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 2011
Nr 36/37 (rok XI)

„Podstawowa opieka medyczna w tropiku"

w tym medycyna podróży oraz malaria, gruźlica i AIDS w tropiku

Termin: 27 czerwca – 02 lipca 2011

Organizatorzy:
Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu [tropisk2@ump.edu.pl]
Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio"
Medicus Mundi Poland [medicus@ump.edu.pl]

Kurs przeznaczony dla osób zainteresowanych pracą w ośrodkach medycznych w tropiku i/lub ubiegających się o certyfikat medycyny podróży.

Uczestnicy otrzymują dyplom ukończenia kursu.

Formularz zgłoszeniowy, program kursu i szczegółowe informacje dostępne na stronie: www.medicus.ump.edu.pl

W numerze:

AKTUALNOŚCI:
- Z Fundacji „Redemptoris Missio" Podsumowanie działalności w roku 2011 2
- Urodziny Doktor Wandy Błeńskiej 3
- Zgromadzenie MMI oraz 64. Światowe Zgromadzenie Zdrowia, Genewa 2011 4
- Szkolenie z medycyny tropikalnej w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie 4

10 lat Milenijnych Celów Rozwoju 5

„NEGLECTED TROPICAL DISEASES" – zaniedbywane choroby w tropiku 9
- WRZÓD BURULI 9
- TRYPANSOMOZA AFRYKAŃSKA 10
- TRYPANSOMOZA AMERYKAŃSKA 11
- LEISZMANIOZA 13
- DRAKUNKULOZA 14

Sprawozdanie z praktyki pielęgniarskiej w Kiabakari 15

Zaangażowanie Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" Medicus Mundi Poland w uruchomienie nowoczesnego ośrodka zdrowia w Kiabakari, Tanzania 16

MALARIA: aktualności 17

Trzydzieści lat od wykrycia wirusa HIV 18

Nowa lokalizacja zbiorów bibliotecznych Fundacji 19

Wykładowcy kursu 19

CHOROBY W TROPIKU

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

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

Styczeń 2011

Po małej przerwie świątecznej wracamy do pracy. Rusza akcja Pomoc dla Afganistanu. Na apel Fundacji o ciepłe, dziecięce ubrania odpowiedziały tysiące ludzi z całej Polski. Ponad 1000 rzeczy było robionych ręcznie, na drutach lub szydełku (rekordzistka – siostra urszulanka Cecylia Śmiech zrobiła własnoręcznie 150 czapeczek). Do Fundacji docierało codziennie kilkadziesiąt paczek wypełnionych ubraniami.

Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych, wraz z Fundacją, rozpoczyna cykliczne szkolenie w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie. Kurs przewidziany jest na cztery weekendowe spotkania, kończy się badaniami i przyznaniem certyfikatów przyszłym misjonarzom.

Szczególne podziękowanie należy się tu prof. dr hab. Jerzemu Stefaniakowi i dr Karolinie Mrówka za koordynację całego kursu.

Luty 2011

Zakończenie akcji Pomoc dla Afganistanu. Dzięki ofiarności naszych darczyńców udało się zgromadzić kilkanaście tysięcy sztuk odzieży. Najwyższa z darowizn pieniężnych wynosiła 5 tysięcy złotych. W sumie do Afganistanu wysłano ponad 2 tony ubrań i obuwia. 7 lutego – w dniu, w którym samolot z pomocą dotarł na miejsce, w Afganistanie spadł właśnie śnieg. Rzeczy były przekazywane bezpośrednio dzieciom i ich matkom. Dzięki tej akcji może wiele z nich w tym roku nie musiało już biegać po śniegu na boso.

Zostaje ogłoszony konkurs na letnie praktyki w tropiku, do którego zgłasza się siedem studentek. Rozpoczynają one wytężoną pracę w Centrum Wolontariatu, ale przede wszystkim szkolenie pod okiem doc dr hab. Małgorzaty Paul w Klinice Chorób Tropikalnych.

Tytułem Programu Stop Malaria Now, zostaje zorganizowana wyprawa dziennikarzy do Ugandy. Z ramienia Fundacji jedzie tam Adam Leszczyński. Wynikiem wyprawy ma być specjalne wydanie gazety poświęcone problematyce afrykańskiej, w tym przede wszystkim malarii. Powstają dwa krótkie filmy o malarii z letniej wyprawy kenijskiej.

Marzec 2011

Odbywa się doroczny Koncert Charytatywny Fundacji, na którym występuje po raz kolejny Orkiestra Reprezentacyjna Sił Powietrznych. Podczas koncertu doktor Jadwiga Żyłka przedstawia swoją roczną misję medyczną w Centrum Zdrowia w Kiabakari. Tegoroczny medal Fundacji: *Tym, którzy czynią dobro* trafia do wieloletniego dyrektora Centrum Formacji Misyjnej, księdza Jana Wnęka.

Ostatniego dnia marca wraca do Polski wolontariuszka – pielęgniarka Zosia Miś, która dzięki funduszom z MSZ, z programu Polska Pomoc, spędziła sześć miesięcy w ośrodku Kiabakari (Tanzania). Na kolejnych stronach znajdą Państwo szczegółowe sprawozdanie z tego pobytu.

Do Rady Fundacji wstępuje prof. dr hab. Katarzyna Łącka. Rada podejmuje uchwałę o uczczeniu 100-lecia dr h.c. Wandy Błeńskiej.

Kwiecień 2011

Fundacja składa wnioski do MSZ o dofinansowanie trzech wypraw medycznych. Wszystkie zostają rozpatrzone pozytywnie, oznacza to, że uda się zorganizować wyjazd małżeństwa lekarzy Beaty i Łukasza Kowalewskich do Magotty (Jamajka), pielęgniarki Sonii Bonar do Kassisi (Zambia) i stomatolog Joanny Cudnoch do Kamerunu.

Maj 2011

Rozpoczyna się akcja „Opatrunek na ratunek", podczas której w szkołach i w innych placówkach zbierane są materiały opatrunkowe, które prześlemy do naszych misyjnych ośrodków zdrowia. Do akcji włączają się wolontariusze i nawet bezpośrednio niektóre apteki.

Następuje rozstrzygnięcie konkursu na letnie praktyki w tropiku. Do wyjazdu zostaje zakwalifikowanych 5 studentek: Zofia Bartkowiak, Anna Chylińska, Sylwia Płoszajczak, Jowita Winiaszewska, Magdalena Soszyńska. Studentki podejmują ostatnie przygotowania do wyjazdu.

18-19 maja w Genewie odbywa się spotkanie Medicus Mundi International, Fundację reprezentuje tam członek Zarządu Ewa Kaczmarek.

→

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. dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria)

Sekretarz Redakcji: mgr 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

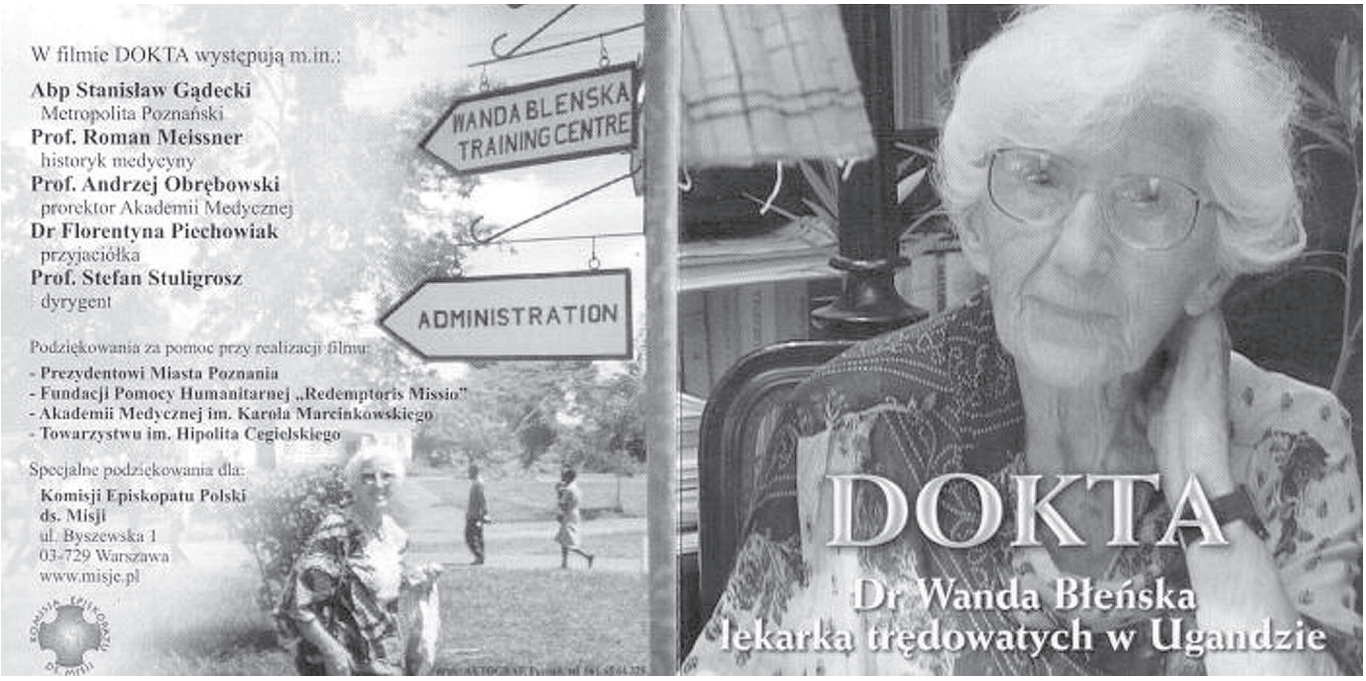
Nakład: 1000 egz.

Urodziny Doktor Wandy Błeńskiej

W dniu 30 października 2011 roku mija 100 lat od urodzin Pani Dr h.c. Wandy Błeńskiej. Dołączamy się do wszelkich laudacji, jakie będą miały miejsce z tej okazji, a Czytelnikom "Medicusa" pragniemy zwrócić uwagę na tę datę.

Ze swojej strony winien jestem Pani Doktór moje wspomnienie, które nie było jeszcze drukowane. W roku 1990, w dwa latach po tym jak – po powrocie z pracy w Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie – objąłem ponownie kierownictwo Kliniki Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych w Poznaniu, próbowałem zainteresować młodzież akademicką sprawami medycyny tropikalnej. Zorganizowałem tzw. fakultatywny Tydzień Medycyny Tropikalnej. Udział w nim brało początkowo kilkunastu studentów, słuchających wykładów i biorących udział w seminariach. Jednakże Tydzień nabrał „rumieńców" dopiero po zaproszeniu na zajęcia Pani Doktór Błeńskiej. Jej urzekająca osobowość, pozwalająca na bezpośredni kontakt ze studentami medycyny i Jej ogromne własne doświadczenie z pracy w leprozorium w Ugandzie, nadały Tygodniowi Medycyny Tropikalnej w 1990 i w następnych latach swoisty urok i wzbudziły ogromne zainteresowanie młodzieży. Było ono impulsem do powołania do życia Fundacji „Redemptoris Missio" (maj, 1992), która w przyszłym roku będzie obchodzić dwudziestą rocznicę powstania.

Prof. Zbigniew Pawłowski



Fundacja zostaje zaproszona przez Urząd Miasta do czynnego udziału w przygotowaniach obchodów urodzin dr h. c. Wandy Błeńskiej.

25 maja wyjeżdżają do Magotty (Jamajka) Beata i Łukasz Kowalewscy, lekarze z Bydgoszczy związani z Fundacją. Lekarze spędzą w ośrodku na Jamajce niemal rok.

28 maja odbywa się Misyjny Kongres dzieci, gdzie Fundacja prezentuje jeden z kontynentów. Tego samego dnia odbywają się szkolenia w MSZ odnośnie Programu Wolontariat oraz spotkanie ewaluacyjne odnośnie Programu Polska Pomoc.

Czerwiec 2011

Zakończenie akcji Opatrunek na ratunek. Dnia 27 czerwca rozpoczyna się kolejna edycja kursu Podstawowa Opieka Medyczna w tropiku.

Oprócz wspomnianych wyżej akcji, staramy się utrzymać systematyczną wysyłkę paczek do Afryki. Przez pierwsze półrocze udało nam się, oprócz 280 paczek z odzieżą do Afganisatnu, wysłać 109 paczek z lekarstwami i środkami opatrunkowymi o które proszą misjonarze. W miarę potrzeb, odbywają się prezentacje Fundacji, systematycznie w radio Emaus można posłuchać Misyjnego Atlasu Świata.

Agnieszka Lipińska
Prezes

ZEBRANIE ZARZĄDU MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL ORAZ 64. ZGROMADZENIE OGÓLNE WHO, GENEWA, 2011

19 maja w Genewie odbyło się zgromadzenie przedstawicieli zarządu Medicus Mundi International, w którym uczestniczyłam, reprezentując Fundację Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" i Medicus Mundi Poland.

Podczas zgromadzenia omawiano aktualną sytuację Medicus Mundi International i raport finansowy za 2010 rok, a także przedstawiono budżet zaplanowany na rok 2011. Jednym z głównych tematów tegorocznego spotkania była obecna pozycja WHO na świecie oraz potrzeba zmian w tej organizacji, niezbędna dla osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju. Obecnie szacuje się, że około 1 mld ludzi w ciągu całego swojego życia nie ma kontaktu z pracownikiem ochrony zdrowia. World Health Report 2006 wskazuje na ogromny deficyt personelu medycznego, wynoszący prawie 4,3 mln pracowników, odczuwany szczególnie w 57 krajach, przede wszystkim w Afryce i Azji. Przybierająca na sile migracja dodatkowo pogłębia ten niekorzystny stan. Ideał, do którego dąży MMI, odzwierciedla motto „A health worker for everyone, everywhere". W tym kontekście prowadzono też dyskusję grupy roboczej „Human Resources for Health" w drugiej części spotkania.

Zgromadzenie MMI odbywało się w czasie, kiedy trwało doroczne Ogólne Zgromadzenie WHO. Podczas jednej z sesji World Health Assembly, dr Remco van de Pas z organizacji Wemos, należącej do Medicus Mundi International Network, przedstawił oficjalne stanowisko MMI na temat przyszłości finansowania WHO. W swoim przemówieniu podkreślił on, że większości problemów związanych z systemem opieki zdrowotnej nie można rozwiązać, działając jedynie w sektorze zdrowia, ani też w poszczególnych krajach z osobna, dlatego krytyczne znaczenie ma zwiększenie spójności polityki oraz poprawa zarządzania w skali globalnej. MMI apeluje zatem o przeprowadzenie demokratycznych debat na temat zagadnień zdrowia publicznego na szczeblu krajowym.

Tego samego dnia, co zgromadzenie MMI, w ONZ-owskim gmachu Palais des Nations odbyła się dyskusja poświęcona realizacji Milenijnych Celów Rozwoju poprzez usprawnienie zarządzania w obszarze zdrowia publicznego. Dyskusji przewodniczył Richard Horton, redaktor pisma „Lancet". W dyskusji, nad którą patronat objęły Graduate Institute Geneva Global Health Programme, Medicus Mundi International oraz World Vision, zabrali głos: Mihály Kökény – były minister zdrowia Węgier, ustępujący przewodniczący Executive Board of WHO, Dr Gaudenz Silberschmidt ze Swiss Federal Office of Public Health, Dr Anita Victor – World Vision India i Nicoletta Dentico, w imieniu uczestników konsultacji w New Delhi na temat „Global Governance for Health". W dyskusji poruszono kwestie związane z przyszłością i finansowaniem WHO, a także możliwości poprawy zarządzania w dziedzinie zdrowia publicznego.

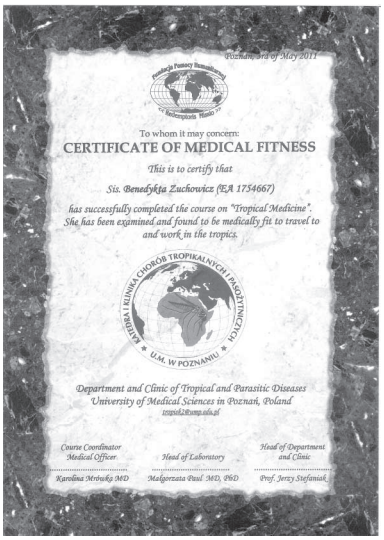
20 maja w Palais des Nations odbyła się debata na temat wdrażania uchwalonego w ubiegłym roku „WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel". Do jego opracowania zobowiązywała rezolucja nr 19 na temat migracji, przyjęta w 2004 roku podczas 57. Światowego Zgromadzenia Zdrowia. „Code of Practice" ma na celu ustalenie i propagowanie zasad etycznego zatrudniania personelu medycznego w krajach członkowskich WHO dla wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej. Rekrutacja pracowników służby zdrowia pochodzących z krajów rozwijających się, doświadczających niedoboru personelu medycznego, dodatkowo ogranicza dostęp do opieki zdrowotnej w tych krajach oraz pogłębia niesprawiedliwość dzielącą ludzi na bogatych i biednych oraz nierówności między społecznościami zamieszkującymi obszary zurbanizowane i wiejskie.

Ewa Kaczmarek

Szkolenia z medycyny tropikalnej w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie

Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie przygotowuje przyszłych misjonarzy do pracy w krajach misyjnych już od roku 1984. Przygotowanie to przebiega na dwóch płaszczyznach: duchowej i intelektualnej.

Doktor Karolina Mrówka z Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych bada misjonarza po powrocie z Afryki



Poznań, 3rd of May 2011

To whom it may concern:

CERTIFICATE OF MEDICAL FITNESS

This is to certify that

Sis. Benedykta Zuchowicz (EA 1754667)

has successfully completed the course on "Tropical Medicine". She has been examined and found to be medically fit to travel to and work in the tropics.

KATEDRA I KLINIKA CHORÓB TROPIKALNYCH I PASOŻYTNICZYCH U.M. W POZNANIU

Department and Clinic of Tropical and Parasitic Diseases
University of Medical Sciences in Poznań, Poland
tzzpok2@ump.edu.pl

Course Coordinator Medical Officer — Karolina Mrówka MD
Head of Laboratory — Małgorzata Pawl MD, PhD
Head of Department and Clinic — Prof. Jerzy Stefaniak

W ramach tej drugiej uczestnicy kursu intensywnie uczą się języka, w którym będą się porozumiewać na misjach, biorą udział w wykładach misjologicznych. Na tej płaszczyźnie w sposób bardzo znaczący zaznaczyła się Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych w Poznaniu. Od wielu już lat lekarze tej Kliniki, pod kierunkiem prof. dra hab. Jerzego Stefaniaka podejmują się trudnego zadania przybliżenia przyszłym misjonarzom problematyki ochrony zdrowia w warunkach tropikalnych. Zajęcia są prowadzone w formie wykładów, konwersatoriów i ćwiczeń, prowadzonych trzy razy w roku po dwa dni wykładowe. Tematyka zajęć jest bardzo rozległa i obejmuje zarówno zasady bezpiecznego zachowania się w tropiku, profilaktykę zdrowotną przed wyjazdem do strefy tropikalnej, jak i omówienie konkretnych chorób, zagrażających misjonarzom (np. chorób pasożytniczych, cholery, malarii, czy AIDS). Niezwykle ważną częścią zajęć są ćwiczenia praktyczne z udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach. Oprócz dzielenia się teoretyczną wiedzą, zespół lekarzy pod kierunkiem prof. Jerzego Stefaniaka organizuje tzw. gabinet lekarski. Wszyscy uczestnicy kursu mają możliwość skorzystania z konsultacji i badań lekarskich, na podstawie których wystawiane są specjalne zaświadczenia stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w krajach strefy tropikalnej i subtropikalnej.

ks. dr Janusz Paciorek
Dyrektor Centrum Formacji Misyjnej

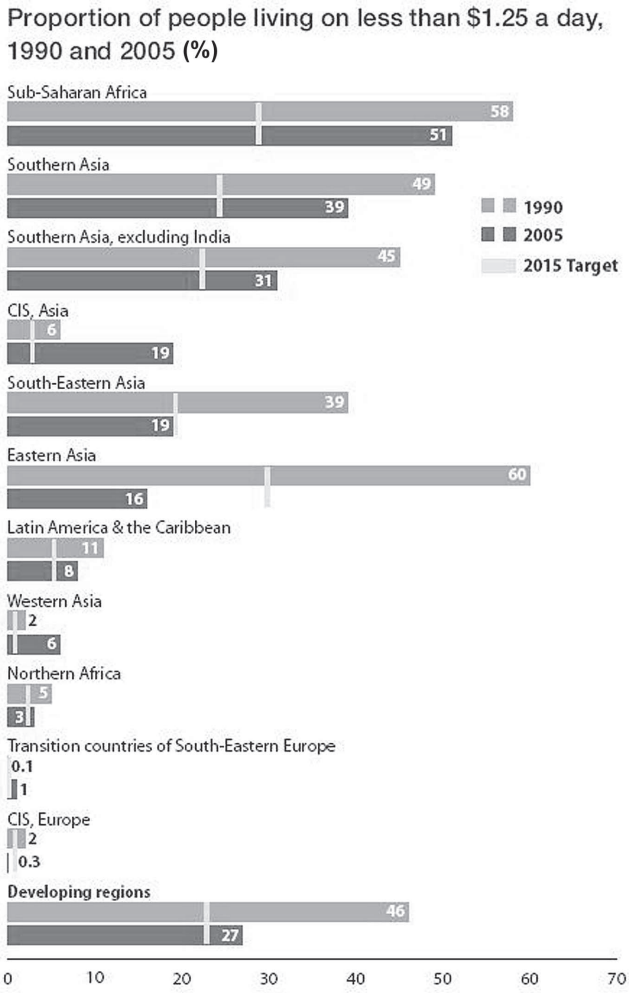
10 lat Milenijnych Celów Rozwoju

W ostatnim roku ukazały się dwa raporty podsumowujące 10 lat realizacji Milenijnych Celów Rozwoju (MDG). Są to raport Narodów Zjednoczonych (UN), 2010, www.mdgs.un.org oraz raport Banku Światowego (WB) i Międzynarodowego Funduszu Walutowego (IMF), 2011, publications.worldbank.org/index.

We wprowadzeniu do raportu sekretarz generalny UN Ban Kimoon podkreśla, że realizacja MDG jest ogromnym wyzwaniem społeczności świata w zapewnianiu wszystkim ludziom bardziej trwałej i sprawiedliwej egzystencji oraz bezpieczeństwa. Ma to być osiągnięte przez dbałość o podstawowe prawa człowieka: zniesienie rażącej biedy i głodu, zapewnienie podstawowej edukacji, godnego zatrudnienia, ochrony zdrowia i godziwego mieszkania, zmniejszenie śmiertelności przy rodzeniu dzieci oraz ochronę środowiska naturalnego, w którym żyjemy.

W ocenie dotychczasowej realizacji MDG wzięło udział 27 organizacji UN. Zdaniem sekretarza generalnego, w ciągu 10 lat wykazano, że mimo dostępnych niemałych środków finansowych, postęp w realizacji MDG jest zbyt wolny i nierównomierny. Tylko 5 lat pozostało do realizacji, założonych na lata 2000-2015, zadań. Zaległości częściowo wiążą się ze światowymi kryzysami: ekonomicznym, klimatycznym i żywieniowym. Negatywną rolę w realizacji celów MGD odgrywają też lokalne konflikty zbrojne i klęski żywiołowe, sprawiające, iż rośnie liczba osób zmuszonych do opuszczania swych siedzib i szukania pomocy w obozach lub ośrodkach miejskich. Aktualnie w obozach przebywają 42 miliony ludzi, w tym ponad 15 milionów poza krajem rodzinnym; do tych ostatnich należą głównie Afgańczycy, Irakijczycy i Palestyńczycy.

W skali globalnej pierwszy cel MDG – ograniczenie do połowy liczby osób żyjących w nędzy – prawdopodobnie zostanie osiągnięty: odsetek osób żyjących w skrajnej nędzy (poniżej 1,25 US$ na osobę na dzień) spadnie w roku 2015 do 920 milionów ludzi – to jest do połowy z liczby 1.8 miliarda osób w roku 1990. Spadek ten jest jednak nierównomierny: na świecie średnio 8% populacji żyje w nędzy, ale w Afryce podsaharyjskiej jeszcze 21% populacji, a w Chinach tylko 5%. Pewną barierą dla dalszego spadku nędzy są utrzymujący się kryzys ekonomiczny i występujące znacznych rozmiarów klęski żywiołowe (w tym susze i powodzie), niedostatek inwestycji i niski odsetek ludzi zatrudnionych, jak również obniżająca się stale wydajność pracy i wzrost liczby „pracujących na czarno", bez zabezpieczenia socjalnego. Obniżenie proporcji ludzi w skrajnej nędzy nie przekłada się bezpośrednio na likwidację głodu; liczba ludzi niedożywionych utrzymuje się w ostatnich latach na podobnym poziomie, zamiast spadać o połowę. Powodem są wzrastające od roku 2008 światowe ceny żywności i spadek wartości przeciętnego wynagrodzenia. Liczba ludzi niedożywionych na świecie w roku 2009 przekraczała miliard. W krajach rozwijających wynosi średnio 16%, ale w Afryce podsaharyjskiej aż 26%. Odsetek ten spada bardzo powoli (z 31% w latach 1990-1992), głównie z uwagi na liczebny wzrost populacji. Niedożywienie dotyczy przede wszystkim dzieci do lat 5 i średnio wynosi ono 26%; szczególnie wysoki odsetek dzieci niedożywionych jest w południowej Azji. Wpływ na to mają niska należna waga urodzeniowa 25% noworodków, brak karmienia piersią przez 6 miesięcy, niedostateczne uzupełnienie pożywienia i pierwiastków śladowych od 6 do 24 miesiąca życia. Nie bez znaczenia są niepoprawne nawyki żywieniowe, zwłaszcza na wsi, złe warunki sanitarne prowadzące do częstych biegunek u małych dzieci oraz brak odpowiedniej opieki pediatrycznej.



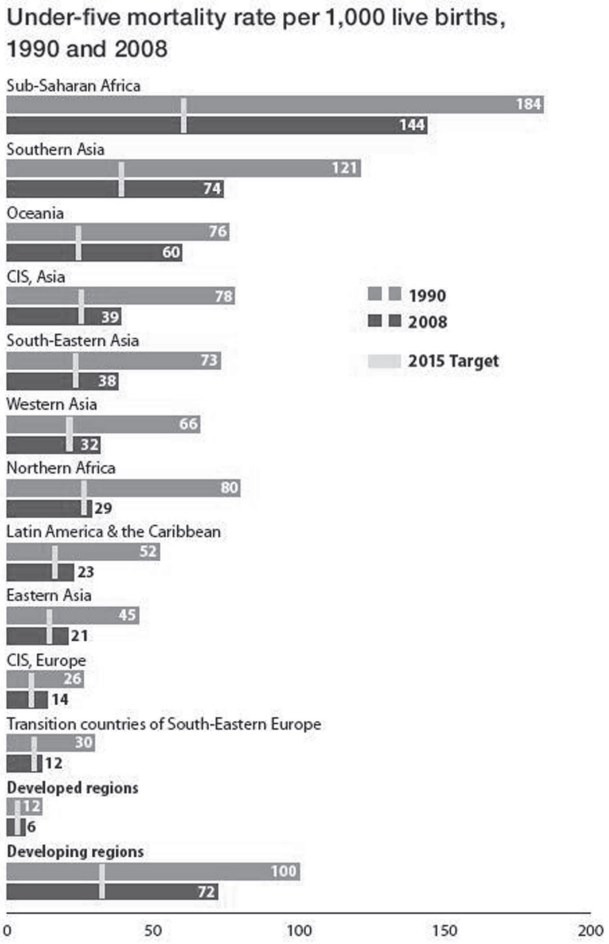
Cel drugi – powszechna edukacja podstawowa dla wszystkich – może nie być osiągnięty do roku 2015. Mimo znacznych starań w wielu krajach nierozwiniętych, odsetek dzieci uczęszczających do szkoły nie przekracza obecnie 89% (w krajach rozwiniętych – 96%). Co jest bardziej niepokojące, na przykład w Afryce subsaharyjskiej brakuje około połowy nauczycieli, a aż 30% dzieci opuszcza szkołę przed jej ukończeniem. Powodem tego są głównie bariery kulturalne i socjalne. Dzieci niepełnosprawne mają na ogół małe szanse edukacji.

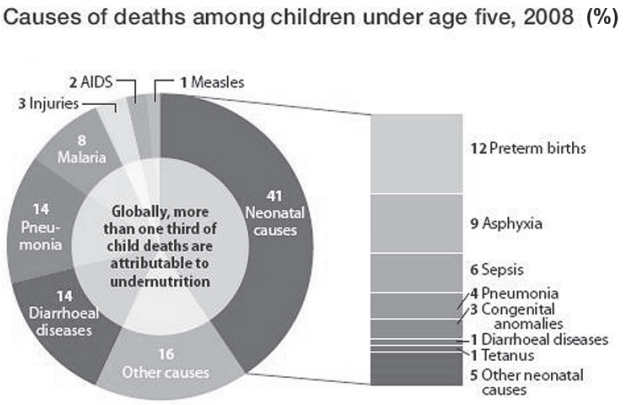
Cel trzeci – zrównanie szans edukacyjnych obu płci. Dostęp dziewcząt do szkoły w niektórych krajach nadal pozostaje utrudniony. Jednakże w wielu krajach proporcja

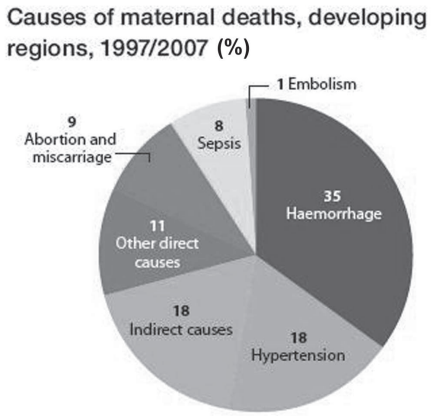
→

uczących się dziewcząt do chłopców poprawiła się znacznie: w szkolnictwie podstawowym z 91% w roku 1999 do 96% w roku 2008, w szkolnictwie średnim z 88% do 95%, a szkolnictwie wyższym z 82% do 97%. Nadal często bieda decyduje o nie kontynuowaniu edukacji przez dziewczęta. Po jej ukończeniu wynagrodzenie mężczyzn nadal jest wyższe niż kobiet, które zmuszone są podejmować gorsze prace. Średnio tylko 32% kobiet jest zatrudnionych na odpowiedzialnych stanowiskach: w południowej Azji, w północnej Afryce odsetek ten wynosi 9%. Tym niemniej, w ostatniej dekadzie odsetek kobiet działających w parlamentach światowych zwiększył się z 11% do 19%.

Cel czwarty – zmniejszenie śmiertelności dzieci do lat pięciu – jest osiągany powoli (z 10% w roku 1999 do 7,2% w roku 2008) i prawdopodobnie nie osiągniemy zamierzonego poziomu redukcji o 2/3 (do 3,3%). Prawdopodobnie tylko w 10 krajach rozwijających się będzie to możliwe. Głównymi przyczynami śmiertelności są przyczyny perinatalne – 41% (m.in. poród przedwczesny, niedotlenienie, sepsa), dalsze 43% zgonów wywołanych jest przez biegunki i zapalenia płuc (po 14%), malarię (8%) i AIDS (2%). W Afryce podsaharyjskiej w roku 2008 zginęła połowa z globalnej liczby 8,8 milionów dzieci do lat 5-ciu zmarłych na świecie; w porównaniu z rokiem 1990 w roku 2008 zanotowano w Afryce nawet pewien wzrost śmiertelności z 4,0 milionów do 4,4 milionów; związany jest on ze zwiększonym przyrostem naturalnym. O ile ze względu na brak funduszy zmniejszy się liczba dzieci szczepionych na odrę (obecnie 81%), to można liczyć się w najbliższych latach ze znacznym zwiększeniem (do 1,7 miliona) zgonów dzieci do lat 5-ciu.







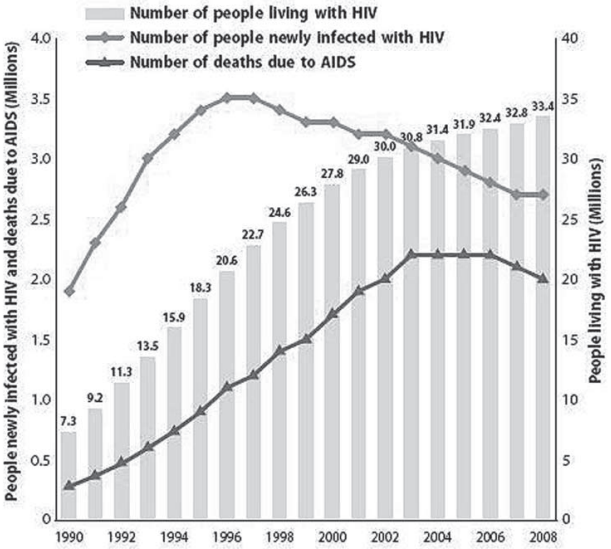
Cel piąty, dotyczący poprawy stanu zdrowia matek, a w szczególności zmniejszenia o ¾ śmiertelności związanej z porodem, jest jeszcze dość daleki od osiągnięcia. Uzyskano zmniejszenie śmiertelności z 450/100.000 matek w roku 1990 do 290/100.000 w roku 2008; cel zakładał zmniejszenie śmiertelności do 112/100.000 w roku 2015. Śmiertelność matek powodowana jest w 35% krwawieniem, w 18% – nadciśnieniem, w 9% – poronieniem, w 8% sepsą. Wśród mniej licznych przyczyn wymienić trzeba malarię, HIV/AIDS, choroby serca (razem 18%) oraz komplikacje porodowe, w tym ciążę pozamaciczną, konieczność cesarskiego cięcia, problemy związane ze znieczulaniem – razem 11%).

Przyczyny niedostatecznego spadku śmiertelności matek są wielorakie. W Afryce podsaharyjskiej i w południowej Azji ponad połowa porodów odbywa się bez opieki fachowej. W krajach rozwijających się co piąta kobieta w ciąży nie korzysta z opieki prenatalnej. Znaczna liczba porodów w wieku 15-19 lat: w Afryce podsaharyjskiej 207 kobiet na 1000 rodzących nie ma wykształcenia podstawowego, a tylko 22% z nich korzysta z metod zapobiegania ciąży. Raport odnotowuje spadek środków finansowych przeznaczonych na planowanie rodziny z 8.2% do 3.2% sum przeznaczonych na ochronę zdrowia w krajach rozwijających się; nie jest wykluczone, że spadek ten związany jest z ogólnym wzrostem nakładów na zdrowie, a nie dotyczy wysokości środków przeznaczanych na planowanie rodziny.

Cel szósty dotyczy zwalczania chorób zakaźnych, a w szczególności zahamowania epidemii AIDS. W większości rejonów świata (za wyjątkiem niektórych krajów wschodniej Europy i centralnej Azji) szerzenie się AIDS uległo pewnej stabilizacji. Liczba chorych HIV + stale narasta

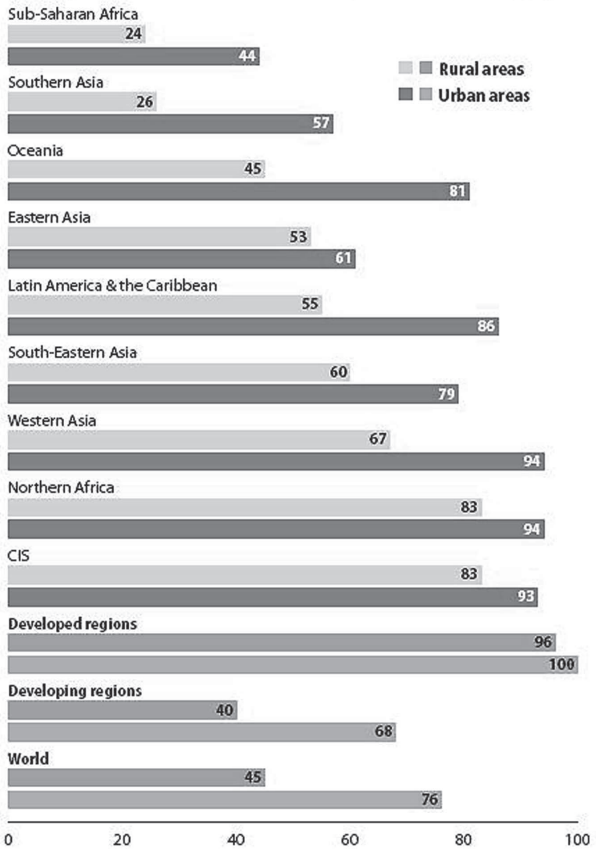
(do 33,4 miliona w roku 2008), ale od roku 1996 roczna liczba nowych przypadków nie zwiększa się, za wyjątkiem Afryki podsaharyjskiej, w której występuje 72% wszystkich nowych przypadków. Nowe zakażenia HIV występują głównie (40%) w grupie wiekowej 15-24 lat. W krajach rozwijających się zasady prewencji zakażenia HIV są znane tylko mniej niż 1/3 młodych mężczyzn i 1/5 młodych kobiet. Jednak notuje się pewien postęp w edukacji nt. AIDS – w 18 z 46 krajów rozwijających się odsetek młodych kobiet świadomych AIDS zwiększył się o ponad 10%. Największy postęp w tym zakresie nastąpił w Namibii (z 31% do 65%). W 11 z 22 krajów używanie prezerwatyw w stosunkach płciowych wysokiego ryzyka wzrosło o ponad 10%, ale nadal pozostaje niskie; tylko w niektórych krajach przewyższa ono 60%. Gwałt jest częstą przyczyną AIDS, w niektórych krajach nawet u ¼ dziewcząt. Rośnie liczba dzieci i młodzieży, która straciła jednego lub oboje rodziców z powodu AIDS; w samej Afryce subsaharyjskiej jest ich 14,1 miliona, są one często narażone na niedożywienie, brak edukacji, wykorzystywanie seksualnie i cierpią na dyskryminację społeczną. Zaistniała znaczna poprawa w zapewnieniu specyficznego leczenia chorym na AIDS; w krajach rozwijających na przestrzeni 3 lat (2005-2008) wzrosło ono z 16% do 42% chorych, w sumie z 400.000 do 4 milionów chorych. Nadal jeszcze 5.5 miliona ludzi zakażonych nie ma dostępu do niezbędnych leków. Zrewidowane w roku 2009 schematy standardowego leczenia AIDS dodatkowo ograniczą liczbę ludzi leczonych. Wzrosła znacznie liczba leczonych zakażonych HIV ciężarnych, średnio do 45%.

Number of people living with HIV, number of people newly infected with HIV and number of AIDS deaths worldwide, 1990-2008 (Millions)



W 2008 roku nadal połowa światowej populacji żyła na terenach malarycznych i ocenia się, że wśród 243 milionów chorych na malarię zmarło 863.000 ludzi; 89% tych zgonów miało miejsce w Afryce. Mimo tych nadal niekorzystnych danych odnotować należy postęp w zwalczaniu malarii, głównie dzięki poprawie rozpoznawania zarażenia i zwiększenia dostępności kombinacji leków zawierających artemizynę; w 2009 roku liczba zużytych dawek tego leku wynosiła 160 milionów. W 8 z 37 krajów afrykańskich ponad 50% dzieci do lat 5-ciu z gorączką otrzymuje lek przeciwmalaryczny, ale w 9 z tych krajów odsetek leczonych mieści się poniżej 19%. W profilaktyce malarii duże znaczenie ma też pięciokrotny wzrost produkcji moskitier, z 30 milionów w roku 2004 do 130 milionów w roku 2009; zapotrzebowanie na moskitiery w samej tylko Afryce wynosi 350 milionów. Najwięcej dzieci (56%) śpi pod moskitierą w Ruandzie i w Sao Tome & Principe; w Tanzanii tylko 28%. Wielokrotnie wzrosły globalne fundusze na zwalczanie malarii z 100.000 US$ w roku 2003 do 1,500.000 US$ w roku 2009. Ocenia się, że tylko w roku 2010 brakowało 6 miliardów US$ na zwalczanie malarii. Mimo tych ograniczeń, 1/3 ze 108 krajów malarycznych (9 afrykańskich i 29 spoza Afryki) udokumentowała ponad 50% redukcję zachorowań na malarię.

Proportion of population using an improved sanitation facility in urban and rural areas, 2008 (%)



Bardzo powoli zmniejsza się zapadalność na gruźlicę z 143/100.000 w roku 2004 do 139/100.000 w roku 2008. Ocenia się, że w roku 2008 rozpoznano gruźlicę po raz pierwszy u 9.400.000 osób. Jest to o 100.000 więcej niż w roku 2007; lepsza wykrywalność i wzrost populacji przewyższały liczbę przypadków gruźlicy, którym udało się zapobiec. Przyjmuje się, że 15% przypadków występuje u osób HIV pozytywnych. Gruźlica po AIDS jest drugą przyczyna śmiertelności z powodu chorób zakaźnych; w roku 2008 zmarło na nią 1.800.000 osób, w tym połowa była zarażona HIV i nie była leczona. Współwystępowanie HIV i gruźlicy powoduje, że trudno będzie do roku 2015 obniżyć do połowy zapadalność na gruźlicę.

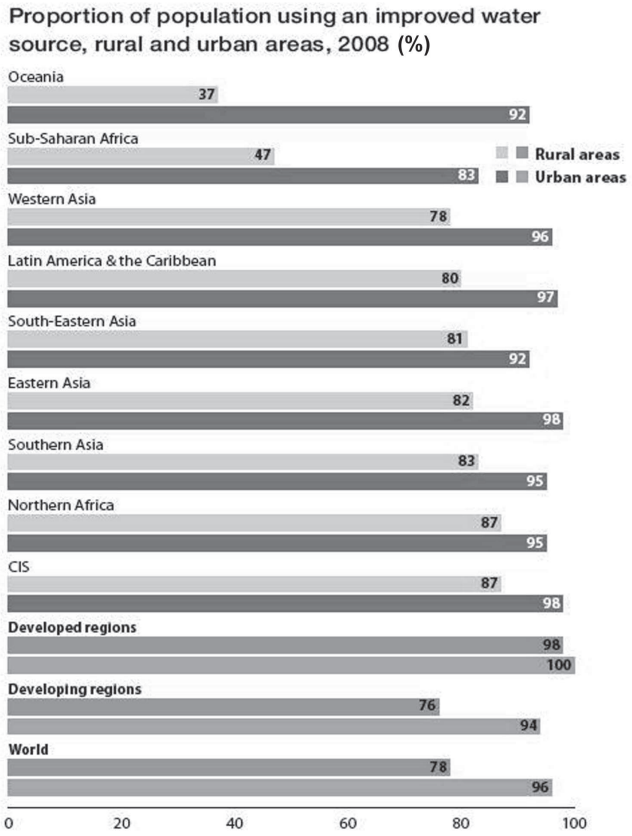
Siódmy cel MDG dotyczy ochrony środowiska człowieka. Stopień zamiany lasów na grunty orne uległ pewnemu zahamowaniu, ale nadal jest wysoki i w ostatniej dekadzie wyniósł 13 milionów hektarów, tylko o 3 miliony mniej niż w latach 1990. Zalesianie terenów jest praktykowane na dużą skalę w Chinach, Indiach i w Wietnamie. Emisja dwutlenku węgla w krajach rozwijających się wzrosła w ciągu roku o 3,2%, a od lat 90. o 35%. Na przestrzeni ostatnich 20 lat znacznie (globalnie

→

o 98%) zmalało stosowanie substancji redukujących warstwę ozonu. Nie udało się utrzymać różnorodności biologicznej fauny i flory. Blisko 17.000 gatunków roślin i zwierząt jest zagrożonych wyginięciem z powodu wzrostu konsumpcyjności, zanieczyszczenia środowiska i zmian klimatycznych. Tylko 12% terenów lądowych i 1% zbiorników wodnych jest obecnie objętych programami konserwacji przyrody. Jedynie globalna nadmierna eksploatacja ryb została zahamowana.

Jednym z celów, które zostaną w roku 2015 osiągnięte, jest dostęp do bezpiecznej wody, który jest zabezpieczony w krajach rozwiniętych w 100%, a w krajach rozwijających się w 87%; jedynie w Afryce tylko 60% ludności ma dostęp do bezpiecznej wody do picia. Problemem jest zanieczyszczenie wody nieorganicznymi związkami arsenu (Bangladesz i południowa Azja) i związkami fluoru (Chiny i Indie). Nie ma szans, aby do roku 2015 osiągnąć w krajach rozwijających się ogólną poprawę stanu sanitarnego. W roku 2008 nadal 2.6 miliarda ludzi nie korzysta z poprawnych warunków sanitarnych. Tylko 24% populacji w Afryce podsaharyjskiej ma dostęp do sanitariatów. Aż ponad miliard ludzi defekuje w miejscach nie zabezpieczonych; sprzyja to szerzeniu się biegunek i parazytoz jelitowych. Interesującym faktem jest, że pewna poprawa stanu sanitarnego następuje szybciej na wsi niż w miastach, zwłaszcza w slumsach. Liczba osób mieszkających w slumsach gwałtownie wzrasta i w roku 2000 wynosiła 17% populacji w miastach, a w roku 2010 – 53%. Przyczyną są konflikty zbrojne, powodujące przemieszczanie ludności oraz poszukiwanie w miastach pracy i poprawy warunków egzystencji.

Ósmym celem jest wzmocnienie solidarności i partnerstwa dla globalnego rozwoju. Pomoc finansowa w roku 2009 wynosiła netto 119,6 miliardów US$, tj. 0.31% dochodu krajów rozwiniętych, wobec 0.7% zalecanych od lat przez UN. Tylko Dania, Luksemburg, Norwegia i Szwecja przeznaczają proponowane 0,7% dochodu lub nawet je przekraczają. W wartościach bezwzględnych pomocy najwięcej płacą USA, a dalej Francja, Niemcy i Wielka Brytania. Cła importowe na żywność i tekstylia z krajów rozwijających się wynosiły w roku 2008 5% i 8% i są tylko o 2-3% niższe niż w roku 1998. Nastąpiło również pewne poluzowanie w spłacie długów przez kraje rozwijające się.



Raport UN notuje znaczny wzrost technologii informatycznej i komunikacyjnej: w roku 2009 działało w świecie 4,6 mld tzw. „komórek", tj. 67 na każde 100 osób. W Afryce podsaharyjskiej liczba stacjonarnych telefonów utrzymuje się na granicy 1%, a z „komórek" korzysta nieco więcej niż 30% ludności. Wzrasta też liczba połączeń internetowych, dotyczących telemedycyny, połączeń bankowych i urzędowych. W Afryce podsaharyjskiej odsetek populacji korzystającej z Internetu w roku 2003 wynosił 1%, a w roku 2008 – 6%, wobec 68% w populacji w krajach rozwiniętych.

Raport WB i IMF (2011) podchodzi do analizy realizacji MDG z innej strony i w 5 kolejnych rozdziałach analizuje kolejno: 1. różnorodność stopnia realizacji MDG; 2. wzrost ekonomiczny krajów rozwijających się; 3. zależność nakładów finansowych i osiągnięć, na przykładzie edukacji i ochrony zdrowia; 4. pomoc lokalnym, socjalnie marginalizowanym populacjom; 5. postęp w zakresie rozwoju stosunków międzynarodowych i handlu światowego.

Wyniki tego raportu są podsumowane w sposób przejrzysty poprzez ocenę liczby krajów, które dokonały postępu w realizacji MDG (tabela obok):

Cel MDG	Liczba (%) krajów, które			
	realizują cel skutecznie	są blisko celu	są daleko od celu	razem
1. Likwidacja nędzy	**47 (55%)**	21 (25%)	17 (20%)	85
likwidacja głodu	**25 (45%)**	18 (33%)	12 (22%)	55
2. Dostęp do podstawowej edukacji	**55 (49%)**	38 (34%)	19 (17%)	112
[znaczny postęp w Myanmar, Tadżykistanie, Tanzanii]				
3. Zrównanie płci w dostępie do edukacji:				
podstawowej	**89 (70%)**	25 (20%)	13 (10%)	127
średniej	**82 (68%)**	23 (19%)	15 (13%)	120
[znaczny postęp w Bangladeszu, Republice Kirgiskiej, Myanmar, Gambii, Malawi, Mauretanii, Nepalu i w Ruandzie]				
4. Zmniejszenie śmiertelności dzieci	**36 (26%)**	52 (37%)	53 (38%)	141
[znaczny postęp w Bangladeszu, Erytrei, Laosie, na Madagaskarze, w Nepalu]				
5. Poprawa zdrowia matek	**30 (24%)**	46 (37%)	48 (39%)	124
6. Ochrona środowiska bezpieczna woda pitna	**66 (50%)**	39 (30%)	27 (20%)	132
stan sanitarny	**35 (27%)**	37 (28%)	58 (45%)	130

Reasumując, mimo aktualnych globalnych trudności finansowych i żywieniowych oraz częstych klęsk żywiołowych, **Milenijne Cele Rozwoju są w znacznym stopniu realizowane, chociaż w sposób niejednolity, tak w zakresie poszczególnych celów MDG, jak i w różnych rejonach świata.**

Zanosi się, że ten ambitny plan MDG będzie, mimo wszystko, dużym osiągnięciem w poprawie ochrony zdrowia i edukacji biedniejszej części populacji świata.

Streścił i tłum. prof. Zbigniew Pawłowski

"Neglected tropical diseases" Zaniedbywane choroby tropikalne

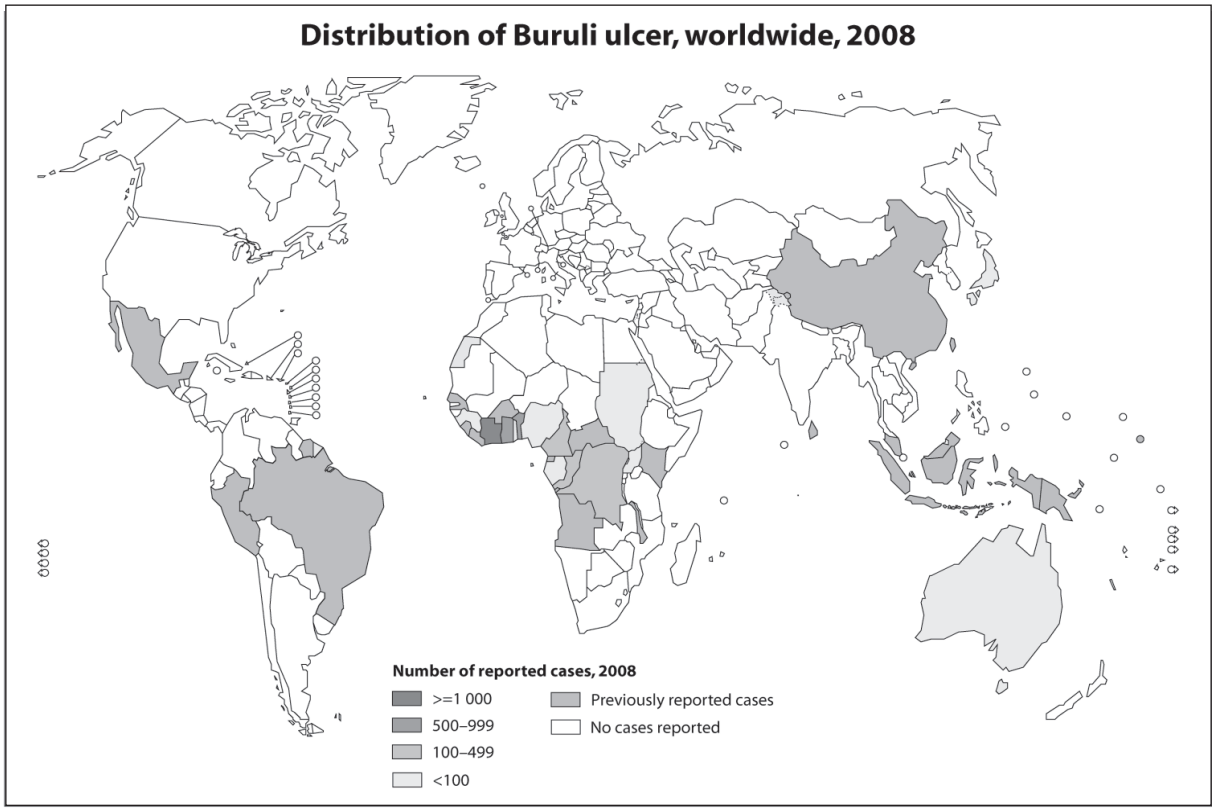
(dokończenie z poprzedniego numeru)

W poprzednim numerze przedstawiliśmy streszczenie pierwszego raportu Światowej Organizacji Zdrowia na temat zaniedbywanych chorób tropikalnych („Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases", WHO, Geneva, 2010). Omówione zostały: denga, wścieklizna, jaglica, trąd, cysticerkoza, filariozy układu limfatycznego oraz onchocerkoza. W tym numerze kontynuujemy ten przegląd.

Wrzód Buruli, wywoływany przez *Mycobacterium ulcerans*, jest chorobą występującą w klimacie tropikalnym i subtropikalnym. Doniesienia na temat jej rozpoznania napływają z ponad 30 krajów. W skali świata brak wyraźnego trendu w narastaniu rozpowszechnienia tej choroby, oprócz Beninu, w którym od 1989 r., kiedy to odnotowano pierwsze przypadki, obserwuje się wzrost zapadalności.

Mycobacterium ulcerans należy do tego samego rodzaju bakterii, co drobnoustroje wywołujące gruźlicę i trąd. Wytwarza ona mycolacton – toksynę odpowiedzialną za rozległe uszkodzenia skóry i tkanek miękkich, prowadzące do powstawania olbrzymich wrzodów, zazwyczaj na ramionach i kończynach dolnych. W Afryce największą grupę chorych stanowią dzieci poniżej 14 roku życia. Wczesne wykrycie i rozpoczęcie leczenia (aktualnie WHO rekomenduje kombinację rifampicyny i streptomycyny lub amikacyny przez 8 tygodni) odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu dalszych dysfunkcji, jak ograniczenie ruchomości stawów oraz oszpecenie, wywierające negatywny wpływ na kwestie społeczne i ekonomiczne.

W 2009 r. przypadki zachorowań odnotowano w kilkunastu krajach, w większości w Afryce (rys. 1).

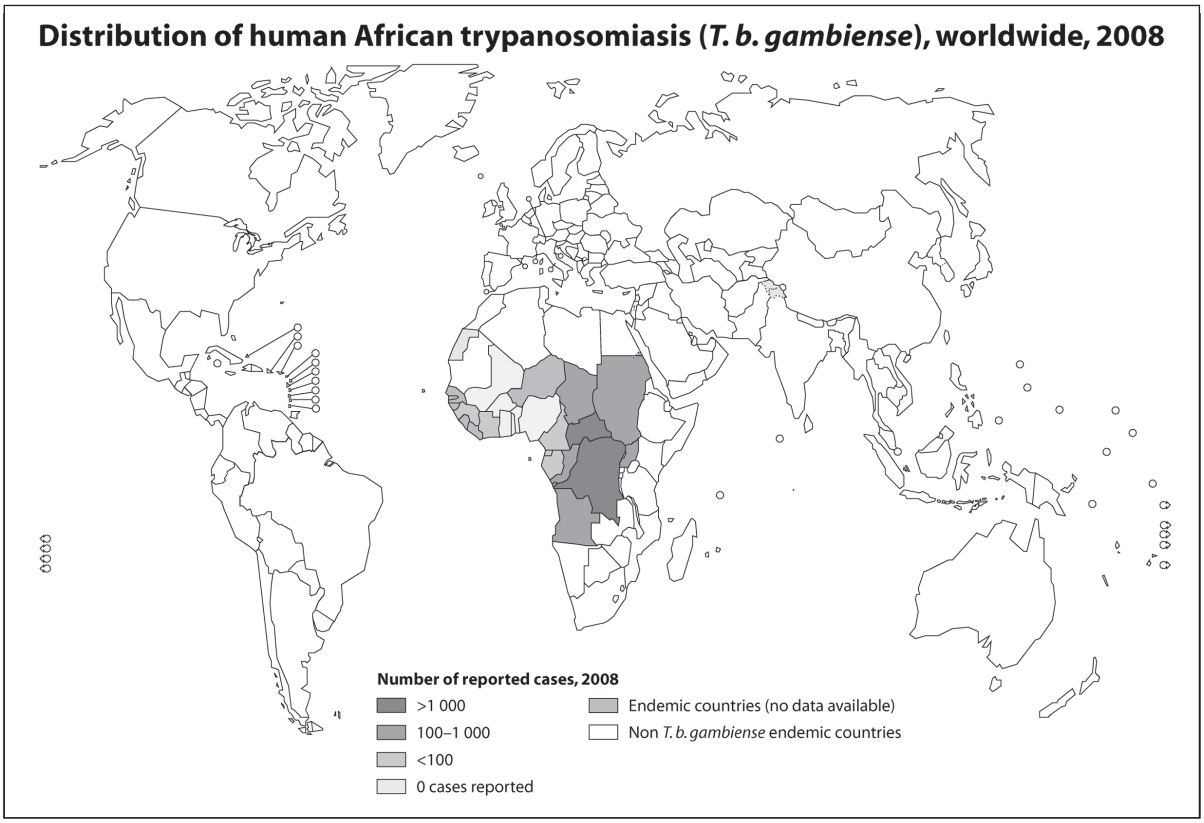


Ryc. 1.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2010. All rights reserved

Data Source: World Health Organization
Map Production: Control of Neglected Tropical Diseases (NTD)
World Health Organization

World Health Organization



Ryc. 2.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2010. All rights reserved

Data Source: World Health Organization
Map Production: Control of Neglected Tropical Diseases (NTD)
World Health Organization

World Health Organization

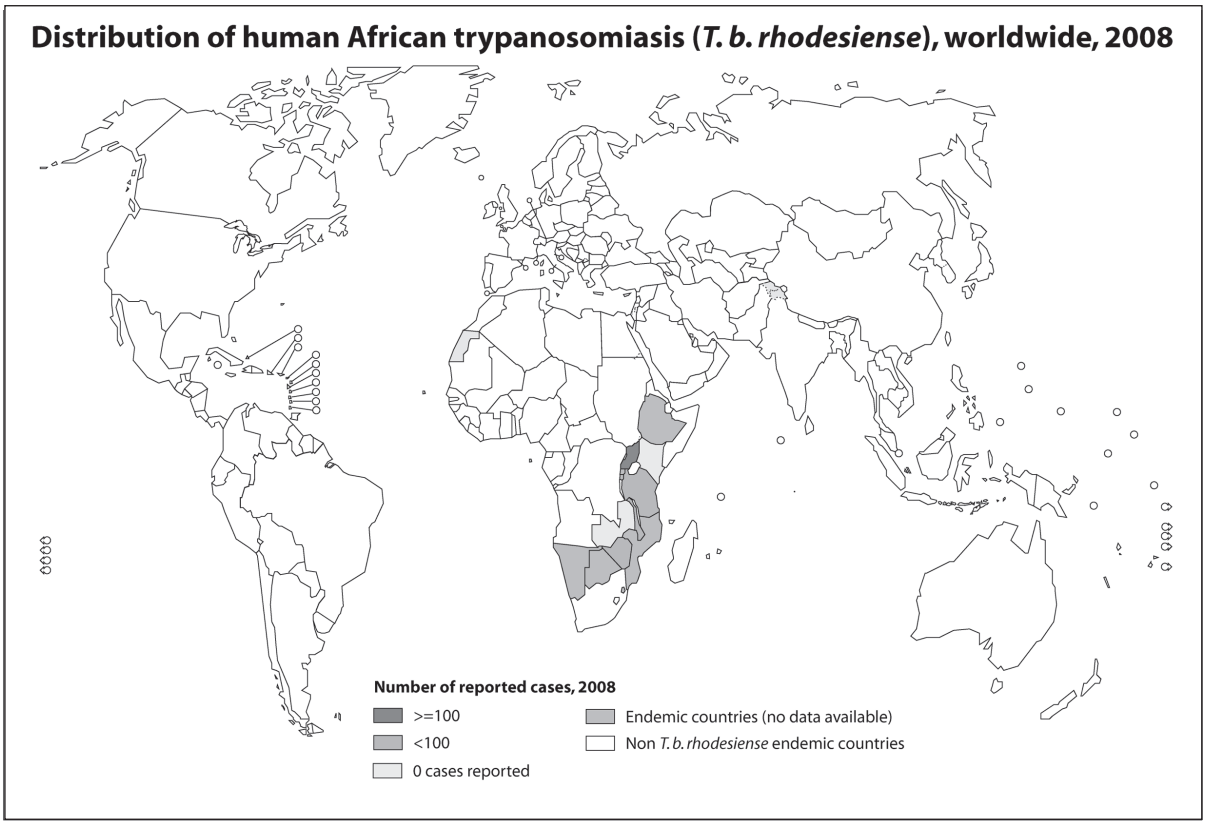
Głównym problemem związanym z wrzodem Buruli jest długotrwałość leczenia, w tym hospitalizacji, oraz przykurcze, pojawiające się po wyleczeniu choroby w późnym stadium. Około 55% chorych stanowią dzieci, bez względu na płeć.

Trypanosomoza afrykańska (śpiączka afrykańska), choroba wywoływana przez 2 podgatunki wiciowca *Trypanosoma brucei*, tj. *Trypanosoma brucei gambiense* oraz *Trypanosoma brucei rhodesiense*, występuje w Afryce sub-saharyjskiej, a jej zasięg pokrywa się z zasięgiem występowania jej przenosiciela – muchy tse-tse, z rodzaju *Glossina*. Po kilku tygodniach lub miesiącach od zarażenia, pasożyty namnażają się we krwi i w limfie, czemu towarzyszą rzuty gorączki, bóle stawowe, limfadenopatia, niekiedy zapalenie mięśnia sercowego. Po przeniknięciu pasożytów do przestrzeni podpajęczynówkowej rozpoczyna się faza neurologiczna choroby, objawiająca się silnymi bólami głowy okolicy czołowej, zaburzeniami snu i świadomości, zmianami osobowości, apatią na przemian z napadami pobudzenia, ogólnym wyniszczeniem, śpiączką, aż do zgonu chorego. Czas trwania choroby od momentu zarażenia do zgonu (jeśli nie zostanie wdrożone odpowiednie leczenie) jest różny; w przypadku zarażenia *Trypanosoma b. rhodesiense* to około pół roku, z kolei w przypadku *Trypanosoma b. gambiense* – około 3 lat.

Trypanosoma brucei gambiense występuje endemicznie w 24 krajach zachodniej i środkowej Afryki, powodując ok. 90% wszystkich przypadków śpiączki afrykańskiej, natomiast *Trypanosoma brucei rhodesiense* występuje endemicznie w 13 krajach wschodniej i południowej Afryki, odpowiadając za niecałe 10% przypadków zachorowań. 90% wszystkich zgłoszonych zachorowań dotyczy Afryki, a pozostałe 10% regionu wschodniego basenu Morza Śródziemnego. Z niewyjaśnionych przyczyn, rozpowszechnienie choroby jest ogniskowe – istnieją obszary, na których występują muchy tse-tse, ale zachorowania na śpiączkę afrykańską nie zdarzają się.

Podobnie jak w przypadku innych chorób przenoszonych przez wektory, zmiany klimatyczne mogą mieć wpływ na zasięg występowania trypanosomozy afrykańskiej. Obszerne badania prowadzone na rozległych obszarach historycznych ognisk śpiączki afrykańskiej w Sudanie i Gwinei w ciągu ostatnich 10 lat nie doprowadziły do wykrycia zachorowań. Zmiana ta jawi się jako efekt dynamiki klimatycznej i demograficznej, która spowodowała ograniczenie występowania much tse-tse w tych rejonach oraz kontaktów człowieka z tym gatunkiem. Zmniejszenie ilości opadów deszczu zmieniło środowisko bytowania muchy tse-tse oraz ograniczyło uprawę zbóż.

W latach 1999-2008 liczba nowych przypadków przewlekłej postaci śpiączki afrykańskiej (powodowanej przez *Trypanosoma b. gambiense*) zmniejszyła się o 62% (z 27 862 do 10 372). 11 krajów (Benin, Burkina Faso, Gambia, Ghana, Gwinea Bissau, Liberia, Mali, Niger, Senegal, Sierra Leone i Togo) nie zgłosiły ani jednego zachorowania, a 6 krajów (Gabon, Gwinea Równikowa, Kamerun, Nigeria i Wybrzeże Kości



Ryc. 3.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2010. All rights reserved

Data Source: World Health Organization
Map Production: Control of Neglected Tropical Diseases (NTD)
World Health Organization

World Health Organization

Słoniowej) zgłosiły poniżej 100 nowych przypadków rocznie. Czad, Kongo, Republika Środkowoafrykańska i Uganda raportują 100-1 000 nowych zachorowań rocznie. Najbardziej doświadczanymi pod tym względem krajami są Angola, Demokratyczna Republika Kongo oraz Sudan, które rocznie odnotowują ponad 1 000 nowych przypadków.

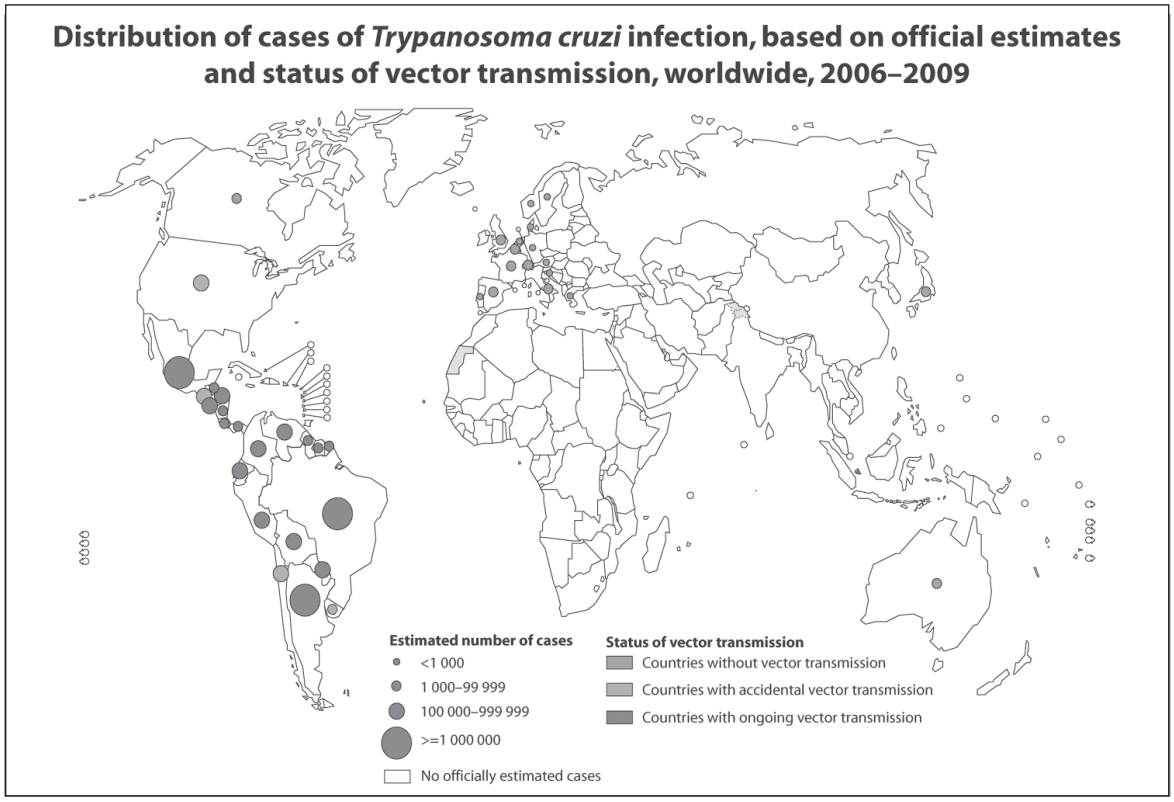
W tym samym okresie, liczba nowych przypadków bardziej agresywnej postaci śpiączki afrykańskiej, wywoływanej przez *Trypanosoma b. rhodesiense*, zmniejszyła się o 58%, z 619 do 259. Botswana, Burundi, Etiopia, Namibia oraz Suazi nie odnotowały zachorowań, natomiast Kenia, Mozambik, Rwanda oraz Zimbabwe odnotowywały sporadyczne przypadki. Poniżej 100 przypadków rocznie stwierdzano w Malawi i Zambii, z kolei w Ugandzie i Tanzanii 100-1 000. Uważa się, że liczba zgłoszonych przypadków jest tylko ułamkiem rzeczywistej liczby chorych. W 2006 r. liczbę tę szacowano na 50 000-70 000.

Ludność wiejska, żyjąca na obszarach transmisji i utrzymująca się z rolnictwa, rybołówstwa, hodowli zwierząt lub polowań, jest najbardziej narażona na ukłucia much tse-tse. Choroba może prowadzić do braku miesiączki, bezpłodności lub poronienia, stając się przyczyną stygmatyzacji kobiet. Ryzyko zarażenia u dzieci wzrasta, kiedy zaczynają towarzyszyć dorosłym w wykonywanych pracach; dodatkowo, niektóre dziecięce czynności, jak opiekowanie się bydłem, przynoszenie wody, zabawy w wodzie czy uczęszczanie do szkoły oddalonej od domu, również zwiększają ich narażenie.

Trypanosomoza amerykańska, czyli **choroba Chagasa,** wywoływana przez wiciowce *Trypanosoma cruzi*, występuje w kilkunastu krajach Ameryki Środkowej i Południowej. *Trypanosoma cruzi* charakteryzuje się szerokim kręgiem żywicieli – mogą nimi być: człowiek, zwierzęta domowe (koty, psy, świnie) i dzikie (lisy, oposy, szopy, pancerniki, szczury). Wektorem odpowiedzialnym za przenoszenie *Trypanosoma cruzi* są duże, kilkucentymetrowe pluskwiaki z rodzaju *Triatoma*, *Rhodnius* lub *Panstrongylus* – pasożyty znajdują się w ich kale. Pluskwiaki te gnieżdżą się w szczelinach ścian i dachów prowizorycznych domostw, zazwyczaj na obszarach wiejskich oraz przedmieściach. Wrota zarażenia to uszkodzona skóra (wskutek zranienia lub ukąszenia przez pluskwiaka), jama ustna oraz błona śluzowa oka. Możliwa jest również transmisja przez łożysko, karmienie piersią, transfuzję krwi lub przeszczep narządów, a także poprzez spożywanie skażonej żywności. U około 30% chorych w przewlekłej postaci chorych rozwija się kardiomiopatia. U kolejnych 10%, z powodu uszkodzenia neuronów zwojów autonomicznych przewodu pokarmowego, rozwija się dysfagia i owrzodzenia przełyku lub *megacolon* (okrężnica olbrzymia).

Liczbę zarażonych *Trypanosoma cruzi* szacuje się na około 20 mln, głównie na obszarach endemicznych 21 krajów Ameryki Łacińskiej: Argentyny, Belize, Boliwii, Brazylii, Chile, Ekwadoru, Gujany Francuskiej, Gujany, Gwatemali, Hondurasu, Kolumbii, Kostaryki, Meksyku, Nikaragui, Panamy, Paragwaju, Peru, Salwadoru, Surinamu, Urugwaju i Wenezueli (rys. 3).

→

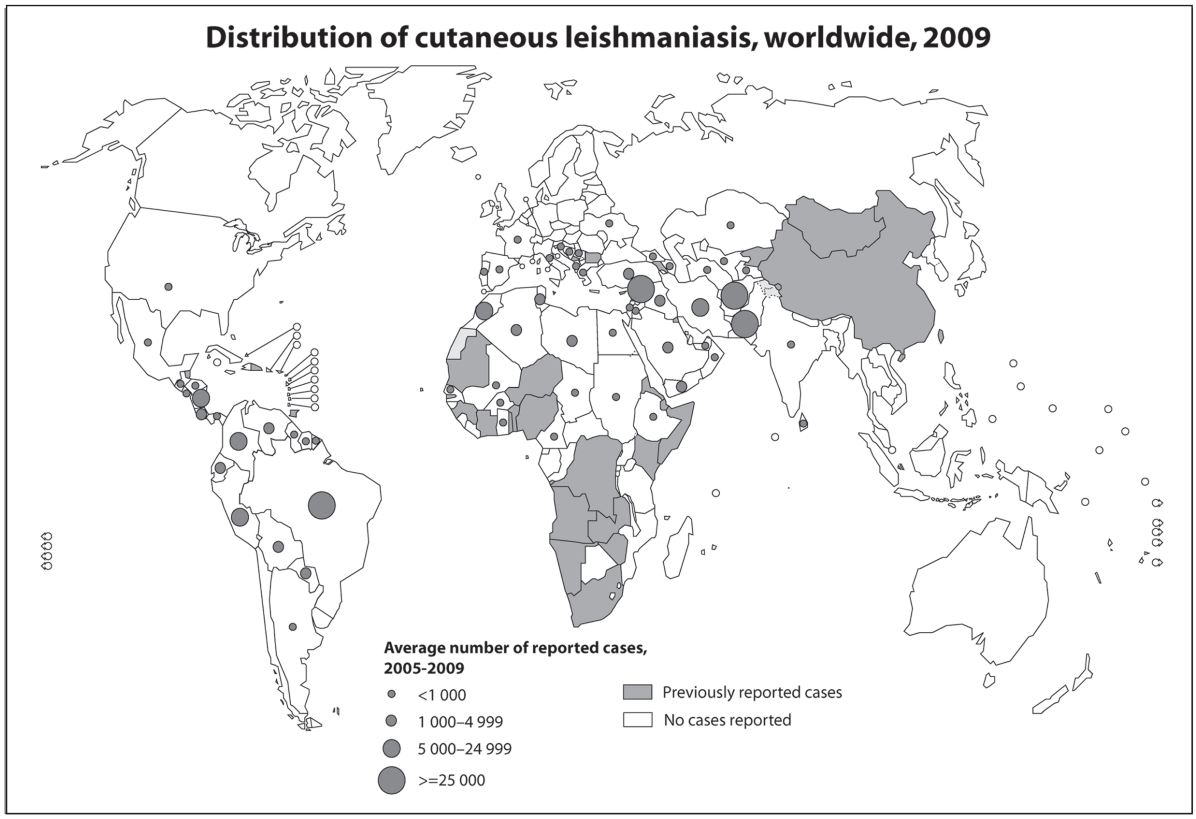


Ryc. 4.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2010. All rights reserved

Data Source: World Health Organization
Map Production: Control of Neglected Tropical Diseases (NTD)
World Health Organization

World Health Organization

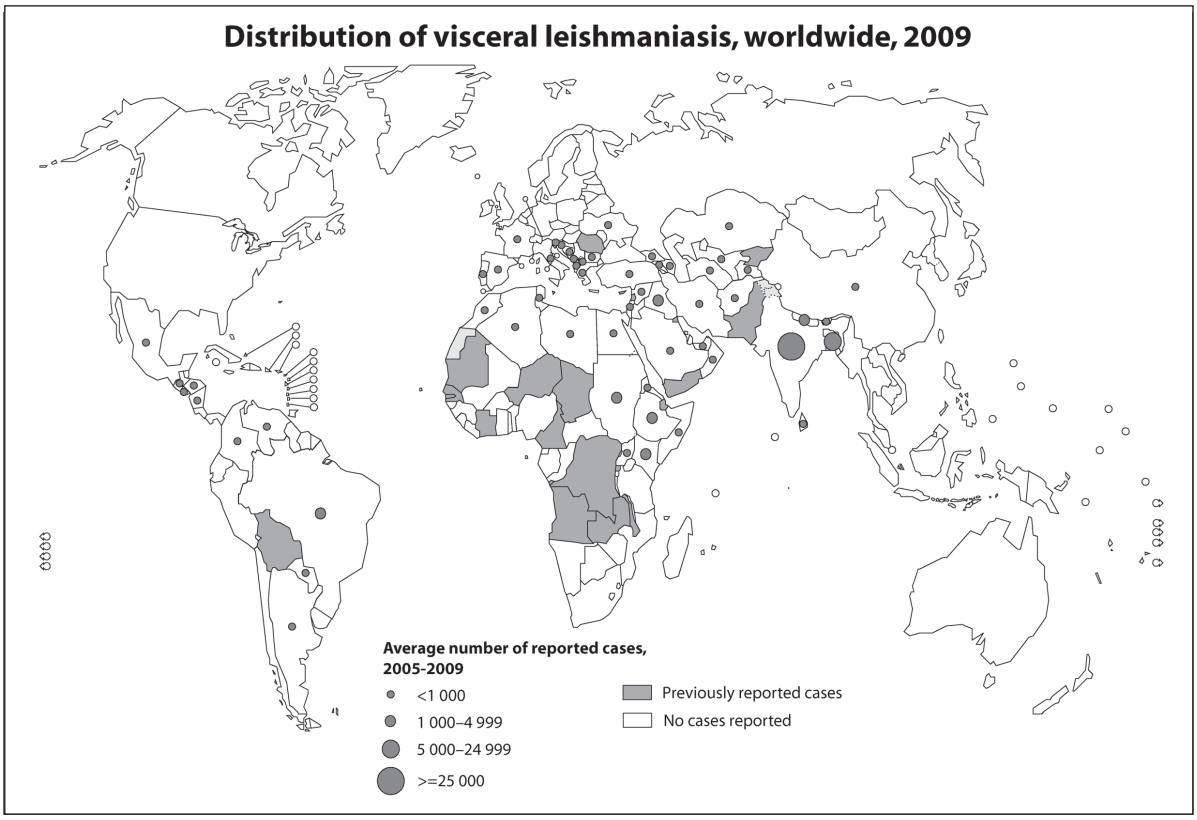


Ryc. 5.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2010. All rights reserved

Data Source: World Health Organization
Map Production: Control of Neglected Tropical Diseases (NTD)
World Health Organization

World Health Organization



Ryc. 6.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2010. All rights reserved

Data Source: World Health Organization
Map Production: Control of Neglected Tropical Diseases (NTD)
World Health Organization

World Health Organization

W ostatnich dekadach choroba Chagasa wykrywana jest również w krajach nieendemicznych – w USA, Kanadzie, Australii, Japonii oraz w Europie (m.in. w Belgii, Francji, Hiszpanii, Szwajcarii, Włoszech i Wlk. Brytanii, a także w Austrii, Chorwacji, Danii, Holandii, Luksemburgu, Niemczech, Norwegii, Portugalii, Rumunii oraz w Szwecji), za sprawą mobilności, głównie migracji osób zarażonych. Przypadki zachorowań odnotowywano także wśród podróżnych powracających z Ameryki Łacińskiej, a nawet u adoptowanych dzieci.

Leiszmanioza, choroba wywoływana przez różne gatunki wiciowców z rodzaju *Leishmania*, jest przenoszona przez ukłucia moskitów z rodzaju *Phlebotomus* i *Lutzomyia* (tzw. muszki piaskowe). Występuje ona w dwóch podstawowych postaciach klinicznych: leiszmaniozy trzewnej oraz leiszmaniozy skóry i błon śluzowych.

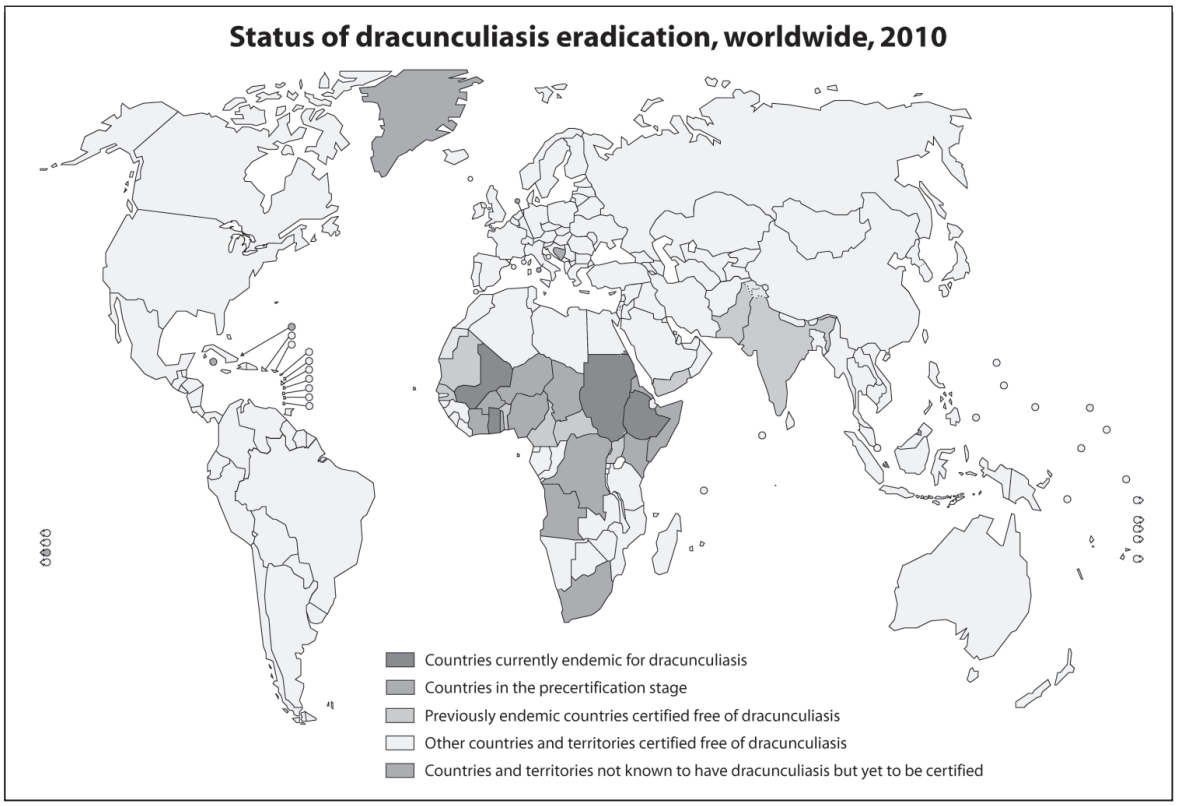
Leiszmanioza występuje w 88 krajach na 4 kontynentach. Szacuje się, że rocznie zapada na nią 1,6 mln osób. Około 500 000 przypadków to zachorowania na leiszmaniozę trzewną (90% z nich przypada na Bangladesz, Brazylię, Etiopię, Indie, Nepal i Sudan), a około 1,1 mln na leiszmaniozę skóry (90% zachorowań ma miejsce w Afganistanie, Algierii, Arabii Saudyjskiej, Brazylii, Iranie, Peru, Sudanie i Syrii) lub leiszmaniozę skóry i błon śluzowych (90% w Boliwii, Brazylii i Peru). Spośród 1,6 mln przypadków zachorowań, zgłaszanych jest tylko około 600 000. Począwszy od 1993 roku, rozpowszechnienie leiszmaniozy uległo zwiększeniu oraz nastąpił wzrost liczby rejestrowanych przypadków. Ponieważ obowiązek zgłaszania istnieje tylko w 33 krajach, rzeczywisty wzrost liczby zachorowań pozostaje nieznany.

Od 1999 roku Brazylia doświadczyła znacznego wzrostu liczby zachorowań na leiszmaniozę trzewną. W przeszłości kraj ten doświadczał epidemii na obszarach wiejskich w 10-letnich cyklach, jednak obecnie choroba występuje również na obszarach miejskich. Migracja na szeroką skalę ludności z obszarów wiejskich na przedmieścia wielkich miast spowodowała powstanie gęsto zaludnionych osiedli, gdzie pojawiający się pasożyt napotyka olbrzymią liczbę nieodpornych żywicieli, spośród których szczególnie narażone są dzieci.

W 1997 roku w Sudanie liczba potwierdzonych przypadków leiszmaniozy trzewnej wzrosła czterokrotnie w porównaniu z poprzednim rokiem. Ośrodki zdrowia były przepełnione, a zapasy leków z wyboru zostały opróżnione. Migracja pracowników sezonowych oraz przemieszczanie się ludności w wyniku niepokojów społecznych spowodowały, że epidemia dosięgła również sąsiednich krajów.

Mimo iż leiszmanioza skórna nie jest śmiertelna, jej epidemie wzbudzają niepokój w Afganistanie, w którym działania wojenne i brak stabilizacji sprzyjają rozprzestrzenianiu się choroby i utrudniają kontrolę nad nią. W 2002 roku w Kabulu odnotowano 40 000 przypadków.

→



Ryc. 7.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2010. All rights reserved

Data Source: World Health Organization
Map Production: Control of Neglected Tropical Diseases (NTD)
World Health Organization

World Health Organization

Rozpowszechnienie zakażenia HIV sprawia, że populacja jest bardziej wrażliwa i wpływa na epidemiologię leiszmaniozy trzewnej. Pandemia HIV w Ameryce Południowej, Azji oraz w Afryce objęła odległe obszary i już w 35 spośród 88 krajów endemicznych zgłaszane są przypadki koinfekcji. W Europie liczba nowych przypadków leiszmaniozy trzewnej towarzyszącej zakażeniu HIV zmniejszyła się od końca lat 90., przede wszystkim dzięki dostępowi do terapii antyretrowirusowej. W pozostałych częściach świata, w których dostęp do terapii antyretrowirusowej jest niewystarczający, rozpowszechnienie leiszmaniozy trzewnej wzrasta.

Drakunkuloza, choroba pasożytnicza wywoływana przez *Dracunculus medinensis*, w ciągu najbliższych lat najprawdopodobniej ulegnie eradykacji, stając się tym samym drugą – zaraz po ospie prawdziwej – chorobą, którą udało się wykorzenić. Jeszcze na początku XX wieku drakunkuloza była szeroko rozpowszechniona na świecie, ale w latach 80. jej transmisja została ograniczona do 20 krajów w Afryce, wschodnim rejonie basenu Morza Śródziemnego oraz południowo-wschodniej Azji.

W 1986 r. stwierdzono 3,5 mln przypadków zachorowań, a w 1989 r. 892 055. W ciągu następnych 20 lat (w latach 1989-2009), roczna zapadalność spadła aż o 99% – do 3 190 przypadków. W 2009 r. zachorowania odnotowywano już tylko w 4 krajach: Etiopii, Ghanie, Mali i Sudanie. W Sudanie odnotowuje się 86% wszystkich zarażeń. Liczba wiosek, w których występuje choroba, zmniejszyła się z 23 735 (1991 r.) do 629 (2009 r.).

Żywicielem pośrednim pasożyta jest oczlik (wielkości ok. 1-2 mm) z rodzaju *Cyclops*. Do zarażenia dochodzi przez picie wody zanieczyszczonej oczlikami, zawierającymi inwazyjne larwy pasożyta. Larwy, uwalniane w przewodzie pokarmowym, przedostają się do krwiobiegu i wędrują do tkanek docelowych. Samica usadawia się najczęściej w tkance podskórnej kończyn dolnych, przy czym jej przednia część wystaje nieco ponad skórę, zwykle w okolicy stawu skokowego lub podudzia. W tym miejscu powstaje trudno gojące się owrzodzenie, często ulegające zakażeniu bakteryjnemu, które prowadzi do powikłań, jak ropowica, posocznica, tężec lub do kalectwa. Po około roku, samica pasożyta wydostaje się na zewnątrz ciała. Perforacji skóry mogą towarzyszyć gorączka, nudności i wymioty. Dolegliwości spowodowane przez chorobę są na tyle dotkliwe, że ograniczają aktywność chorego na kilka tygodni lub nawet kilka miesięcy. Największa chorobowość w danym kraju często występuje w okresie najbardziej intensywnych prac na roli, znacznie ograniczając produktywność rolników, stąd drakunkuloza często nazywana jest „chorobą pustych spichlerzy". Skuteczną metodą zapobiegania jest filtrowanie wody pitnej za pomocą gazy o drobnych oczkach.

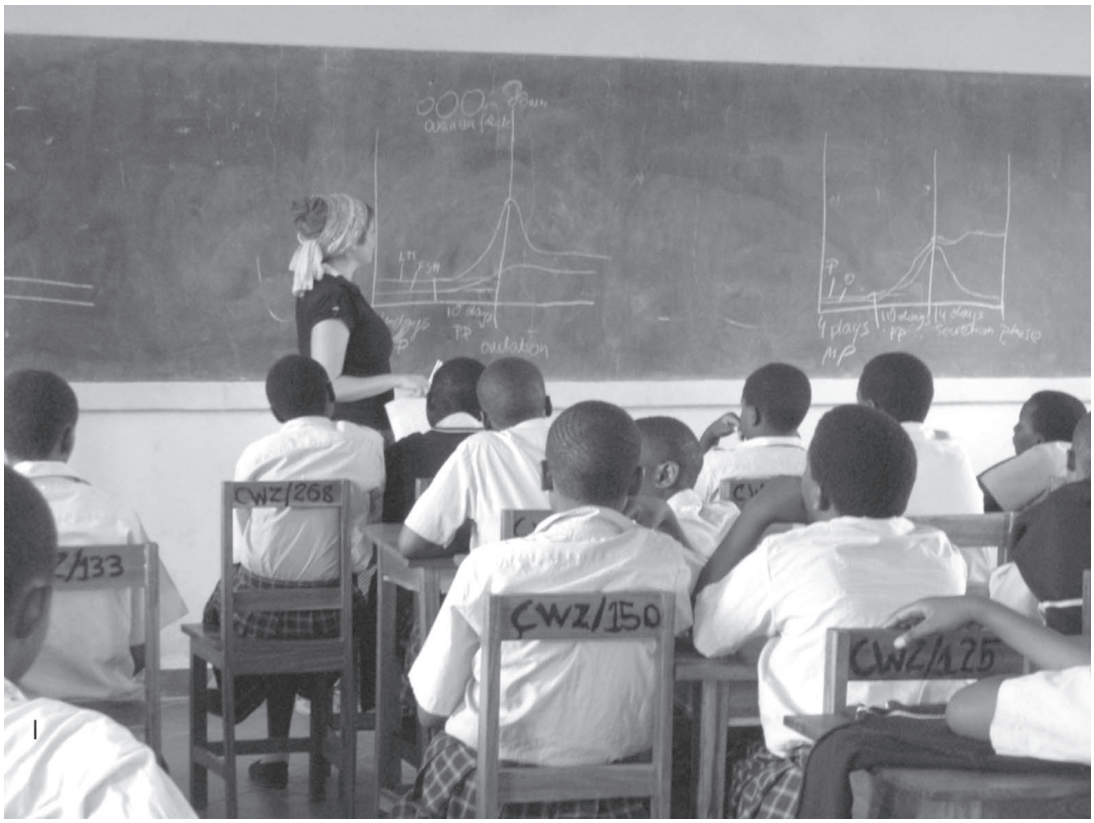
Tłum. i oprac. Ewa Kaczmarek

Sprawozdanie z praktyki pielęgniarskiej w ośrodku zdrowia w Kiabakari

W Kiabakari spędziłam 6 miesięcy w okresie od 1.10.2010 do 31.03.2011. W ośrodku spędzałam prawie całe dnie od poniedziałku do soboty w godz. 8.00-17.00 (w soboty 8.00-14.00). Niedziele miałam wolne, ale czasem przychodziłam w ten dzień odwiedzać pacjentów, którzy zostali w poprzednich dniach przyjęci na oddział i nawet wtedy zawsze znalazło się coś do zrobienia, np. przyszedł nowy pacjent, a u innego, już przyjętego, nastał akurat czas podania leku. Ludzie przychodzili głównie z Kiabakari i okolicznych wiosek. Spora część z nich przyjeżdżała z pobliskiej Butiamy i Musomy, mimo że tam również są szpitale. Oni jednak wybierali nasz ośrodek. Choroby, z którymi przychodzili ludzie, nie były zbyt zróżnicowane. Najczęściej objawiały się podobnie u wszystkich pacjentów. Na pierwszym miejscu był syfilis i malaria, następnie pasożyty układu pokarmowego, infekcje układu moczowego, dur brzuszny.

W Kiabakari byłam traktowana jak członek personelu. Oprócz wykonywania swoich obowiązków pielęgniarki, takich samych, jakie mam w Polsce (opatrywanie ran, podawanie leków, monitorowanie stanu pacjenta i inne zabiegi medyczne i pielęgniarskie), miałam okazję nauczyć się rzeczy, których nie mogłabym robić tutaj jako pielęgniarka, m. in. odbieranie porodów, szycie ran. Zdarzało mi się również zastępować lekarza, gdy nie mógł być w pracy. Współpracowałam wtedy z jedną z położnych.

Ośrodek w Kiabakari jest bardzo dobrze wyposażony w podstawowy sprzęt medyczny, leki, materiały opatrunkowe. Dzięki temu dylematy, dotyczące leczenia pacjentów, nie były tak częste. Największą trudność sprawiało leczenie ostrych stanów poudarowych. W takiej sytuacji odsyłaliśmy pacjentów najczęściej do Bugando Hospital w Mwanzie.



Odsetek ludzi zakażonych HIV był prawdopodobnie duży, biorąc pod uwagę statystyki w Tanzanii. My jednak nie mogliśmy badać tego rutynowo u każdego, ponieważ był duży problem ze zdobyciem testów wykrywających HIV, dlatego musieliśmy oszczędzać je dla tych osób, u których klinicznie podejrzewano zakażenie tym wirusem oraz dla kobiet w ciąży.

Podobnie jak wszyscy pracownicy ośrodka, zaczynałam pracę o 8.00 rano. Czasem przed rozpoczęciem swoich obowiązków spotykaliśmy się w pokoju socjalnym. Spotkania te były bardzo krótkie, a ich celem było omówienie bieżących spraw i problemów, dotyczących ośrodka i personelu. Następnie był obchód, po którym rozpoczynaliśmy przyjmowanie nowych

→

Zaangażowanie Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" Medicus Mundi Poland w uruchomienie nowoczesnego ośrodka zdrowia w Kiabakari, Tanzania

Streszczenie

Zakończenie budowy i uruchomienie nowoczesnego ośrodka zdrowia na terenie Parafii w Kiabakari w Tanzanii było w ostatnich latach wiodącym i konkretnym wkładem Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" z Poznania w dzieło misyjne. Spełnienie tego zadania nie byłoby możliwe bez pozyskania znacznego wsparcia finansowego sympatyków Fundacji i Ministerstwa Spraw Zagranicznych Rzeczpospolitej Polskiej.

Zamiar wybudowania ośrodka powstał w roku 1999, ale dopiero w styczniu 2008 roku bogato wyposażony ośrodek został formalnie przekazany biskupowi w Musonie i przyjął pierwszych pacjentów. Niemniej przez następne dwa lata działał pod administracją Fundacji. W marcu 2010 roku pieczę nad ośrodkiem przejęły Siostry Służebniczki Najświętszej Maryi Panny Niepokalanie Poczętej (Służebniczki Starowiejskie) z domu macierzystego w Zambii.

Ośrodek, który uznano za wzorcowy w tym rejonie Tanzanii, oferuje miejscowej ludności fachową opiekę medyczną i dla Parafii w Kiabakari stanowi jeden z filarów działalności misyjnej. Ponadto wielu wolontariuszom z Polski (między innymi czterem lekarzom, jednej pielęgniarce i konsultantowi – okuliście) dał możliwość zdobycia doświadczenia misyjnego i medycznego w zakresie medycyny tropikalnej. Dwie osoby z Wielkopolski, posiadające Krzyże Misyjne, poprzez misje w Kiabakari, podjęły pracę na terenie Parafii Kowak, położonej około sto kilometrów od Kiabakari i pracują tam nadal.

Aktywna działalność Fundacji w Kiabakari spowodowała, że Senat Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zaproponował WBUCHS – Weill Bugando University College of Health Sciences (wydziałowi medycznemu Uniwersytetu Św. Augustyna w Mwanzie – jedynego katolickiego uniwersytetu w Tanzanii) współpracę naukową i wsparcie praktycznego szkolenia w zakresie chirurgii.

We wrześniu 2010 roku Fundacja „Redemptoris Missio" oraz Uniwersytet Medyczny w Poznaniu przesłały biskupowi w Musomie możliwości i plany ich dalszego zaangażowania się w Kiabakari i we współpracę z WBUCHS w Mwanzie. Nadal oczekiwana jest odpowiedź ze strony tanzańskiej.

W okresie od października 2010 r. do marca 2011 r. w Kiabakari przebywała pielęgniarka delegowana przez Fundację.

Obecnie stałą pomoc w dziełach Parafii w Kiabakari zabezpiecza „Fundacja Kiabakari" w Krakowie.

Szczegółowe kalendarium zaangażowania się Fundacji w utworzenie nowoczesnego ośrodka zdrowia na misji w Kiabakari wraz z rozliczeniem finansowym jest do wglądu w sekretariacie Fundacji.

pacjentów. W ośrodku był jeden clinical officer (c.o. – osoba po trzyletnim college'u medycznym), 3 położne (jedna była na urlopie macierzyńskim), dwie asystentki pielęgniarki, jeden laborant i ja. Pracą dzieliliśmy się w zależności od potrzeb. Zazwyczaj jedna osoba rejestrowała pacjentów w recepcji, jedna/dwie w aptece, jedna/dwie w Poradni Zdrowia Matki i Dziecka, jedna/ dwie w pokoju zabiegowym. Osoby, które pracowały w pokoju zabiegowym, opiekowały się również pacjentami na oddziałach. Zdarzało się, że ktoś z nas pomagał c.o., gdy było wielu pacjentów. Najczęściej robiłam to ja. Pomagałam mu również, gdy tylko miałam na to chwilę wolnego czasu, bez względu na liczbę pacjentów.

Przychodzący chorzy zostawali wpisani do zeszytu z rejestrem chorych i dostawali w recepcji swoje kartoteki. Po uiszczeniu odpowiedniej opłaty, trafiali do clinical oficera. Osoby, które przychodziły pierwszy raz, miały zakładane nową kartotekę z numerem porządkowym. Zależnie od stanu zdrowia, były one leczone ambulatoryjnie lub przyjmowane na oddział.

W Poradni Zdrowia Matki i Dziecka (Mother and Child Health Clinic) wykonywano badania przesiewowe kobiet w ciąży (każda z nich miała swoją kartę ciąży) oraz ważono i szczepiono dzieci według tanzańskiego kalendarza szczepień. W ramach MCH Clinic działa również oddział porodowy, jednak w ośrodku odbywa się ich mało, ponieważ większość kobiet rodzi w domach. Do lutego br. dyżury poza oficjalnymi godzinami otwarcia ośrodka były pełnione przez c.o. Był on wzywany telefonicznie przez stróża w przypadku nagłego przyjęcia. Od lutego nocne dyżury były pełnione przez położne, asystentki pielęgniarek lub mnie. Dyżur nocny był pełniony przez jedną osobę. Jeśli osoba pełniąca dyżur nie wiedziała, jak pomóc przyjętemu pacjentowi, mogła wezwać c.o.

Ośrodek jest utrzymywany w bardzo dobrym stanie. Administratorem w ówczesnym czasie była siostra Grace Mkupa, która dbała o wysoki standard wykonywanych usług medycznych, czystość i odpowiednie zaopatrzenie apteki.

Zofia Miś

MALARIA

Badania nad skutecznością szczepionki RTS,S/AS01E przeciwko malarii

RTS,S/AS01E jest obecnie obiecującą kandydatką na szczepionkę przeciwko malarii. Jej skuteczność badano w grupie losowo wybranych dzieci w wieku 5-17 miesięcy, pochodzących z Kilifi w Kenii oraz Korogwe w Tanzanii. Metodą randomizacji, dzieci podzielono na dwie grupy – pierwsza z nich otrzymała 3 dawki szczepionki RTS,S/AS01E, druga natomiast 3 dawki szczepionki przeciwko wściekliźnie. Wyniki oceniano obserwując kliniczne objawy malarii, definiowane jako wystąpienie gorączki (temperatura ≥ 37·5°C) oraz parazytemia *Plasmodium falciparum* 2500/µL lub wyższa. Dzieci poddano obserwacji, trwającej odpowiednio 12 miesięcy w przypadku grupy z Korogwe i 15 miesięcy w przypadku grupy z Kilifi.

W ciągu 12 miesięcy obserwacji u 82 z 415 dzieci, które otrzymały szczepionkę RTS,S/AS01E oraz u 125 z 420 dzieci, które otrzymały szczepionkę przeciwko wściekliźnie, rozwinęły się objawy malarii. Skuteczność szczepionki po tym czasie oceniono na 39,2% (95% CI 19,5-54,1; p=0,0005). Po 15 miesiącach obserwacji 58 z 209 dzieci, które otrzymały szczepionkę RTS,S/AS01E oraz 85 z 206 dzieci, które otrzymały szczepionkę przeciwko wściekliźnie, doświadczyło pierwszego lub jedynego epizodu malarii, a skuteczność szczepionki oceniono na 45,8% (24,1-61,3; p=0,0004). Miano przeciwciał przeciwko sporozoitom w pierwszym miesiącu po podaniu trzeciej dawki szczepionki RTS,S/AS01E nie korelowało ze stopniem ochrony przed rozwinięciem objawowej malarii, ale miano przeciwciał po 6,5 miesiącach od ostatniej dawki szczepionki miało wpływ na odpowiedź immunologiczną.

Szczepionka RTS,S/AS01E wykazała skuteczność utrzymującą się przez co najmniej 15 miesięcy i wydaje się być obiecującą, potencjalną bronią w walce z malarią u dzieci w krajach endemicznych.

źródło: The Lancet Infectious Diseases, Volume 11, Issue 2, February 2011

oprac. Ewa Kaczmarek

Kradzieże leków przeciwmalarycznych

Global Fund (międzynarodowy fundusz wspierający walkę z takimi chorobami zakaźnymi, jak gruźlica, malaria czy HIV/AIDS) twierdzi, że w ostatnich latach skradziono leki przeciwmalaryczne warte nawet setki milionów dolarów – poinformowała 20 kwietnia agencja Associated Press. Informacje te są wynikiem wewnętrznego śledztwa, przeprowadzonego przez Global Fund, który po ukazaniu się styczniowego raportu AP wprowadził nowy program antykorupcyjny. Raport AP ujawnił, że część dotacji, zamiast trafić do potrzebujących, z powodu panującej w niektórych krajach korupcji jest po prostu marnowana.

Z dokumentów śledztwa wynika, że w 13 krajach, przede wszystkim afrykańskich, zaginęły leki przeciwmalaryczne warte miliony dolarów, jednak rzecznik Global Fund, Jon Liden, nie chciał podać dokładnej wartości.

Za kradzież w ok. 70% odpowiedzialni są pracownicy ochrony, menedżerowie i lekarze. Po wykryciu kradzieży, Global Fund podjął natychmiastowe działania, wstrzymując dotacje na leki, które miały być przechowywane w rządowych magazynach w Suazi i Malawi.

Najnowsze dane potwierdzają, że od 2009 do 2011 roku w Togo, Tanzanii, Sierra Leone, Suazi i Kambodży doszło do kradzieży leków wartych 2,5 mln dolarów. Dokumenty nie ujawniają jednak wartości leków wykradzionych w pozostałych krajach, m.in. w Nigerii i Kenii, w których Global Fund prowadzi wiele programów. Fundusz podejrzewa, że tylko w Tanzanii leki te były warte aż 200 mln.

źródło: 2011, Rynek Zdrowia, PAP

oprac. Ewa Kaczmarek

Przebieg malarii u niemowląt w południowej Tanzanii

Instytuty w Londynie, Barcelonie i w Bazylei podjęły w 11 ośrodkach zdrowia w południowej Tanzanii badania, na ile kilkakrotne podawanie niemowlętom sulfadoksyny z pirymetaminą (SP) przy okazji szczepień ochronnych wpływa u nich na przebieg malarii. 72% niemowląt otrzymało co najmniej 1 dawkę SP, a 22% wszystkie 3 dawki SP. W ciągu roku oceniano liczbę klinicznych epizodów malarii, liczbę *Plasmodium* dodatnich rozmazów krwi oraz częstość i poziom niedokrwistości.

W sumie 4.227 dzieci zaliczyło średnio 2 badania kontrolne. Jak zwykle w badaniach wieloośrodkowych, istnieje duża rozpiętość wyników (w tych badaniach od 18% do 52%) i trudności w jednoznacznej ocenie skuteczności podawania niemowlętom SP. Liczba epizodów malarii na dziecko na rok spadła do 0,2, ale liczba epizodów niedokrwistości była wysoka (0,7 epizodów Hb <11 g/dL i 0,13 epizodów Hb < 8 g/dL).

źródło: Malaria Journal 2011, doi: 10.1186/1475-2875-10-41

oprac. prof. Zbigniew Pawłowski

→

Trzydzieści lat od wykrycia wirusa HIV

HIV/AIDS

Dnia 5 czerwca 1981 „Morbidity and Mortality Weekly Report", oficjalny tygodnik Center for Disease Control and Prevention w Atlanta, GA, USA, opublikował doniesienie o zapaleniu płuc wywołanym przez *Pneumocystis carinii* u 5 uprzednio zdrowych młodych mężczyzn w Los Angeles, Kalifornia.

To doniesienie zostało uznane jako pierwszy naukowy raport o tym, co później nazwano „human immunodeficiency virus" (HIV) i „acquired immunodeficiency syndrome" (AIDS). W 30 lat po tym okryciu na świecie żyją 33.300.000 ludzi zarażonych tym wirusem (dane z roku 2009). W roku 2008 w USA liczbę osób zarażonych HIV oceniano na 1.178.350. Narodowa strategia zwalczania HIV ma na celu zmniejszenie liczby osób zarażonych, ułatwienie dostępu do opieki medycznej, maksymalną poprawę ich stanu zdrowia i redukcję nierównego traktowania osób zarażonych (MMWR, 03.06.2011).

Dzięki ścisłemu powiązaniu wiedzy, aktywności i altruizmu wielu osób nastąpił znaczny postęp w zwalczaniu HIV/AIDS. Stosowane leki przyczyniają się w znacznym stopniu do zmniejszenia liczby chorych i rozprzestrzeniania się wirusa. Czyżby zanosiło się na koniec epidemii AIDS ? („Economist", 04.06.2011).

Jednakże zakażenia HIV/AIDS (w skali globalnej) nie można sprowadzać tylko do choroby somatycznej układu odpornościowego, którą należy leczyć lekami antywirusowymi. To choroba społeczna i moralna, wymagająca kuracji na wszystkich poziomach. AIDS ujawnia głęboki nieład antropologiczny i moralny, który dotyczy nie tylko zachowania seksualnego osoby przenoszącej wirusa, ale także typu relacji międzyludzkich, zaangażowanych w rozprzestrzenianie się epidemii. Póki ten nieład nie spotka się z uwagą ze strony osób odpowiedzialnych za walkę z epidemią AIDS i póki będzie się mówiło, że jest to kwestia prywatnego wyboru, epidemia pozostanie wśród populacji. Dlatego zapobieganie seksualnemu przekazywaniu HIV należy stosować w optyce i kontekście walki totalnej, całościowej, przeciwko zakażeniu i jego korzeniom. Zapobieganie przekazywania wirusa nie może być tylko sprowadzone, jakkolwiek jest to ważne, do aspektu medyczno-sanitarnego. Na całym świecie leczeniem i zapobieganiem AIDS zajmuje się 117.000 ośrodków medycznych Kościoła katolickiego, od przychodni w dżungli aż po wielką klinikę w metropolii. (Abp Zygmunt Zimowski, szef Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia z okazji sympozjum nt. HIV/AIDS w Rzymie, PAP 28.05.2011).

W związku z 30. rocznicą odkrycia HIV, podkreśla się wzrost liczby zakażeń w Polsce. Przypuszcza się, że 70% zakażonych nie wie, że jest nosicielami HIV, a liczba nowych przypadków rocznie wynosi około 1.000.

Prof. Zbigniew Pawłowski

Transmisja malarii w północnej Ugandzie wciąż intensywna

Ostatnie raporty na temat transmisji malarii w kilku krajach afrykańskich napawają optymizmem i przynoszą nadzieję, że choroba ta może zostać wyeliminowana z tych części Afryki, w których obecnie występuje endemicznie. Nie wiadomo, czy trendy te są globalne, jak również czy występują na obszarach, gdzie polityczna niestabilność utrudnia kontrolę malarii.

Autorzy artykułu opublikowanego w *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 84(5), 2011,* badali nosicielstwo malarii oraz zależną od wieku odpowiedź przeciwciał na antygeny *Plasmodium falciparum.* Badania przekrojowe prowadzone były w dystrykcie Apac w północnej Ugandzie, rejonie niespokojnym pod względem politycznym. Prewalencję wśród dzieci poniżej 5 r.ż. określono jako 55,8% (115/206) – na podstawie badań mikroskopowych oraz 71,9% (41/57) w badaniach z wykorzystaniem metody PCR. Obecność *Plasmodium ovale* stwierdzono u 8,6%, a *Plasmodium malariae* u 4,3% badanych. Krzywe odczynów serologicznych zależnych od wieku nie wskazywały na zmiany w intensywności transmisji malarii. Sytuacja w dystrykcie Apac ilustruje więc, jak wielkim wyzwaniem pozostaje kontrola malarii w rejonach, które nie są objęte zakrojonymi na szeroką skalę programami.

oprac. Ewa Kaczmarek

Nowa lokalizacja zbiorów bibliotecznych Fundacji

Fundacja uprzejmie informuje, że publikacje związane z opieką medyczną w tropiku zostały przeniesione ze Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego do nowego gmachu Biblioteki Głównej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (ul. Przybyszewskiego 37a). Zbiory Fundacji liczą 163 publikacje książkowe oraz 17 płyt CD, spośród których znaczna część obejmuje problematykę gruźlicy, HIV/AIDS, malarii, trądu, działalności Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opieki szpitalnej, zwłaszcza nad matką i dzieckiem, itd. Na szczególną uwagę, naszym zdaniem, zasługują następujące tytuły:

1. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common illnesses with limited resources / World Health Organization, 2005 (sygnatura: 2 870)

2. Cholera outbreak: assessing the outbreak response and improving preparedness / World Health Organization, Global Task Force on Cholera Control, 2004 (sygnatura: 2 871)

3. Scaling up home-based management of malaria: from research to implementation / Roll Back Malaria Department/UNICEF/UNDP/World Bank, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, 2004 (sygnatura: 53 177)

4. Guidelines for the management of snake-bites / David A. Warrell; World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2010 (sygnatura: 53 178)

5. Community-based rehabilitation: CBR guidelines, 2010 (sygnatura: 53 180)

6. A community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in Sub-Saharan Africa / [ed. Kenneth Stanley]; Programme on Cancer Control and Department of HIV/AIDS World Health Organization, 2004 (sygnatura: 53 207)

7. Surgical care at the district hospital / World Health Organization, 2004 (sygnatura: 53 225)

8. Manual of radiographic interpretation for general practitioners / by P.E.S. Palmer [et al.]; World Health Organization Basic Radiological System, 1985 (sygnatura: 53 230)

9. TB: tuberculosis / World Health Organization, 2003 (sygnatura: 53 232)

10. General surgery at the district hospital / ed. by John Cook, Balu Sankaran, Ambrose E.O Wasunna; World Health Organization, 1988 (sygnatura: 53 247)

11. Instructions for treatment and use of insecticide-treated mosquito nets: use insecticide-treated mosquito nets to sleep in peace and protect your health / World Health Organization, 2002 (sygnatura: 53 268)

12. VISION 2020 Report on World Sight 2002: seeing is believing / VISION 2020 – The Right to Sight, International Agency for the Prevention of Blindness, 2002 (sygnatura: 53 273)

13. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control: a joint publication of the World Health Organization and Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), 2009 (sygnatura: 83 444)

14. Mental and neurological health and the Millennium Development Goals / prep. by the Global Network for Research in Mental and Neurological Health, 2004 (sygnatura: 83 524)

15. Acute care / Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI), 2004 (sygnatura: 83 555)

16. Palliative care: symptom management and end-of-life care / Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI), 2004 (sygnatura: 83 558)

WYKŁADOWCY – KURS: PODSTAWOWA OPIEKA MEDYCZNA W TROPIKU 2011

ks. dr Ambroży Andrzejak	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
dr n. med Krzysztof Świerkocki	Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej UM w Poznaniu, Kierownik
mgr Mateusz Cofta	Pracownia Zdrowia Międzynarodowego UM w Poznaniu
mgr Marek Dąbrowski	Katedra Ratownictwa Medycznego UM w Poznaniu
dr hab. Tomasz Banasiewicz	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM w Poznaniu
dr n. med Michał Głyda	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM w Poznaniu
lek. stom. Karolina Gerreth	Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej UM w Poznaniu
dr n. med. Elżbieta Kacprzak	Pracownia Medycyny Podróży UM w Poznaniu, Kierownik
mgr Agnieszka Lipińska	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio, Prezes
lek. med. Agnieszka Łuczak	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio, Członek Zarządu
dr n. med. Karolina Mrówka	Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu
lek. med. Clinton Muoto	Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu
dr hab. Małgorzata Paul	Pracownia Parazytologii UM w Poznaniu, Kierownik; Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu
prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
prof. dr hab. Krystyna Pecold	Katedra Okulistyki UM w Poznaniu, Fundacja Redemptoris Missio
prof. dr hab. Jerzy Stefaniak	Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu, Fundacja Redemptoris Missio
prof. dr hab. Ryszard Żaba	Klinika Dermatologii UM w Poznaniu
prof. dr hab. Katarzyna Łącka	Klinika Endokrynologii UM w Poznaniu. Katedra Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych
dr n. med. Jakub Kowalczyk	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
mgr Ewa Kaczmarek	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio, Członek Zarządu
Andreas Fertig	Médecins Sans Frontières

Kurs: *Podstawowa Pomoc Medyczna w Tropiku* (*Health Care in Tropics*) 27.06 – 02.07.2011

PROGRAM

Poniedziałek — 27.06.2011

8.00-8.45	Rozpoczęcie kursu	prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski, prof. dr hab. Jerzy Stefaniak, mgr Agnieszka Lipińska – Prezes Fundacji
8.45 - 9.30	WHO i MDG	prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski
9.45-11.15	Okulistyka w tropiku (Tanzania)	prof. dr hab. Krystyna Pecold
11.30-12.15	Malaria w świecie	prof. dr hab. Jerzy Stefaniak
12.15-13.00	Profilaktyka zdrowotna przy wyjeździe do krajów strefy tropikalnej	dr n. med. Elżbieta Kacprzak
13.00-13.45	OBIAD	
13.45-15.15	Malaria – diagnostyka	dr hab. med. Małgorzata Paul
15.30-17.00	Redemptoris Missio	mgr Agnieszka Lipińska – Prezes Fundacji

Wtorek — 28.06.2011

8.00-8.45	Essential Drugs	prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski
8.45 - 9.30	Apteczka podróżna	dr n. med. Karolina Mrówka
9.45-10.30	Epidemologia i obraz kliniczny cholery	dr n. med. Karolina Mrówka
10.30-11.15	Stop Malaria Now	mgr Agnieszka Lipińska
11.30-13.00	Zasady doboru chemioprofilaktyki i szczepień ochronnych – warsztaty	dr hab. med. Małgorzata Paul
13.00-13.45	OBIAD	
13.45-15.15	Choroby tropikalne. Praktyka lekarska w tropiku (Nairobia)	lek. med. Clinton Muoto
15.30-17.00	Podstawowa opieka zdrowotna w tropiku (Tanzania)	mgr Mateusz Cofta

Środa — 29.06.2011

8.00-9.30	HIV/AIDS	dr n. med. Jakub Kowalczyk
9.45-11.15	Choroby dzieci. Niedożywienie	dr n. med. Jakub Kowalczyk
11.30-13.00	Choroby tropikalne skóry	prof. dr hab. Ryszard Żaba
13.00-13.45	OBIAD	
13.45-15.15	Położnictwo w tropiku (Kamerun)	lek. med. Agnieszka Łuczak
15.30-17.00	Pomoc medyczna w Afryce (1)	mgr Ewa Kaczmarek

Czwartek — 30.06.2011

8.00-9.30	Medycyna katastrof (Haiti, Chile, Japonia)	mgr Marek Dąbrowski
9.45-11.15	Zasady postępowania w przypadku ukąszeń przez zwierzęta niebezpieczne i jadowite w tropiku	dr hab. med. Małgorzata Paul
11.30-13.00	Chirurgia w tropiku 1 (RCA)	dr n. med Michał Głyda
13.00-13.45	OBIAD	
13.45-15.15	Stomatologia w tropiku	dr Karolina Gerreth
15.30-17.00	Pomoc medyczna w Afryce (2) Lekarze bez Granic	Andreas Fertig

Piątek — 1.07.2011

8.00-9.30	Chirurgia w tropiku (2) - case study	dr hab. Tomasz Banasiewicz
9.45-10.30	Problem niedoboru jodu w krajach tropikalnych (RCA)	prof. dr hab. med. Katarzyna Łącka
10.30-11.15	Choroby niezakaźne w krajach tropikalnych	prof. dr hab. med. Katarzyna Łącka
11.30-13.00	Przypadki kliniczne chorób tropikalnych	dr hab. med. Małgorzata Paul
13.00-13.45	OBIAD	
13.45-15.15	Gruźlica w tropiku	dr n. med.Krzysztof Świerkocki
15.30-17.00	TEST KOŃCOWY	mgr Agnieszka Lipińska

Sobota — 2.07.2011

9.00-9.45	Msza święta w intencji misji i misjonarzy	
9.45-10.30	Formacja misyjna	ks. Ambroży Andrzejak
10.30-12.15	Wyniki testu, zakończenie kursu	

WYKŁADOWCY – KURS: PODSTAWOWA OPIEKA MEDYCZNA W TROPIKU 2011 (*zob. str. 19*)