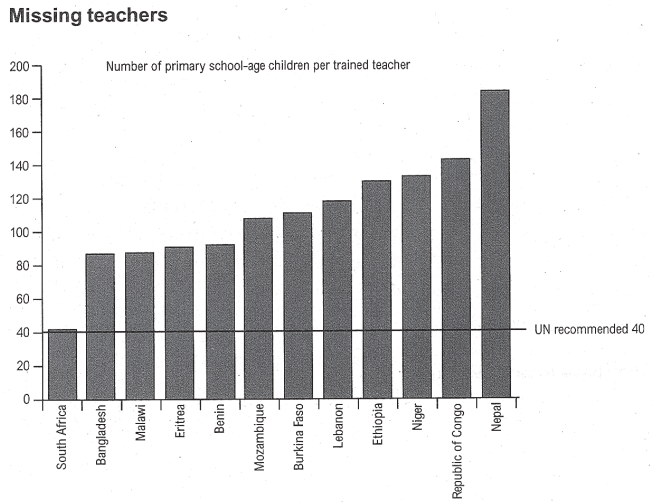
Rockhopper TV oferuje 2 dwa dyski CD (PAL4:3): „Syphilis" i „Kill or Cure: Malaria Field Medicine"

WHO 2007 oferuje na CD swoje publikacje WHO Medicines Bookshelf, version 5.0 m.in. nt. Essential Medicines
oraz oddzielne dyski CD dotyczące:
Quality management training for blood transfusion services
The Clinical use of Blood;
Preventions of violence;
Unintentional Injury Prevention;
New technologies for Tuberculosis Control (www.stoptb.org/retooling).

RAFT – Reseau en Afrique Francophone pour Telemedicine, działa od 2001 w 15 krajach afrykańskich. Program prowadzony przez Szpital Uniwersytecki w Genewie prowadzi poprzez internet szkolenie pracowników medycznych i oferuje konsultacje trudnych przypadków: http://raft.hcuge.ch

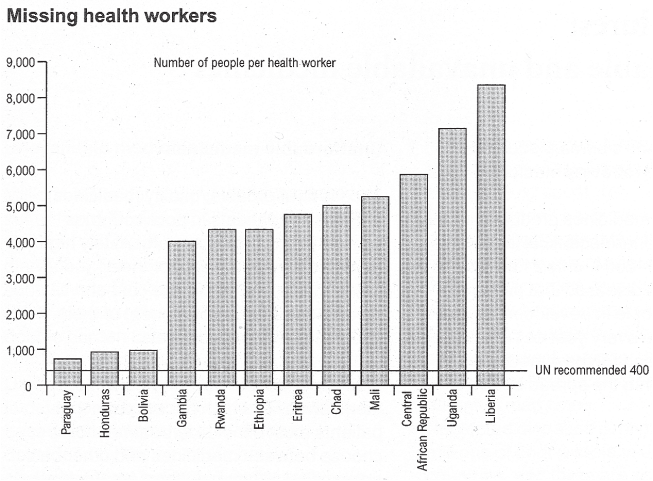
W kilku zdaniach…

1. Millenium Developmental Goals podkreślają konieczność edukacji. Jak znaczne są potrzeby w tym względzie przedstawia tabela sporządzona przez Oxfam wg danych UNESCO, 2005.



Przyjmuje się, że na świecie brakuje 1.9 miliona nauczycieli. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest m.in. niskie wynagrodzenie nauczycieli w krajach rozwijających się. W Kamerunie mówi się, że podejmując posadę nauczyciela podpisuje się kontrakt z biedą. Zniesienie czesnego w szkołach poprawia wprawdzie znacznie odsetek dzieci pobierających naukę, ale nie poprawia wynagrodzenia nauczycieli. Nauczanie dzieci w zakresie szkoły podstawowej jest więc wdzięcznym polem działania dla misji.

2. Jak znaczny jest kryzys światowy w zakresie personelu opieki zdrowotnej przedstawia tabela sporządzona przez Oxfam, Joint Learning Initiative 2004.



Przyjmuje się, że obecnie brakuje 4,25 miliona osób z zawodowym przygotowaniem medycznym. Na jednego pracownika ochrony zdrowia powinno przypadać co najwyżej 400 obywateli; 75 krajów nie spełnia tego wymogu, a w 10 krajach tylko 10% populacji ma dostęp do pracownika opieki zdrowotnej. Jedną z przyczyn braku personelu medycznego w krajach rozwijających się jest jego migracja zarobkowa: z 469 pielęgniarek wyszkolonych w Ghanie wyemigrowało 61%; połowa z nich do UK i USA. Okazuje się, że wykształcenie to jedna sprawa, a zapewnienie godziwego wynagrodzenia osobom wykształconym, to inna nie mniej ważna potrzeba. Działalność medyczna niektórych misji będzie jeszcze długo niezbędna.

3. Na sesji organizowanej przez Medicus Mundi International w czasie World Health Assembly w Genewie w maju 2008 okazało się jak duże trudności napotyka kontraktowanie przez Ministerstwa Zdrowia krajów rozwijających się usług medycznych w ośrodkach misyjnych. Wiele ośrodków medycznych na misjach, zarówno katolickich i protestanckich, otrzymuje coraz mniej funduszy ze strony organizacji charytatywnych. Mimo starań episkopatów afrykańskich (MMPoland nr 22/23) agencje rządowe na ogół nie są skłonne popierać finansowo działalność medycznych ośrodków misyjnych, mimo że ich wkład w opiekę zdrowotna, zwłaszcza w rejonach peryferyjnych, jest często znaczny i nie do zastąpienia. Przyczyny tego stanu rzeczy są wielorakie: brak zaufania ze strony rządu do ośrodków nie podlegających państwu, niedostateczna decentralizacja opieki zdrowotnej, na ogół słaba współpraca ośrodków rządowych i misyjnych w terenie, brak wzorcowych wytycznych dla obu stron jak takie kontraktowanie usług miałoby wyglądać. Rozwiązanie problemu przez likwidację medycznych ośrodków misyjnych, jakie miało miejsce w Republice Południowej Afryki (względnie bogatej RPA) z pewnością nie jest rozwiązaniem najlepszym dla obu stron. Świadczy o tym katastrofalna sytuacja w RPA pod względem zakażeń HIV; przez wiele lat niektórzy politycy uważali tam, że HIV jest „wymysłem białych". O ile kontaktowanie usług klinicznych napotyka na tak duże trudności, może łatwiej byłoby porozumieć się misjom na kontaktowanie nauczania podstawowego i przygotowywania zawodowego niższego personelu medycznego?

4. Światowa Organizacja Zdrowia, zwłaszcza kwatera główna w Genewie, odczuwa głęboki kryzys finansowy w związku ze spadkiem wartości US$. Działalność jej ratują ogromne dotacje spoza Narodów Zjednoczonych przeznaczone na konkretne programy ochrony zdrowia, przede wszystkim w terenie. W tej sytuacji doroczne zebranie ogólne WHO zostało skrócone do 6 dni, a jego program znacznie zawężony. Znaczną część obrad zajmują nadal sprawy proceduralne i budżetowe oraz polityczne (debata nt opieki zdrowotnej nad Palestyńczykami trwała wiele godzin). Niepokój budzą grożąca pandemia grypy, nadchodzący światowy kryzys żywnościowy, pogłębiający się niedostatek personelu medycznego, zwalczanie HIV, gruźlicy i malarii oraz opóźniająca się realizacja Millenium Developmental Goals. Niewiele czasu zostało na omawianie działania w zakresie chorób niezakaźnych, w tym alkoholizmu, nikotynizmu i otyłości. W tym roku mija 30 lat od konferencji w Ałma Ata, zapowiadającej w roku 1978 „zdrowie dla wszystkich"; okazuje się, że bardzo daleko jeszcze do osiągnięcia tego szczytnego celu. Dzisiaj już wiadomo, że był on sformułowany przedwcześnie, gdyż sprawy opieki zdrowotnej nie mogą być rozwiązane w oderwaniu od ogólnego postępu ekonomicznego, kulturowego i politycznego.

Posługa lecznicza Kościoła

Od redakcji: zgodnie z zapowiedzią podajemy streszczenie trzeciej sesji konferencji organizowanej w dniach 23-25 listopada 2006 przez Papieską Radę ds. Zdrowia w Watykanie nt. chorób zakaźnych (Dolentium Hominum 2007, 22; nr. 64. Sesje pierwsza i druga zostały zreferowane w poprzednim (22/23) numerze MMPolonia.

Sesja trzecia konferencji nosi tytuł: „co powinno być zrobione?" w domyśle w zakresie leczenia chorób zakaźnych.

Sesje otwiera artykuł mgr M.S.Sorondo, kanclerza Papieskiej Rady ds. Socjalnych w Watykanie o chorobach zakaźnych z punktu widzenia kulturalno-społecznego. Stwierdza on, że w dzisiejszym zglobalizowanym świecie najważniejszym jest problem sprawiedliwości społecznej; to stwierdzenie dotyczy też ochrony zdrowia. Każdy, niezależnie gdzie przebywa i w jakich warunkach żyje, winien mieć dostęp do kultury w szerokim tego słowa znaczeniu, a w szczególności prawo i możliwość uzyskania poprawnej informacji dotyczącej problemów zdrowotnych. W tym zakresie istnieje w świecie głęboka nierówność; dotyczy ona przede wszystkim kobiet np. w zakresie problemów gruźlicy, chorób zakaźnych przewodu pokarmowego i AIDS. W czasach globalizacji, nasilonych migracji i urbanizacji oraz podkreślania wagi nowoczesnej wiedzy, zwłaszcza ekonomicznej i konieczności zwalczania biedy i chorób ją powodujących niezbędne są zmiany w zakresie edukacji. Edukacja winna być częścią ogólnego rozwoju i promowana z zachowaniem ludzkiej godności, praw i wolności jednostki. Edukacja winna kształcić zdolność obserwacji, analizy zjawisk, tworzenia wartości etycznych, rozwijać poczucie sprawiedliwości, tolerancji i współczucia dla innych. Powinna również uwzględniać różnice kulturowe przy zachowaniu uniwersalnych wartości ludzkich takich jak wiedza, wolność, zdrowie i powszechny dostęp do edukacji. Ogólnie rzecz ujmując kształcenie indywidualnej osobowości oraz jej rola w rodzinie i w społeczności zaczyna się już po porodzie. Klasyczne podstawy nauczania szkolnego, polegające na nauce czytania, pisania i liczenia, dzisiaj już nie wystarczają. Edukacja winna dążyć do rozwoju wnętrza człowieka we wszystkich jego wymiarach, począwszy od przygotowania do przyszłej pracy jak i życia w rodzinie i w społeczności. Nowoczesne metody komunikacji i techniki informacyjne oferują ogromne możliwości szerzenia edukacji docierając do najodleglejszych terenów, łącząc wielu ludzi, zmniejszając koszty nauczania. W zapobieganiu i w zwalczaniu chorób zakaźnych edukacja i informacja odgrywają szczególną rolę.

Msgr F.R.Ortega z Meksyku zapytuje czy jest możliwa katechizacja osób izolowanych z powodu choroby zakaźnej i odpowiada, że powinno podejmować się takie starania. Msgr J.P.Foley prezydent Papieskiej Rady ds. Komunikacji Socjalnej stwierdza, że Kościół ma 4 drogi edukacji społecznej: parafię, szkołę, szpital i media. Media mogą odgrywać bardzo ważną rolę informowaniu o chorobach zakaźnych i ich prewencji. Prof. G.Kouri, dyrektor Instytutu Tropikalnego w Hawanie omawia szeroko relacje między społeczeństwem, a chorobami zakaźnymi. Stwierdza on, że sytuacja społeczności światowej w dobie neoliberalnej globalizacji jest bardzo złożona. Różnice między krajami północy i południa pod wieloma względami powiększają się, wzrasta koncentracja kapitału, praktycznie zanikają systemy zdrowa publicznego i pomniejsza się znaczenie prewencji na korzyść „rynku" chorych. Na to nakładają się procesy migracji, stale pogłębiające się w świecie różnice materialne i edukacyjne. Jedynym lekarstwem w tej sytuacji wydaje się być międzynarodowa solidarność w obronie słabszych. Przykłady takiej solidarności podaje Dr A.Benbow, wice-prezydent koncernu farmaceutycznego Glaxo, Smith & Kline. Podaje on dane odnoszące się do liczby leków przeciwko chorobom zakaźnym ofiarowanych krajom niezamożnym i promocje sposobów na to, aby tanie leki były w tych krajach dostępne: dotyczy to zwłaszcza gruźlicy, AIDS, leiszmaniozy, zakażeń opornymi szczepami bakterii i szczepionek. Wydaje się, że polityka niektórych koncernów farmaceutycznych została zmuszona do dzielenia się swoim zyskiem z tymi, którzy tej pomocy najbardziej oczekują i potrzebują.

Dalsze dwa wystąpienia dotyczą pewnych aspektów medycznych opieki nad chorym, wymagającym nie tylko leczenia, ale również wytwarzania pewnej bliskości wzajemnych relacji między chorym, a osobami opiekującymi się oraz pozyskania ich zaufania dla przyjęcia właściwego postępowania prewencyjnego. Mgr S.M.Tomasi, przedstawiciel Stolicy Apostolskiej przy ONZ omawia polityczne i socjalne aspekty opieki nad chorymi zakaźnie. Wiele decyzji politycznych (Millenium Developmental Goals) nie może być zrealizowanych z powodu niewydolnych systemów ochrony zdrowia, z braku personelu medycznego i paramedycznego, niedostatecznej infrastruktury opieki zdrowotnej i w końcu braku dostępu do leków i środków diagnostycznych. Siostra E.Franc, superior generalny sióstr szarytek ST. Vincent a' Paulo z Paryża, zwraca uwagę na potrzebę dbałości nie tylko o umierającego chorego, ale również o jego rodzinę i personel medyczny, dla którego towarzyszenie w ostatnich chwilach pacjenta jest dużym obciążeniem psychicznym. Arcybiskup Jukatanu msgr. E.C.B. Belaunzaran podaje szczegółowe schematy jak opieka nad chorymi i apostolstwo chorych powinno być organizowane na terenie diecezji i parafii. Trudno streszczać ten wykład bardzo doświadczonego w tym zakresie arcybiskupa. Superior generalny Kamilianów A.F.Monk omawia zasady postępowania z chorymi obowiązujące w tym zakonie. F.Sulivan, dyrektor Australijskiego Katolickiego Stowarzyszenia Medycznego, opisuje faktograficznie trudną sytuację zdrowotną w Papua Nowej Gwinei, państwa będącego jednym z najmłodszych członków międzynarodowej wspólnoty chrześcijańskiej. Maria Pia Garavaglia, burmistrz Rzymu daje szereg przykładów jak organizacje oparte o wolontariuszy mogą być pomocne w opiece nad chorymi, zwłaszcza nad chorymi zakaźnie. Dziekan Papieskiego Instytutu Liturgii Rev. J.J.F. Arcas OSB kończy konferencję stwierdzeniem, że i dzisiaj potrzebny jest Dobry Samarytanin, które na rany chorego leje oliwę pocieszenia i wino nadziei.

Zeszyt 64 Dolentium Hominum powinien trafić do rąk osób zajmujących się profesjonalnie kształceniem personelu zajmującego się chorymi nie tylko zakaźnie.

Streścił i tłumaczył:
prof. Zbigniew Pawłowski