Fundacja Pomocy Humanitarnej
<< Redemptoris Missio >>

Opieka zdrowotna w tropiku
KURS W DNIACH 29.06 – 4.07.2009
(program na str. 14-15)

ISSN 1641-604 X

MEDICUS MUNDI

Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

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

STYCZEŃ-CZERWIEC 2009
Nr 28-29 (rok IX)

Na posiedzeniu Rady Fundacji „Redemptoris Missio" – Medicus Mundi Poland w dniu 21 lutego 2009 postanowiono, że czasopismo Fundacji *Medicus Mundi Polonia* będzie wydawane w wersji elektronicznej 4 razy w roku (marzec, czerwiec, wrzesień, grudzień) na stronie internetowej Fundacji (http://ump.edu.pl/medicus)* oraz w wersji drukowanej 2 razy w roku (czerwiec, grudzień). Każda wersja drukowana będzie odbiciem dwóch kolejnych wersji elektronicznych. Ostateczna forma wersji elektronicznych będzie przygotowywana nieodpłatnie przez pana Tomasza Magowskiego, a realizacja wersji drukowanych będzie powierzona, jak do tej pory, Wydawnictwu Kontekst. Przygotowanie materiałów do *Medicus Mundi Polonia* odbywa się na zasadzie wolontariatu, a koszt druku i wysyłki czasopisma ponosi Fundacja.

Nie wyznaczając ceny prenumeraty Fundacja oczekuje, że koszt wydawania czasopisma będzie uwzględniany w dobrowolnych wpłatach na konto Fundacji.

W imieniu Fundacji i współpracowników Redakcji pragniemy podziękować Członkom Rady Redakcyjnej za dotychczasową pomoc w wydawaniu czasopisma i prosić o dalszy udział w pracach Rady.

Pani dr hab. n. farm. Anita Magowska została zaproszona do pełnienia funkcji zastępcy redaktora. Pani Ewa Kaczmarek, która od jesieni 2008 roku prowadzi sekretariat Redakcji, będzie nadal opiekować się czasopismem na zasadzie wolontariatu.

Uwzględniając fakt, że wiele aktualnych wiadomości jest obecnie dostępnych poprzez Internet, czasopismo nieco zmienia swą formę. Treść jego będzie ogniskować się wokół spraw najbliższych Fundacji oraz na aktualnych informacjach, które mogą być przydatne w prowadzeniu działalności medycznej na misjach i w przygotowaniu się do niej. Unikalny tradycyjny dział „Posługa lecznicza Kościoła" zostaje utrzymany.

W przekonaniu, że *Medicus Mundi Polonia* będzie nadal dobrze służył łączności między Fundacją, a jej sympatykami o zainteresowaniach medycznych, Redakcja życzy interesującej lektury i prosi o uwagi odnośnie treści czasopisma i propozycje nowych atrakcyjnych tematów.

Redakcja

* Czytelnicy, którzy nie mają dostępu do Internetu, a chcieliby zapoznać się z zeszytami wydawanymi elektronicznie, proszeni są o zgłoszenie swego życzenia w sekretariacie Fundacji (tel. 061 862 13 21).

W numerze:

AKTUALNOŚCI:
- Wydarzenia (Redemptoris Missio) 2
- Sprawozdanie (Genewa – Medicus Mundi International) 3
- Z Poznania do Kiabakari (Redemptoris Missio) 4
- CUAMM (Padwa) 5

Dominikanki w Kamerunie 6

MALARIA
- Stop Malaria Now! 8

Zagrożenia dla ciężarnych kobiet i noworodków 10
Telemedycyna w dermatologii 11
Frambezja – zapomniana choroba 13
Opieka zdrowotna w tropiku – kurs (program) 14

STOP MALARIA NOW!
MEDYCYNA KATASTROF
TELEDERMATOLOGIA

MEDYCYNA KATASTROF
- Organizacja pomocy medycznej 17
- Wypadki na drogach 24

Aktualne informacje na temat odry 25
Nowości wydawnicze 26
Posługa lecznicza Kościoła 28

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 86, 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«

WYDARZENIA

Od ostatniego numeru **Medicus Mundi Polonia** minęło już kilka miesięcy. Wraz z dniem 1.01.2009 roku, Fundacja weszła w kolejny już rok swojej działalności na polu pomocy humanitarnej. Nowe miesiące to kontynuacja działalności z lat poprzednich, jak również nowe wyzwania, nowe projekty...

Od początku roku w kalendarium Fundacji zapisało się kilka ważnych wydarzeń. W połowie lutego 2009 miało miejsce spotkanie koordynatorów projektu *Stop Malaria Now!* Tym razem odbyło się ono w Madrycie. Z ramienia Fundacji w spotkaniu tym uczestniczyła studentka medycyny, Justyna Polowy, wiceprezes Fundacji oraz Piotr Radojewski (str. 8). Jak zwykle uczestnicy z pięciu krajów, które zaangażowane są w projekt, prezentowali swoje dokonania na rzecz programu *Stop Malaria Now!* Był też czas na wyciągnięcie wniosków z dotychczasowych działań oraz omówienie nowych założeń programowych.

Jednym z wydarzeń promujących tę inicjatywę, jak i działalność Fundacji w ogóle, była akcja pod tytułem „Leszno dla Afryki". Była to druga tego typu akcja przeprowadzona przez wolontariuszy i pracowników Fundacji. Tym razem pomysłodawcami i współorganizatorami akcji byli Joanna Tomkowiak oraz Adam Bobkiewicz. Po raz kolejny ludzie pokazali, że mają otwarte serca. Przez 3 tygodnie w jedenastu placówkach wychowawczych w Lesznie dzieci zbierały środki opatrunkowe oraz przybory szkolne, których łączna liczba przerosła nasze oczekiwania. Akcję wieńczyło spotkanie z mieszkańcami Leszna, na którym odbyła się m.in. aukcja przedmiotów przywiezionych z krajów misyjnych oraz koncert zespołu Ricky Lion Bongo Bongo, muzyków pochodzących z Republiki Demokratycznej Kongo.

I nie był to jedyny koncert... Jak co roku, podobnie i w tym, miał miejsce uroczysty Koncert Charytatywny Fundacji „Redemptoris Missio". Dnia 7 marca 2009 w auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu wystąpił Chór Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pod dyrekcją prof. P. Pałki oraz Orkiestra Reprezentacyjna Sił Powietrznych pod dyrekcją mjr P. Joksa. Aula była wypełniona do ostatniego miejsca, a sam koncert wzbudził wyjątkowy aplauz publiczności. Podczas koncertu wręczono medal „Tym, którzy czynią dobro". Osobą wyróżnioną w tym roku została s. Józefina Grabowska, absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznania, obecnie misjonarka pracująca w ośrodku zdrowia w Garoua Bulai w Kamerunie.

Od dwóch miesięcy Fundacja zaangażowana jest w nowy projekt, niejako związany właśnie z Garoua Bulai. Dzięki współpracy Sióstr pracujących w tej kameruńskiej wiosce i Fundacji, powstał projekt „Adopcji na odległość". Dzięki tej idei kilkanaścioro dzieci znalazło już swoich „rodziców" tu w Polsce, dzięki którym będą w stanie uczęszczać do szkoły. Edukacja w Kamerunie, jak w większości krajów afrykańskich, jest płatna, co dla wielu sierot stwarza barierę nie do pokonania. Jednak kwota 100 Euro rocznie pozwala dzieciom zdobywać wiedzę tak bardzo potrzebną w dorosłym życiu. Tym z Państwa, którzy włączyli się już do tej akcji, bardzo dziękujemy. Natomiast osoby zainteresowane tą formą pomocy więcej informacji zaczerpnąć mogą dzwoniąc do sekretariatu Fundacji.

Lek. Piotr Zawieja,
p.o. Prezesa Fundacji

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

Redaktor: prof. zw. em. Zbigniew Pawłowski, DTMH.
Z-ca Redaktora: dr hab. Anita Magowska

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

Sekretarz Redakcji: Ewa Kaczmarek,
ewa.k.kaczmarek@gmail.com

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: Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" – Medicus Mundi Poland, ul. Grunwaldzka 86

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.

Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

Sprawozdanie

z dorocznego posiedzenia Rady w Genewie, 20-21 maja 2009

Medicus Mundi International (MMI) jest istniejącą od 1963 r. międzynarodową organizacją, skupiającą jedenaście organizacji pozarządowych z Belgii, Benin, Hiszpanii, Holandii, Niemiec, Szwajcarii, Włoch oraz Polski (reprezentowanej przez Fundację Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*) zaangażowanych w rozwój opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się. Były to pełne optymizmu czasy gospodarczego rozwoju Europy. Bogate państwa członkowskie Narodów Zjednoczonych zobowiązały się do przekazywania 0,7% produktu krajowego brutto państwom najuboższym. MMI miała wtedy wpływ na dystrybucję pomocy humanitarnej ONZ dla państw Trzeciego Świata oraz odgrywała rolę eksperta w zakresie sytuacji zdrowotnej tamże.

Z biegiem lat okazywało się, że żadne z państw należących do ONZ nie wywiązywało się z przyjętych zobowiązań; nawet pomoc zamożnych Niemiec nie przekraczała 0,33% ich PKB. W miarę zmniejszania się finansowania, MMI podejmowała nowe zadania. Od 1978 r. będąc jednym z uczestników konferencji WHO w Ałma-Acie, zaczęła urzeczywistniać koncepcję „Health for All", przyczyniając się do opracowania tzw. listy leków podstawowych oraz do zawierania przez administrację rządową państw afrykańskich kontraktów na usługi zdrowotne świadczone przez misyjne szpitale i ośrodki zdrowia.

W 1998 r. organizacja uczestniczyła w aż 942 projektach w ponad 100 ubogich państwach świata, wysyłając tam jednak tylko 200 lekarzy bądź przedstawicieli innych zawodów medycznych. Większość projektów polegała bowiem na podejmowaniu działań nie na rzecz pojedynczych pacjentów, ale poprawy sytuacji zdrowotnej całych populacji poprzez profilaktykę (przede wszystkim akcje szczepień) i promocję zdrowia. Ewolucja działalności MMI wynikała z przeświadczenia o daremności dotychczasowych, mających zasięg lokalny, wysiłków, które nie przekładały się na rezultaty w skali makro w krajach Trzeciego Świata.

W 2000 r. przedstawiciele MMI uczestniczyli w Konferencji Biskupów Katolickich w Soesterberg, próbując wprowadzić partnerstwo publiczno-prywatne do działalności misyjnych systemów opieki zdrowotnej w Afryce. Odtąd MMI realizowała strategię promocji kontraktów między organizacjami pozarządowymi (w większości katolickimi) a ministrami zdrowia państw afrykańskich przy jednoczesnej współpracy z WHO.

Od 2003 r. MMI zaczęła wyrażać zaniepokojenie kryzysem personelu medycznego w Afryce. Wobec masowego exodusu personelu medycznego z Afryki subsaharyjskiej do Anglii, USA i Kanady, rola misyjnych ośrodków zdrowia gwałtownie wzrosła. W szeregu państw subsaharyjskich stały się dostarczycielami ponad połowy świadczeń zdrowotnych.

Wydarzeniem towarzyszącym dorocznemu, zorganizowanemu 20-21 maja 2009 r. w Château de Bossey koło Genewy, zgromadzeniu przedstawicieli organizacji należących do MMI była konferencja poświęcona krytycznemu niedoborowi personelu medycznego w Afryce subsaharyjskiej i kryzysowi kontraktów na usługi zdrowotne świadczone przez organizacje religijne a sektorem państwowym. Konferencja odbyła się na terenie Muzeum Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i była wpisana w kalendarz wydarzeń towarzyszących – równocześnie trwającemu – Walnemu Zgromadzeniu WHO.

Obrady zaczęły się wystąpieniem Jose Utrera z organizacji Cordaid, który wskazał na przyczyny niedoboru personelu medycznego w Afryce i możliwości przeciwdziałania mu przez samorządy lokalne, organizacje zawodowe, administrację publiczną, a także podkreślił potrzebę monitorowania interwencji oraz podjęcia badań naukowych nad tą problematyką.

George Adjei z katolickiego systemu opieki zdrowotnej w Ghanie opisał jego działalność (32 szpitale, 66 przychodni, 4 apteki), która obecnie zapewnia 54% świadczeń zdrowotnych w tym kraju. Wyjaśnił, że aby zahamować emigrację lekarzy, farmaceutów i personelu pomocniczego z katolickiego systemu opieki zdrowotnej, nawiązano porozumienie z rządem angielskim zobowiązując go do zmniejszenia liczby zezwoleń na pracę. Ponadto wprowadzono atrakcyjne sponsorowane szkolenia, umożliwiono pracę dodatkową i wprowadzono nakazy pracy dla absolwentów studiów medycznych.

Issac Mpoza Kagimu z Uganda Catholic Medical Bureau (27 szpitali, 236 przychodni, 11 uczelni, 7525 pracowników fachowych) opisał działania prowadzone w Ugandzie celem poprawy jakości usług farmaceutycznych i zapewnienia aptekom pracowników fachowych. Wprowadzono szkolenia asystentów farmaceutycznych w szpitalach katolickich. Kandydatów na asystentów farmaceutycznych rekrutuje się wśród pielęgniarek lub absolwentów szkół średnich. Dotychczas kwalifikacje takie zdobyło 51 osób, które są zobowiązane do pracy przez 3 lata, by w ten sposób zwrócić koszty nauki.

W konferencji uczestniczyli też ministrowie zdrowia Ugandy i Ghany, którzy przedstawili podejmowane przez siebie działania zmierzające do zwiększenia liczby lekarzy i farmaceutów pracujących w podległych im placówkach. Wszyscy podkreślali konieczność limitowania przez rządy państw rozwiniętych liczby migrujących z Afryki lekarzy i farmaceutów.

Następnego dnia obrady były poświęcone sprawom działalności MMI. Starannie analizowano sprawozdanie finansowe organizacji. Największe sumy wydano na budowę i prowadzenie strony internetowej MMI oraz na sporządzenie raportu o kryzysie kontraktowania usług medycznych w Kamerunie, Tanzanii, Czadzie i Ugandzie. Raport ten sporządzili pracownicy Instytutu Medycyny Tropikalnej w Antwerpii. Jego podstawą

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

Z Poznania do Kiabakari

Rok 2008 był przełomowy dla działalności Redemptoris Missio (Medicus Mundi Poland), ponieważ szczęśliwie otworzyliśmy Pier Georgio Frassati Health Center w Kiabakari w Tanzanii.

Kiabakari to wioska w Regionie Mara w Północnej Tanzanii, w dystrykcie Musoma. Projekt rozpoczęto w 2004 roku z pomocą wolontariuszy z Salezjańskiego Wolontariatu Misyjnego, którzy – dzięki wsparciu ze strony polskich ofiarodawców – zaczęli budować ośrodek zdrowia. Prawdziwy kamień milowy dla jego rozwoju położono w 2007 roku, kiedy to polskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych zaczęło wspierać projekt dotacją w ramach programu „Polska Pomoc", która pozwoliła na ukończenie budowy, zakup sprzętu medycznego oraz podstawowych leków niezbędnych do leczenia pacjentów.

Pierwsi pacjenci zostali przyjęci przez polskich lekarzy, a zarazem wolontariuszy Redemptoris Missio i koordynatorów medycznych projektu – Gabrielę Majkut i Jakuba Kowalczyka. Dziś w Kiabakari pracuje dwoje tamtejszych lekarzy, dwoje laborantów, trzy pielęgniarki oraz cztery osoby personelu niższego. Działalnością ośrodka kieruje Mateusz Cofta, b. prezes Fundacji Redemptoris Missio oraz Jadwiga Żyłka, Koordynator Medyczny.

Klinika wyjazdowa

Pracę w ośrodku usprawnia sprzęt diagnostyczny (analizator hematologiczny i biochemiczny, USG, Doppler płodowy, aparatura umożliwiająca stosowanie metody ELISA). Laboratorium i przychodnia czynne są przez sześć dni w tygodni. We współpracy z *District Medical Office of Musoma* działa Klinika Matki i Dziecka. W ośrodku znajdują się ponadto dwa oddziały szpitalne (osobne dla kobiet i mężczyzn), każdy z siedmioma łóżkami. Dwa razy w miesiącu organizowana jest klinika wyjazdowa, w celu zapewnienia pomocy medycznej osobom zamieszkującym wioski oddalone od Kiabakari, opieki medycznej matkom i dzieciom, prowadzenia programu szczepień i leczenia przeciwmalarycznego.

Ośrodek w Kiabakari finansowany jest z trzech głównych źródeł: pieniędzy z funduszu ubezpieczeń zdrowotnych, z ofiar darczyńców Fundacji Redemptoris Missio oraz opłat pacjentów. Administracja podejmuje starania w celu uzyskania dodatkowego wsparcia finansowego ze strony *District Medical Officer* dla szkolenia personelu i prowadzenia kliniki wyjazdowej – wszystko po to, by zapewnić lepszą opiekę zdrowotną i zjednać sobie miejscową ludność.

Ośrodek musi się rozwijać i wychodzić naprzeciw oczekiwaniom i potrzebom pacjentów. Dlatego Redemptoris Missio i Uniwersytet Medyczny w Poznaniu starają się rozwinąć współpracę z *Weill-Bugando College of Health Science* w Mwanza. Ma to być współpraca naukowa, wymiana sprzętu medycznego oraz utworzenie centrum zdrowia w Kiabakari. W październiku 2008 roku prof. Krystyna Pecold, okulistka, spędziła dwa tygodnie w Kiabakari, udzielając porad pacjentom z chorobami narządu wzroku. Był to pierwszy z wielu medycznych wyjazdów polskich specjalistów do Tanzanii planowanych na nadchodzące lata.

Fundacja Redemptoris Missio żywi nadzieję, iż jej wcześniejsza i przyszła działalność to właściwe kroki na drodze do osiągnięcia długoterminowych celów, którymi są zapewnienie wysokiej jakości opieki dla rejonu Kiabakari i udostępnienie podstawowej opieki medycznej większej liczbie osób.

Justyna Polowy i Mateusz Cofta,
Roczny Raport 2008 dla Medicus Mundi International
tłum. Ewa Kaczmarek

była sytuacja pojedynczych szpitali i przychodni w tych krajach.

W najbliższym roku przewidywane jest stałe uczestnictwo w konferencjach biskupów afrykańskich celem poszukiwania nowych możliwości kontraktowania usług medycznych przez ośrodki wspierane przez organizacje religijne.

W ocenie Rady MMI, organizacja powinna tworzyć network, jednak trudno było określić jego zadania. Wprawdzie cele są zbliżone, jednak poszczególne autonomiczne organizacje członkowskie mają różną specyfikę i zakres aktywności, a także... płacą składki w różnej wysokości. Mimo długiej dyskusji, obecnemu prezydentowi MMI, Guusowi Eskensowi, nie udało się wytyczyć konkretnych strategii i zadań na przyszłość. Pytanie o tożsamość networku i o przyszłe strategie MMI pozostało na razie bez odpowiedzi. Jak się zdaje, rola MMI jako doradcy administratorów afrykańskich systemów opieki zdrowotnej zachowa dotychczasowe znaczenie, natomiast podjęcie nowych działań będzie wymagać dodatkowego finansowania. Przedstawicielem Fundacji *Redemptoris Missio* w zgromadzeniu walnym MMI była niżej podpisana.

Dr hab. Anita Magowska

„Equal opportunities for health: action for development"

CUAMM stara się zapewnić równe szanse dostępu do ochrony zdrowia

W ciągu ostatnich dwóch lat Fundacja „Redemptoris Missio" uczestniczyła w realizacji projektu „Equal opportunities for health: Action for Development", zainspirowanego i koordynowanego przez organizację Medici con l'Africa CUAMM z Padwy. CUAMM jest organizacją pozarządową silnie zinstytucjonalizowaną i zarządzaną przez wysoko wykwalifikowanych pracowników realizujących projekty na rzecz opieki zdrowotnej w krajach Trzeciego Świata i skutecznie pozyskujących międzynarodowe fundusze na nie. Omawiany projekt był finansowany przez Unię Europejską. Jego celem było wprowadzenie obligatoryjnego kształcenia przeddyplomowego w zakresie zdrowia globalnego do programów nauczania realizowanych w uniwersytetach włoskich oraz podjęcie ogólnoeuropejskiej kampanii społecznej na rzecz uświadamiania dramatycznych realiów życia w państwach najuboższych.

Założone cele udało się wprawdzie częściowo urzeczywistnić, bo problematyka zdrowia globalnego została wprowadzona do nauczania uniwersyteckiego we Włoszech na ogół w ram ach przedmiotów fakultatywnych, jednak pracownicy padewskiego CUAMM są przekonani, że przymusowa modernizacja uniwersytetów europejskich w oparciu o tzw. Proces Boloński zapewni ich projektowi pełen sukces w najbliższych latach.

Projekt zakończył się zorganizowaną w dniach 3-4 kwietnia 2009 w Padwie konferencją zatytułowaną tak jak projekt, w której jako przedstawiciel naszej Fundacji uczestniczyła niżej podpisana. Wśród 156 uczestników przeważali Włosi i Afrykańczycy reprezentujący uniwersytety, szkoły zdrowia publicznego, instytucje rządowe i organizacje społeczne. W pierwszej części konferencji zaproszeni wykładowcy zaznajomili uczestników z uwarunkowaniami obecnej sytuacji zdrowotnej w krajach Trzeciego Świata.

Duże zainteresowanie wzbudziło wystąpienie prof. Sama Okuonzi z Makerere University w Ugandzie, lekarza specjalizującego się w problematyce zdrowia publicznego i ekonomiki zdrowia. Przypomniał on, że rozwój cywilizacji zachodniej zaczął się od odkrycia rolnictwa i magazynowania żywności, co z czasem przyczyniało się nie tylko do rozwoju handlu i nauki, ale także do wojen i podbojów kolonialnych. Prof. Okuonzi wykazał, że obok takich przyczyn złej sytuacji zdrowotnej i ekonomicznej w państwach rozwijających się jak korupcja, nepotyzm, brak strategii rozwoju, istotną rolę odgrywają też inne, jak wdrażana w życie przez lobbystów filozofia liberalizmu. Wskazywana przez Bank Światowy i Światową Organizację Handlu konieczność prywatyzacji systemów opieki zdrowotnej w państwach rozwijających się prowadzi do pozbawienia szans najuboższych Afrykańczyków na jakąkolwiek opiekę medyczną i dlatego, zdaniem prof. Okuonzi, konieczna jest budowa globalnego systemu opieki zdrowotnej i nowego porządku świata.

Radykalny ton przemówienia nadał impetu pozostałym obradom. W drugiej części konferencji wszyscy uczestnicy zostali podzieleni na cztery zespoły robocze, które poszukiwały: sposobu wprowadzenia kształcenia w zakresie zdrowia globalnego do programu studiów i kształcenia podyplomowego, dróg partnerstwa między instytucjami rządowymi, biznesem a organizacjami społecznymi, możliwości zwiększenia ilości środków finansowych przeznaczanych przez państwa rozwinięte na rzecz poprawy warunków zdrowotnych w krajach Trzeciego Świata (rozważano m.in. opodatkowanie biletów lotniczych i kinowych, albo przekazywanie 1% podatków płaconych przez obywateli państw rozwiniętych, co pozwoliłoby na zasilanie afrykańskich systemów opieki zdrowotnej o 132 biliony dolarów rocznie), wreszcie, możliwości przeprowadzenia ogólnoświatowej kampanii uświadamiającej mieszkańcom wszystkich kontynentów, że i choroby nie mają granic.

Niżej podpisana uczestniczyła w pracach zespołu szukającego możliwości obligatoryjnego kształcenia studentów wszystkich kierunków medycznych w zakresie zdrowia globalnego. Uczestnikami obrad w tym zespole byli głównie nauczyciele akademiccy z jedenastu włoskich uniwersytetów, którzy chętnie dzielili się swymi doświadczeniami z nauczania w zakresie zdrowia globalnego, a także liczni, entuzjastycznie nastawieni zarówno do nowego przedmiotu, jak i do walki o zapewnienie wszystkim ludziom prawa do zdrowia, włoscy studenci. Nowy przedmiot, zdaniem obradujących, powinien być realizowany w ramach problem-based-learning.

Wszystkie zespoły opracowały wspólnie plan przyszłych działań prowadzących do urzeczywistnienia wszystkich wspomnianych zamierzeń. Ponadto uczestnicy konferencji utworzyli ogólnoeuropejską sieć, a Włosi powołali Italian Alliance for Global Health, któremu przewodniczyć będą profesorowie z Uniwersytetu Sapienza w Rzymie. Temat konferencji budził żywe emocje Włochów, co jest zrozumiałe w kontekście kilku milionów nielegalnych imigrantów przybyłych przede wszystkim z Afryki do tego kraju.

Dr hab. Anita Magowska

Misje medyczne Dominikanek w Kamerunie

Zgromadzenie Sióstr św. Dominika zostało założone w drugiej połowie XIX w. przez pochodzącą z kresowej, bardzo patriotycznej i religijnej, rodziny szlacheckiej Różę Białecką (1838-1887). Jej rodzice przyjaźnili się z Ojcami Dominikanami prowadzącymi parafię w rodzinnej wsi Jaśniszcze niedaleko Podkamienia, co pozwoliło Róży od dzieciństwa wzrastać w duchowości dominikańskiej i ulegać fascynacji oddanymi służbie ubogim świętymi tego Zakonu. Dzięki kierownictwu dominikanów, Róża wyjechała do Francji (Nancy), by tam odbyć formację zakonną w dominikańskiej wspólnocie sióstr i rozpocząć życie zakonne pod nowym imieniem Kolumba. Po złożeniu ślubów wróciła do Ojczyzny i wzorując się na doświadczeniach zdobytych w Nancy powołała do istnienia nową dominikańską wspólnotę zakonną, której pierwszy klasztor znajdował się w Wielowsi koło Tarnobrzega

Zadaniem założonej przez Matkę Kolumbę wspólnoty była służba najuboższym poprzez budzenie pragnienia prawdy, podnoszenie poziomu moralnego, duchowego i intelektualnego, pochylanie się nad cierpieniami fizycznymi i duchowymi. Siostry podejmują służbę w różnych środowiskach i różnych krajach. Polskie dominikanki pracują dziś na czterech kontynentach, w Europie, Azji, Ameryce i Afryce.

W 1987 r., w setną rocznicę śmierci założycielki Zgromadzenia, Sługi Bożej Matki Kolumby Białeckiej i w odpowiedzi na apel biskupa Lamberta van Heygena z diecezji Bertoua w Kamerunie, siostry podjęły misję na kontynencie afrykańskim, aby upamiętnić jej życie w sposób, który przyniósłby pożytek Kościołowi. Na początku lipca 1987 r. pierwsze siostry dominikanki, S. Dominika Kijowska, S. Elekta Zwolińska (farmaceutka), S. Lidia Szulc i S. Tadea Augustyn, podjęły pracę w istniejącej od 15 lat misji katolickiej w dwunastotysięcznym miasteczku Garoua Boulai, położonym blisko granicy z Republiką Afryki Centralnej. W 1990 r. dojechała do nich S. Faustyna Szulc (pielęgniarka), a w 1992 r. S. Nikola Wójtowicz.

Źródło: Internet

Siostra Józefina Grabowska

Misja w Garoua Boulai obejmuje działaniem także 30 okolicznych wiosek, zamieszkałych głównie przez muzułmanów i wyznawców animizmu oraz członków różnych sekt religijnych. Są oni półnomadami, którzy każdego roku od stycznia do lipca wędrują w głąb buszu, gdzie – zwykle co roku w innym miejscu – uprawiają swoje poletka, trudnią się połowem ryb i polowaniem. Tę ludność siostry otaczają opieką duchową i zdrowotną.

Pięć lat później, Zgromadzenie utworzyło drugą misję w mieście Bertoua, gdzie posługę podjęły – już bogate w doświadczenia – S. Elekta Zwolińska i S. Dominika Kijowska, do których w 1995 roku dołączyły S. Klara Majcher (pielęgniarka) i S. Józefina Grabowska (lekarz medycyny, absolwentka Wydziału Lekarskiego poznańskiego Uniwersytetu Medycznego). W 1999 r. do Kamerunu przybyła S. Tadeusza Frąckiewicz, w 2002 r. S. Michaela Madej (lekarz stomatolog), w 2004 r. S. Piotra Padoł (pielęgniarka), w 2006 r. S. Natalia Janik, a w 2007 r. S. Alina Sędzimir.

Pragnąc uhonorować pełną oddania najuboższym chorym działalność misyjną Sióstr św. Dominika w Kamerunie, a zwłaszcza lekarki wywodzącej się z grona absolwentów naszej Uczelni, S. Józefiny Grabowskiej, Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" w 2009 r. przyznała Zgromadzeniu swoje najwyższe wyróżnienie, Medal „Tym, którzy czynią dobro".

Siostra Maria Józefina Grabowska (imię chrzestne Małgorzata) urodziła się 20 grudnia 1957 r. w rodzinie nauczycielskiej, a do Zgromadzenia wstąpiła w 1988 r., już jako bogaty w kilkuletnie doświadczenia zawodowe lekarz medycyny. Po złożeniu zakonnej profesji wieczystej w 1995 r. wyjechała na misje do Kamerunu, gdzie spełniły się jej wyniesione z lat dzieciństwa marzenia o pracy wśród bezdomnych, chorych i biednych w Afryce.

Już czternasty rok służy jednemu z najbiedniejszych plemion – Gbaya, dla którego z pomocą sześciu sióstr dominikanek (trzech Polek i trzech Kamerunek) prowadzi w Garoua Boulai ośrodek zdrowia, w tym wybudowany jej staraniem skromny szpitalik położniczy, i aptekę. Praca ta jest możliwa tylko dzięki ofiarności ludzi dobrej woli, głównie Polaków i Włochów.

Ponadto S. Józefina prowadzi szkolenia pielęgniarzy (np. w 2004 r. kształciła 52 pielęgniarzy odpowiedzialnych za tyle ośrodków zdrowia na blisko jednej czwartej terytorium Kamerunu) i zajmuje się edukacją prozdrowotną miejscowej ludności. Codzienność dominikańskich misji medycznych w Kamerunie najlepiej ukazują fragmenty listów S. Józefiny z lat 2006-2008:

(...) Od kilku miesięcy tworzę i rozwijam bardzo konkretny program rozwoju środowiska i podnoszeniu oświaty tubylczych plemion. Z jednej strony szukam młodych ludzi, którzy zdolni, ale bez środków finansowych „zaszywają" się w odległych, bezludnych regionach i żyją z uprawy ziemi. Z drugiej strony robię coraz więcej spotkań formacyjnych dla kobiet, dla rodziców, młodzieży, podkreślając drogi i środki wyjścia z zacofania, nędzy i beznadziei. Wielu, zwłaszcza młodych, żyje w ciągłym stresie aż do popełniania samobójstw. Ich rodzice są chorzy na AIDS. Ponieważ żyją razem w bardzo prymitywnych warunkach, w domach z błota, gdzie nie ma wody – źródła jej są położone bardzo daleko i głęboko w wąwozach – są przekonani, że i oni są zakażeni i czeka ich taka sama przyszłość. Wiele godzin spędzam na rozmowach z nimi, na ukazywaniu sensu życia i cierpienia. W końcu zmuszam ich do wykonania testów, które w tych sytuacjach najczęściej są negatywne. Wspólne życie z chorymi nie zakaża innych członków rodziny. Tłumaczę przy tej okazji o potrzebie i zaletach wierności małżeńskiej co jest tu sporadycznie spotykane. Niewierność jest tu jakby normą. Dlatego nie dziwi tak wielki procent chorych na AIDS.

Źródło: Internet

Siostra Józefina Grabowska

Oprócz pracy z chorymi w ośrodku zdrowia mam coraz więcej młodzieży, która wymaga szczególnej troski. Jeszcze rok temu nasze kontakty i spotkania miały charakter bardzo obojętny. Nie angażowali mnie w swoje problemy i kłopoty. Od tego roku zawiązuje się silniejsza więź z nimi. Przychodzą, proszą o pomoc i nie tylko tę finansową. Mają potrzebę zwrócenia na siebie uwagi, zainteresowania swoją osobą, problemami. Wszyscy pochodzą z rodzin bardzo wielodzietnych, czasem poligamicznych, gdyż poligamia jest oficjalna, zapewniona prawnie w Kamerunie. Najczęściej nie mają nikogo, bo średnia przeżycia w tym kraju nie przekracza 30 lat. Ludzie umierają tutaj najczęściej w okresie do 1 roku życia, drugi okres wzmożonej umieralności przypada na 20-26 rok życia – to chorzy na AIDS, a trzeci to wiek 40-45 lat – ludzie wykończeni innymi chorobami. Zatem jakby normą jest to, że młodzi nie mają rodziców, a jeśli żyją to są słabi i wymagają opieki (...).

(...) *Toczące się wojny w sąsiednich państwach napawają wszystkich niepokojem, przybywa wciąż uchodźców z tamtych terenów. W kontaktach z nimi w naszym Ośrodku Zdrowia dostrzegalna jest ich beznadziejna sytuacja. Nie mają nic – ani pieniędzy, ani Ojczyzny, ani wiary, że coś może się zmienić na lepsze. A najbardziej im brak inicjatywy i możliwości przystosowania się do nowych warunków.* (...)

(...) Najczęściej kobiety przychodzą do nas po długim oczekiwaniu w domu. Ale nie brakuje również porodów „w drodze", tak jak się zdarzyło niedawno. Matka ośmiorga dzieci, w ciąży szła 12 km z wioski na rynek w Garoua Boulaï. Warzywa niosła w ciężkiej misce na głowie. Poczuła skurcze i weszła do porodówki. Personel pomógł zdjąć z głowy ciężar. Po dziesięciu minutach urodziła zdrowe dziecko. Pani Agnieszka, lekarka z Poznania, [wolontariuszka Fundacji „Redemptoris Missio", lek. med. Agnieszka Łuczak – dop. A.M.] *ubrała maleństwo i wyszła na chwilę kontynuować konsultacje z kobietami w stanie błogosławionym. A matka nowonarodzonego dziecka przywiązała maleństwo sobie na plecach, wsadziła ciężką miskę na głowę i poszła na rynek sprzedawać swoje zbiory. Z jednej strony to trochę zabawne, ale oddaje wiernie sytuację kobiety w Afryce. Na nią spada obowiązek zajmowania się rodziną, zwłaszcza w plemionach nie muzułmańskich. Inaczej jest w rodzinach muzułmańskich, gdzie kobieta też nie ma praw, ale w inny sposób: nie może wyjść z domu, zrobić zakupów, nie ma pieniędzy na leczenie, więc musi czekać aż jej mąż zareaguje. Później łatwo przejść do porządku dziennego po śmierci dziecka lub żony stwierdzając, że to była Wola Boża. Dzięki takiemu podejściu do życia nie mają zawałów serca czy wylewów do mózgu. Trochę im zazdroszczę, bo mnie doprowadza do rozpaczy brak światła na porodówce. Już zapłaciłam licznik na trzy fazy i większą moc, a żarówki i świetlówki nie chcą się zapalić. Teraz zostaje mi szukać funduszy na baterie słoneczne i instalację elektryczną na 12 Volt. Drugi problem to założenie takiej instalacji, tutejsi fachowcy nie znają podstawowych praw fizyki i trudno liczyć na nich. Na początek dostałam dwie latarki czołowe, będzie śmiesznie jak w kopalni, ale przynajmniej zobaczy się już rodzącą się główkę dziecka.*

Od roku przyjeżdżają wolontariusze. Była już Pani Justyna i Agnieszka, grupa lekarzy z Krakowa. Teraz pomaga mi Pani Agnieszka z Poznania i Pan doktor Marian Choma. Wszyscy są bardzo ofiarni, pełni zapału i inicjatywy. Choć przyjeżdżają na krótko – kilka miesięcy – niosą ogromną pomoc dla tubylców. Ufam, że współpraca już rozpoczęta będzie kontynuowana, bo potrzeby są duże i wciąż się zwiększają.(...)

Opracowano na podstawie dokumentów przechowywanych w siedzibie wolontariatu Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" i strony internetowej Zgromadzenia Sióstr św. Dominika.

Dr hab. Anita Magowska

Spotkanie koordynacyjne programu *Stop Malaria Now!*

10 lutego 2009 roku odbyło się w Madrycie trzecie spotkanie robocze organizacji uczestniczących w Programie *Stop Malaria Now!* (SMN). Trzy główne cele spotkania to podsumowanie dotychczasowych działań, przegląd i korekta przedsięwzięć zaplanowanych na rok 2009 oraz prace nad projektem wniosku do Komisji Europejskiej o przedłużenie Akcji na rok 2010-2011.

Organizatorem spotkania było Medicus Mundi Spain. W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele Action Medeor – Koordynator Projektu (Antje Mangelsdorf) i Eine Welt Netz NRW (Suzanne Nielaender) z Niemiec, Medicus Mundi Italy (Sabrina De Nardi, Cinzia Ferrante, Massimo Chiapa), Doctors with Africa CUAMM (Serena Foresi, Elisabetta Bertotti), Medicus Mundi Spain (Carlos Mediano, Isabel Diaz, Patricia Fernandez) oraz Redemptoris Missio (Justyna Polowy, Piotr Radojewski).

Pracami kierowała Antje Mangelsdorf z Action Medeor, koordynator akcji Stop Malaria Now! Spotkanie zostało podzielone na trzy sesje tematyczne, zgodnie z założonymi celami.

W części pierwszej każda z organizacji członkowskich zaprezentowała wyniki swojej dotychczasowej pracy. Dokonane działania różniły się w zależności od specyfiki organizacji oraz środowiska, z którym współpracowano. Każda z organizacji w ramach prac na rzecz SMN skupiła się więc na tym polu działalności, na którym ma najwięcej doświadczenia. Pozwoliło to na osiągnięcie najlepszych rezultatów.

Organizacja Action Medeor, inicjator Akcji, pełniła rolę koordynatora spraw administracyjnych, portalu internetowego, a przede wszystkim koordynatora budżetu programu SMN. Ponadto organizacja reprezentowała akcję SMN przed organami kontrolnymi Komisji Europejskiej. Action Medeor wspólnie z Eine Welt NRW zajmowały się także promocją akcji w prasie i lobbingiem wśród niemieckich organizacji pomocy charytatywnej.

Następnie organizacje omówiły problemy utrudniające lub uniemożliwiające zrealizowanie niektórych celów Akcji. Przede wszystkim dotyczy to obecności w mediach o zasięgu ogólnokrajowym oraz lobbingu na rzecz Akcji wśród polityków rangi krajowej. Wszyscy uczestnicy spotkania byli zgodni, że cele te przekraczają możliwości finansowe większości biorących udział w Akcji organizacji.

W drugiej części spotkania tematem obrad było omówienie przedsięwzięć na rok 2009. Dotychczasowy model prac na rzecz Akcji, opierający się na dużej dowolności działania, został zaakceptowany. Ma to na celu dopasowanie przedsięwzięć do lokalnych potrzeb i możliwości.

Tematem wspólnym była dyskusja na temat wydania GFATM Manual – „The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria Manual". Ma być to wydawnictwo informacyjne opracowane przez członków akcji SMN i przeznaczone dla lokalnych afrykańskich organizacji pozarządowych. Celem przedsięwzięcia jest przedstawienie krok po kroku możliwości ubiegania się o środki z Funduszu na rzecz zwalczania AIDS, gruźlicy oraz malarii. Pierwsza edycja ma być adresowana do anglojęzycznych krajów Afryki wschodniej. W prace nad opracowaniem broszury ma być zaangażowana kenijska organizacja Keenam, aby maksymalnie uwzględnić warunki lokalne i zapewnić dotarcie do jak najszerszej grupy odbiorców. Wraz z wydaniem informatora zaplanowane zostało zorganizowanie szkoleń dla przedstawicieli lokalnych afrykańskich ośrodków z zakresu pozyskiwania środków z The Global Fund.

W trzeciej części spotkania został opracowany projekt wniosku do Komisji Europejskiej z propozycją przedłużenia akcji *Stop Malaria Now!* na lata 2010-2011. Został oszacowany budżet, sprecyzowane grupy docelowe akcji oraz zaplanowane działania. Można je podsumować w czterech ogólnych punktach: organizacja akcji promocyjnych, publikacja wydawnictw informacyjnych, utworzenie platformy afrykańsko-europejskiej współpracy młodzieżowej oraz aktywność w mediach. Uczestnicy spotkania jednomyślnie zadecydowali o nadaniu priorytetu realizacji ostatniego punktu.

Na zakończenie spotkania podjęta została decyzja o spotkaniu podsumowującym rok 2009. Odbędzie się ono 27 listopada 2009 w Bilbao w Hiszpanii.

Piotr Radojewski

STOP MALARIA NOW!

Europejski program Stop Malaria Now, powołany z inicjatywy Medicus Mundi International, jest prowadzony w Polsce przez Fundację Redemptoris Missio – Medicus Mundi Poland w Poznaniu. Ma on na celu podniesienie świadomości lekarzy i społeczeństwa o zagrożeniu malarią, zarówno w skali globalnej, jak i krajowej (malaria importowana do Polski).

Rocznie w Europie rozpoznaje się około 15.000 przypadków malarii zawlekanych z tropiku. W latach 2000-2008 w Polsce zarejestrowano od 11 do 29 przypadków malarii; zapewne jest to liczba zaniżona. W Polsce każdego roku giną z powodu nierozpoznanej lub niewłaściwie leczonej malarii 1-2 osoby; ponadto każdego roku w tropiku ginie co najmniej jedna osoba pochodzenia polskiego. Śmiertelność wywołana malarią w naszym kraju jest nadal wysoka i wynosi blisko 10% rozpoznanych przypadków inwazji *Plasmodium falciparum*, podczas gdy w Europie wynosi ona około 1%. Nierzadko odpowiedzialność zawodowa za zgon, spowodowany nierozpoznaną lub niewłaściwie leczoną malarią, jest przedmiotem postępowania sądowego.

Bardzo na czasie wydana została monografia pt. „Malaria w Polsce i na świecie – wczoraj i dziś" [α-medica press, 2008]. Została ona przygotowana przez polskich specjalistów parazytologów, epidemiologów i klinicystów, pod redakcją profesorów Józefa P. Knapa i Przemysława Myjaka, a korzystanie z niej zostało zalecone przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Ażeby ułatwić znalezienie odpowiedniego zagadnienia w tym obszernym dziele, na jednej z pierwszych stron podano „10 przykazań" odnośnie zapobiegania, rozpoznania i leczenia malarii, z podaniem stron, omawiających każde z „przykazań" w tekście monografii.

10 przykazań

dotyczących zapobiegania, rozpoznawania i leczenia malarii

1. Zachorowaniu na malarię na terenach endemicznych można zapobiec przez ochronę przed przenosicielem – komarem lub profilaktyczne stosowanie leków.
2. Przed komarem chroni odpowiedni ubiór, siatki w oknach, moskitiery, klimatyzacja pomieszczeń oraz repelenty i środki owadobójcze.
3. Leki zapobiegające malarii powinny być zapisywane przez odpowiednio przeszkolonego lekarza z uwzględnieniem przeciwwskazań do ich stosowania i ryzyka zachorowania. Leki te powinny być brane ściśle wg zaleceń lekarza.
4. Stosowanie środków ochronnych i leków profilaktycznych nie zapobiega w 100% zachorowaniu na malarię.
5. Malaria ma często przebieg nietypowy. Stąd u osoby powracającej z tropiku, zwłaszcza gorączkującej, powinno się nie tylko podejrzewać malarię, ale przede wszystkim ją wykluczyć.
6. Malarię rozpoznaje się najczęściej na podstawie rozmazów krwi, poprawnie wykonanych i ocenianych przez doświadczoną osobę; niekiedy trzeba je wykonać kilkakrotnie. Testy immunochemiczne nie są niezawodne. Badania molekularne nie zawsze są dostępne w krótkim czasie.
7. Inwazja *Plasmodium falciparum*, zwłaszcza tzw. malaria mózgowa, może mieć przebieg gwałtowny, kończący się zgonem w ciągu kilku dni. Każde opóźnienie fachowej pomocy nawet o godziny, może przyczynić się do zgonu pacjenta.
8. O ile jest to możliwe, ciężkie przypadki malarii powinny być leczone w wyspecjalizowanych ośrodkach (Gdynia, Poznań, Warszawa) lub – z uwagi na grożące życiu powikłania – na oddziałach intensywnej terapii internistycznej. W skutecznym leczeniu malarii liczy się wiedza, doświadczenie oraz dostęp do nowoczesnych środków diagnostycznych i terapeutycznych.
9. W razie trudności w laboratoryjnym potwierdzeniu rozpoznania malarii, przy podejrzanym przebiegu klinicznym, niekiedy podaje się *a priori* leki przeciwmalaryczne.
10. W rozpoznawaniu różnicowym objawów, zwłaszcza na terenach endemicznych, parazytemia bywa bezobjawowa i rozpoznawanie malarii jest często nadużywane i odwraca uwagę od innych groźnych schorzeń. W Polsce wprost przeciwnie, możliwość występowania malarii często nie jest brana pod uwagę.

Malaria: szósty gatunek pasożyta wykryty u szympansów jest podobny do gatunku szczególnie niebezpiecznego dla człowieka

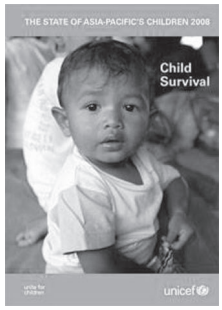
Od Redakcji: do materiałów o malarii warto dodać informację o szóstym gatunku plazmodium, który zagraża człowiekowi. Informację, przygotowaną przez Donalda G. McNeil Jr., podajemy za „The New York Times" z 1 czerwca 2009 r.

Badacze z Gabonu i Francji odkryli nowy gatunek zarodźca malarii, występujący wprawdzie u szympansów, lecz blisko spokrewniony z gatunkiem najbardziej niebezpiecznym dla ludzi.

Nowy gatunek został opisany pod koniec maja 2009 w czasopiśmie PloS Pathogens. Został on nazwany *Plasmodium gaboni* i jest blisko spokrewniony z *Plasmodium falciparum*, który powoduje ponad milion zgonów każdego roku, najwięcej wśród dzieci w Afryce.

W swoich badaniach przeprowadzanych na małpach, naukowcy z Research Institute for Development w Montpelier we Francji i International Center of Medical Research w Franceville w Gabonie pobrali krew 17 szympansów złapanych przez

Nadal aktualne są poważne zagrożenia dla ciężarnych kobiet i noworodków w krajach rozwijających się



Od Redakcji: według raportu UNICEF w 2009 r. istnieją poważne zagrożenia dla ciężarnych kobiet i noworodków w krajach rozwijających się. Dla osób zainteresowanych przedstawiamy raport w tłumaczeniu.

Kobiety w mniej rozwiniętych krajach są 300 razy bardziej narażone na zgon w wyniku komplikacji związanych z ciążą i porodem niż kobiety z krajów rozwiniętych – raport UNICEF (2009). Jednocześnie, zgon dziecka urodzonego w kraju rozwijającym się w ciągu pierwszych pięciu miesięcy jego życia jest prawie 14 razy bardziej prawdopodobny niż dziecka urodzonego w kraju gospodarczo rozwiniętym.

Szanse przeżycia oraz zdrowie matek i ich nowonarodzonych dzieci są ze sobą powiązane. Wiele działań ratujących życie młodych matek jest korzystne także dla ich dzieci. Tegoroczna edycja sztandarowej publikacji UNICEF, „Sytuacja dzieci na świecie", podkreśla związek między przeżywalnością matek i noworodków i wskazuje szanse zmniejszenia różnicy pomiędzy bogatymi i biednymi krajami.

„Każdego roku ponad pół miliona kobiet umiera wskutek powikłań związanych z ciążą i porodem, w tym około 70 000 dziewcząt i młodych kobiet w wieku 15-19 lat", powiedziała Ann M. Veneman, Dyrektor UNICEF, podczas konferencji w Johannesburgu. Od 1990 roku komplikacje okołoporodowe zabiły ok. 10 mln kobiet.

Matki i niemowlęta są szczególnie podatne w pierwszych dniach i tygodniach po porodzie – jest to przełomowy okres, kiedy tak ważne są wizyty lekarza, właściwa higiena oraz pouczanie o zagrożeniu dla zdrowia matki i dziecka.

Podczas gdy wiele krajów rozwijających się w ciągu ostatnich lat poczyniło wielki postęp w zakresie zwiększenia przeżywalności dzieci, nadal jest niewielki postęp w redukcji umieralności matek. Niger i Malawi w latach 1990-2007 obniżyły prawie o połowę umieralność dzieci poniżej 5 roku życia, w Indonezji wskaźnik ten spadł prawie do jednej trzeciej wielkości, jaką miał w 1990 roku, a w Bangladeszu o więcej niż połowę.

Ten postęp nie został osiągnięty w odniesieniu do zagrożeń dla zdrowia matek w czasie porodu i w ciągu pierwszych dni po porodzie. Podczas gdy wskaźnik przeżywalności dzieci poniżej 5 roku życia ulega poprawie, wskaźnik ryzyka zgonu niemowląt w pierwszych 28 dniach życia nadal pozostaje na trudnym do przyjęcia, wysokim poziomie w wielu krajach.

W świecie rozwijającym się kobieta obarczona jest ryzykiem zgonu wynoszącym 1/76, w porównaniu do 1/8000 dla kobiet w krajach rozwiniętych. W przybliżeniu 99% zgonów związanych z ciążą i powikłaniami okołoporodowymi ma miejsce w krajach rozwijających się, gdzie posiadanie dziecka nadal pozostaje jednym z najpoważniejszych zagrożeń dla zdrowia kobiet. Szczególnie w Afryce i w Azji, gdzie występuje wysoki współczynnik płodności, niedobór wykwalifikowanego personelu i niewydolny system opieki zdrowotnej doprowadza do tragedii wielu młodych kobiet.

10 krajów o najwyższym wskaźniku umieralności matek to: Niger, Afganistan, Sierra Leone, Czad, Angola, Liberia, Somalia, Demokratyczna Republika Kongo, Gwinea-Bissau oraz Mali. Współczynnik ryzyka zgonu dla matki w ciągu życia wynosi od 1/7 w Nigrze do 1/15 w Mali.

Na jedną kobietę, która ponosi śmierć, przypada 20 innych cierpiących z powodu chorób lub urazów, często o ciężkich i długotrwałych skutkach.

Aby zmniejszyć umieralność matek i niemowląt, raport zaleca, by podstawowe usługi były świadczone poprzez system opieki zdrowotnej, który łączy w sobie ciągłość opieki domowej, społecznej i klinicznej.

Pojęcie ciągłości opieki wykracza poza tradycyjny nacisk na pojedyncze, specyficzne dla danej choroby działania, wzywając zamiast tego do utworzenia modelu podstawowej opieki zdrowotnej, która obejmuje każdy etap zdrowia matki, noworodka i dziecka.

„Ratowanie życia matek i ich nowonarodzonych dzieci wymaga więcej niż tylko działań medycznych", powiedziała Veneman. „Edukacja dziewcząt jest kluczowa dla poprawy zdrowia matek i noworodków, a także przynosi korzyści rodzinom i społeczeństwom." Raport również wskazuje, że służba zdrowia jest najbardziej efektywna w środowisku wspierającym uprawnienia, ochronę i edukację kobiet.

tłum. Ewa Kaczmarek

(dokończenie ze str. 9)

gabońskich myśliwych. U dwóch z nich wykryto nieznany dotąd pasożyt. W Afryce Środkowej małe szympansy, których rodziców upolowano, bywają trzymane lub sprzedawane jako zwierzęta domowe.

Dotychczas u małp wykryto jeszcze tylko jeden gatunek podobny do *Plasmodium falciparum*, zwany *Plasmodium reichenowi*, tak więc najnowsze odkrycie pomoże naukowcom badającym DNA dociec, jak malaria ewoluowała u małp, ludzi i – przypuszczalnie – u ich wspólnych przodków.

Jednakże autorzy podkreślili, że z trzech powodów należy poważnie brać pod uwagę ryzyko transmisji na człowieka: po pierwsze – ponieważ wirus Ebola i HIV najpierw pojawiły się u małp, po drugie – ponieważ inny wspólny dla obu gatunków pasożyt *Plasmodium knowlesi* występujący u makaków pojawił

się ostatnio u ludzi w południowej Azji i wreszcie – ponieważ zarażone szympansy trzymane są w wioskach jako zwierzęta domowe.

tłum. Ewa Kaczmarek

Telemedycyna w dermatologii

TELEDERMATOLOGIA

Od Redakcji: Redakcja dziękuje Panu prof. dr hab. med. Ryszardowi Żabie, z Katedry i Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Kierownik: prof. dr hab. med. Wojciech Silny) za przesłany do druku artykuł nt. Telemedycyna w dermatologii. Oczekujemy, że ta nowoczesna zdobycz medycyny znajdzie zastosowanie w podniesieniu na wyższy poziom opieki zdrowotnej w szpitalach misyjnych. Elektroniczny kontakt z prof. dr hab. med. Ryszardem Żabą: Zaba@dermatologia.pl

Telemedycyna – medycyna na odległość

Internet i nowoczesne systemy komunikowania na stałe wkroczyły nie tylko w nasze życie osobiste i zawodowe, ale stały się nieodzownym narzędziem pracy w medycynie. Te nowoczesne techniki pozwalają na błyskawiczną wymianę wiadomości z innymi specjalistami, na czytanie fachowej literatury, oglądanie atlasów medycznych czy omawianie skomplikowanych przypadków klinicznych. Komputeryzacja, a w szczególności Internet, zmieniły także organizację pracy i myślenie kliniczne współczesnego lekarza. Wykorzystanie Internetu jako szybkiego i nowoczesnego źródła odnalezienia informacji stworzyło nowe możliwości doskonalenia zawodowego i aktualizacji wiedzy medycznej. Telemedycyna, inaczej medycyna na odległość, jest to nowoczesna forma medycyny i systemu opieki medycznej wykorzystująca techniki informatyczne, telekomunikacji i wiedzę medyczną łącząca w sobie elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny.

Telemedycyna narodziła się w USA, gdzie już w latach 60. powstała satelitarna sieć telekomunikacyjna, która połączyła amerykańskie bazy wojskowe, zlokalizowane w różnych krajach świata ze specjalistycznymi ośrodkami medycznymi w USA. Dzięki wykorzystaniu możliwości nowoczesnych technologii militarnych armii amerykańskiej oraz dużego wkładu technologicznego NASA – zapewnienie opieki medycznej i monitorowanie stanu zdrowia kosmonautów – odbył się jakościowy i ilościowy skok w rozwoju telemedycyny. Nowoczesna technika, wykorzystująca szybkie procesory i algorytmy do cyfrowego przetwarzania i kompresji sygnałów, umożliwia przesyłanie obrazów o wysokiej rozdzielczości, a także interaktywną transmisję audiowizualną o bardzo dobrej jakości w czasie rzeczywistym (on line). Kolejne możliwości to wykorzystanie A-GPS (Assisted Global Positioning System) w sieciach telefonii komórkowej GSM/GPRS (Global System for Mobile Communications/General Packet Radio Service) do monitorowania stanu zdrowia chorych dużo podróżujących.

Zastosowanie telemedycyny

Główne zastosowanie telemedycyna znajduje w poprawie usług specjalistycznych, organizacji opieki zdrowotnej, w edukacji medycznej oraz w badaniach naukowych, a w szczególności w:

- ułatwieniu dostępu do specjalistycznej opieki medycznej,
- pomocy w badaniach specjalistycznych oraz konsultacjach dla mniejszych szpital,
- asystowaniu przy trudnych zabiegach chirurgicznych,
- ratownictwie medycznym,

- udoskonaleniu organizacji i opieki zdrowotnej na odizolowanych lub odległych obszarach,
- racjonalizacji hospitalizacji i zredukowanie konieczności dojazdów pacjentów,
- skróceniu list chorych oczekujących na przyjęcie do lekarza i szpitala,
- oszczędności w kosztach leczenia i opieki zdrowotnej w kraju,
- okresowych przeglądach stanu zdrowia chorych,
- długotrwałym leczeniu,
- monitorowaniu pacjentów i wyników leczenia,

- podstawowym szkoleniu studentów i pracowników medycznych,
- polepszeniu podyplomowego kształcenia lekarzy oraz personelu medycznego, szczególnie na prowincji

- badaniach naukowych.

Użycie technologii informatycznych umożliwiających kontakt chorego z lekarzem, lekarza z innym specjalistą w czasie rzeczywistym, np. z wykorzystaniem wideokonferencji, daje nowe możliwości diagnostyczne i lecznicze. Systemy wideokomunikacyjne (wideokodery) mogą pracować na ogólnodostępnych cyfrowych liniach transmisyjnych ISDN, w ogólnoświatowej sieci Internet, w sieci telefonii komórkowej, a także na łączach satelitarnych. Znika tutaj bariera odległości, pozwala na podjęcie szybkich działań i – co też jest ważne – ogranicza koszty opieki medycznej.

TELEDERMATOLOGIA

Zastosowanie telemedycyny w dermatologii

Większość chorych i lekarzy mających dostęp do tzw. szerokopasmowego Internetu może korzystać z dobrodziejstw teledermatologii. Zastosowanie teledermatologii to nie tylko telekonsultacje, ale także poradnictwo w zakresie pielęgnacji skóry oraz badania naukowe. Jest to istotna pomoc w doszkalaniu lekarzy i w sprawdzaniu ich wiedzy. Wykorzystanie telemedycyny jest także związane z regulacjami prawnymi i systemami organizacji obowiązującymi w poszczególnych krajach.

Najczęstsze zastosowania telemedycyny w dermatologii to edukacja chorych i ich rodzin w zakresie chorób alergicznych, łuszczycy i trądziku. Ważna jest tutaj także profilaktyka i dostęp do danych medycznych pacjentów, monitorowanie oraz zdalne leczenie. Jest wiele nowych możliwych zastosowań telemedyczny w dermatologii.

Róża pęcherzowa podudzia

Współczesna teledermatologia jest coraz bardziej spersonalizowana. Portale internetowe czy e-mailing pozwalają na analizę odpowiednio przygotowanych formularzy, dzięki którym można postawić – łącznie z analizą fotografii – wstępną diagnozę i zaproponować dalszą diagnostykę i leczenie. Taka forma wczesnego kontaktu chorych z grup podwyższonego ryzyka (np. czerniaka) z lekarzem jest relatywnie tania. Dermatolodzy mają coraz lepszy dostęp do danych medycznych pacjentów, do dokumentacji tzw. elektronicznych „rekordów". Dane te są gromadzone przez Internet z wykorzystaniem indywidualnego konta chorego. Można też analizować nośniki danych w formie kart chipowych, na których są zapisane informacje. Mogą one pochodzić od chorych i ich rodzin, od lekarzy i innych pracowników jednostek służby zdrowia. Informacje takie mogą być wprowadzane automatycznie przez medyczne urządzenia pomiarowe. Dostęp do tych danych nie tylko ułatwia diagnostykę i znacznie ją skraca, ale eliminuje niepotrzebne powtarzanie badań a także umożliwia ocenę leczenia w dłuższym czasie. Elektroniczna dokumentacja chorych jest szczególnie ważna przy migracji pacjentów; zmienia się wtedy często lekarz prowadzący. Poprawia ona jakość usług medycznych i obniża ich koszty. Warto w tym miejscu wspomnieć o Google Health czy Ogólnopolskim Systemie Ochrony Zdrowia.

Telekonsultacje w dermatologii

Telekonsultacje to nie tylko gromadzenie danych medycznych ale także ich interpretowanie. Danymi tymi w dermatologii mogą być: obraz skóry i przydatków, obrazy dermatoskopowe, trichogramy, preparaty cytologiczne i histopatologiczne, wyniki badań laboratoryjnych, obrazy USG skóry, obraz video pola operacyjnego podczas zabiegu dermatochirurgicznego czy kosmetycznego. Analiza tych danych może odbywać się on-line czyli w czasie rzeczywistym, bądź też być odroczona w czasie. Zależy to od zastosowanych technologii informatycznych i potrzeb medycznych. Dane takie mogą być oceniane w trakcie telekonferencji lub być składowane, a następnie poddane analizie.

Telekonsultacja może odbyć się na prośbę pracownika medycznego (np. lekarza, pielęgniarki, kosmetyczki) lub chorego. Wydaje się, że w dermatologii monitorowanie wybranych parametrów zdrowotnych chorego nie jest tak rozwinięte i konieczne jak np. w kardiologii, gdzie urządzenie monitorujące akcję serca może automatycznie przesłać zapis EKG do telekonsultacji w określonych przypadkach. Jest zrozumiałe, że urządzenia takie pracują z zasady w trybie online. Zdalne leczenie ma na razie w dermatologii ograniczone znaczenie. Warto jednak wspomnieć o przeprowadzonych już zdalnie operacjach kardiochirurgicznych przy użyciu robota „Zeus" sterowanego przez lekarza znajdującego się poza salą operacyjną. Być może wysokie koszty szkolenia i unikatowej aparatury uda się obniżyć w najbliższych latach i wtedy w niektórych przypadkach metoda ta znajdzie zastosowanie i w dermatologii. Musi tutaj być zapewnione bezpieczeństwo chorego.

Zalecany podręcznik teledermatologii

Bardzo praktyczne rady o współczesnym zastosowaniu teledermatologii znalazły się w podręczniku Hon S. Pak, Karen E. Edison, John D. Whited „TELEDERMATOLOGY: A User's Guide" Cambridge Medicine. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS 2008, stron 160, pierwsze wydanie. Do podręcznika dołączono na końcu zestaw różnorodnych kwestionariuszy, w tym dotyczących wywiadu chorobowego i ubezpieczenia zdrowotnego.

W kwestionariuszu „C" podano 7 niezwykle przydatnych porad dla osób rozpoczynających przygodę z teledermatologią. Wynika z niego, że aby postawić pierwsze kroki w tej dziedzinie potrzeba co najmniej 8 godzin szkolenia. Wydaje się, że dołączone rysunki poszczególnych okolic anatomicznych człowieka ułatwią też opis stanów dermatologicznych nie tylko on line, ale i w codziennej praktyce dermatologicznej. W dodatku „H" przedstawiono szczegółowy protokół obejmujący 10 „kroków" dla dermatologów prywatnie praktykujących.

Reasumując, warto podkreślić, że telemedycyna i teledermatologia mają lekarzowi ułatwić bardziej humanistyczne i kompetentne wykorzystywanie środków pozostawionych do jego dyspozycji i rozwiązać problemy pacjenta oraz społeczeństwa.

Prof. dr hab. med. Ryszard Żaba

FRAMBEZJA

Frambezja – zapomniana choroba

Od Redakcji: frambezja należy do chorób zapomnianych i często pomijanych, tym niemniej nadal stanowi problem, a dla osób nią dotkniętych, jeśli nie zostaną odpowiednio wcześnie objęte leczeniem, stać się może przyczyną trwałego kalectwa. Aby temu zapobiec, wystarczy jednorazowa dawka taniego i łatwo dostępnego antybiotyku. Z tego właśnie powodu przekazujemy Czytelnikom treść WHO Fact sheet N°316, 2007.

Frambezja (malinica, jagodzica) jest chorobą związaną z ubóstwem, przeważnie dotykającą marginalizowanych grup społecznych. Bardzo trafnie obrazuje ten fakt powiedzenie: „gdzie kończy się droga, tam zaczyna się malinica".

- Frambezja to przewlekłe zakażenie, które dotyczy głównie skóry, kości oraz chrząstki.
- Choroba występuje głównie w biednych społeczeństwach, w ciepłych, wilgotnych, tropikalnych rejonach Afryki, Azji i Ameryki Łacińskiej.
- Drobnoustrój wywołujący chorobę to bakteria o nazwie *Treponema pertenue* – tego samego rodzaju, co krętek blady (*Treponema pallidum*) powodujący kiłę. Jednak frambezja nie jest chorobą weneryczną – przenoszoną drogą płciową.
- 75% osób dotkniętych malinicą to dzieci poniżej 15 roku życia (szczyt występowania u dzieci w wieku 6-10 lat); zarówno płci żeńskiej, jak i męskiej, bez względu na rasę.
- Frambezja przenoszona jest poprzez kontakt bezpośredni ze skórą zakażonej osoby.
- Pojedyncza zmiana skórna (grudka) pojawia się w miejscu wniknięcia bakterii po 2-4 tygodniach. Jeżeli nie zostanie zastosowane leczenie, pojawiają się liczne zmiany na całym ciele.
- Przeludnienie, złe warunki higieniczne i sanitarne sprzyjają szerzeniu się choroby.
- Choroba rzadko jest śmiertelna, jednak może prowadzić do trwałych zniekształceń i kalectwa.
- Frambezję można wyleczyć pojedynczą dawką taniego i skutecznego antybiotyku – debecyliny (penicyliny benzatynowej).

Walka z malinicą w przeszłości

- W latach 1950-70 WHO i UNICEF prowadziły światową kampanię w celu zapanowania nad frambezją w 46 krajach.
- Masowa kampania z wykorzystaniem ruchomych zespołów we wszystkich z 46 krajów doprowadziła do wyleczenia 50 mln osób. Do roku 1970 chorobowość zmniejszyła się o 95%.
- Wskutek tego, że w latach 70. zaprzestano realizacji programów zwalczania tej choroby w wielu krajach, pozostawiając walkę z frambezją podstawowej opiece zdrowotnej, zaangażowanie służby zdrowia w walkę z malinicą stopniowo zanikło.
- W późnych latach 70. temat choroby zaczął powracać; w roku 1978 Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję w sprawie zwalczania malinicy (WHA 31.58).
- We wczesnych latach 80. wznowiono wysiłki w wielu krajach (przede wszystkim w Zachodniej Afryce), ale próby te upadły po kilku latach z powodu braku politycznej woli i środków.
- Począwszy od 1995 roku, wznowiono wysiłki zmierzające do eliminacji choroby w niektórych rejonach i krajach, ale nadal brak globalnej koordynacji działania.

Czy możliwa jest likwidacja malinicy?

Eksperci uważają, że frambezję można łatwo opanować i zlikwidować z następujących powodów:

- choroba występuje tylko u ludzi,
- pozostało niewiele ognisk zakażenia,
- dostępne jest skuteczne i tanie leczenie jednorazową iniekcją debecyliny o długotrwałym działaniu,
- rozpoznanie kliniczne jest pewne nawet przy minimalnym przeszkoleniu medycznym,
- doświadczenia z przeszłości pokazały, że eliminacja choroby była możliwa w wielu krajach; ostatnio chorobę wyeliminowano także w Indiach.

Rozpowszechnienie choroby w przeszłości

W latach 1950-1970 wyleczono 50 mln ludzi. W latach 90. WHO oszacowało chorobowość na świecie na 2,5 mln przypadków, z czego 460 000 stanowiły nowe zakażenia.

Rozpowszechnienie choroby obecnie

- Obecnie chorobowość nie jest bliżej znana, ponieważ od 1990 brak oficjalnych zgłoszeń choroby w wielu krajach.
- W Azji Południowo-Wschodniej, głównie w Indonezji i na Timorze Wschodnim, rocznie zgłaszanych jest 5000 nowych przypadków.
- Istnieją niepotwierdzone doniesienia, iż frambezja nadal występuje w niektórych krajach w Afryce sub-Saharyjskiej i w regionie Zachodniego Pacyfiku. Przykładowo, w 2005 roku zgłoszono ok. 26 000 przypadków w Ghanie i ok. 18 000 w Papua Nowa Gwinea.
- Niejasne jest, czy przypadki frambezji nadal zdarzają się na kontynencie amerykańskim.

Objawy

Wyróżnia się dwa zasadnicze stadia choroby: wczesne (zakaźne) i późne (niezakaźne).

(dokończenie na str. 16)

Fundacja Redemptoris Missio zaprasza na doroczny kurs nt.

OPIEKA ZDROWOTNA W TROPIKU

29 czerwca – 4 lipca 2009

Organizator

Fundacja Redemptoris Missio, Medicus Mundi Poland pod wysokim protektoratem
J.M. Rektora Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu prof. dr hab. Jacka Wysockiego

Współorganizatorzy

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM, Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM, Katedra i Klinika Dermatologii UM, Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii UM, Katedra Ratownictwa Medycznego UM, Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny, Oddział w Poznaniu oraz Instytut Tropikalny w Berlinie.

Koordynator naukowy kursu

Prof. dr hab. Zbigniew S. Pawłowski

Miejsce

sala wykładowa Nr 105 (I piętro) Collegium Wrzoska, ul. Dąbrowskiego 79

Kontakt

Centrum Wolontariatu Fundacji „Redemptoris Missio" tel./fax 061 862 13 21; medicus@ump.edu.pl

Prelegenci

Ks. Dr Ambroży Andrzejak	Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio"
Dr med. Tomasz Banasiewicz	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Lek. med. Krzysztof Baranowski	Katedra Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Prof. dr hab. Halina Batura-Gabryel *Dr hab. Szczepan Cofta*	Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Mgr Marek Dąbrowski	Katedra Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Dr Sebastian Dieckmann	Instytut Tropikalny w Berlinie
Prof. dr hab. Michał Drews	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Lek. stom. Karolina Gerreth	Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Ks. Dr Jan Jaworski	Szpital KUNDIAWA, Papua Nowa Gwinea
Dr n. med. Dorota Klimaszyk	Katedra Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Prof. dr hab. Jerzy Konieczny	Katedra Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Lek. med. Jakub Kowalczyk	Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio"
Dr hab. Anita M. Magowska	Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Dr med. Wiktor Meissner	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Dr n. med. Joanna Mydlarska	Katedra Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Dr hab. Małgorzata Paul	Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Prof. dr hab. Zbigniew S. Pawłowski	Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio"
Prof. dr hab. Krystyna Pecold	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
Prof. dr hab. Jerzy Stefaniak	Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Płk. lek. med. Wojciech Wójcicki	Katedra Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu Komendant I Szpitala Operacji Pokojowych
Stefanie Theuring	Instytut Tropikalny w Berlinie
Dr n. med. Arkadiusz Trzos	Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
Lek. med. Piotr Zawieja	Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio"
Prof. dr hab. Ryszard Żaba	Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Program kursu

29 czerwca 2009, poniedziałek	
8.00 – 8.30	Rejestracja uczestników
8.30 – 8.45	Otwarcie Konferencji – powitanie uczestników
9.00 – 10.30	Medycyna podróży – prof. Jerzy Stefaniak
11.00 – 13.15	Dermatologia i wenerologia tropikalna – prof. Ryszard Żaba
14.00 – 15.30	Niedokrwistości w tropiku – lek.med. Jakub Kowalczyk
16.00 – 17.30	O medycynie w Papua Nowa Gwinea – ks. Dr Jan Jaworski
30 czerwca 2009, wtorek	
9.00 – 10.30	Ciekawe przypadki chorób tropikalnych – prof. Jerzy Stefaniak
11.00 – 13.15	Gruźlica w tropiku – prof. Halina Batura-Gabryel
14.00 – 15.30	Integrowane postępowanie w chorobach dzieci IMCI – lek.med. Jakub Kowalczyk
16.00 – 17.30	Integrowane postępowanie w chorobach dzieci IMCI – lek.med. Jakub Kowalczyk
1 lipca 2009, środa	
9.00 – 10.30	Chirurgia w tropiku – prof. Michał Drews; dr med. Tomasz Banasiewicz
11.00 – 13.15	Chirurgia w tropiku (zajęcia praktyczne) – dr med. Tomasz Banasiewicz; dr med. Wiktor Meissner
14.00 – 15.30	Stop Malaria Now! – dr hab. Małgorzata Paul
16.00 – 17.30	Stop Malaria Now! – dr hab. Małgorzata Paul i lek.med. Piotr Zawieja
2 lipca 2009, czwartek	
9.00 – 10.30	Okulistyka w tropiku – prof. Krystyna Pecold
11.00 – 13.15	HIV/AIDS: HIV/AIDS prevention in Africa: experiences from PMTCT programmes in Uganda, Kenya and Tanzania – Stefanie Theuring Dyskusja
14.00 – 15.30	HIV/AIDS: AIDS treatment and care in developing countries example of Tanzania – dr Sebastian Dieckmann
16.00 – 17.30	Polscy misjonarze w tropiku – dr hab. Anita M. Magowska
3 lipca 2009, piątek	
9.00 – 10.30	Organizacja pomocy medycznej w wypadkach i katastrofach wg wytycznych towarzystw naukowych medycyny ratunkowej i medycyny katastrof . Taktyka działań ratowniczych – prof. Jerzy Konieczny , dr n. med. Arkadiusz Trzos, mgr Marek Dąbrowski Rola lekarza w zespołach szybkiego reagowania w wypadkach i katastrofach. Doświadczenia z misji stabilizacyjnej w Iraku – lek. med. Krzysztof Baranowski
11.00 – 13.15	Organizacja i działalność szpitala polowego. Doświadczenia z misji stabilizacyjnej w Iraku i Afganistanie – płk. lek. med. Wojciech Wójcicki Postępowanie medyczne w zatruciach specyficznych w tropiku – dr n. med. Dorota Klimaszyk Pomoc psychologiczna w katastrofach humanitarnych – dr n. med. Joanna Mydlarska
14.00 – 15.30	Stomatologia w tropiku – lek. stom. Karolina Gerreth
16.00 – 17.30	Operacja Bangasu – dr med. Tomasz Banasiewicz
4 lipca 2009, sobota	
9.00 – 9.45	Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” – lek. med. Piotr Zawieja
9.45 – 10.30	MMI, CUAMM – dr hab. Anita Magowska
11.00 – 11.45	Formacja misyjna – ks. dr Ambroży Andrzejak
11.45 – 12.30	Millenium Developmental Goals – prof. Zbigniew S. Pawłowski
12.30 – 14.00	Test, wręczenie dyplomów oraz zakończenie kursu

Przerwy na kawę: 10.30 - 11.00 oraz 15.30 - 16.00
Przerwy na lunch: 13.15 - 14.00

Źródło: Internet

Późna malinica u mieszkanki Wybrzeża Kości Słoniowej; widoczne zniekształcenie kości twarzoczaszki

(dokończenie ze str. 13)

1. We wczesnej postaci malinicy zmiana pierwotna rozwija się w miejscu wniknięcia drobnoustroju chorobotwórczego. Grudka, wypełniona drobnoustrojami, może utrzymywać się przez 3-6 miesięcy, po czym ulega naturalnemu wygojeniu. Jeśli nie zostanie zastosowane leczenie, pojawiają się rozsiane zmiany na całym ciele. Występować mogą zmiany w kościach i towarzyszące im bóle.
2. Późna postać malinicy pojawia się po 5 latach od zakażenia i charakteryzuje się trwałymi, okaleczającymi zmianami nosa (od red.: gangoza – zniekształcające zapalenie nosa i gardła; *rhinopharyngitis mutilans*), zmianami w kościach oraz nadmiernym rogowaceniem dłoni i podeszew stóp (od red.: według innego podziału wymienia się cztery stadia – podobnie, jak w przypadku trądu).

Diagnostyka opiera się przede wszystkim na danych klinicznych i epidemiologicznych

U osoby zamieszkującej obszar endemiczny (w 75% poniżej 15 roku życia) za malinicą przemawia jeden lub więcej objawów takich, jak:
1. niebolesne owrzodzenie ze strupem,
2. brodawki,
3. nadmierne rogowacenie dłoni i podeszew stóp.

Rozpoznanie kliniczne może zostać potwierdzone poprzez badanie mikroskopowe w ciemnym polu materiału pobranego ze zmiany skórnej. Brak swoistego testu w kierunku malinicy, jednak – ze względu na bliskie pokrewieństwo z bakterią wywołującą kiłę – badanie serologiczne w kierunku syfilisu może być dodatnie.

Leczenie

- Pojedyncza iniekcja debecyliny domięśniowo jest skuteczną dawką leczniczą. Nawroty są bardzo rzadkie. Dawka dla dorosłych: 1,2 mln jednostek, dzieci: 600 tys. jednostek debecyliny.
- W przypadku uczulenia na penicylinę, można zastosować tetracyklinę, erytromycynę lub doksycyklinę.

Powikłania

U około 10% nie leczonych osób po 5 latach dochodzi do kalectwa i powikłań, ponieważ zakażenie może powodować masywne uszkodzenie skóry i tkanki kostnej. Może również spowodować deformację kończyn dolnych, nosa, podniebienia i szczęki.

Zapobieganie

Nie istnieje szczepionka przeciwko malinicy. Zasady prewencji opierają się na przerwaniu transmisji poprzez wczesne rozpoznanie i leczenie osób dotkniętych chorobą oraz osób z kontaktu.

Tłum. i oprac. Ewa Kaczmarek

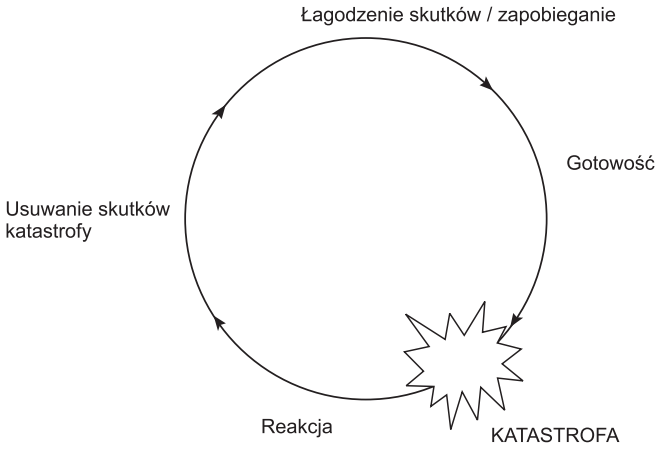
MEDYCYNA KATASTROF

Organizacja pomocy medycznej w wypadkach i katastrofach wg wytycznych towarzystw naukowych medycyny ratunkowej i medycyny katastrof

Redakcja MMPolonia dziękuje panu Prof.dr hab. Jerzemu Koniecznemu, kierownikowi Katedry Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, za przekazanie uczestnikom kursu Fundacji pt. Opieka zdrowotna w tropiku – 29 czerwca — 4 lipca 2009 – swojego doświadczenia nt. organizacji pomocy medycznej w wypadkach i katastrofach.

Wprowadzenie

Działanie w następstwie katastrof następuje według powtarzającego się schematu zwanego cyklem przebiegu katastrofy (ryc. 1), na który składają się cztery etapy: zapobieganie, przygotowanie, reagowanie, łagodzenie skutków (odbudowa). Specjaliści w zakresie medycyny ratunkowej mają do wykonania określone zadania w każdym z tych etapów. Wiedzę i umiejętności specyficznego postępowania uzyskują w ramach zajęć z medycyny katastrof.



Ryc. 1. Cykl przebiegu katastrof

Dyskusja na temat medycyny katastrof została zapoczątkowana na pierwszym Międzynarodowym Sympozjum Medycyny Katastrof w 1973 r. w Moguncji. Analizując liczne doniesienia, wypowiedzi i wnioski ze spotkań i konferencji międzynarodowych, opublikowanych w latach 1973-2008, zauważamy zmianę w podejściu do tego nowego międzydyscyplinarnego przedmiotu. Początkowo panuje sceptycyzm co do potrzeb rozwijania tej dyscypliny wiedzy, następnie dominują aspekty praktyczne poszczególnych specjalizacji medycznych, a ostatnio dostrzega się konieczność wypracowania doktryny uwzględniającej całościowo zagadnienia istotne dla tej problematyki: prawo organizacyjne, logistyczne, ekologiczne i medyczne w wymiarze lokalnym, krajowym i międzynarodowym. Grupując je w układzie metodycznym w trzech spójnych segmentach, to: diagnoza zagrożeń (monitoring), przeciwdziałanie (ocena ryzyka, planowanie, organizowanie, zaopatrzenie materiałowo-techniczne i medyczne, edukacja powszechna i specjalistyczne), pomoc w wypadkach i katastrofach (tzw. łańcuch pomocy).

Umiejscowienie zatem medycyny katastrof we współczesnym niezwykle dynamicznym i otwartym systemie zapobiegania oraz postępowania wobec ujemnych następstw rozwoju cywilizacyjnego, jak i katastrof naturalnych, staje się pilną potrzebą. Wymaga to oprócz rozwiązań praktycznych, stosowanych nie tylko do aktualnych zagrożeń, ale również wynikających z antycypacji i mocnej podbudowy teoretycznej. Jest ona niezbędna dla uporządkowania terminologii, która obecnie stanowi swoistą kompilację pojęć z różnych dyscyplin wiedzy, często niejednoznacznych a nawet wykluczających się nawzajem. Również cały ciąg zdarzeń i poczynań ratowniczych i terapeutycznych musi być poddany na bieżąco metodologicznej oraz naukowo-systematycznej ocenie.

Zalecenia powyższe są zgodne jednocześnie z postanowieniami zawartymi w rezolucjach Narodów Zjednoczonych (ONZ) nr 42/169 z 11 grudnia 1987 r. i 44/266 z 22 grudnia 1989 r., jak również z przebiegającym procesem integracji w ramach Unii Europejskiej.

1. Definicja, klasyfikacja i ocena katastrof

Właściwa ocena i obiektywna opinia o każdym nagłym zdarzeniu w środowisku człowieka, wymaga precyzyjnego i chłodnego opisu, zawierającego jednoznaczne określenia. Dotyczy to w szczególności nadzwyczajnych zagrożeń wywołanych katastrofami, budzących wiele emocji i napięć pomiędzy społeczeństwem a instytucjami odpowiedzialnymi prawnie za bezpieczeństwo publiczne.

W publikacjach z zakresu nauk technicznych, ekonomiczno-prawnych, przyrodniczych i medycznych, podawane są definicje katastrof i ich klasyfikacja przez pryzmat własnej specjalności. Warto jest zatem dokonać pewnego przeglądu, cytując te, z którymi najczęściej się spotykamy.

Nauki techniczne

Katastrofa („Disaster”)
„Zdarzenie nagłe, będące wynikiem niekontrolowanych wydarzeń powstałych w trakcie działalności produkcyjnej jak i w warunkach naturalnych, prowadzące do poważnych niebezpieczeństw dla człowieka i powstania strat, których nie można opanować środkami miejscowymi”

Wypadek („Accident")
„Ograniczone zdarzenie, będące wynikiem niekontrolowanych wydarzeń, które można opanować lokalnymi środkami".
Incydent („Incydent")
„Wypadek, który nie powoduje strat".

Nauki prawne i ekonomiczne

Dyrektywa Rady nr 82/501/EWG dotycząca zagrożeń katastrofami w wybranych dziedzinach przemysłu.

Katastrofa oznacza: „takie zdarzenie, jak poważna emisja, pożar lub eksplozja będące wynikiem niekontrolowanych wydarzeń powstałych w trakcie działalności przemysłowej i prowadzących do poważnego niebezpieczeństwa dla człowieka, występujących bezpośrednio lub z opóźnieniem, wewnątrz albo poza przedsiębiorstwem i/lub w środowisku naturalnym, związanych z jedną czy kilkoma niebezpiecznymi substancjami".

Największa firma reasekuracyjna Swiss Reinsurance Company określa, że: „katastrofa to wydarzenie, które pochłonęło minimum 20 ofiar lub, w wyniku którego dach nad głową straciło przynajmniej 2000 osób, albo też minimum 50 osób zostało rannych". Innym wyznacznikiem jest wysokość ubezpieczenia strat. I tak, „w przypadku szkód morskich dolna granica stanowi 11,4 mln USD, szkody lotnicze – 22,8 mln USD, zaś w przypadku innych kategorii – 28,5 mln USD, albo też wysokość szkód całkowitych przekracza 57,0 mln USD".

Klasyfikacja katastrof wg towarzystw ubezpieczeniowych

Wydarzenia nadzwyczajne (katastrofy) podzielone zostały na: „katastrofy naturalne" i „katastrofy spowodowane przez człowieka tzw. techniczne". Pierwsza grupa obejmuje: powodzie, ulewne deszcze, trzęsienia ziemi, huragany, susze i wynikłe z nich pożary, mrozy oraz inne (np. lawiny i gradobicia). Druga grupa obejmuje: pożary, szkody lotnicze, szkody morskie, szkody kolejowe, drogowe, szkody górnicze, zalewania budynków i budowli.

Nauki medyczne

Sympozjum Medycyny Katastrof w Moguncji, 1973 r.: „Katastrofa – naturalne lub inne wydarzenie, którego następstw nie można opanować środkami i siłami miejscowymi i wymagana jest pomoc z zewnątrz". Z punktu widzenia służby zdrowia jest to wydarzenie, w wyniku którego liczba ofiar i problemy medyczne przekraczają zdolności i możliwości istniejącego systemu ochrony zdrowia. Określono, że podstawowymi cechami katastrof są duże szkody materialne, duża liczba poszkodowanych powstająca w krótkim czasie oraz dysproporcja między potrzebami a możliwościami służb ratowniczych.

Według prof. Williama Gunn – Prezydenta Światowego Towarzystwa Katastrof i Nagłych Wypadków (WADEM): „Katastrofa jest przede wszystkim zjawiskiem socjocentrycznym i antropocentrycznym, gdyż katastrofa naturalna, która nie dotyczy człowieka, społeczności bądź środowiska, pozostaje jedynie zjawiskiem geologicznym bądź meteorologicznym".

Wiemy więc, że człowiek i dobro ludzkości pozostaje w centrum troski. Katastrofa jest zatem rezultatem poważnego załamania stosunków ekologicznych pomiędzy człowiekiem i jego otoczeniem, nagłym i niespodziewanym wydarzeniem na taką skalę, ze społeczność nim dotknięta potrzebuje nadzwyczajnych wysiłków, aby sobie z tym poradzić, często z pomocą z zagranicy..." w przypadku całkowitej katastrofy wszystkie sektory – zdrowie, prace publiczne, rolnictwo, ekonomia, polityka – są ściśle powiązane".

Prof. dr Jan de Boer – Międzynarodowe Stowarzyszenie Medycyny Katastrof (ISDM), Genewa: „Katastrofę można zdefiniować jako wydarzenie destruktywne, pociągające za sobą tak wiele ofiar, ze pojawia się rozbieżność pomiędzy liczba ofiar a liczbą leczonych czy hospitalizowanych. Podobne wydarzenie bez ofiar, które nie powoduje powyższych rozbieżności powinno być nazwane wypadkiem".

Międzynarodowa Grupa Robocza do spraw klasyfikacji Światowej Federacji Towarzystw Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof: „Katastrofa to zdarzenie, które powoduje tak wiele szkód i ofiar, że wysiłki i środki objętej nią społeczności nie wystarczają do jej opanowania i niezbędna jest dodatkowa pomoc z zewnątrz".

Prof. dr Rolf Lanz i prof. dr Mario Rossetti – chirurdzy, autorzy pierwszego podręcznika do nauczania medycyny katastrof w Europie; „Katastrofa jest to nadzwyczajne wydarzenie, którego następstw nie można opanować przy pomocy posiadanych środków i jest potrzebna pomoc z zewnątrz", natomiast wypadek „jest to ograniczone wydarzenie (szkoda), które możemy opanować przy pomocy posiadanych środków".

Treść poszczególnych definicji, aktualne doświadczenia pozwalają na przedstawienie klasyfikacji katastrof, która jest niezbędna przy systemowym diagnozowaniu zagrożeń, zapobieganiu oraz postępowaniu ratowniczym w nagłych stanach zagrożenia życia i nadzwyczajnych zagrożeniach środowiska.

Katalog katastrof wg WHO

1. Katastrofy naturalne (woda, ziemia, ogień, powietrze)
   - 1.1. Trzęsienie ziemi i powodzie – 80% wszystkich katastrof naturalnych
   - 1.2. Powódź (wysoka fala), przerwanie wałów, gwałtowne przepływy
   - 1.3. Lawiny, oberwania góry, wulkany
   - 1.4. Pożary
   - 1.5. Orkany, tajfuny
   - 1.6. Susza
2. Katastrofy wywołane przez ludzi
   - 2.1. Wojny:
     - bronią konwencjonalną
     - środkami masowego rażenia (nuklearne, chemiczne, biologiczne)
   - 2.2. Katastrofy cywilizacyjne
     - 2.2.1. Komunikacyjne:
       - kolizje masowe na autostradach
       - zderzenia pociągów
       - upadek samolotu
       - zatonięcie statku
     - 2.2.2. Przemysłowe i budowlane:
       - eksplozje
       - wyciek substancji trujących
       - napromieniowanie
       - zawalenia
     - 2.2.3. Wielkie pożary:
       - domy towarowe

– szkoły
– szpitale
– wieżowce

3. Skutki wtórne katastrof – głód, choroby zakaźne, epidemie, epizoocje, zniszczenie środowiska naturalnego.

2. Medycyna katastrof – zarys przedmiotu

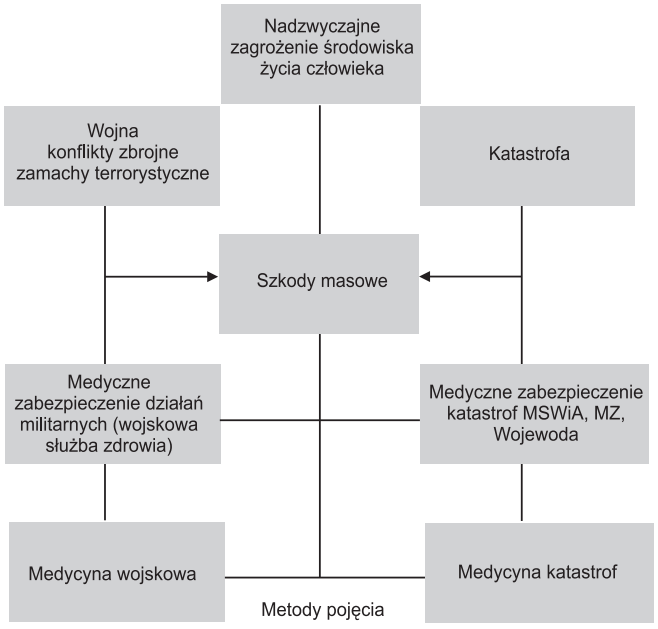
Każda nowa dyscyplina wymaga naukowo-systemowej charakterystyki, stanowiącej punkt wyjścia do prowadzenia badań i poszukiwania stosownych rozwiązań organizacyjno-praktycznych.

Metodologia medycyny katastrof ma swój ważny historycznie początek w medycynie wojskowej. Wielowiekowe doświadczenia chirurgii wojennej (polowej), rozwój taktyki sanitarnej i organizacji ochrony zdrowia żołnierzy podczas konfliktów zbrojnych, stanowią ważny dorobek naukowy, możliwy do wykorzystania w pomocy medycznej udzielanej w czasie wypadków, katastrof w warunkach pokojowych (rys. 2).

Doceniając wspólne cechy medycyny katastrof i medycyny wojskowej, musimy pamiętać, że istnieją tu również istotne różnice. Są one rezultatem związku w pierwszym przypadku z wojną, w drugim zaś z katastrofą (wydarzeniem nadzwyczajnym) w czasie pokoju. Dwa całkowicie różne społeczne zjawiska z różnorodnymi przyczynami i uwarunkowaniami.

Analiza i prognoza procesu rozwoju ludzkości, przebiegających zmian politycznych w świecie, upoważniają do wysunięcia wniosku lub hipotezy, że medycyna wojskowa będzie w przyszłości tracić na znaczeniu, zaznaczając swoją obecność w tej części, która została wniesiona do medycyny katastrof.

Proces zróżnicowania i zarazem integracji w medycynie doprowadził do wielorakich powiązań i międzydyscyplinarnych zazębień. Granice pomiędzy poszczególnymi dyscyplinami stały się płynne, nie mają już one jasnego charakteru rozdzielającego. Dominują cechy wspólne.

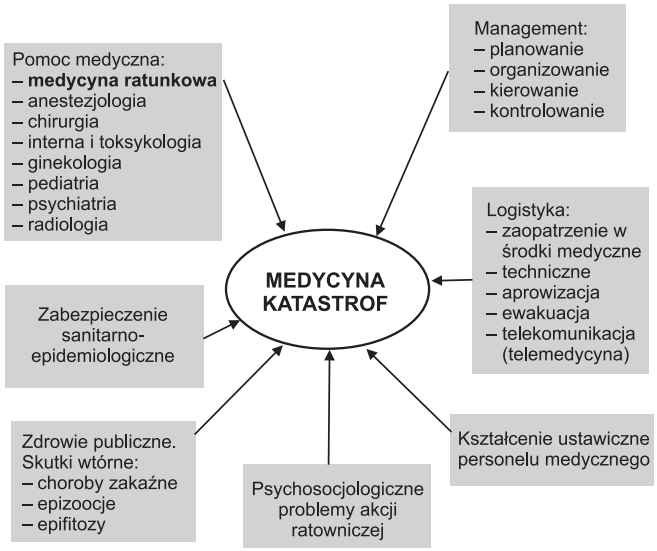


Ryc. 2. Ogólny związek pomiędzy medycyną wojskową a medycyna katastrof.

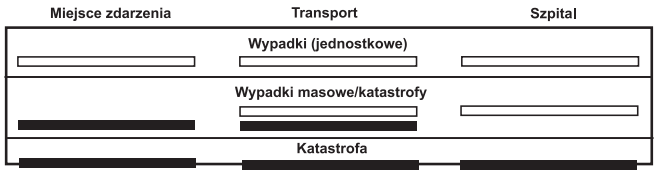
Widać to również w pojedynczych kryteriach naukowo-systemowej charakterystyki, która dotyczy w równym stopniu medycyny katastrof.

a) Definicja

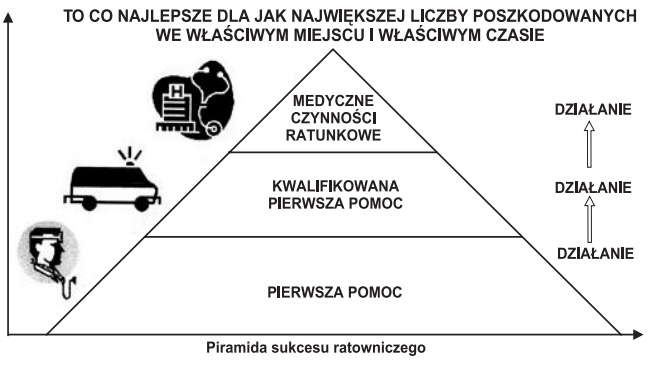
Medycyna katastrof jest nauką o planowaniu, organizacji i zaopatrzeniu medycznym oraz taktyce ratowniczej i terapii w masowym zdarzeniu (napływie dużej liczby poszkodowanych) przy użyciu ograniczonych środków i przy konieczności stosowania segregacji (triage) wg zasady: „To co najlepsze dla jak największej liczby poszkodowanych, we właściwym czasie i w odpowiednim miejscu". Składa się ona z następujących działów: medycyna ratunkowa, zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne, psychologia i socjologia akcji ratowniczej, management, logistyka, epidemiologia katastrof, kształcenie personelu medycznego (ryc. 3).



Ryc. 3. Części składowe medycyny katastrof



Ryc. 4. Medycyna ratunkowa [BIAŁY PASEK], medycyna katastrof [CZARNY PASEK]



Ryc. 5. Medycyna katastrof w trzech sektorach pomocy

b) Cel

Głównym celem medycyny katastrof jest ratowanie zdrowia i życia ludzi w warunkach wykraczających poza możliwości codziennej opieki medycznej.

c) Obiekt

Obiektem medycyny katastrof jest człowiek w specyficznym aspekcie choroby i zdrowia w szczególnych sytuacjach, które występują w nadzwyczajnych zagrożeniach w następstwie awarii i katastrof cywilizacyjno-środowiskowych.

d) Zadania

Do głównych zadań medycyny katastrof można zaliczyć:

- analizę ryzyka wypadków masowych i katastrof
- przygotowanie odpowiednich rozwiązań organizacyjno-prawnych stosownych do skali zagrożeń i możliwych katastrof w wymiarze lokalnym, regionalnym i krajowym,
- opracowanie założeń teoretycznych przebiegu zdarzeń nadzwyczajnych, niezbędnych dla praktyki medycznej,
- badanie medycznych aspektów poszkodowanych w następstwie nadzwyczajnych sytuacji: katastrofy komunikacyjne, chemiczne (TSP), niebezpieczne czynniki biologiczne, radiacyjne, pożary w obiektach publicznych, zawalenia budynków itp.,
- analizę następstw wtórnych katastrof (problemy sanitarno-epidemiologiczne).

e) Pojęcia

Medycyna katastrof jako dyscyplina wykraczająca poza jedną dziedzinę posiada niewiele typowych, własnych pojęć. Większość z nich pochodzi z innych specjalności.

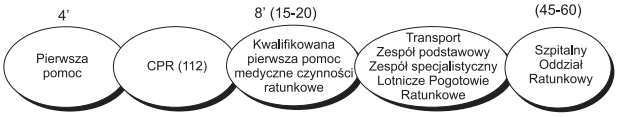
Obecnie w ramach tego przedmiotu są przyjęte w teorii i praktyce następujące określenia:

- algorytmy ratownicze
- centrum urazowe
- epidemiologia medycyny katastrof
- etapy akcji ratowniczej
- ewakuacja
- geografia medycyny katastrof
- jednostki ratownicze
- łańcuch ratunkowy
- zarządzanie katastrofami
- zespoły ratownictwa medycznego
- Centrum Powiadamiania Ratunkowego
- Szpitalny oddział ratunkowy
- pomoc medyczna w katastrofach
- poszkodowany
- punkt pomocy medycznej
- segregacja (triage)
- służby ratunkowe
- środki łączności
- środki transportu
- taktyka medyczna
- zaopatrzenie medyczne
- „złota godzina”
- mobilny zestaw ratunkowy
- mobilny punkt pomocy medycznej
- Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (HEMS)
- poszukiwanie i ratownictwo (SAR)

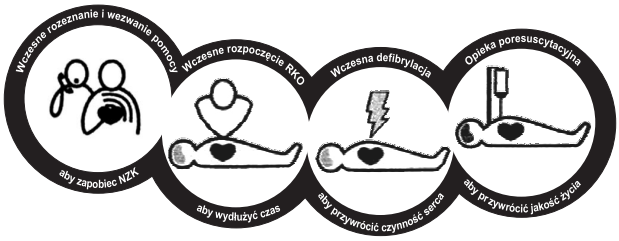
f) Łańcuch ratowniczy (Ryc. 6)

Wzory łańcucha przeżycia. Kolejno następujące po sobie etapy postępowania z poszkodowanym od momentu zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego.

Łańcuch przeżycia według F.W. Ahnefelda



Łańcuch przeżycia w nagłym zatrzymaniu krążenia według Europejskiej Rady Resuscytacji



Łańcuch organizacji pomocy w wypadkach masowych i katastrofach

g) Segregacja medyczna (triage)

Segregacja medyczna w zdarzeniach masowych i katastrofach.

Zdarzenia pod względem medycznym dzielimy na:

- jednostkowe,
- mnogie,
- masowe,
- katastrofy.

Zdarzenie jednostkowe – jest wypadkiem, w wyniku którego została poszkodowana jedna osoba. Poszkodowany otrzymuje pomoc medyczną w pełnym zakresie zgodnie ze standardami obowiązującymi w ratownictwie medycznym.

Zdarzenie masowe – jest wypadkiem, którego następstwem jest duża liczba poszkodowanych osób, które nie mogą otrzymać jednoczasowo pomocy medycznej w pełnym zakresie. Wymagana jest segregacja medyczna poszkodowanych. Lokalne służby ratownicze są wystarczające do opanowania skutków zdarzenia masowego.

Katastrofa – jest to zdarzenie wymagające użycia sił i środków w liczbie przekraczającej możliwości lokalnych służb ratowniczych. Nie wszyscy poszkodowani mogą otrzymać jednoczasowo pomoc medyczną w pełnym zakresie. Wymagana jest segregacja medyczna poszkodowanych.

Zdarzenie masowe i katastrofa zawsze wymaga przeprowadzenia segregacji medycznej.

Segregacja medyczna – triage (ang. triage, fr. trier) – obejmuje badanie i klasyfikację poszkodowanych w zależności od pilności udzielania medycznych czynności ratunkowych i ewakuacji.

Decyzję o uznaniu zdarzenia za masowe lub katastrofę podejmuje pierwszy przybyły na miejsce zdarzenia dowódca jednostki Państwowej Straży Pożarnej lub kierownik zespołu ratownictwa medycznego,

• segregację medyczną na miejscu zdarzenia przeprowadza lekarz, ratownik medyczny lub ratownik Państwowej Straży Pożarnej,
• głównym zadaniem ratowników prowadzących segregację medyczną jest wyszukanie grupy poszkodowanych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia,
• celem segregacji jest zapewnienie pomocy medycznej jak największej liczbie poszkodowanych w jak najkrótszym czasie przy użyciu dostępnych środków,
• segregacja jest procesem ciągłym trwającym przez cały okres działań ratowniczych,
• podczas segregacji medycznej poszkodowani są oznaczani kodami barwnymi w zależności od stopnia zagrożenia życia i pilności ewakuacji.

Po przeprowadzeniu segregacji poszkodowanych umieszcza się w wyznaczonych sektorach oznaczonych kolorami:
- czerwonym,
- żółtym,
- zielonym,
- czarnym.

Kolor czerwony

Poszkodowani oznaczeni kolorem czerwonym wymagają pilnego wstępnego leczenia i transportu do szpitala w pierwszej kolejności.

Najczęstsze przyczyny bezpośredniego zagrożenia życia:
- niedrożność dróg oddechowych,
- zaburzenia oddychania,
- zaburzenia krążenia,
- ciężkie oparzenia,
- rany klatki piersiowej i jamy brzusznej,
- ciężkie urazy głowy,
- masywne krwawienie,
- wstrząs.

Kolor żółty

Poszkodowani oznaczeni kolorem żółtym wymagają wstępnego leczenia i transportu do szpitala w drugiej kolejności.

Kolor zielony

Poszkodowani oznaczeni kolorem zielonym wymagają pomocy medycznej i transportu do szpitala w trzeciej kolejności.

Kolor czarny

W przypadku zgonu poszkodowanego w ambulansie w czasie transportu do szpitala ratownicy wracają w rejon zdarzenia, przekazują zwłoki w oznaczone miejsce i ponownie włączają się do akcji ratowniczej.

Poszkodowany w katastrofie w każdej chwili może zostać oznaczony innym kolorem w zależności od aktualnego stanu klinicznego. Niewłaściwie prowadzona segregacja może zwiększyć liczbę ofiar śmiertelnych podczas katastrofy.

Karty segregacyjne – służą do wpisania podstawowych informacji o stanie klinicznym poszkodowanego i zastosowanych na miejscu zdarzenia procedurach medycznych. Karty segregacyjne stanowią element dokumentacji medycznej poszkodowanego.

Tabela 1. Klasyfikacja stanu nieprzytomności (wg Glasgow Coma Scale)

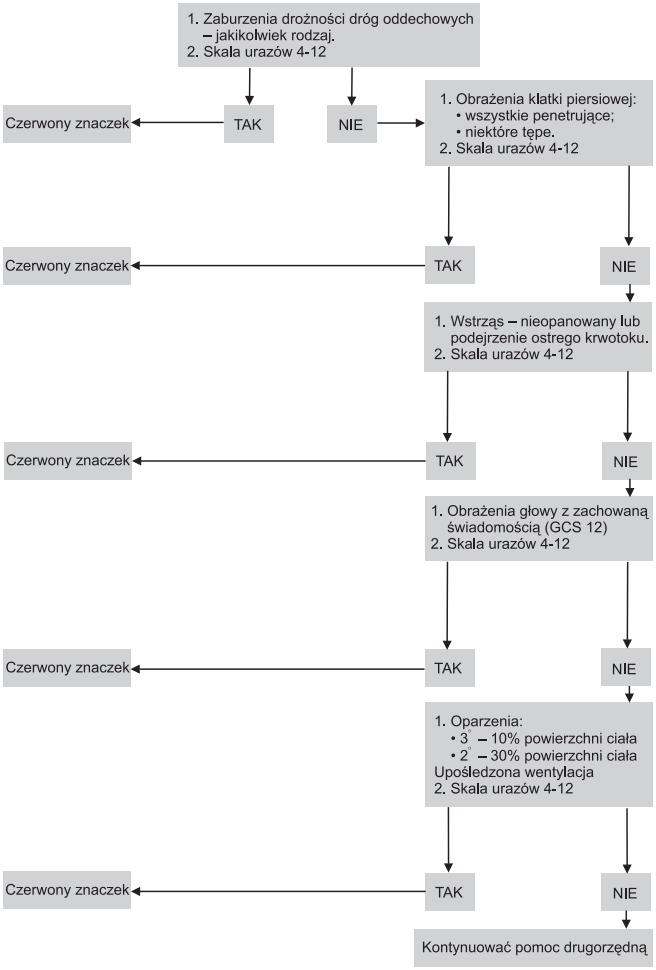
Reakcja	Liczba punktów
Otwieranie oczu:	
• spontaniczne,	4
• na polecenie głosem,	3
• po bodźcu bólowym,	2
• brak reakcji	1
Słowna:	
• pełna orientacja co do miejsca, czasu i własnej osoby,	5
• dezorientacja co do miejsca i czasu, mowa poprawna,	4
• dezorientacja, mowa chaotyczna,	3
• dźwięki niezrozumiałe, pojękiwania,	2
• brak reakcji	1
Ruchowa:	
• odpowiednia do poleceń słownych,	6
• prawidłowa lokalizacja bodźca bólowego,	5
• odruch „ucieczki" przed bólem,	4
• odruchowa reakcja zgięciowa w reakcji na ból,	3
• odruchowa reakcja wyprostowana w reakcji na ból,	2
• brak reakcji	1
Razem	**1-15**

Tabela 2. Klasyfikacja stanu ogólnego porażonych wg Skali Ciężkości Urazu (SCU)

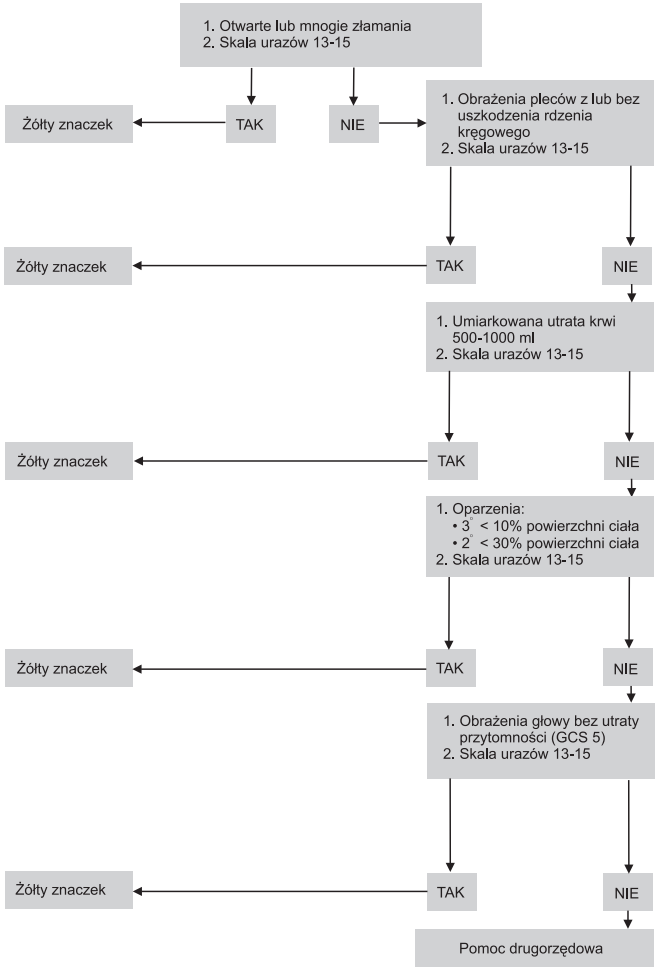
Oceniany parametr	Liczba punktów
Częstość oddechów (na min.)	
• 10-24	4
• 25-35	3
• > 35	2
• < 10	1
• Brak	0
Skurczowe ciśnienie krwi (w mm Hg):	
• > 90	4
• 70-90	3
• 50-70	2
• < 50	1
nieoznaczalne	0
Wysiłek oddechowy:	
• prawidłowy	1
• nadmierny	0
Czas powtórnego wypełniania naczyń włosowatych (s):	
• < 2	2
• > 2	1
• Brak	0
Wartość GCS (z tabeli powyżej):	
• 14-15	5
• 11-13	4
• 8-10	3
• 5-7	2
• 3-4	1
Razem	**1-16**

MEDYCYNA KATASTROF

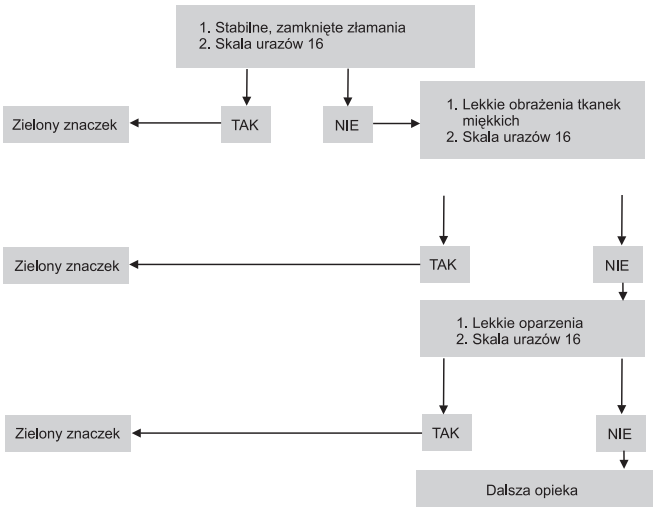
Organizacja pomocy medycznej w wypadkach i katastrofach wg wytycznych towarzystw naukowych medycyny ratunkowej i medycyny katastrof



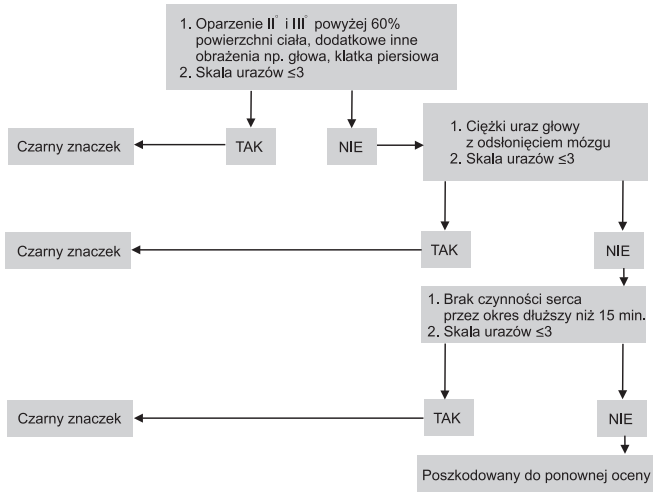
Ryc. 7. Leczenie i transport w pierwszej kolejności



Ryc. 8 Leczenie i transport w drugiej kolejności

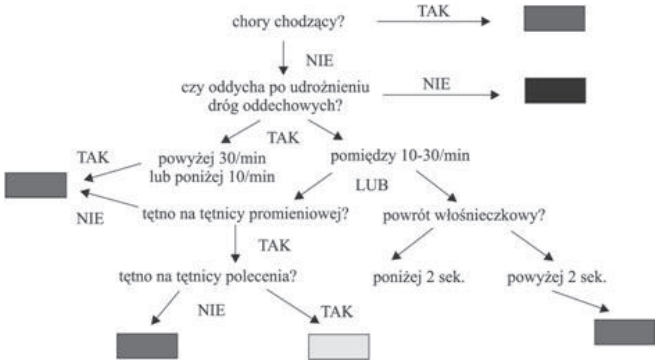


Ryc. 9. Leczenie i transport w trzeciej kolejności



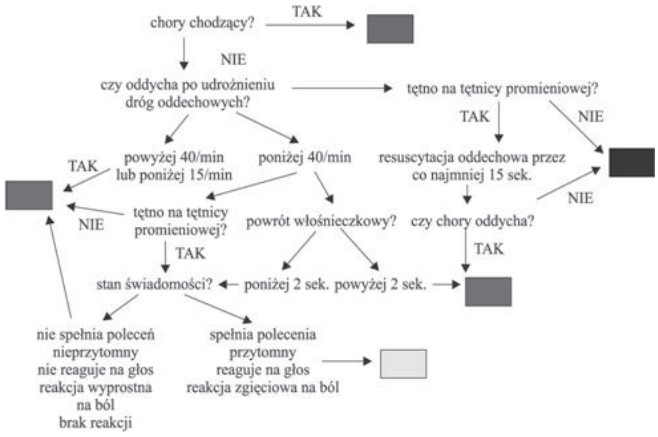
Ryc. 10. Poszkodowany umierający

System S.T.A.R.T. (ang. Simple Triage And Rapid Treatment). Według K. Sosady – system oparty jest na ocenie poszkodowanego w czasie do 30 sekund w zakresie częstości oddechu, obecności tętna na tętnicy promieniowej lub czasu powrotu włośniczkowego i stanu świadomości.



Segregacja medyczna dzieci

W 1995 r. dr Lou E. Roming dokonała adaptacji systemu segregacyjnego S.T.A.R.T. na potrzeby segregacji dzieci, tworząc system Jump S.T.A.R.T. System ten stosowany jest u poszkodowanych dzieci w wieku do 8 roku życia.



Dzieci poniżej pierwszego roku życia, które zostały wstępnie zakwalifikowane według schematu Jump S.T.A.R.T. do grupy „zielonej", jeżeli posiadają obrażenia ciała, muszą być przekwalifikowane do grupy „żółtej".

System Jump S.T.A.R.T. wykorzystuje do oceny stanu świadomości dziecka skalę AVPU:

- A (alert) – stan świadomości,
- V (voice) – reakcja na głos,
- P (pain) – reakcja na ból,
- U (unreactive) – brak reakcji.

Transport poszkodowanych do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych:

- konieczne jest wcześniejsze powiadomienie szpitala,
- wybór środka transportu zależy od stanu pacjenta.

h) Metody

Medycyna katastrof nie ma własnych metod naukowych. Wykorzystuje ona w procesie edukacyjnym i badawczym metodykę i metodologie innych nauk i dyscyplin medycznych, wojskowych oraz ekologicznych. Toteż konieczna jest koordynacja różnych poczynań przez jedną placówkę dydaktyczno-naukową w Akademii Medycznej i organizacyjno-dydaktyczną z możliwością nadawania stopni-licencji (certyfikatów) specjalizacyjnych w ratownictwie medycznym na szczeblu regionalnym oraz zespół centralny koordynujący prace badawcze w kraju.

Do zadań tych instytucji mogłoby należeć:

1. Prowadzenie prac badawczych w zakresie: teorii medycyny katastrof, epidemiologii, logistyki i management.
2. Objęcie kształceniem z medycyny katastrof całego personelu medycznego. Doskonalenie programu nauczania przed- i podyplomowego.
3. Współpraca z administracją rządową i samorządową oraz Państwową Strażą Pożarną, Obroną Cywilną, Policją, Pogotowiem Ratunkowym, jednostkami Wojska RP.
4. Działalność doradcza i opiniotwórcza.
5. Współpraca międzynarodowa.
6. Organizacja banku danych dla medycyny katastrof.

Istnieje wiele modeli edukacji osób dorosłych, które można wykorzystać w procesie kształcenia personelu medycznego w obszarze medycyny katastrof: samokształcenie, nauka na odległość (Internet, transmisje satelitarne), edukacja bezpośrednia, ćwiczenia praktyczne i symulacja zdarzeń.

- Samokształcenie: studiowanie literatury przedmiotu, źródeł internetowych.
- Nauka na odległość: stosowana bardzo często w Centrach Zapobiegania i Kontroli Chorób w USA przy wykorzystaniu transmisji satelitarnej pozwala ona na szkolenie wielu osób „na żywo" umożliwiając rozwiązywanie konkretnych problemów medycznych, stawianie pytań i prowadzenia dyskusji.
- Edukacja bezpośrednia: przekazywanie wiedzy grupie słuchaczy przez jednego wykładowcę z wykorzystaniem pakietu multimedialnego.
- Ćwiczenia praktyczne: obejmują udział personelu medycznego w procesie podejmowania decyzji i wykonywania czynności z udziałem jednostek ratownictwa medycznego i specjalistycznego na podstawie przyjętego scenariusza wydarzeń nadzwyczajnych.
- Symulacja zdarzeń: w dydaktyce medycyny katastrof coraz powszechniejsze staje się wykorzystanie programów komputerowych kreujących interaktywność polisensoryczną, tj. wzrokową, słuchową i dotykową różnych katastrof.

Programy zajęć muszą być spójne z jasnym określeniem poziomu wiedzy i umiejętności poszczególnych grup personelu medycznego odpowiedzialnego za świadczenie pomocy w wypadkach masowych i katastrofach. Należy w oparciu o przyjęty program z medycyny katastrof określić stopnie zakresu wymaganych kompetencji dla koordynatora medycznych czynności ratunkowych, lekarza specjalisty medycyny ratunkowej, lekarza medycyny po studiach, ratownika medycznego i pielęgniarki.

Podsumowanie

Nadszedł czas, aby uporządkować problemy organizacyjno-prawne medycyny katastrof, opierając jej rozwój na podstawach naukowych. Wyrazem tego jest, opracowany przez Międzynarodowe Towarzystwo Medycyny Katastrof, program edukacyjno-

Organizacja pomocy medycznej w wypadkach i katastrofach wg wytycznych towarzystw naukowych medycyny ratunkowej i medycyny katastrof

(dokończenie ze str. 23)

praktyczny nauczania medycyny katastrof na uniwersyteckich uczelniach medycznych. Istnieje kilka wyspecjalizowanych czasopism poświeconych tej tematyce np. „Medycyna Przedszpitalna Katastrof" (Prehospital and Disaster Medicine) wydawana przez organizację WADEM, czy też wydawnictwa Międzynarodowego Towarzystwa Medycyny Katastrof (ISDM) w Genewie. Ważne jest przyjęcie jednolitej doktryny udzielania pomocy medycznej w wypadkach i katastrofach poprzez sprawne i mobilne struktury organizacyjne (szpitalne oddziały ratunkowe, centra urazowe, centra leczenia oparzeń, ośrodki toksykologiczne). Przyjęty system ratowniczy w kraju musi być spójny i przejrzysty, zrozumiały dla wszystkich. Powinien opierać się on na trzech wzajemnie sprężonych segmentach: diagnoza nadzwyczajnych zagrożeń (system monitoringu), przeciwdziałanie i standardy postępowania ratowniczego w wypadkach masowych i katastrofach.

Prof. dr hab. Jerzy Konieczny

Piśmienictwo:

1. Coubril L.J.: Médicine en situation de catastrophe. Masson Paris, 1987.
2. De Boer J.: An introduction to disaster medicine. Proceedings of the International Society of Disaster Medicine (Geneva), May 1994, No 58.
3. Domres B.: Vereinkeitlichung von Lehre und Ausbildung in zukunftigen Europa. Notfallvorsorge und Zivile Verteidigung 3. 1990, s. 14.
4. Gunn S.W.A.: Society`s response and the international community in disasters. Referat, Praque, 29.03.1994.
5. Jöschke G., Röding H.: Katastrophenmedizin – eine neue Wissenschaft oder nur ein neuer Name? Z.Arztl Fortbild. 84 (1990) 22 s. 1133-34.
6. Konieczny J. Nadzwyczajne zagrożenia środowiskowe. Leksykon administracji bezpieczeństwa, Poznań 2009.
7. Kobayashi L., Shapiro MJ., Suner S., et al. Disaster medicine education: the potential role of high fidelity medical simulation in mass casualty incident training. Med Health RI. 2003, 86 (7), 196-200.
8. Konieczny J.: Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych, wypadkach i katastrofach. Poznań-Warszawa 2003.
9. Lanz R., Rossetti M,: Katastrophenmedizin, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1980.
10. Lennquist S.: Is there a need for disaster planning in a technically high-developed country? Education and training. Newsletter from International Society of Disaster Medicine (Geneva), April and July 1993, No 53, 54.
11. Markowski A.: Bezpieczeństwo i zapobieganie stratom, [W:] Bezpieczeństwo procesów przemysłowych, Łódź, 1993.
12. Noji E.K.: The role of epidemiology in disaster relief. Newsletter from International Society of Disaster Medicine (Geneva), April 1992, No 49.

Wypadki na drogach

Od Redakcji: przy okazji artykułu o katastrofach i wypadkach warto spojrzeć jaka jest statystyka wypadków drogowych w świecie wg WHO: Global status report on road safety, 2009.

Około 1.3 miliona ludzi ginie każdego roku na drogach, a 20 do 50 milionów doznaje urazów nie powodujących zgonu. Raport WHO zawiera dane z 178 krajów. Wynika z nich, że wypadki drogowe są poważnym problemem w zakresie ochrony zdrowia, w szczególności w krajach biednych i średnio zamożnych. Piesi, rowerzyści i motocykliści stanowią blisko połowę zabitych w wypadkach drogowych.

W wielu krajach niedostateczne jest zabezpieczenia prawne, przeciwdziałające wypadkom. Dotyczy ono m.in. ograniczeń szybkości prowadzenia pojazdów, picia alkoholu przez kierowców, braku używania hełmów ochronnych przez kierowców, nie zapinania pasów w samochodach oraz szczególnej troski o dzieci na drogach.

Zestawił
Prof. Zbigniew Pawłowski

Porównanie problemu wypadkowości na drogach w Polsce i w Tanzanii:

2007:	Polska	Tanzania	**w Polsce:**
Populacja	38.081.971	40.453.513	
Dochód narodowy na głowę mieszkańca	9.840 $	400 $	25 x więcej
Liczba rejestrowanych pojazdów	18.035.047	577.949	30 x więcej
w tym samochodów	75%	14%	
minibusów (<20 osób)		57%	
motorów	4%	9%	
Rejestrowanych zgonów z powodu wypadków	5.583	2.595	2 x więcej
Osób z urazem związanym z wypadkiem	63.224	16.308	4 x więcej
Łącznie zgonów i urazów/pojazd/rok	0,38 %	3,2 %	8 x mniej
Zgony wśród pieszych	35%	37%	
kierowców aut	30%	6%	>
pasażerów aut	21%	33%	<
motocyklistów	5%	7%	
rowerzystów	9%	17%	<

Aktualne informacje na temat odry

Od Redakcji: Światowa Organizacja Zdrowia w oficjalnej ulotce nr 286 z grudnia 2008 r. przedstawia aktualną sytuację w zakresie zachorowań na odrę, którą warto spopularyzować.

Podstawowe dane

- Odra stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów dzieci, mimo dostępności bezpiecznej, taniej i skutecznej szczepionki zapobiegającej tej chorobie.
- W 2007 roku na świecie miało miejsce 197 000 zgonów z powodu odry – blisko 540 każdego dnia, 22 o każdej godzinie.
- Ponad 95% zgonów z powodu odry ma miejsce w krajach biednych i o słabym zapleczu medycznym.
- Szczepienia przeciwko odrze przyniosły wiele korzyści dla zdrowia publicznego, zmniejszenie liczby zgonów o 74% na świecie w latach 2000-2007 i o około 90% w rejonie wschodnim Morza Śródziemnego i w Afryce.
- W 2007 roku około 82% dzieci na świecie otrzymało jedną dawkę szczepienia przeciwko odrze w pierwszym roku życia w ramach rutynowych świadczeń medycznych (72% w 2000 roku). W celu zapewnienia odporności, zalecane są dwie dawki szczepionki, ponieważ około 15% szczepionych dzieci nie rozwija odporności po pierwszym szczepieniu.

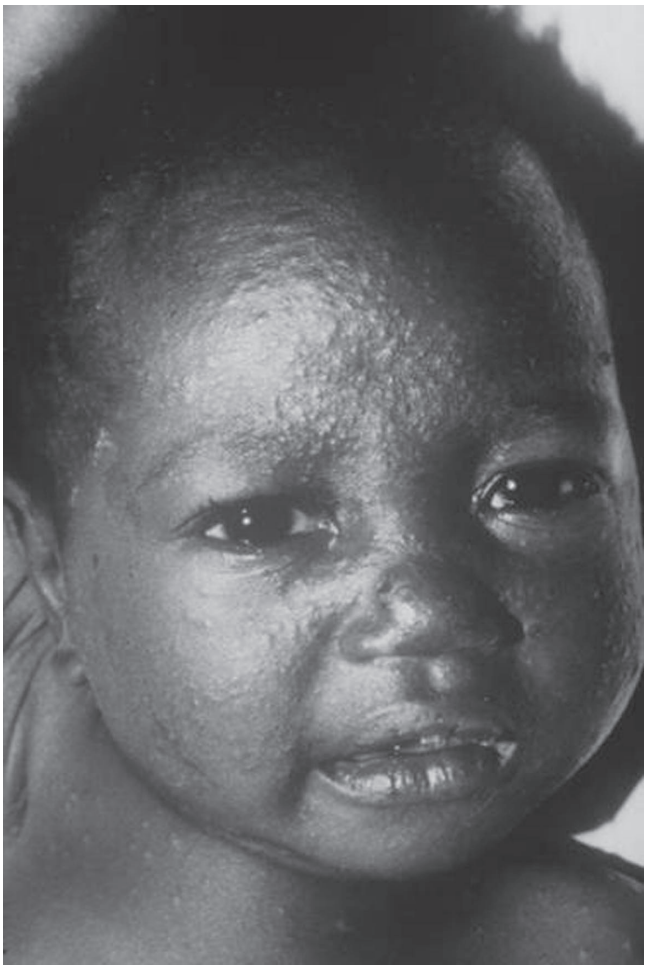
Odra jest wysoce zakaźną, poważną chorobą, którą powoduje wirus z rodziny Paramyxovirus. Wirus odry rozwija się w komórkach tylnej ściany gardła i płuc. Choroba dotyka tylko ludzi, nie są znane przypadki jej występowania u zwierząt.

Objawy odry

Pierwszym objawem odry jest zazwyczaj wysoka gorączka, pojawiająca się około 10-12 dni od kontaktu z wirusem i utrzymująca się przez 4-7 dni. W początkowym stadium mogą rozwinąć się katar, kaszel, zaczerwienienie i łzawienie oczu oraz drobne białe przebarwienia na błonie śluzowej policzków (od red.: tzw. plamki Koplika). Po kilku dniach pojawia się plamista wysypka, zazwyczaj na twarzy i karku. Po około trzech dniach wysypka rozprzestrzenia się, w końcu pojawiając się również na dłoniach i stopach. Utrzymuje się ona przez 5 do 6 dni, potem zanika. Od momentu ekspozycji na wirus do pojawienia się wysypki upływa średnio 14 dni (7-18 dni).

Odra jest umiarkowanie ciężką chorobą. Wystąpienie ciężkiej postaci odry jest bardziej prawdopodobne u źle odżywionych dzieci (zwłaszcza z niedoborem witaminy A) lub u dzieci, których układ odpornościowy jest osłabiony wskutek zarażenia HIV/AIDS lub innych chorób.

Najwięcej zgonów powodują powikłania związane z odrą. Powikłania są częstsze u dzieci poniżej 5 roku życia i u dorosłych powyżej 20 roku życia. Najpoważniejsze z nich to: ślepota, zapalenie mózgu (zakażenie, które powoduje obrzęk mózgu), ciężka biegunka i związane z nią odwodnienie, zapalenie ucha środkowego lub ciężkie zakażenia układu oddechowego, jak zapalenie płuc. W populacjach o dużym stopniu niedożywienia i gdzie brakuje właściwej opieki medycznej, 10% zachorowań na odrę kończy się zgonem. Osoby, które przebyły odrę, są odporne do końca życia.



Twarz 3-miesięcznego chłopca drugiego dnia od pojawienia się wysypki. Na tym etapie czasem trudno rozstrzygnąć czy jest to odra, czy ospa wietrzna
(źródło: www.cdc.gov)

Kto jest w grupie ryzyka

Grupę największego ryzyka zachorowania na odrę i wystąpienia jej powikłań, ze zgonem włącznie, stanowią małe, nie zaszczepione dzieci. Zakażona może zostać każda nie uodporniona osoba (nawet dorosła), która nie została zaszczepiona, bądź nie przebyła wcześniej choroby.

Odra jest nadal powszechna w krajach rozwijających się – szczególnie w Afryce, we wschodnim rejonie Morza Śródziemnego i w Azji. Każdego roku odra dotyka ponad 20 mln osób. Przytłaczająca większość zachorowań (ponad 95%) ma miejsce w krajach biednych.

Zachorowania na odrę są szczególnie niebezpieczne w krajach doświadczonych przez katastrofy naturalne lub konflikty zbrojne. Wówczas zniszczenie infrastruktury medycznej uniemożliwia przeprowadzanie rutynowych szczepień, a przeludnienie w obozach dla uchodźców znacznie zwiększa ryzyko zakażenia.

Transmisja wirusa

Wysoce zakaźny wirus odry rozprzestrzenia się poprzez kaszel i kichanie, bliski kontakt z osobą zakażoną lub bezpośredni kontakt z jej wydzielinami z nosa lub gardła.

Wirus pozostaje aktywny i zakaźny w powietrzu lub na skażonych powierzchniach do dwóch godzin. Może być przenoszony przez zakażoną osobę na 4 dni przed pojawieniem się wysypki i do 4 dni po jej wystąpieniu.

Zachorowania na odrę mogą przybrać formę epidemii z wieloma zgonami, szczególnie wśród małych, niedożywionych dzieci.

W krajach, które nieomal wyeliminowały rodzime zachorowania na odrę, ważnym źródłem zakażenia pozostają przypadki zawlekane z innych krajów.

Leczenie odry

Ciężkich powikłań odry można uniknąć dzięki leczeniu podtrzymującemu, zapewniając właściwie odżywienie, odpowiednie przyjmowanie płynów i leczenie odwodnienia doustnymi płynami nawadniającymi zalecanymi przez WHO – oral rehydration salts, ORS (aby uzupełnić płyny i elektrolity, które organizm utracił w wyniku biegunki lub wymiotów). Infekcje oczu, uszu i zapalenie płuc należy leczyć antybiotykami.

W krajach rozwijających się wszystkie dzieci, u których rozpoznano odrę, powinny otrzymać dwie dawki witaminy A, podane w odstępie 24 godzin. Pomoże to zapobiec uszkodzeniu narządu wzroku i ślepocie. Wykazano, że podanie witaminy A zmniejsza liczbę zgonów z powodu odry o 50%.

Zapobieganie

Rutynowe szczepienie dzieci przeciwko odrze, połączone z masowymi kampaniami w krajach o wysokich współczynnikach zapadalności i śmiertelności, to kluczowa strategia zdrowia publicznego dla zmniejszenia liczby zgonów z powodu odry. Szczepionka przeciwko odrze (będąca w użyciu od 40 lat) jest bezpieczna, skuteczna i niedroga. Zapewnienie jednemu dziecku odporności przeciwko odrze kosztuje mniej niż 1 USD.

Szczepionka przeciwko odrze często jest skojarzona ze szczepionką przeciwko różyczce i/lub śwince w krajach, w których choroby te stanowią problem. Pojedyncza szczepionka i szczepionka skojarzona są tak samo skuteczne.

Globalny plan zwalczania odry

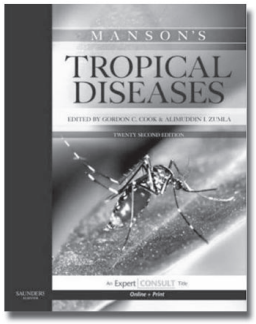
WHO i UNICEF podjęły współpracę w celu zmniejszenia o 90% liczby śmiertelnych przypadków odry do 2010 roku. Na strategię tę składają się:

- Rutynowe szczepienia dzieci w okresie bliskim ich pierwszych urodzin.
- Jeżeli nie jest to możliwe, „drugą szansą" są szczepienia przeciwko odrze w toku masowych kampanii szczepiennych; wszystkie dzieci powinny mieć zapewnione przynajmniej jedno szczepienie przeciwko odrze.
- Skuteczny nadzór we wszystkich krajach, w celu szybkiego rozpoznania i odpowiedniego działania w przypadkach zachorowania na odrę.
- Właściwe leczenie przypadków odry, przez włączenie suplementów witaminy A, w razie potrzeby również antybiotyków oraz zapewnienie właściwej opieki zapobiegającej powikłaniom.

Kluczową rolę w globalnej strategii walki z odrą odgrywa tzw. Inicjatywa Przeciwko Odrze – połączone działania WHO, UNICEF, amerykańskiego Czerwonego Krzyża, CDC i Fundacji Narodów Zjednoczonych oraz innych, publicznych i prywatnych instytucji.

tłum. i oprac. Ewa Kaczmarek

NOWOŚCI WYDAWNICZE



NOWOŚCI WYDAWNICZE

Poprawione i uaktualnione 22. wydanie Manson's Tropical Diseases dostarcza najnowszych wiadomości na temat pojawiających się i nawracających chorób z całego świata:

- zawiera aktualne wiadomości na temat HIV/AIDS (ze szczególną uwagą poświęconą Afryce), malarii, tropikalnych schorzeń gastroenterologicznych, dengi i gorączki krwotocznej denga, gruźlicy, chorób przenoszonych drogą płciową, SARS, ptasiej grypy, bartonellozy, choroby kociego pazura, gorączki okopowej, ludzkiej erlichiozy i wielu innych;

- opisuje najnowsze terapie, ostatnio zatwierdzone leki i nowe możliwości leczenia;

- najważniejsze informacje zamieszczone są w tabelach, co ułatwia ich wyszukiwanie;

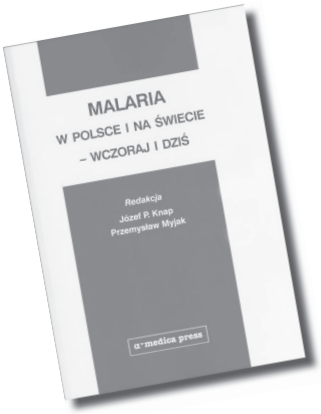
- umożliwia dostęp do pełnej treści online, a także do aneksów na temat diagnostyki laboratoryjnej, pierwotniaków pasożytniczych, helmintologii medycznej, akarologii i entomologii medycznej oraz do źródeł informacji z zakresu medycyny tropikalnej.

Publikację w cenie 725 zł. można nabyć poprzez Księgarnię Bookseller – p.kleczkowski@bookseller.com.pl

Tańsze są dwie również interesujące książki:

- Tropical Medicine. Lecture Notes. G.Gill & N. Beeching. Już 6-te wydanie, 416 stron. Wiley, 2009, Cena US$ 21.99; 27.30 euro

- Tropical Diseases in Travellers. E.Schwartz (red.). 504 strony, Wiley. 2009 Cena 99.90 euro.



Nowa książka o malarii (zimnicy)

Na rynku księgarskim ukazała się wydana przez *α–medica press* nowa książka o malarii, pt. „Malaria w Polsce i na świecie – wczoraj i dziś" pod redakcją prof. Józefa P.Knapa oraz prof. Przemysława Myjaka. Współautorami tej monografii na temat malarii jest grono jedenastu ekspertów, mających duże doświadczenie w zapobieganiu, diagnostyce i leczeniu tej choroby, na co dzień pracujących w krajowych ośrodkach dydaktyczno-naukowych. Publikacja dedykowana została współtwórcy polskiej parazytologii lekarskiej, profesorowi zwyczajnemu dr hab. nauk medycznych, Zbigniewowi Pawłowskiemu, w 80-lecie Jego urodzin.

Monografia składa się z 12 rozdziałów i liczy 238 stron. W pierwszych trzech rozdziałach omówiona została sytuacja epidemiologiczna malarii na świecie, w Europie i w Polsce oraz historia poznania malarii. Wskazano, iż malaria jest obecnie jedną z trzech najważniejszych, oprócz AIDS i gruźlicy, chorób zakaźnych na świecie. Przytoczono podstawowe dane na temat sytuacji epidemiologicznej na poszczególnych kontynentach oraz wymieniono kraje i tereny malaryczne wg stanu na 2008 rok (107 krajów). Cenną informacją praktyczną jest graficzne przedstawienie kontynentów i krajów z zaznaczeniem obszarów, na których występuje transmisja zimnicy, obszarów ograniczonego ryzyka zachorowania oraz obszarów wolnych od zimnicy.

Malaria w Polsce ma również swoją bogatą historię, sięgającą prawdopodobnie kilkuset lat wstecz (początki XIV wieku) aż do drugiej połowy lat 50. ubiegłego wieku, kiedy przestała być u nas chorobą endemiczną.

Czytelnika zainteresowanego historią poznania malarii zafascynują informacje na temat ewolucyjnego pochodzenia pasożytów powodujących malarię, o jej rozprzestrzenianiu się na świecie w dziejach ludzkości, o wpływie na przebieg operacji militarnych oraz o odkryciu pasożyta i cyklu jego rozwoju.

W kolejnych rozdziałach omówiono czynnik etiologiczny malarii, w tym jego klasyfikację taksonomiczną i cykl rozwojowy (rozdział 4), definicję malarii dla celów nadzoru epidemiologicznego, jej klasyfikację oraz bardzo interesujące zjawisko odporności indywidualnej i zbiorowej u ludzi (rozdział 5). W rozdziale 6. zostały omówione wektory malarii oraz ich występowanie na innych kontynentach, możliwości ich identyfikacji oraz odporność na insektycydy.

Najwięcej miejsca poświęcono patogenezie i klinice malarii (rozdział 7). Obok uwag diagnostycznych (podstawowe znaczenie wywiadu i badania przedmiotowego), został szeroko zaprezentowany obraz kliniczny malarii, również o ciężkim przebiegu. Przedstawiono algorytm postępowania w przypadkach podejrzenia malarii oraz najczęstsze błędy diagnostyczne i postępowania leczniczego. Walory dydaktyczne publikacji podnoszą omówione wybrane przypadki kazuistyczne.

Warunkiem klinicznego rozpoznania malarii jest stwierdzenie obecności pasożyta, jego antygenu lub sekwencji jego kwasów nukleinowych we krwi lub tkankach chorego. Podstawy laboratoryjnego rozpoznania malarii z uwzględnieniem najnowszych testów zamieszczono w rozdziale 8. Uzupełniają je bardzo czytelne zdjęcia preparatów na ostatnich kartach książki.

Interesujące uwagi na temat zapobiegania malarii Czytelnik znajdzie w rozdziale 9. Wyczerpujący dla potrzeb praktycznych zasób wiadomości dotyczących chemioprofilaktyki i leczenia malarii zawarty został w rozdziale 10. Wobec dotychczasowego braku szczepionki przeciwko malarii, chemioprofilaktyka pozostaje nadal rozsądną alternatywą.

Obowiązujące w Polsce regulacje prawne dotyczące zimnicy, w tym obowiązki jej zgłaszania, zawarto w rozdziale 11. Cytowana Ustawa z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. 2001 r., Nr 126, poz. 1384 z późniejszymi zmianami), 1 stycznia 2009 roku utraciła moc na rzecz Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 r., Nr 234, poz. 1570).

Książkę kończy rozdział 12, w którym zamieszczono cztery załączniki:

- definicję – standard nadzoru epidemiologicznego rekomendowany przez Światową Organizację Zdrowia;
- wykaz krajowych klinicznych ośrodków referencyjnych w zakresie medycyny tropikalnej w Polsce oraz ośrodka referencyjnego w zakresie diagnostyki laboratoryjnej;
- wykaz Poradni Medycyny Tropikalnej w Polsce;
- wykaz Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych oraz Wojskowych Ośrodków Medycyny Prewencyjnej.

Nowo powstałe opracowanie posiada rekomendację Głównego Inspektora Sanitarnego i skierowane jest do lekarzy oraz szerokiego kręgu odbiorców zainteresowanych zapobieganiem, rozpoznawaniem, leczeniem i zwalczaniem zimnicy. Znajomość metod powstrzymywania malarii staje się w obecnych i nadchodzących czasach sprawą równie ważną, jak w przeszłości.

Opracował:
dr n. med. Hubert Rokossowski – epidemiolog

Posługa lecznicza Kościoła

(dokończenie ze str. 28)

Według danych Katolickiej Agencji Informacyjnej z dnia 9 marca 2009 (http://serwisy.gazeta.pl/kosciol/1.64835,6356526, „Polscy misjonarze czekają na wsparcie") 2100 polskich misjonarzy działa w 96 krajach. Niezależnie od działalności ewangelizacyjnej prowadzą oni placówki ochrony zdrowia i edukacyjne. W ciągu 3 lat Dzieło Pomocy „Ad Gentes" pomogło zrealizować na misjach 380 projektów (w tym również na prowadzenie ośrodków zdrowia) na łączną sumę 580.000 US$. Jest to oczywiście duża pomoc, ale stale niewystarczająca. Wymiar jej niewątpliwie ucierpi z uwagi na światowy kryzys ekonomiczny. Warto tu zaznaczyć, że już dochodzą do nas informacje, że w związku z aktualnym spadkiem wartości złotówki, realna wartość przesyłanej przez nas pomocy finansowej jest znacznie mniejsza. Tę uwagę polecamy naszym sponsorom.

Prof. Zbigniew Pawłowski

Posługa lecznicza Kościoła

W ostatnim półroczu wiele instytucji zainteresowało się opieką zdrowotną świadczoną przez instytucje religijne. Są to: WHO (2008, publikacja „WHO and Faith-based Organisations in Primary Health Care" – patrz MMPolonia nr 26/27), Global Health Council (Faith and Global Health Caucus, 25 lutego 2009), „Lancet" (S.Loewenberg, Medical missionaries deliver faith and health care in Africa – „Lancet" 2009, marzec 7, 373, 795-796). Pomoc medyczna świadczona przez instytucje religijne nabiera szczególnego znaczenia w czasach kryzysu finansowego. Niewątpliwie kryzys będzie miał duży wpływ na zdrowie w jego wymiarze globalnym. Sprawa była rozważana przez WHO Executive Board na posiedzeniu w dniu 19 stycznia 2009 i na łamach Banku Światowego (Weekly update, 17 lutego 2009).

Nikt nie jest w stanie powiedzieć dzisiaj, jak dalekosiężne skutki będzie miał światowy kryzys finansowy. Nie ulega wątpliwości, że zmniejszy on pomoc dla krajów misyjnych, pytanie tylko, w jakim wymiarze i na jak długo?

Bank Światowy na swojej stronie internetowej obawia się, że kryzys ekonomiczny znacznie zredukuje pomoc dla krajów biednych. Zwiększy on o 46 milionów liczbę ludzi żyjących za mniej niż 1,25 US$ dziennie i o 53 miliony liczbę tych, którzy żyją za mniej niż 2 US$ dziennie. Jeżeli kryzys się utrzyma ginąć będzie rocznie (do roku 2015) od 200.000 do 400.000 więcej dzieci. Uważa się, że 1/3 (29%) krajów rozwijających się będzie głęboko dotknięta kryzysem, a pozostałe 2/3 wyraźnie zmniejszy tempo swojego rozwoju.

Nawet niewielka pożyczka może pomóc rodzinom wyjść z biedy, ale o kredyt na dobrych warunkach już dzisiaj trudno. Ponad 150 milionów małych kredytobiorców, głównie biednych, spowodowało niedobór co najmniej 1,8 miliardów US$. Na pomoc państwową w łącznej wysokości 500 milionów US$ może liczyć tylko 100 instytucji w 40 krajach.

Przyczyną kryzysu w niezamożnych środowiskach jest m.in. zwiększony koszt żywności. Według Global Health większość rodzin w krajach rozwijających się wydaje na żywność 50-70% swojego dochodu. Niedożywienie jest bezpośrednią przyczyną zgonów 1/3 dzieci do lat 5-ciu i zwiększa o 10% zgony z powodu innych chorób, głównie poprzez zmniejszanie odporności. Dlatego też International Finance Corporation przeznacza 75 milionów US$ na rozwój produkcji rolnej w krajach biednych.

Samuel Loewenberg, autor artykułu w „Lancecie" (2009), narzeka, że nie ma realnego obrazu działalności misjonarzy na polu opieki zdrowotnej, ani starania się o dokonania oceny ich działalności. Ta uwaga jest tylko częściowo słuszna, o ile weźmie się pod uwagę zaangażowanie biskupów afrykańskich w reorganizację misyjnych ośrodków pomocy zdrowotnej na konferencjach w Kampalii, Cotonou i Bangui.

Do przeorientowania działalności opieki zdrowotnej, oferowanej przez instytucje religijne, w kierunku zbliżenia ich działania do aktualnych potrzeb globalnego zdrowia i bardziej nowoczesnego zarządzania od blisko 10 lat namawia Medicus Mundi International (patrz tabela powyżej).

Prezydent Banku Światowego Robert B. Zoellick proponował, aby kraje bogate przeznaczały 0,7% swojego dochodu na fundusz pomocy dla krajów rozwijających się. Czy będzie można pozyskać dla krajów biednych nawet tak nikły odsetek dochodu krajów bogatych? Doświadczenie uczy, że wraz ze spadkiem dochodu narodowego obniża się poziom pomocy biednym.

Pomoc finansowa dla krajów rozwijających się świadczona przez organizacje pozarządowe jest ogromna, ale z drugiej strony stale powtarza się pytanie czy jest ona właściwie spożytkowywana w krajach w wszechobecnej biedzie i korupcji (Luitgard Fleischer, Heilung and Heil, 2007 (2) 11-12).

Wymieniony wyżej autor artykułu w „Lancecie" słusznie zwraca uwagę na ogromne potrzeby Tanzanii w zakresie ochrony zdrowia. Fundacja „Redemptoris Missio" od lat próbuje Tanzanii pomóc (patrz ośrodek zdrowia w Kiabakari, MMPolonia 2008, 26/27, str. 5). Działalność ta jest jednak bardzo trudna z uwagi na duże zróżnicowanie populacji tego kraju, w którym jest 120 szczepów, posługujących się różnymi narzeczami, i podawanych wpływom religii chrześcijańskiej, islamu oraz wierzeń lokalnych. Kraju, który gnębiony jest epidemiami AIDS, malarii, gruźlicy i klęską niedożywienia (20% dzieci ma niedowagę) przy średnio jednym lekarzu przypadającym na 138.000 ludzi.

Jakkolwiek od konferencji WHO i UNICEF w Ałma Ata minęło już 30 lat, jej założenia, że „zdrowie dla wszystkich" powinno być oparte na promowaniu podstawowej opieki zdrowotnej i budowaniu zrębów społecznej troski o zdrowie („community health") są nadal aktualne. Medicus Mundi International w swojej działalności wielokrotnie nawiązywał do konferencji Ałma Ata i promował podstawową opiekę zdrowotną (patrz łamy *Medicus Mundi Polonia*). Słuszność tego podejścia potwierdzana jest z wielu stron, nie tylko przez WHO.

(dokończenie na str. 27)

Kamienie milowe strategii leczniczej, świadczonej przez instytucje religijne
(MMI www.medicusmundi.org/en/topics/church-based/milestones)

- X 2000 Konferencja w Soesterberg z okazji 75- lecia działalności Memisa Medicus Mundi International, z udziałem wielu przedstawicieli instytucji kościelnych i instytucji wspierających działalność misyjną (patrz MMPolonia 2001, 1, str. 12)
- III 2004 Konferencja w Kampalii. Konsultacje biskupów z Afryki anglofońskiej omawiająca potrzeby szpitali i ośrodków zdrowia, działających na misjach katolickich (patrz MMPolonia 2004, 14, str. 24)
- V 2006 Konferencja w Cotonou. Konsultacje biskupów z Afryki frankofońskiej (patrz MMPolonia 2006, 17/18, str. 24)
- VI 2006 Konferencja w Bangui. Spotkanie robocze biskupów Republiki Centralnej Afryki.
- I 2007. Konferencja Episkopatu Tanzanii w Dar es Salaam. Rola Kościoła w promocji sprawiedliwości społecznej, pokoju i pojednania, ze szczególnym uwzględnieniem spraw opieki zdrowotnej. (MMPolonia 2008, 22/23 str. 5).
- VI 2008. Konferencja w Bangui. Spotkanie stowarzyszenia przedstawicieli Episkopatu rejonu Afryki Centralnej (ACERAC).
- II 2009. Czwarta konferencja African Christian Health Associations w Kampalii.