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-MAJ 2012
Nr 40/41 (rok XII)

Fundacja Pomocy Humanitarnej

20-lecie

<< Redemptoris Missio >>

W numerze:

AKTUALNOŚCI:
- Z Fundacji „Redemptoris Missio" 2
- Działalność Fundacji „Redemptoris Missio" 2
- 20 lat Fundacji 3
- Medicus Mundi Polonia też na nowej stronie internetowej 4
- Medicus Mundi International 5

TRĄD
- Trąd współcześnie: epidemiologia, postępy, wyzwania oraz niedostatki w badaniach 6
- Muzeum trądu w Bergen (Norwegia) 9

Spotkania - Konferencje
- Deklaracja Londyńska – ograniczenie występowania zaniedbywanych chorób tropikalnych 10
- Konferencja w Busan – 4 Forum Wysokiego Szczebla ds. efektywności pomocy międzynarodowej 11
- Emigracja kadr medycznych z krajów Afryki Subsaharyjskiej 12
- Choroby niezakaźne – główni zabójcy ludzkości 13
- TELEDICOM – polski system telemedyczny 13
- 20-lecie działalności doktora Beata Richnera w Kambodży 14
- Aktualna sytuacja w zwalczaniu polio 15
- Spotkanie Health Resources Working Group MMI 16
- Wielolekowa oporność prątków gruźlicy 17
- Ze Świętego miasta Puri 17

Książki
- Nowe książki na półce „tropikalnej" Biblioteki Głównej UMP 18
- Ludwik Rajchman – życie w służbie ludzkości 18
- Spełnione życie (dr Wanda Błeńska) 19

Brak spadku liczby zachorowań na malarię wśród dzieci w Malawi 19

Posługa lecznicza Kościoła 20

20 LAT FUNDACJI TRĄD

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«

Rada Fundacji na posiedzeniu w listopadzie 2011 roku powołała na stanowisko prezesa Fundacji p. dr Annę Tarajkowską.

Pani dr Anna Tarajkowska była związana z Fundacją od roku 1993, kiedy to pierwszy raz wyjechała do ośrodka O. Mariana Żelazka w Puri (Indie).

W czasie czterech ponownych pobytów w Puri zorganizowała tam gabinet stomatologiczny dla trędowatych i udzielała im niezbędnej pomocy lekarskiej. Pani dr Anna Tarajkowska, poza pracą w zawodzie stomatologa, była przez wiele lat sekretarzem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Zespół Redakcyjny Medicus Mundi Polonia jest przekonany, że p. Dr Anna Tarajkowska poprowadzi Fundację w kierunku wytyczonym przed 20 laty.

Prof. Zbigniew Pawłowski, redaktor

Działalność Fundacji w pierwszym kwartale 2012

Nowy rok rozpoczęliśmy kontynuacją rozpoczętej w ubiegłym roku akcji pomocy dla dzieci w Afganistanie. Razem wysłaliśmy przeszło 3 tony ubrań, obuwia i przyborów szkolnych. Rozpoczęliśmy kolejną akcję „Opatrunek na ratunek", w której uczestniczą poznańskie apteki i szkoły. Niezależnie od tego codziennie pakowano i wysyłano paczki z lekarstwami i opatrunkami do Misji w Afryce i Azji.

Staraliśmy się zachęcić naszych Sympatyków do darowania naszej Fundacji 1% podatku; spoty reklamowe ukazały się w programach wszystkich lokalnych stacji telewizyjnych, w gazetach i w tygodnikach.

Kontynuowane były spotkania edukacyjne ze studentami. W trakcie trwania rekolekcji wielkopostnych nasi wolontariusze zapoznali dzieci z kilkunastu szkół z naszą działalnością.

Anna Tarajkowska, prezes

Zarząd Fundacji serdecznie zaprasza na uroczystości związane

z 20-leciem

Fundacji Pomocy Humanitarnej

Redemptoris Missio

Msza święta w intencji Fundacji odbędzie się dnia 27 maja o godz. 10.00 w Poznańskiej Bazylice Archidiecezjalnej. Po Mszy św. odbędzie się spotkanie Przyjaciół i Sympatyków Fundacji w salach Muzeum Archidiecezjalnego. Uroczysty koncert Fundacji przewidziany jest w dniu 19 czerwca 2012.

Zarząd Fundacji

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

Redaktor: prof. zw. em. dr h.c. Zbigniew Pawłowski, DTMH

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

Sekretarz Redakcji:
mgr Ewa Kaczmarek – ewa.k.kaczmarek@gmail.com
Szymon Nowak – sz.p.nowak@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.

20 lat Fundacji Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio

20 LAT FUNDACJI

W roku 1992 Fundatorzy podjęli trudną decyzję powołania Fundacji Redemptoris Missio. Metropolita Poznański ks. abp. Jerzy Stroba powiedział wówczas „nie wierzę, że wam to się uda, ale próbujcie". Możemy powiedzieć po 20 latach, że mimo wszystko nam się udało stworzyć Fundację. Jej dokonania są szczegółowo opisane w pracy magisterskiej pani Moniki Boruckiej z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, opublikowanej w skrócie w Biuletynie Fundacji, rozsyłanym wszystkim jej Sympatykom. Ta wielopłaszczyznowa pomoc medyczna misjom, misjonarkom i misjonarzom to wspólna praca wielu ludzi dobrej woli i ogromny wysiłek organizacyjny. Stąd dwudziestolecie Fundacji to przede wszystkim święto tych wszystkich, którzy byli i są jej częścią i realizowali jej zadania statutowe. W załączeniu podajemy aktualny skład Rady, Zarządu i administracji Fundacji, mając też we wdzięcznej pamięci kilkadziesiąt osób, które udzielały się w Fundacji poprzednio, jak i setki studentów i wolontariuszy, którzy nam pomagali. Za poświęcony czas, kreatywność i chęć niesienia pomocy misjom dziękujemy wszystkim pracownikom i wolontariuszom.

Fundacja nie mogłaby działać bez życzliwej pomocy Metropolity Poznańskiego ks. abp. Stanisława Gądeckiego, dyrektorów Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie, kolejnych Rektorów Uniwersytetu Medycznego i Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu oraz wielu profesorów i nauczycieli akademickich. Składamy im gorące podziękowanie za wspieranie Fundacji.

Fundacja, idąc z duchem czasu, stale poszukiwała i nadal poszukuje nowych dróg pomocy medycznej najuboższym w świecie. Uwrażliwiała ona środowisko akademickie i szkolne na ludzką biedę oraz zachęcała do bezinteresownego daru, jakim jest wolontariat. U wielu wolontariuszy, przyszłych lekarzy i pielęgniarek, zaszczepiony został obraz ludzi chorych i bezradnych w rozwijających się krajach misyjnych, wymagających naszej pomocy. Kilkudziesięciu lekarzy i pielęgniarek – poprzez Fundację – znalazło satysfakcję zawodową podejmując się udzielania pomocy medycznej w krajach tropikalnych; niektórzy z nich wybrali medycynę tropikalną jako specjalizację. W oparciu o Klinikę Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zorganizowano regularne szkolenie misjonarzy w zakresie medycyny tropikalnej i otoczono ich opieką medyczną. Zagadnienia medyczne, związane z misjami, były przedstawiane zainteresowanym przy wielu okazjach, na licznych spotkaniach, na kursach i na łamach Medicus Mundi Polonia.

→

Rada Fundacji w dniu 15 kwietnia 2012 r.

Siedzą od lewej: prof. Jerzy Stefaniak, Prezes dr Anna Tarajkowska, prof. Zbigniew Pawłowski. Stoją od lewej: mec. Jerzy Pomin, prof. Katarzyna Łącka, doc. Stefan Wiśniewski, prof. Krystyna Pecold, mgr Justyna Janiec-Palczewska, dr Barbara Filipiak, prof. Wanda Baer-Dubowska, prof. Andrzej Łukaszyk, prof. Ryszard Żaba i ks. Waldemar Babicz. Nieobecny usprawiedliwony: ks. dr Ambroży Andrzejak, dr hab. Tomasz Banasiewicz, dr med. Norbert Rehlis.

Fundacja ma też swoje konkretne zasługi w promowaniu dzieła misyjnego w społeczeństwie.

Wszystkim sympatykom i sponsorom Fundacji bardzo gorąco i serdecznie dziękujemy za wparcie działań Fundacji, zapewniając, że staraliśmy się, aby nawet najmniejszy grosz nie został zmarnowany. Uzyskane fundusze rozliczyliśmy oferując poprzez misje pomoc medyczną i materialną setkom tysięcy biednych ludzi. Nasza działalność miała jeszcze jeden wymiar – wykazanie, że w kraju istnieje duże zrozumienie dla trudnej pracy misjonarek i misjonarzy i żywa chęć wsparcia ich wysiłków w udzielaniu pomocy ludziom najbiedniejszym. Zgodnie ze statutem, ich działalność została dokumentowana w licznych publikacjach i filmach Fundacji.

Na koniec życzymy, aby nasze dzieło było kontynuowane i wydawało coraz obfitsze owoce, bo pomoc medyczna misjom, misjonarkom i misjonarzom powinna być prowadzona tak długo, jak będą trwać misje i szerzyć się ludzka bieda.

Prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski,
fundator i redaktor MMP
Prof. dr hab. Jerzy Stefaniak,
przewodniczący Rady Fundacji

Pani Dr h.c. Wanda Błeńska na 20-lecie Fundacji:

„To była pierwsza organizacja, która otwierała serce i umysł na szeroki świat misyjny, potrzebujący naszego serca i pomocy – to było najważniejsze. Byliśmy bardzo zżyci, tworzyliśmy jedną wielką rodzinę, dużo wspólnych działań, myśli, pragnień – to nas łączyło."

Skład Rady i Zarządu Fundacji w 2012 roku

Członkowie Rady:

Prof. dr hab. Jerzy Stefaniak – przewodniczący
Ks. dr Ambroży Andrzejak – wiceprzewodniczący
Ks. Proboszcz Waldemar Babicz
Prof. dr hab. Wanda Baer-Dubowska – przewodnicząca Komisji Rewizyjnej
Dr hab. n. med. Tomasz Banasiewicz
Dr n. przyr. Barbara Filipiak
Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Łącka
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Łukaszyk
Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Pawłowski
Prof. dr hab. n. med. Krystyna Pecold
Mec. Jerzy Pomin
Dr med. Norbert Rehlis
Prof. dr hab. n. med. Ryszard Żaba

Członkowie Zarządu:

Lek. stom. Anna Tarajkowska – prezes
Mgr Justyna Janiec-Palczewska – wiceprezes
Mgr Anna Kurkowiak
Dr hab. n. med. Małgorzata Paul
Doc. dr n. ekon. Stefan Wiśniewski

Pracownicy sekretariatu Fundacji w 2012 r.:

Mgr Justyna Janiec-Palczewska – specjalista ds. PR, wiceprezes Zarządu
Mgr Sylwia Kubala – koordynator Biura Fundacji, księgowa
Mgr Anna Kurkowiak – koordynator ds. projektów (na urlopie wychowawczym)
Inż. Monika Pacholak – koordynator ds. wysyłek

Medicus Mundi Polonia też na nowej stronie internetowej

Na początku roku 2012 zespół redakcyjny Medicus Mundi Polonia postanowił wykorzystywać szerzej Internet, aby docierać szybciej i do jeszcze większego grona czytelników. Utworzono stronę www, na której w formie bloga publikowane są wszystkie nowe artykuły, które później ukazują się w wersji drukowanej Medicusa. Oprócz tego redaktorzy starają się umieszczać inne teksty, opracowania i tłumaczenia mogące zainteresować wszystkich uważnie śledzących sprawy medycyny tropikalnej, zdrowia międzynarodowego i posługi misyjnej. Na stronie zamieszczone są również odnośniki do większości dostępnych w formie elektronicznej poprzednich wydań Medicus Mundi Polonia.

Mamy nadzieję, że taka forma znajdzie swoich zwolenników również wśród stałych czytelników kwartalnika. Aby na bieżąco być informowanym o nowych publikacjach, wystarczy zapisać się do grupy subskrypcyjnej podając swój adres e-mail. Można też dodawać komentarze do prezentowanych tekstów. Wierzymy, że pozwoli to na pełniejszy kontakt z czytelnikami.

Szymon Nowak

Adres strony: www.mmpolonia.org

MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL – MMI

Medicus Mundi International jest siecią skupiającą 16 niedochodowych organizacji pozarządowych (non-profit) zlokalizowanych w 9 krajach świata, w tym w Polsce, którą reprezentuje Medicus Mundi Poland przy Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio". Grupa powstała w roku 1962 w celu wspólnej działalności organizacji zainteresowanych walką z biedą oraz poprawą dostępności do opieki zdrowotnej jako podstawowego prawa każdego człowieka (koncepcja „Zdrowie dla Wszystkich"). Statut zakłada tworzenie „żywego" zrzeszenia dla wymiany wiedzy, rozwiązywania problemów i rozwoju wspólnych działań. MMI wychodzi z założenia, że należy robić wszystko, aby poprawić dostęp do podstawowej, równej, w pełni wykwalifikowanej i niedrogiej opieki zdrowotnej oraz prowadzić działania na rzecz scalania ochrony zdrowia jako całości. Zauważa, że pozarządowe organizacje o charakterze medycznym są istotnym graczem w ujęciu światowej ochrony zdrowia. MMI działa jako unia, nie jest więc organizacją, która przewodniczy pozostałym i narzuca im swoje rozwiązania. Podstawowe założenia Medicus Mundi International oparte są na pełnej współpracy i poszanowaniu każdego z członków, bez umniejszania ważności któregokolwiek z nich. MMI od 1974 roku pozostaje w oficjalnych stosunkach ze Światową Organizacja Zdrowia (WHO). Strategia rozwoju MMI na lata 2011-2015 zakłada 4 ważne punkty.

1.

Pierwszym z nich jest scalanie tożsamych działań na rzecz wzmocnienia ochrony zdrowia przez wkład w debatę o poprawie jakości opieki zdrowotnej – ma to być najważniejszym wyznacznikiem wspólnych starań i polityki sieci.

2.

Ponadto, MMI chce w dalszym ciągu rozwijać możliwość wymiany doświadczeń między członkami i stać się organizacją jeszcze bardziej otwartą, przez właściwe wykorzystanie dostępnych możliwości, takich jak organizacja spotkań, grup roboczych, konferencji. Ważnym miejscem pozyskiwania nowych informacji jest internetowa platforma Sieci (MMI ePlatform). Na bieżąco poczynania Sieci można śledzić na Twitterze (mmi_updates).

3.

MMI chce być głosem międzynarodowego poparcia dla WHO, przez co ma być postrzegana jako istotny i respektowany przedstawiciel społeczeństwa. Założeniem jest uczestniczenie w różnych strukturach i spotkaniach WHO. Jednocześnie, MMI ma pełnić rolę organu kontrolującego właściwy rozwój WHO i wzmacnianie jej pozycji jako międzynarodowej organizacji bezpośrednio zaangażowanej i odpowiedzialnej za sprawy zdrowia. Za cel obrało sobie również pomoc we wprowadzeniu opracowanego przez WHO kodeksu określającego sposób rekrutacji pracowników światowej służby zdrowia.

Jest to założenie istotnego programu MMI funkcjonującego pod nazwą **Human Resources for Health**. Problem ten jest wielopłaszczyznowy, uwzględniający konieczność działania na gruncie lokalnym i krajowym, biorąc pod uwagę między innymi udział sektora publicznego, zmianę systemu edukacji oraz kwestie źródeł finansowania kadr medycznych. Przyczyn nieodpowiedniej organizacji systemów zdrowotnych w krajach rozwijających się doszukiwać trzeba się również w braku czy też złym przygotowaniu i wykwalifikowaniu oraz słabej motywacji pracowników służby zdrowia.

4.

Innym aspektem działalności MMI jest promocja współpracy między organizacjami członkowskimi a badawczymi ośrodkami akademickimi zaangażowanymi w proces wzmacniania światowej ochrony zdrowia.

Program Global Health Governence, kluczowy w całej działalności MMI, prowadzi merytoryczny dialog nt. zarządzania światową ochroną zdrowia, reprezentując podobne stanowiska z innymi społecznymi organizacjami skupionymi wokół problemu polityki zdrowotnej. W ostatnim czasie Medicus Mundi wraz z innymi organizacjami podpisała list intencyjny skierowany do Sekretarza Generalnego ONZ w sprawie upływu terminu spełnienia Millenium Development Goals, zaplanowanych na rok 2015, reprezentując jednocześnie stanowisko Organizacji Beyond 2015, która proponuje nowe rozwiązania dla światowego rozwoju po roku 2015. To działanie MMI wpisuje się w założenie prowadzenia dialogu na rzecz zrównoważonego rozwoju i właściwej organizacji opieki zdrowotnej o odpowiedniej jakości. W kręgu zainteresowania Sieci pozostają również sprawy związane ze zdrowiem dzieci, kobiet w ciąży oraz „priorytetowych" chorób, zarówno zakaźnych, jak i niezakaźnych, w istotny sposób ograniczających jakość życia ludzi w krajach rozwijających się.

Siedzibą sekretariatu MMI jest Bazylea w Szwajcarii. Prezesem Sieci jest dr Nicolaus Lorentz, związany ze Szwajcarskim Instytutem Medycyny Tropikalnej, a Sekretarzem Wykonawczym jest Thomas Schwarz.

Więcej informacji na temat bieżącej działalności MMI można znaleźć na stronie:
www.medicusmundi.org

Źródło: www.medicusmundi.org

oprac. Szymon Nowak

TRĄD

Trąd współcześnie: epidemiologia, postępy, wyzwania oraz niedostatki w badaniach

250 000 nowych przypadków trądu wykrywanych każdego roku sprawia, że choroba ta w dalszym ciągu pozostaje wyzwaniem dla zdrowia publicznego. Mimo szerokiego zastosowania skutecznej terapii wielolekowej, trąd do tej pory nie został wyeliminowany. U jednej trzeciej nowo zdiagnozowanych pacjentów występują uszkodzenia nerwów i może rozwinąć się niepełnosprawność, aczkolwiek proporcja ta może ulegać zmianie na skutek działania różnych czynników, w tym poziomu samoopieki. W szczególnie niekorzystnym położeniu znajdują się kobiety chore na trąd – diagnoza w tej grupie często stawiana jest późno, wysoki jest też odsetek kobiet dotkniętych kalectwem. Trąd nie został wskazany w Milenijnych Celach Rozwoju, jednak poprawa sytuacji w obszarach określonych w MDGs, takich jak dostęp do edukacji czy zmniejszenie skali ubóstwa, pomoże również chorym na trąd. Niniejszy artykuł podsumowuje dane na temat trądu oraz zawiera rekomendacje w zakresie badań w dziedzinie diagnostyki, leczenia i profilaktyki, takich jak dalsze wykorzystanie analizy molekularnej genomu *Mycobacterium leprae*, zastosowanie szczepień BCG i chemioprofilaktyki u osób z kontaktu.

Wprowadzenie

Trąd jest wiodącą zakaźną przyczyną niepełnosprawności. Chociaż jego występowanie uległo znaczącemu ograniczeniu w ciągu ostatnich 50 lat, nadal pozostaje problemem dla zdrowia publicznego. Na drodze do dalszego ograniczenia występowania trądu stoją rozmaite przeszkody. Model transmisji trądu nie został dobrze poznany, choć wiadomo, że zakażenie najprawdopodobniej przenoszone jest drogą kropelkową lub poprzez wydzielinę z owrzodzeń wywołanych przez chorobę. Nie wiadomo, u jak wielu zakażonych osób pojawiają się objawy kliniczne oraz jakie znaczenie odgrywa tu reaktywacja przeszłych zakażeń. Mimo iż postawienie diagnozy na podstawie objawów klinicznych często jest proste, brakuje dobrego testu (point-of-care test) potwierdzającego podejrzenie choroby. Opóźnienie w postawieniu właściwej diagnozy może mieć negatywne skutki, takie jak zwiększone ryzyko uszkodzenia nerwów. Chociaż do opóźnienia w diagnozie przyczynia się wiele czynników, nadal ważnym przejawem w wielu kulturach jest stygmatyzacja, jakiej poddawani są chorzy. Dodatkowo, odpowiedź immunologiczna i mechanizm odpowiedzialny za powstawanie uszkodzeń nerwów nie zostały dobrze poznane, brak przewidywalnego testu do określenia rozmiaru uszkodzenia nerwów oraz wystarczających dowodów na temat najlepszego leczenia. Głównymi komplikacjami, dotykającymi około 30% chorych, są reakcje trądowe.

WHO jako cel wyznaczyło zmniejszenie liczby przypadków niepełnosprawności 2 stopnia w momencie diagnozy, brak jednak standardów raportowania niepełnosprawności. Włączenie leczenia trądu do podstawowej opieki zdrowotnej paradoksalnie zmniejszyło umiejętności w diagnozowaniu i leczeniu tej choroby. WHO zaleca terapię wielolekową trwającą 6 miesięcy w przypadku postaci małobakteryjnej (do 5 zmian skórnych) oraz 12 miesięcy w przypadku postaci wielobakteryjnej (powyżej 5 zmian). Jednakże te schematy mogą być niewystarczające u pacjentów z postacią lepromatyczną i z wysoką liczbą bakterii, a alternatywne schematy leczenia nie są jeszcze opracowane. Chociaż problem lekooporności nie stanowił jak dotąd problemu w terapii skojarzonej, monitorowanie sytuacji w tym zakresie jest konieczne.

Priorytetem w dziedzinie walki z trądem są badania naukowe. Osoby z kontaktu znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka zakażenia. Ryzyko zmniejszają chemioprofilaktyka i szczepienia BCG. Jednakże postępowanie logistyczne, względy etyczne oraz opłacalność chemioprofilaktyki są niejednoznacznie dopracowane. Poznanie sekwencji genomu *Mycobacterium leprae* wytyczyło nowe ścieżki dla nauk podstawowych i badań klinicznych. Dane na temat genomu mogą być przydatne w opracowaniu potencjalnych leków i szczepionek przeciwko trądowi. Aspekty związane z opieką zdrowotną, które wymagają badań, to zapewnienie równości w dostępie do usług medycznych w celu wczesnego postawienia diagnozy, prowadzenia leczenia i rehabilitacji oraz ograniczenie stygmatyzacji.

Historia trądu i walki z nim

Analiza DNA *Mycobacterium leprae* wskazuje, że bakteria ta najpierw pojawiła się w Afryce, skąd rozprzestrzeniła się na Azję i Amerykę Południową. Skuteczną monoterapię z zastosowaniem dapsonu zaczęto stosować w latach 40. XX wieku. Lek ten wymagał jednak dożywotniego stosowania, a w latach 60. stwierdzano szeroko rozpowszechnioną lekooporność. W 1981 roku WHO zaleciła, by wszyscy pacjenci otrzymywali terapię skojarzoną, obejmującą rifampicynę i dapson lub rifampicynę, dapson i clofaziminę w przypadku postaci wielobakteryjnej. W 1995 wydano rezolucję, która zapewniała wszystkim chorym bezpłatną terapię skojarzoną.

W 1991 Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję zakładającą „eliminację trądu jako problemu zdrowia publicznego" do roku 2001 (jako eliminację rozumiano w tym przypadku ograniczenie rozpowszechnienia choroby do mniej niż 1 przypadku na 10 000 osób). Starania towarzyszące tej rezolucji obejmowały zastosowanie terapii skojarzonej oraz reklasyfikację trądu decydującą o długości leczenia. Wymienione działania w dziedzinie rejestracji, wraz z szerokim zastosowaniem szczepień BCG, które miały chronić przed gruźlicą, ale chroniły również przed trądem, doprowadziły do znacznego zmniejszenia rozpowszechnienia trądu. Niemniej jednak, trąd nie został wyeliminowany, a użycie słowa „eliminacja" w treści rezolucji przyczyniło się do

→

postrzegania go jako zanikającego problemu oraz ograniczenia funduszy na rzecz badań i kontroli tej choroby. Gdy Strategiczny Plan WHO na rzecz Eliminacji Trądu był wznawiany, słowo „eliminacja" zastąpiono określeniem „ograniczenie obciążenia trądem", które określało bezpośredni wymiar tej choroby i związane z nią obciążenie kalectwem.

Trąd nie został wyraźnie ujęty w żadnym z Milenijnych Celów Rozwoju, ale cele odnoszące się do ubóstwa, podstawowej edukacji oraz budowania globalnego partnerstwa są zbieżne z walką z trądem. Niepełnosprawność również nie została w nich ujęta, jednak sugerowano różne możliwości zintegrowania jej z MDGs. W 2008 roku uchwalono Konwencję na temat Praw Osób Niepełnosprawnych, a Rada Praw Człowieka ONZ wydała rezolucję w sprawie zwalczania dyskryminacji osób dotkniętych przez trąd oraz ich rodzin. Pojawiła się obawa, że Milenijne Cele Rozwoju spowodowały pewną nierównowagę w planie rozwoju, w szczególności skupienie się na HIV/AIDS i malarii mogłoby spowodować zaniedbania w dziedzinie walki z innymi chorobami, w tym z trądem. Ponieważ trąd jest chorobą związaną z ubóstwem, niezmiernie ważne staje się zapewnienie równego dostępu do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, jak również profilaktyki.

Epidemiologia

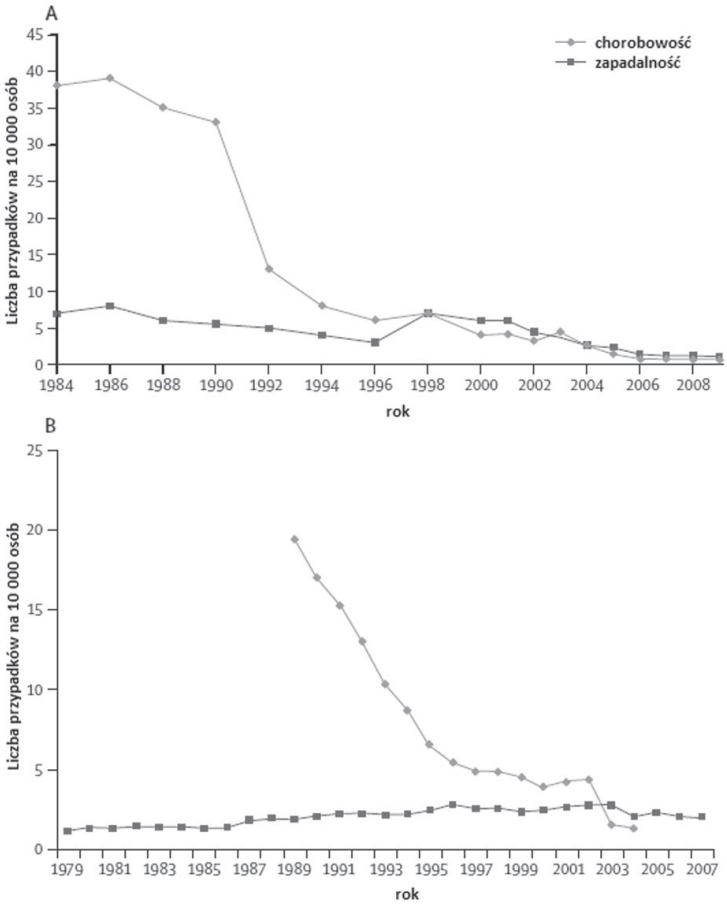
Rocznie wykrywanych jest około 250 000 nowych przypadków trądu. Blisko 15 mln osób udało się wyleczyć dzięki terapii skojarzonej i u około 2 mln osób udało się zapobiec kalectwu. Rozpowszechnienie trądu zmniejszyło się znacząco z 620 638 przypadków w 2002 roku do 213 036 w 2009 roku, należy jednak mieć na uwadze, że spadek ten jest częściowo związany ze zmniejszeniem występowania trądu o połowę z powodu skrócenia długości leczenia z 24 do 12 miesięcy. Na wykresach przedstawiono dane dla Indii i Brazylii, które podkreślają, jak ważne jest posługiwanie się wskaźnikiem wykrywania nowych przypadków jako markerem transmisji trądu. Nadal wykrywanych jest wiele nowych przypadków – w 2008 roku zgłoszono 249 000, z czego 94% odnotowano w 17 krajach, w których wykryto powyżej 1000 przypadków w danym roku. Jak widać na załączonym wykresie, wskaźnik wykrywania nowych przypadków w Brazylii jest nadal wysoki. Badania prowadzone w Maharashtra, w Indiach, wykazały obecność od 3 do 9 przypadków na 10 000 osób, a 30% wszystkich nowych przypadków stanowiły dzieci.

Transmisja

U większości osób zakażonych *Mycobacterium leprae* nie rozwija się postać kliniczna choroby, aczkolwiek brak możliwości rozpoznawania zakażenia subklinicznego. Prątek trądu namnaża się powoli, długi jest też okres inkubacji, trwający od 2 do 12 lat. Model transmisji nie został wystarczająco opracowany, jednak uważa się, że zakażenie może nastąpić przez kontakt z wydzielinami z owrzodzeń osoby chorej lub drogą kropelkową, poprzez materiał (aerozol) pochodzący z jamy nosowej.

Najważniejszym rezerwuarem zakażenia jest człowiek, jednak na obszarze Ameryk rezerwuar mogą również stanowić pancerniki. Chociaż nie jest znany odsetek zakażeń przenoszonych przez pancerniki, czynione są postępy w szacowaniu tej liczby; na południu USA w dwóch trzecich przypadków w owrzodzeniach skóry wykrywa się szczepy *M. leprae* wywodzące się od pancerników. Większość pacjentów nie zakaża innych osób, ponieważ mycobacterium ulokowane jest wewnątrzkomórkowo. Jednakże chorzy z postacią lepromatyczną mogą zakażać innych, dopóki nie rozpoczną terapii skojarzonej. Osoby pozostające w kontakcie z nimi znajdują się w grupie ryzyka, którego wielkość zależy od stopnia bliskości kontaktu (największym ryzykiem obarczony jest bliski kontakt domowy). Ryzyko zakażenia jest dwukrotnie większe w przypadku kontaktu z chorym z postacią wielobakteryjną, w porównaniu do kontaktu z chorym z postacią małobakteryjną.

Pozostaje niejasne, czy predyspozycja genetyczna odgrywa rolę w rozwoju trądu. Opisano gen odpowiedzialny za podatność na trąd, ale są pewne trudności w powtórzeniu tego stwierdzenia. Szeroko zakrojone badania ludzi z trądem i zdrowych wykazały nowe powiązania między wariantami genów na ścieżce NOD-2, regulującej wrodzoną odporność i określające ryzyko zakażenia i formę kliniczną rozwijającego się trądu. Sekwencja genomu *M. leprae* jest znana od 2001 roku. Badania nad szczepami *M. leprae* opierały się m.in. na ocenie polimorfizmu pojedynczych nukleotydów. Wykazano 4 podtypy *M. leprae* i postulowano drogi krążenia ich w świecie. W badaniach materiału z Brazylii, Indii, Tajlandii i USA stwierdzono 201 zmian polimorficznych pojedynczych nukleotydów i 14 zmian w pojedynczych bazach. Te badania wykonane u 400 izolatów potwierdziły 16 podtypów opartych na polimorfizmie pojedynczych nukleotydów. Niski poziom polimorfizmu w 4 szczepach, w których 99,0-99,5% genomów jest identycznych, potwierdza małą zmienność *M. leprae.* Podjęto badania klasyfikujące szczepy trądu w różnych krajach. Jedno badanie genotypów 475 szczepów *M. leprae* w 6 różnych krajach wykazało, że szczepy prątków trądu mają tendencję do występowania lokalnego; różnice zależały od migracji ludności.



Wykres: Zapadalność i chorobowość na trąd w Indiach (A) i w Brazylii (B)

TRĄD

Trąd współcześnie: epidemiologia, postępy, wyzwania oraz niedostatki w badaniach

(ciąg dalszy ze str. 11)

Istnieją podejrzenia, ze szczep w Indiach pochodzi od szczepu z Filipin. Badania genetyczne w trądzie są trudne. Istnieje jednak możliwość oceny, czy trądowy rumień guzowaty wiąże się z określonym szczepem oraz czy szczep *M. leprae* powodujący zakażenie u pancerników jest tym samym szczepem, który powoduje trąd u ludzi. Badania molekularne mogą również wyjaśnić mechanizmy patogenności trądu, przewlekłości zakażenia i długości przeżycia.

Obraz kliniczny

Zakażenie *M. leprae* prowadzi do przewlekłego ziarniniakowego zapalenia skóry i nerwów obwodowych. Typ postaci, która rozwinie się u danego chorego, zależy od odpowiedzi komórkowej na zakażenie. Postaci trądu mogą być określane na podstawie systemu klasyfikacji Ridley'a-Joplinga, który opiera się na rodzaju zmian skórnych oraz liczebności bakterii. U pacjentów z postacią tuberkuliczną dominuje odpowiedź typu komórkowego oraz występują pojedyncze zmiany na skórze, w których nie stwierdza się obecności prątków. U pacjentów z postacią lepromatyczną brak odpowiedzi na *M. leprae*, a zmiany skórne są rozsiane i stwierdza się w nich obecność prątków. Pomiędzy tymi dwoma postaciami wyróżnia się cały szereg postaci granicznych trądu.

WHO wprowadziła uproszczoną klasyfikację, która opiera się na liczbie zmian skórnych i na tej podstawie określa postać trądu jako małobakteryjną (maksymalnie pięć zmian) lub wielobakteryjną (powyżej pięciu zmian). Klasyfikacja ta znajduje szerokie zastosowanie w podejmowaniu decyzji o leczeniu. Porównanie dwóch wyżej wymienionych systemów wykazało, że w Indiach do 60% chorych z postacią graniczną trądu (wg klasyfikacji Ridley'a-Joplinga) przypisanych do określonej przez WHO grupy małobakteryjnej posiadało negatywny wynik wymazu pobranego z nacieków skórnych. Okazało się więc, że pacjenci ci zostali poddani przesadnemu, nadmiernemu leczeniu, co podkreśla konieczność bardziej rygorystycznej klasyfikacji w ośrodkach referencyjnych i dalszych badań nad trądem.

Uszkodzenie nerwów może pojawić się przed wdrożeniem leczenia, podczas jego trwania lub nawet po jego zakończeniu, powodując niepełnosprawność i trwałe kalectwo, wiążące się ze stygmatyzacją i społecznym wykluczeniem. Badanie kohortowe przeprowadzone w Etiopii wykazało, że u 47% dopiero co zdiagnozowanych chorych występowało już upośledzenie funkcji nerwów. Dodatkowo, u 12% pojawiło się uszkodzenie nerwów już po rozpoczęciu leczenia, a tylko u 33% chorych nie doszło do zajęcia nerwów w żadnym z okresów choroby. Stopień uszkodzenia nerwów świadczy o tym, jak wiele czasu upływa od pojawienia się objawów trądu do postawienia właściwej diagnozy. Opóźnienie wynosi często całe lata, podczas których neuropatia może rozwijać się niemal niezauważona.

Proces zapalny obecny w nerwach powodowany jest przez antygeny prątków aktywujące niszczącą odpowiedź zapalną, w której pośredniczą limfocyty CD4+ i makrofagi, z udziałem licznych cytokin, zwłaszcza TNF-α.

Reakcje trądowe występują u około 30% pacjentów z postacią wielobakteryjną w trakcie i po zakończeniu terapii skojarzonej. Głównymi stosowanymi lekami są steroidy. Wskaźnik nawrotów choroby po ich zastosowaniu wynosi 20-50%.

Reakcje trądowe typu rumienia guzowatego występują u około 50% chorych z postacią lepromatyczną. Zmiany te dotyczą skóry, nerwów, oczu oraz jąder, mogą ustępować i pojawiać się na nowo przez kilka lat. W ich leczeniu stosuje się obecnie steroidy i talidomid, jednak ten drugi w wielu krajach jest niedostępny z uwagi na jego potencjalne działanie teratogenne.

Ze względu na podobieństwa pomiędzy trądem a gruźlicą, na początku epidemii HIV-1 obawiano się, że zakażenie HIV-1 może zwiększać ryzyko zachorowania na trąd, zwłaszcza postać lepromatyczną, lub że u osób z obydwiema infekcjami trąd może przybierać ciężką postać i dawać złe rokowania. Choć dane dotyczące pacjentów zakażonych HIV i chorych na trąd są skąpe, żadne z tych obaw nie wydają się być potwierdzone.

Leczenie

WHO zaleca terapię skojarzoną obejmującą stosowanie rifampicyny i dapsonu przez 6 miesięcy u chorych na postać małobakteryjną lub rifampicyny, dapsonu i clofaziminy przez 12 miesięcy u chorych na postać wielobakteryjną. W wydanym w 2009 roku raporcie WHO Technical Advisory Group on Leprosy Control podkreślono, że zakaźność po rozpoczęciu leczenia skojarzonego jest mało prawdopodobna.

Diagnostyka

Od pewnego czasu przedmiotem zainteresowania są testy serologiczne pozwalające wykrywać zakażenie i monitorować postępy w leczeniu trądu. Testy te mogłyby być przydatne w identyfikowaniu kontaktów, monitorowaniu transmisji trądu i prowadzeniu leczenia. Mimo dostępności wielu testów, żaden z nich nie jest wystarczająco swoisty i czuły w odniesieniu do trądu. B. Sekar pisze o poprawie jakości w przypadku kilku testów immunologicznych. Badania dotyczą testów wykrywających przeciwciała przeciwko PGL-1 (np. dipstick, ELISA, ML Flow test); nowych antygenów do testu skórnego, takich jak rozpuszczalne antygeny *M. leprae* i lipoarabinomannan, protein związanych z otoczką *M. leprae* i ich różnymi frakcjami, wykorzystywania wyników badań immunologicznych w rozpoznawaniu gruźlicy, takich jak nad CFP-10 and ESAT-6 proteinami; oraz zupełnie nowych antygenów specyficznych dla *M. leprae*, identyfikowanych w wyniku analizy genomu, w tym nakładania się krótkich peptydów różnych rekombinowanych protein w celu identyfikacji specyficznych epitopów komórek B i T.

Profilaktyka

Chemioprofilaktyka skutecznie obniża zapadalność na trąd u osób mających bliski kontakt z chorym, jednak zastosowanie tego rozwiązania na szerszą skalę nadal jest dyskutowane. Pojedyncza dawka rifampicyny może zapobiec rozwojowi choroby u zakażonych, ale tylko u osób z niskim wykładnikiem prątków i nie mających bliskiego kontaktu z chorym. Obawy o możliwość oporności w związku ze stosowaniem monoterapii doprowadziły do zalecenia, że należy stosować jedną lub dwie dawki 600 mg rifampicyny, 400 mg ofloxaciny oraz 100 mg minocycliny.

Szczepienie przeciwko gruźlicy chroni częściowo przed trądem, tak więc wprowadzenie szczepień noworodków przeciwko tej chorobie mogło mieć znaczący wpływ na ograniczenie rozpowszechnienia trądu.

→

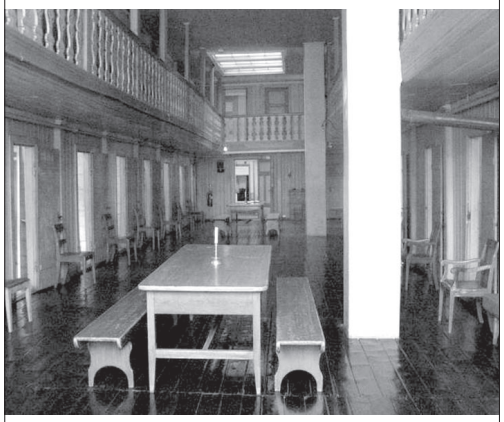
Muzeum trądu w Bergen (Norwegia)

TRĄD

W roku 1993 z okazji konferencji dyrektorów Europejskich Szkół Medycyny Tropikalnej w Bergen miałem okazję zwiedzić jedno z nielicznych w świecie, a najpewniej najlepiej zachowane, Muzeum Trądu. Muzeum otwarte w roku 1970, od roku 1972 jest pod opieką Fundacji Wydziału Lekarskiego w Bergen. Muzeum składa się z dwóch części szpitalnej i kościelnej.

Dawny szpital ST. Jørgens jest najstarszym szpitalem w Norwegii, którego początków można szukać w połowie XV wieku. Budynek, który zwiedza się dzisiaj, był przebudowany w roku 1754. Składa się on z jednej dużej sali chorych w środku i po obu jej bokach szeregu niewielkich pokoi, stanowiących separatki dla chorych, laboratorium, pokój dla zabiegów chirurgicznych, pomieszczenia dla lekarzy i pielęgniarek. Od połowy XVII wieku szpital został przeznaczony dla leczenia trędowatych; w niektórych okolicach Norwegii trąd był wówczas powszechny, występował niekiedy u 3% lokalnych populacji. Dopiero po roku 1830 zajęto się w Norwegii poważnie zwalczaniem trądu. Powstawały nowe szpitale dla trędowatych i podjęto badania nad przyczyną choroby.

W roku 1868 w szpitalu w Bergen Gerhard Henrik Armauer Hansen rozpoczął badania mikrobiologiczne nad etiologią trądu, które w roku 1873 doprowadziły do wykrycia prątka Hansena – *Mycobacterium leprae*. Trwało to pewien czas zanim prątek Hansena uznano za istotną przyczynę trądu. Z braku podatnych zwierząt laboratoryjnych i możliwości hodowli drobnoustroju, Hansen próbował potwierdzić swą teorię zarażając kilka osób zawiesiną prątków, ale osoby te nie zachorowały na trąd. Natomiast jedna z tych osób wystąpiła z wnioskiem o odszkodowanie za narażenie życia, co naraziło dr Hansena na duże przykrości. Od roku 1839 w szpitalu działał dr Daniel Corneliusz Danielssen, który wraz z kolegą Carlem Wilhelmem Boeck opisali w roku 1847 przebieg choroby trądu. Rozróżniano wówczas dwie postacie trądu: złośliwą – Elephantiasis tuberculosa – dziś znaną jako postać lepromatyczna oraz dobrotliwą – Elephantiasis anaesthetica – dziś postać tuberkulidalna lub graniczna trądu.



Źródło: fot. Internet

Muzeum trądu w Bergen – widok ogólny, dolne zdjęcie – wspólna sala i szereg niewielkich pokoi

Monografia tych dwóch autorów, pt. „On Leprosy", sprawiła, że w roku 1854 powołano w Norwegii urzędowego lekarza do zwalczania trądu, był nim dr J. J. Hjort, i założono rejestr trędowatych w Norwegii. Założono 4 nowe szpitale dla trędowatych pacjentów, ale ten w Bergen był zawsze największym; hospitalizowano w nim do 150 chorych. Trąd powoli ustępował z Norwegii. Ostatni pacjent został przyjęty do szpitala w Bergen w roku 1896, a dwóch ostatnich trędowatych pacjentów zmarło tam w roku 1946!

Zwiedzanie Muzeum Trądu w Bergen pozwala w szczegółach zapoznać się z historią trądu w Norwegii poprzez szereg oryginalnych ekspozycji w dobrze zachowanych do dzisiaj pomieszczeniach szpitala.

Obok budynku szpitala jest drewniany kościół. Opieka nad chorymi zawsze była w orbicie zainteresowania Kościoła. Jednym z ciekawych spostrzeżeń w czasie zwiedzania było, że kościół był podzielony ołtarzem na dwie części: dla lokalnych parafian, a po drugiej stronie ołtarza – dla trędowatych.

Opuszczałem Muzeum Trądu w Bergen z szeregiem przemyśleń na temat życia w Europie w czasach, kiedy w niej grasował trąd, na temat postępu medycyny oraz pełen podziwu dla lekarzy i pielęgniarek, które zajmowały się trądem, przez wieki (od czasu Wikingów) budzącym grozę i prowadzącym do izolacji i nieludzkiej stygmatyzacji chorych.

Prof. Zbigniew Pawłowski

Poznanie sekwencji genomu *M. leprae* umożliwiło rozpoczęcie badań nad nowoczesną podjednostkową szczepionką białkową, są one jednak mniej zaawansowane niż badania nad szczepionką przeciwko gruźlicy. Podstawową przyczyną jest ich opłacalność, ponieważ trąd występuje zdecydowanie rzadziej niż gruźlica, a związana z nim zapadalność ulega zmniejszeniu. Dodatkowo, w przeciwieństwie do badań nad szczepionką przeciwko gruźlicy, w przypadku trądu brak odpowiedniego modelu zwierzęcego – patogeneza u myszy jest atypowa, zaś pancerniki nie nadają się do testowania szczepionek. Jednakże odkrycia dokonane podczas testów nad szczepionkami przeciwko gruźlicy mogą rzucić światło na mechanizm kryjący się za odpornością na prątki i pomóc w opracowaniu nowej szczepionki chroniącej przed trądem.

tłum. i oprac. Ewa Kaczmarek

Źródło: Laura C Rodrigues, Diana N J Lockwood „Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps", Lancet Infectious Diseases 2011; 11: 464-70

Od Redakcji: w numerze 6/7 „Medicus Mundi Polonia" z 2002 roku opublikowaliśmy obszerny artykuł na temat trądu autorstwa Pani Dr h. c. Wandy Błeńskiej.

Deklaracja Londyńska – ograniczenie występowania zaniedbywanych chorób tropikalnych

Wzorem dobrych doświadczeń wzajemnej współpracy sektora publicznego z prywatnym, w Londynie pod koniec stycznia 2012 podpisano London Declaration. Dokument dotyczył działań na rzecz ograniczenia występowania siedemnastu ważnych chorób tropikalnych, które dotykają prawie półtora miliarda ludzi w najbiedniejszych krajach świata. Założono również, że do końca dekady, *de facto* więc do 2020 roku, uda się zlikwidować lub przynajmniej skutecznie kontrolować 10 spośród tych 17 chorób. Chodzi między innymi o śpiączkę afrykańską, drakunkulozę, trąd i schistosomatozę, która jest drugą po malarii przyczyną zgonów z powodu chorób pasożytniczych. Konwent był konsekwencją przyjęcia pod koniec 2011 roku przez WHO rezolucji pod nazwą „Mapa Drogowa" („Road Map"), która zakłada sposób postępowania mający na celu efektywne zwalczanie zaniedbywanych chorób tropikalnych (neglected tropical diseases, NTDs). Uczestnikami spotkania byli przedstawiciele trzynastu dużych, światowych koncernów farmaceutycznych, organizacji pozarządowych, w tym USAID (Agencja Stanów Zjednoczonych ds. Międzynarodowego Rozwoju), Lions Clubs International oraz Banku Światowego. Ważną rolę odegrała obecność Billa Gatesa, który zapowiedział dużą pomoc finansową dla realizacji projektu.

Bill, a właściwie William Henry Gates, Amerykanin, światowy przedsiębiorca i filantrop. Przez długi czas był związany z koncernem informatycznym Microsoft. Według magazynu Forbes, Gates był drugi na liście najbogatszych ludzi na świecie w 2011 roku, a jego majątek szacowany jest na 59 miliardów dolarów.

Kryzys światowy w znacznym stopniu wpłynął na ograniczenia pomocy płynącej do krajów rozwijających się. Pracownicy z Uniwersytetu w Waszyngtonie podają, że w latach 2009-2011 wydatki na pomoc wzrosły tylko o 4%. Wyłączając pożyczki Banku Światowego, można stwierdzić, że trend wzrostowy dofinansowań został zatrzymany. Kontrastuje to z początkowymi latami po przyjęciu w 2000 roku założeń Millenium Development Goals, kiedy to przez kolejnych 7 lat donacje dla biednych krajów wzrosły niemal dwukrotnie.

26 stycznia 2012 Bill Gates podczas Światowego Forum Ekonomicznego w Davos zapowiedział przekazanie ponad 750 milionów dolarów dla Światowego Funduszu na Rzecz Zwalczania AIDS, Gruźlicy i Malarii. To już drugi tak duży program wdrażany przez Fundację Gatesów (prowadzoną przez Billa i jego małżonkę Melindę). Pierwszy, zapoczątkowany w 2007 roku, zakładał podjęcie kroków dla całkowitego uwolnienia świata od malarii. Do tej pory konto Funduszu zostało zasilone przez Fundację Gatesów kwotą blisko 650 milionów dolarów. Przedsiębiorca i orędownik zdrowia, jak określany jest Bill Gates, obiecał przekazać na zwalczanie NTDs 363 miliony z 785 milionów dolarów oferowanych w ciągu kolejnych pięciu lat.

Sygnatariusze London Declaration zobowiązali się powiększyć bezwzględne ilości donowanych leków, oraz wzmocnić wysiłki dążące do opracowywania nowych, dzięki którym będzie można osiągnąć założone cele. Wielokrotnie podkreślano podejmowane wysiłki na rzecz ograniczenia NTDs, jednocześnie zauważając, że można tego dokonać tylko przez bardzo bliską współpracę firm, organizacji pozarządowych, przy współudziale WHO. W oficjalnym biuletynie wystosowanym dla prasy podczas spotkania w Royal College of Physicians czytamy, że GlaxoSmithKline zobowiązał się bezpłatnie oferować 400 milionów tabletek rocznie dla zwalczania helmintoz i podtrzymać pomoc w postaci 600 milionów tabletek do leczenia filariozy. Novartis zamierza jeszcze bardziej zaangażować się w prowadzenie wielolekowej (ryfampicyna, klofazymina, dapson) kampanii na rzecz leczenia pacjentów cierpiących na trąd. Sanofi Aventis podtrzyma swoją pomoc w postaci melarsoprolu, pentamidyny i eflornityny dla zwalczania śpiączki afrykańskiej. Zwrócono uwagę na konieczność przyspieszenia prac dla poszukiwań nowych leków. USAID zobowiązał się do podtrzymania lub wdrożenia kompleksowych programów dla zwalczania NTDs w 20 krajach świata – włączając w to trzy nowe – Mozambik, Senegal i Kambodżę. Bank Światowy zapowiedział finansową i techniczną pomoc dla wdrożenia i usprawnienia systemów ochrony zdrowia w krajach rozwijających się. Ma to pomóc integrować działania na rzecz zwalczania NTDs. Lions Clubs International obiecał pomoc w wysokości prawie 7 milionów dolarów dla Chin na rzecz zwalczania jaglicy. Rządy, między innymi Bangladeszu, Brazylii, Tanzanii i innych krajów dotkniętych epidemicznym występowaniem NTDs, zapowiedziały opracowanie planów strategicznych dla ograniczenia występowania tych chorób na ich terenie.

Wiele z tych chorób dotyka poszczególne regiony świata jednocześnie. Jednym ze sposobów efektywnego i ekonomicznego działania ma być rozdysponowywanie leków jednocześnie. Peter Hotez z Sabin Vaccine Institute uważa, że jednoczesne podawanie azytromycyny (lek na jaglicę), albendazolu (na filariozy limfatyczne), iwermektyny (na filariozy limfatyczne i onchocerkozę) i prazykwantelu (na schistosomatozę) może obniżyć koszty leczenia o połowę w przeliczeniu na pacjenta na rok, w porównaniu z prowadzeniem osobnych programów do zwalczania poszczególnych chorób.

Niektórzy jednak sceptycznie podchodzą do pomysłu. Uważają, że takie wielolekowe postępowanie może wygenerować oporność na leki. Przedstawiciele organizacji *Médecins sans Frontières* mówią otwarcie, że samo przeznaczenie pieniędzy na rozdysponowywanie leków nie wystarczy do całkowitej likwidacji niektórych chorób. Potrzebne są wielopłaszczyznowe działania na rzecz poprawy edukacji, wdrożenia odpowiedniej profilaktyki i zwalczania wektorów odpowiedzialnych za przenoszenie chorób. Dopiero wtedy będzie można mówić o pełnym sukcesie.

oprac. Szymon Nowak

Źródła: Nature.com, Economist.com, Unitingtocombatntds.com

Konferencja w Busan – 4 Forum Wysokiego Szczebla ds. efektywności pomocy międzynarodowej

Na przełomie listopada i grudnia 2011 roku w Busan, w Korei Południowej, odbyło się 4. Forum Wysokiego Szczebla dotyczące efektywności pomocy międzynarodowej. Miało ono ocenić stopień realizacji głównych założeń Deklaracji Paryskiej z 2005 roku.

Konferencja w Paryżu zakończyła się ustaleniem 5 nadrzędnych zasad efektywności pomocy mających przynieść zysk w dążeniu do globalnego rozwoju. Zasady te dotyczyły:

- własności – respektowanie priorytetów i potrzeb krajów biorców,
- dostosowania – oparcie działań pomocowych o narodowe strategie rozwojowe ustalane przez państwa biorców,
- harmonizacji – większa przejrzystość procedur działań pomocowych,
- zarządzania na rzecz rezultatów – nacisk na efekty udzielanej pomocy,
- wzajemnej odpowiedzialności – państwa donatorzy i państwa biorcy mają ponosić wspólną odpowiedzialność za efekty pomocy.

Eksperci od efektywności pomocy zauważają, że udało się zrealizować tylko niewielką część z 13 założeń przyjętych 7 lat temu. Mowa o konieczności posiadania strategii rozwojowych przez państwa otrzymujące pomoc. Strategie takie z założenia miały ułatwiać państwom donatorom identyfikację potrzeb i ukierunkowanie na nie pomocy. Drugą sprawą jest zwiększenie użyteczności wskaźników mówiących o efektywności pomocy. Pojawiają się jednak głosy zwracające uwagę, że teoretyczne wskaźniki przyjęte w Paryżu nie pozwalają na określenie rzeczywistej skali świadczonej pomocy rozwojowej. Niektórzy postulują przedstawianie skali niesienia pomocy wprost, przez zobrazowanie do ilu ludzi czy do ilu krajów taka pomoc trafia.

Busan miał zweryfikować dotychczasową działalność i przedsięwziąć kroki na rzecz jeszcze większej efektywności pomocy. Dokument końcowy dostępny na stronach internetowych Forum (http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/) mówi o kilku znaczących problemach światowego rozwoju. Podkreślono znaczenie przyjętych 7 lat temu celów – określenia priorytetów pomocowych przez państwa biorców oraz skupiania się na efektach świadczonej pomocy, czego indykatorem ma być redukcja biedy oraz dążenie do zrównoważonego rozwoju. Położono również nacisk na wzmaganie partnerskiej, przejrzystej i odpowiedzialnej współpracy – przez dostęp do pełnej informacji o działaniach, ich finansowaniu oraz efektach. Jawność podejmowanych kroków ma sprzyjać lepszemu podejmowaniu decyzji i ponoszeniu za nie pełnej odpowiedzialności. Mając na uwadze pilny charakter działań, podjęto kroki w celu utworzenia Globalnego Partnerstwa o Współpracy na rzecz Efektywności Pomocy (Global Partnership for Effective Development Co-operation), którego zadaniem ma być koordynacja wdrażania ustalonych rozwiązań na poziomie politycznym.

Nowością w stosunku do założeń z Paryża (choć mówiono już o tym na konferencji w Akrze, w 2008 roku), było odnotowanie, że współpraca między krajami Północy i Południa (North-South co-operation) przestaje być najważniejszym kanonem niesionej pomocy. Trafnie zauważono potencjalnie ważny udział tak zwanych „wschodzących gospodarek" (m.in. Chiny) oraz ścisłą współpracę między krajami rozwijającymi się (South-South co-operation) – ich dążenie do przejęcia odpowiedzialności za rozwój oraz do wspólnej wymiany doświadczeń. Ważnym punktem jest zapis o wzmacnianiu i budowie właściwie działających instytucji państwowych w krajach rozwijających się. Rolę w tej kwestii odgrywać mają świadczeniodawcy wskazując na wadliwe funkcjonowanie systemu oraz dyktując to, co należy usprawnić.

Przyspieszenie starań na rzecz zrównania praw kobiet i mężczyzn przez wprowadzanie programów rozwojowych ma być motorem osiągnięcia założonych celów rozwojowych. W mniemaniu uczestników Forum parytet stanowi ważny punkt na mapie dążenia do zrealizowania Milenijnych Celów Rozwoju (MDG – Millenium Development Goals). Poruszono też kwestie udziału władz lokalnych jako istotnego pośrednika między obywatelami a rządami krajów Południa. Zależność ta ma pełnić również rolę „strażnika" we właściwym wdrażaniu pomocy rozwojowej. W dochodzeniu i respektowaniu praw człowieka mają pośredniczyć cywilne organizacje pozarządowe, które działają jako niezależni uczestnicy w procesie świadczenia pomocy. Regiony ogarnięte konfliktem są ważnym problemem w aspekcie pomocy rozwojowej. Nie można mówić o spełnieniu MDG bez działania na rzecz ograniczenia konfliktów. W Busan zaakceptowano Nową Umowę, stworzoną przez Międzynarodowy Dialog na Rzecz Pokoju i Budowania Państwowości (International Dialogue for Peacebuilding and Statebuilding). International Peace and Statebuilding Goals zakładają, że usankcjonowana polityka, bezpieczeństwo ludzi oraz sprawiedliwość mają priorytet i są niezbędne dla osiągnięcia MDG.

Podsumowując – skuteczna pomoc jest jednym z aspektów efektywnego rozwoju, który musi odbywać się dzięki współpracy między wszystkimi zainteresowanymi. Mowa oczywiście o rządach, sektorze prywatnym – jako kole zamachowym nowoczesnej gospodarki – i organizacjach pozarządowych. Właściwa polityka i sprawna administracja rządowa są niezbędne dla właściwego rozwoju. Sektor prywatny ma odgrywać istotną rolę w modelowaniu właściwej polityki i wprowadzaniu innowacyjnych modeli finansowych dla większego zaangażowania prywatnego kapitału. To rządy przejmują odpowiedzialność za określanie potrzeb swoich obywateli. Współpraca trójstronna oraz bezpośrednia między krajami Południa ma sprzyjać prowadzeniu wspólnej ekonomii oraz transformacji ustrojowej, która pozwoli zaistnieć wśród globalnych gospodarek. Trzeba pamiętać, że korupcja jest ważnym ogranicznikiem globalnego rozwoju, niszczącym strukturę polityczną i instytucjonalną. Należy podjąć zdecydowane kroki walcząc z korupcją, które składają się na Konwencję przeciwko Korupcji (dokument ONZ). **Abstrahując od problemów rozwoju na szczeblu globalnym warto przyjrzeć się działaniom Polski, która jako jeden z nowych członków UE w czerwcu 2011 roku zobowiązała się do wzmocnienia pomocy dla krajów rozwijających się do poziomu 0,33% PKB. Dziś nasz współudział w światowym rozwoju to 0,09% PKB. Termin realizacji założeń wyznaczono na rok 2015.**

oprac. Szymon Nowak

Źródła: The Guardian, www.aideffectiveness.org

Emigracja kadr medycznych z krajów Afryki Subsaharyjskiej

Pod koniec 2011 roku na łamach British Medical Journal (BMJ) Mills i współautorzy opublikowali artykuł poruszający kwestie strat finansowych ponoszonych przez kraje rozwijające się w wyniku emigracji lekarzy do krajów wysoko rozwiniętych.

Migracje pracowników służby zdrowia stanowią jedną z ważnych przyczyn złego stanu opieki zdrowotnej w większości krajów Afryki. W 2010 roku po raz pierwszy Światowe Zgromadzenie Zdrowia zauważyło problem niedoboru kadr medycznych w krajach rozwijających się. Zaapelowało jednocześnie o pilne działania na rzecz ograniczenia migracji i zobowiązało bogate kraje do pomocy finansowej na rzecz zwiększenia liczby wykwalifikowanej kadry w krajach rozwijających się. Afrykę dotyka aż 24% ogólnej puli zachorowań w świecie, podczas gdy pracuje tam tylko 2% globalnej liczby lekarzy.

Jednym z powodów nasilonej migracji jest obawa lekarzy przed zachorowaniem na AIDS. Badania w Malawi wskazują, że 1 na 10 pracowników służby zdrowia umiera z powodu zakażenia HIV/AIDS. Drugą sprawą jest zwiększenie obciążenia systemu opieki zdrowotnej przez wzrastającą liczbę pacjentów HIV-dodatnich, co przekłada się na syndrom wczesnego wypalenia zawodowego wśród pracowników służby zdrowia.

Kraje wysoko rozwinięte kształcą zdecydowanie mniej lekarzy niż potrzebują, licząc na imigrację, która ma załatać niedobory. Wiąże się to bezpośrednio z wymiernymi korzyściami finansowymi, za kształcenie kadr płacą bowiem kraje rozwijające się. Autorzy uwzględnili straty finansowe powodowane migracjami z krajów Afryki Subsaharyjskiej do Australii, Kanady, Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych. Jako źródła migracji lekarzy wzięte zostały pod uwagę kraje, które wg WHO mają wskaźnik zapadalności na HIV/AIDS większy niż 5%. Kryteria spełniało 17 krajów Afryki, jednak tylko w 9 przypadkach (Etiopia, Kenia, Malawi, Nigeria, RPA, Tanzania, Uganda, Zambia i Zimbabwe) udało się uzyskać pełnowartościowe dane.

W edukacji medycznej w krajach Afryki Subsaharyjskiej wbrew pozorom w zdecydowanej większości partycypuje sektor publiczny. Według różnych danych, więcej niż połowa szkół medycznych oferuje naukę za darmo lub za czesne wynoszące mniej niż 1000 dolarów rocznie. Wyniki badań pokazują, że koszt edukacji medycznej jednego lekarza ponoszony przez rząd jest najwyższy w RPA – wynosi 40 383US$. Również koszty całkowitej edukacji, uwzględniając szkołę podstawową i średnią, są najwyższe w RPA – 58 698US$. W Republice Południowej Afryki liczba lekarzy w przeliczeniu na liczbę mieszkańców jest najwyższa ze wszystkich krajów objętych badaniem. Wskazano, że więcej niż 30% lekarzy wyemigrowało z RPA, głównie w czasach apartheidu. RPA szkoli najwięcej lekarzy i najwięcej ich traci.

Kraje docelowe nie muszą inwestować w szkolenie lekarzy imigrantów – wystarczy, że ci zdadzą egzaminy licencyjne. Bazując na podstawie liczby lekarzy wyjeżdżających i kosztach ich rekrutacji w krajach źródłowych, wyliczono, że zyski dla krajów przeznaczenia wynoszą odpowiednio: dla Australii 621 milionów US$, dla Kanady 384 miliony US$, dla Stanów Zjednoczonych 846 milionów US$, dla Wielkiej Brytanii 2 miliardy 700 milionów US$, co daję łączną kolosalną kwotę – 4 miliardów 550 milionów US$.

Badania przeprowadzone przez Mills i wsp. opierały się na danych publikowanych przez międzynarodowe instytucje finansowe. Badania nie uwzględniały lekarzy, którzy wyjechali, ale nigdy nie podjęli praktyki w kraju przeznaczenia ani tych, którzy praktykują poza czterema krajami ujętymi w badaniu. Stanowi to pewne ograniczenie wyliczeń, biorąc pod uwagę, że część lekarzy tuż po skończeniu studiów wyjeżdża np. do Arabii Saudyjskiej. Nie uwzględniono też liczby lekarzy, którzy wrócili do kraju źródłowego ani kwot przesyłanych przez lekarzy praktykujących za granicą dla rodziny w kraju źródłowym. Niektórzy przyjmują, że każdy z lekarzy na emigracji przekazuje rocznie nawet 4500 US$ z powrotem do kraju macierzystego. Oczekiwana wartość kwot przesyłanych przez wszystkich lekarzy na emigracji miała oscylować w okolicach 21 miliardów US$ w 2010 roku. Należy zastanowić się jednak, czy straty finansowe należy przedkładać nad straty wykwalifikowanej kadry medycznej? Wydaje się, że nawet zwrotne przesyłanie funduszy do krajów macierzystych nie może stanowić pełnej rekompensaty za utratę zasobów ludzkich.

→

Tab. 1. Wydatki na kształcenie medyczne w 9 krajach Afryki Subsaharyjskiej ujętych w analizie (Mills i wsp., 2011)

Country	Government subsidised cost (local currency)	Exchange rate to % (July 2011)	Total cost of medical school ($)	Total cost of primary and secondary school	Total education cost per student ($) (government funded)
Ethiopia	485 927	1 Ethiopian birr=0.06	28 620	1278	29 898
Kenya	2 652 500	1 shilling=0.012	32 225	4228	36 453
Malawi	4 969 161	1 kwacha=0.0066	32 952	1334	34 286
Nigeria	3 860 100	1 Nigerian naira=0.0066	25 188	11 222	36 410
South Africa	280 364 79	1 rand=0.13	40 383	18 315	58 698
Tanzania	37 335 000	1 shilling=0.00073	23 511	3745	27 256
Uganda	49 155 400	1 shilling=0.00048	18 870	2170	21 040
Zambia	127 073 700	1 kwacha=0.0002	26 529	1220	27 749
Zimbabwe	37 500	$1=1$	37 500	1120	38 620

Choroby niezakaźne – główni zabójcy ludzkości

W minionym roku ukazał się pierwszy raport WHO na temat rozpowszechnienia przewlekłych chorób niezakaźnych, takich jak schorzenia układu krążenia, choroby płuc, nowotwory i cukrzyca. Eksperci WHO twierdzą, że choroby te stanowią główną przyczynę zgonów na świecie; co więcej, śmiertelność z ich powodu będzie rosła. Z raportu wynika, że – wbrew obiegowym opiniom – największe żniwo zbierają w krajach biednych i średnio zamożnych.

W 2008 roku wyżej wymienione choroby były przyczyną 63% wszystkich zgonów. Z ich powodu zmarło 36,1 mln osób, spośród których niemal 80% stanowili mieszkańcy krajów biednych i średnio zamożnych, co zadaje kłam dotychczasowym poglądom, według których choroby niezakaźne są problemem głównie zamożnych społeczeństw.

Około 30% zmarłych z powodu tych schorzeń w krajach o małych i średnich przychodach znajdowało się w najbardziej produktywnym okresie życia, dlatego też straty te mają wymiar nie tylko osobisty, ale również społeczno-ekonomiczny.

Zdaniem autorów raportu, przedwczesnym zgonom można by zapobiec, gdyby rządy państw stosowały surowszą politykę prewencyjną, a więc bardziej restrykcyjne działania antynikotynowe (wyższe podatki na wyroby tytoniowe, zakaz ich reklamowania, zakaz palenia w miejscach publicznych), promocję aktywności fizycznej, wartościowej diety (np. przez wprowadzenie dopuszczalnych norm zawartości soli w pokarmach, zakaz promocji niezdrowej żywności wśród dzieci), ograniczenie spożycia alkoholu i poprawę dostępu do podstawowej opieki medycznej.

Według ekspertów, jeśli decydenci nie podejmą odpowiednich działań, do 2030 roku choroby niezakaźne będą zabijać rocznie około 52 mln osób.

oprac. Ewa Kaczmarek

Redakcja MMP zamierza w przyszłych zeszytach poświęcić więcej uwagi chorobom niezakaźnym.

Źródło: Rynek Zdrowia

(ciąg dalszy ze str. 8)

Konkludując, większość państw Afryki Subsaharyjskiej z wysokim odsetkiem zakażonych HIV/AIDS ponosi ogromne straty związane z migracją lekarzy do krajów rozwijających się. Oczekuje się, że dwustronne działania między krajami rozwijającymi się i rozwiniętymi, mające na celu usankcjonowanie migracji pracowników służby zdrowia, mogą przynieść wymierny efekt. Mowa o oficjalnych zapisach dotyczących finansowego i technicznego wspomagania państw, które tracą pracowników. W 2008 roku w ramach Ratunkowego Planu Prezydenta Stanów Zjednoczonych na rzecz zwalczania AIDS przekazano blisko 130 milionów US$ na rzecz rozbudowy i wzmacniania systemu opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się, w tym na poprawę edukacji medycznej. Dotacje ze strony Wielkiej Brytanii, Australii i Kanady są zdecydowanie niższe. Badania opublikowane w BMJ miały pokazać, że migracje kadr medycznych są kluczową kwestią w ograniczeniu rozwoju opieki zdrowotnej w krajach Afryki Subsaharyjskiej ze względu na ponoszone straty.

tłumaczenie i opracowanie: Szymon Nowak

Źródło: Mills i wsp.; The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis; British Medical Journal; 2011; 343:d7031.

TeleDICOM – polski system telemedyczny

Rozwój sieci teleinformatycznych oraz metod cyfrowej archiwizacji badań medycznych umożliwił przekazywanie na dowolną odległość danych obrazowych, dzięki którym lekarze mogą szybciej i z większą pewnością diagnozować pacjentów. Telemedycyna zadomowiła się na dobre, stając się ważną częścią opieki zdrowotnej.

W Katedrze Informatyki Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie stworzono system do telekonsultacji kardiologicznych, opartych o obrazy zapisane w standardzie DICOM, który pozwala m.in. na kwalifikowanie chorych do zabiegu bypassów. System ten, nazwany przez naukowców TeleDICOM, łączy cechy przeglądarki obrazów DICOM z możliwością ich transmisji na dowolną odległość, usługą połączenia telekonferencyjnego i rozmowy pomiędzy kilkoma lekarzami oraz pełną synchronizacją obrazów i filmów wyświetlanych na ekranach oddalonych od siebie komputerów. Daje to możliwość grupowych konsultacji i wspólnej pracy nad wynikami badań pacjentów. Dzięki temu w krótkim czasie oddaleni od siebie nawet o tysiące kilometrów eksperci są w stanie podjąć decyzję o dalszym leczeniu pacjenta i zakwalifikowaniu go do operacyjnego leczenia choroby wieńcowej. Co więcej, koszt takiej konsultacji jest znikomy.

oprac. Ewa Kaczmarek

Źródło: Rynek Zdrowia

20-lecie działalności doktora Beata Richnera w Kambodży

W październiku 2012 roku minie 20 lat, odkąd szwajcarski pediatra, Beat Richner, założył pierwszy szpital dziecięcy w Kambodży. Richner urodził się w Zurychu w 1947 roku. Po zdobyciu dyplomu lekarza, skończył specjalizację z pediatrii w 1973. Następnie w roku 1974 wyjechał z Czerwonym Krzyżem na misję do szpitala Kantha Bopha w Phnom Penh. Zmuszony był wrócić rok później, kiedy to Czerwoni Khmerzy zajęli miasto zapoczątkowując rządy reżimu. Lekarz po powrocie do Szwajcarii założył własny gabinet pediatryczny i zaczął grać na wiolonczeli. Zyskał przydomek „Beatocello".

Po kilku latach dostatniego życia, przeglądając klucze od Kantha Bopha, które zwykł nosić zawsze przy sobie, zrozumiał, że zostawił wtedy kambodżańskie dzieci w ich nędznym stanie. Dopiero w roku 1991 zyskał okazję do rehabilitacji, kiedy podczas wieczoru w Operze Paryskiej przypadkowo spotkał ludzi z otoczenia kambodżańskiego króla. Jeden z nich na prośbę pediatry zaaranżował spotkanie, na którym król Norodom Shihanouk oficjalnie wznowił działalność szpitala Kantha Bopha i jednocześnie poprosił Szwajcarów o pomoc w jego odbudowie. Beat Richner bez zwłoki zdecydował się na wyjazd, zbierając wokół siebie niewielką grupę ludzi i zakładając fundację.

12 października 1992 roku oficjalnie rusza szpital Kantha Bopha, który przez kolejne lata sukcesywnie się rozwija. Trzy lata później w szpitalu jest przyjmowanych ponad tysiąc pacjentów dziennie, co wpływa na pewne obniżenie jakości świadczonych usług. Na prośbę Richnera król Kambodży oferuje ziemię na terenie własnego pałacu pod budowę kolejnego szpitala, który zostaje otwarty rok później.

W 1998 roku kambodżański premier Hun San, z inicjatywy ministra handlu, przekazuje ziemię w Siem Reap pod budowę kolejnego dziecięcego szpitala, tuż obok świątyni Angkor. Rok później zostaje oddany do użytku kolejny szpital działający jako filia Kantha Bopha. W 2001 roku dobudowano do niego porodówkę dla kobiet będących nosicielkami wirusa HIV. W 2004 roku szpital zbudowany jako pierwszy wymagał gruntownego remontu. Spośród trzech budynków, dwa trzeba było ewakuować i zamknąć. Wybudowano nowe budynki, stare zostały odnowione. Powstał szpital Kantha Bopha IV, który pozostaje skomunikowany z Kantha Bopha I. Szpital posiada 555 łóżek, dwa bloki operacyjne, dwa oddziały intensywnej terapii, w pełni wyposażone laboratorium, bank krwi, pracownię badań obrazowych z tomografem komputerowym oraz aptekę. Piąty szpital powstaje w Phnom Penh, kiedy w 2006 roku liczba pacjentów trzech pozostałych wzrasta o 50%, przez co znów brakuje miejsc. Przez te wszystkie lata utrzymanie szpitali pochodziło w głównej mierze z datków prywatnych sponsorów. Dziś utrzymanie 5 szpitali kosztuje rocznie blisko 400 milionów franków szwajcarskich.

Rząd Kambodży pobiera od szpitali (w ramach podatków) 2 miliony, podczas gdy w 2010 roku Szwajcaria zwiększa własną pomoc z 3 do 4 milionów franków. Opieka medyczna dzieci w szpitalach dr Richnera jest całkowicie darmowa. Dochód przeciętnej kambodżańskiej rodziny nie przekracza 50 centymów (1 centym to 1/100 franka szwajcarskiego – *przyp. red.*) na dzień, przez to niekiedy sam dojazd do szpitala wiąże się z koniecznością pożyczki.

Statystyki pokazują, że przez 20 lat w szpitalach szwajcarskiego altruisty leczonych było blisko 10 milionów dzieci w trybie ambulatoryjnym. Ponad milion dzieci było hospitalizowanych oraz przeprowadzono niemal 100 tysięcy zabiegów operacyjnych. Dodatkowo dr Richner regularnie organizuje kliniki objazdowe w dwóch miastach. Potrzeby są ogromne. Każdego dnia operowanych jest sześćdziesięcioro dzieci, kolejnych 50 rodzi się, a ponad 300 jest przyjmowanych do szpitali. Szpitale stworzone przez Szwajcara zapewniają niemal 80% opieki pediatrycznej w całej Kambodży.

Beat Richner prowadzi także działalność edukacyjno-szkoleniową, organizując międzynarodowe intensywne kursy praktyki klinicznej dla młodych lekarzy. W szpitalu Kantha Bopha pracuje ponad 2400 pracowników i – co ciekawe – tylko dwóch obcokrajowców, on sam, oraz patolog dr Denis Laurent. Dr Richner nadal, dwa razy w tygodniu, organizuje własne koncerty wiolonczelowe, podczas których zbiera datki pozwalające na wzorowe funkcjonowanie szpitali w Kambodży, których tajemnicą jest doskonała organizacja pracy i właściwa infrastruktura, całkowicie wykluczająca możliwości jakiejkolwiek korupcji, z którą dr Richner walczy od samego początku swojej działalności w Kambodży. Istotnym momentem jego starań było przeforsowanie podpisania przez króla Norodoma Shihanouka *The Angkor Declaration*, która mówi o dostępności właściwej opieki zdrowotnej dla każdego potrzebującego dziecka i jednocześnie oficjalnie surowo potępia jakiekolwiek zachowania korupcyjne w szpitalach pod groźbą odpowiedzialności karnej. „Beatocello" otrzymał tytuł „Szwajcara Roku 2003".

Więcej informacji pod adresem www.beat-richner.ch

oprac. Szymon Nowak

Źródło: Migros Magazine, www.beat-richner.ch

Aktualna sytuacja w zwalczaniu polio

W końcu kwietnia ukazał się raport Center for Disease Control and Prevention (CDC) – MMWR Weekly, Volume 61, No. 15 – podsumowujący ostatnie dwa lata walki z wirusem polio. Od 1988 roku, kiedy rozpoczęła się Światowa Inicjatywa na Rzecz Eradykacji Polio (GPEI) poczyniono istotne kroki we wdrożeniu nadzoru nad rejestracją przypadków ostrego porażenia wiotkiego (AFP) i wyników testów próbek stolca na obecność wirusa polio, uzupełnianych o próbki ścieków w niektórych rejonach świata. Taki monitoring pozwala na wykazanie regionów, gdzie transmisja wirusa może zachodzić w sposób niezauważalny, a nadzór nad standardami laboratoryjnymi ma pokazać, gdzie może dochodzić do opóźnień w rozpoznaniach i ewentualnego szerzenia się zakażenia. Raport CDC, który zebrał dane z lat 2010-2011, miał za zadanie wykazać skuteczność nadzoru i użyteczność standaryzowanych wskaźników w poziomie narodowym i lokalnym w krajach dotkniętych transmisją wirusa.

Nadzór nad przypadkami ostrego porażenia wiotkiego wykrywa wszystkie choroby przebiegające z obrazem wiotkiego porażenia – są powodowane przez różne czynniki, w tym przez wirusa polio. Wskaźnik wrażliwości nadzoru nad AFP jest mierzony jako roczna proporcja przypadków porażenia wiotkiego z negatywnymi próbkami stolca w kierunku dzikich szczepów wirusa polio u dzieci poniżej 15 lat (jest to tak zwany wskaźnik non-polio AFP – NPAFP). Poprawność pobrania próbek stolca jest badana natomiast przez określenie odsetka przypadków AFP, z których dwie próbki stolca docierają do laboratorium w stanie pozwalającym na wykonanie badań.

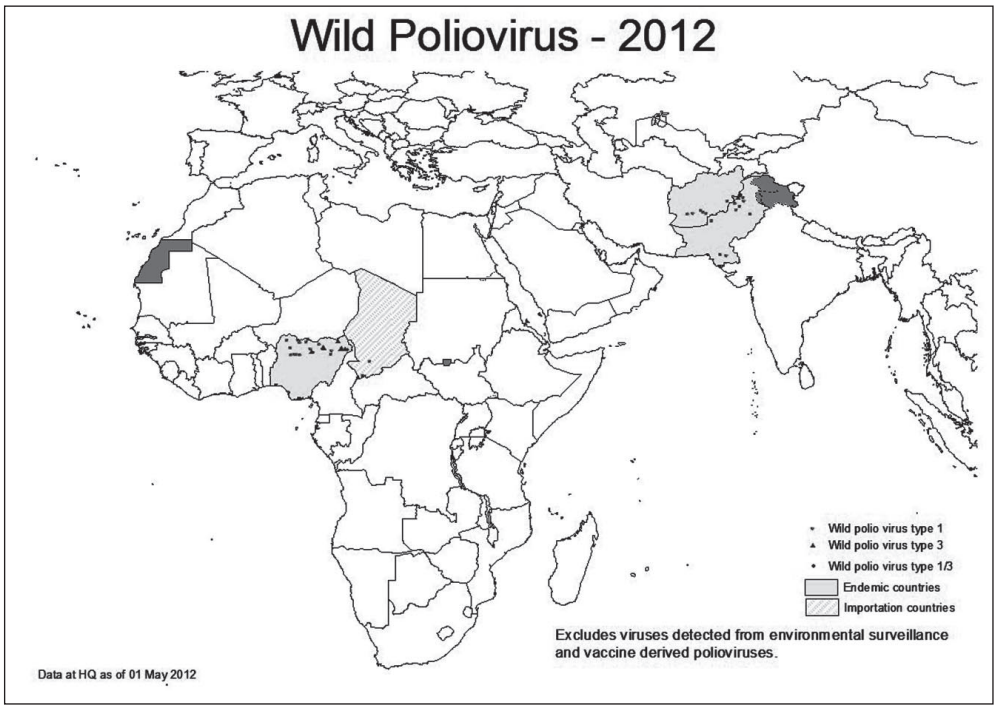
Według WHO obie Ameryki, region zachodniego Pacyfiku oraz Europa są określane jako wolne od polio. Niemniej na terenie czterech krajów w regionie europejskim – Kazachstan, Tadżykistan, Turkmenistan oraz Rosja – występowały ogniska zachorowań na polio w roku 2010. Na terenie Chin oraz w regionie zachodniego Pacyfiku wybuchały ogniska choroby w roku 2011.

Wszystkie regiony wolne od polio osiągnęły poziom wskaźnika wrażliwości nadzoru nad AFP na poziomie docelowym określonym przez WHO tj. wskaźnik NPAFP ≥ 1 przypadek na 100.000 dzieci poniżej 15 roku życia. Regiony obu Ameryk osiągnęły docelowy, rekomendowany przez WHO, poziom wskaźnika opartego o właściwie przygotowane próbki stolca (więcej niż 80% prawidłowo przygotowanych próbek).

Wszystkie z 21 krajów określonych jako endemiczne dla występowania polio doświadczyły transmisji wirusa w latach 2010-2011. Godny zauważenia jest fakt, że w Indiach transmisja ustała. W 2010 roku zarejestrowano bowiem tylko 42 przypadki, a w 2011 tylko jeden oficjalnie potwierdzony przypadek polio. Nawrót transmisji nastąpił w Angoli, Czadzie i Demokratycznej Republice Konga, w krajach, które przedtem uważane były już za wolne od polio.

W 24 spośród 26 krajów dotkniętych polio osiągnęto w latach 2010-2011 poziom wskaźnika NPAFP ≥ 2. W 18 spośród 26 krajów udało się uzyskać więcej niż 80 % prawidłowo przygotowanych próbek stolca przesłanych do badań. Wartości poszczególnych wskaźników różnią się w zależności od tego czy są rozpatrywane na poziomie krajowym czy lokalnym. Wartość NPAFP ≥ 2 na poziomie lokalnym udało się uzyskać w 19 krajach w 2010 roku, i w 16 krajach w 2011 roku, co daje średnio 14 krajów w ujęciu dwuletnim. Standard 80% prawidłowych próbek stolca na poziomie lokalnym uzyskano w 14 i 12 krajach, odpowiednio w 2010 i 2011 roku.

W 97 krajach świata, istnieje 146 laboratoriów rekomendowanych przez WHO, tworzących Światową Sieć Laboratoriów Polio (GPLN). Akredytowane laboratoria są zobowiązane używać standaryzowanych procedur między innymi dotyczących izolacji i identyfikacji wirusa, typowania spośród trzech serotypów dzikiego wirusa polio (WPVs), wirusa związanego ze szczepionką Sabina, oraz wirusa pochodzenia szczepionkowego (VDPVs).



Źródło: www.cdc.gov/polio/

Spotkanie Health Resources Working Group MMI w Amsterdamie w dniu 2 maja 2012

Powszechnie wiadomo, że w krajach rozwijających się pracuje zdecydowanie za mało lekarzy. Jednak nie tylko tam, ale również w Europie potrzeby zdrowotne społeczeństw istotnie przekraczają liczbę pracowników służby zdrowia. WHO i Ministerstwa Zdrowia określają to zjawisko jako światowy kryzys zasobów kadr medycznych (World Health Workforce Crisis), dociekają jego przyczyn i szukają rozwiązań. Istotnym problemem jest migracja lekarzy i pielęgniarek, która najczęściej jest nieregulowana. Odpływ pracowników sektoru zdrowia z miejsc, w których i tak jest ich za mało, i napływ do miast, gdzie ich zagęszczenie jest zwykle duże, nie tylko jest zjawiskiem negatywnym, ale co gorsza zupełnie niekontrolowanym. W celu okiełznania tej sytuacji WHO stworzyła tzw. Global Code of Practice, czyli dokument, podpisany przez państwa członkowskie UE, proponujący regulacje dotyczące migracji. Niestety, mimo jego podpisania kilka lat temu, dotychczas nie nastąpiły żadne istotne zmiany w migracjach kadr medycznych. Ministerstwa Zdrowia poszczególnych krajów nie poradziły sobie z problemem lub często nawet nie podjęły się jego wdrożenia w życie w miejscach, które są z migracją związane (szpitale i wszystkie, także prywatne, instytucje zatrudniające personel medyczny, związki zawodowe lekarzy, pielęgniarek i inne). W tej sytuacji – gdy rządy danych krajów zawodzą – Komisja Europejska ogłosiła konkurs skierowany do organizacji pozarządowych, które chciałyby się podjąć opracowania problemu.

Na to wezwanie odpowiedziała Health Resources Working Group MMI. Bierze w niej udział 8 organizacji pozarządowych: AMREF (Włochy), WEMOS (Holandia), FAMME (Hiszpania), Health Poverty Action (Wielka Brytania), Memisa (Belgia), Misereor (Niemcy), CPSS (Rumunia) oraz Redemptoris Missio – Medicus Mundi Poland (Polska). W zeszłym miesiącu projekt MMI „Health workers for all and all for health workers" przeszedł pierwszą fazę eliminacji Komisji Europejskiej. Przed przystąpieniem do drugiej fazy, projekt musi zostać rozpisany bardziej szczegółowo i dlatego przedstawiciele wszystkich parterów zostali wezwani do siedziby WEMOS w Amsterdamie, aby wspólnie dopracować szczegóły tego programu.

Zarząd Fundacji delegował na to spotkanie studentów-wolontariuszy Dagnę Chwarścianek i mnie. W spotkaniu wzięli udział: Remco van de Pas, Linda Mans i Evelin Colenberg z Wemos, Carlos Mediano z Famme, Corinna Heineken z Health Poverty Action, Guilia de Ponte z Amref i Valeria Bochi, która jest konsultantem odpowiadającym za to, aby projekt został odpowiednio napisany. Po wysłuchaniu ich wypowiedzi przyznaliśmy, że nasze doświadczenie w Health Advocacy (orędownictwo u osób podejmujących decyzje w sprawach zdrowia) jest raczej skąpe, ale zostaliśmy przyjęci bardzo ciepło i zaoferowano nam wsparcie w naszych działaniach.

W czasie spotkania omawiano po kolei każdą aktywność, przewidzianą w projekcie: jak w praktyce miałyby wyglądać narzędzia służące do analizy polityk dotyczących migracji i zwiększenia na poziomie krajowym i lokalnym wiedzy na temat różnicy

→

Aktualna sytuacja w zwalczaniu polio

(ciąg dalszy ze str. 15)

Standardy dotyczą również sekwencjonowania genotypu serotypu VP1 spośród WPVs oraz VDPVs. Laboratoria zbadały nieco ponad 200.000 próbek stolca od pacjentów z AFP rejestrowanych w 2011 roku, co stanowi 6% wzrost względem liczby próbek przeanalizowanych w 2010 roku. W 2011 udało się wyizolować wirusa z 10.235 próbek – były to w głównej mierze szczepy dzikie. W 2010 roku wirusa wyizolowano z 9.090 próbek.

W latach 2010-2011 nadzór nad szerzeniem polio był wzbogacony o badania ścieków w 21 krajach bez aktywnej transmisji wirusa, oraz w trzech krajach z transmisją szczepów dzikich: Indie, Nigeria i Pakistan. W Indiach badania ścieków przeprowadzano w 15 różnych miejscach z czterech regionów. Ostatni zarejestrowany przypadek obecności wirusa w ściekach w Indiach miał miejsce w listopadzie 2010 roku. W Pakistanie regularnie rejestrowano w ściekach obecność serotypu WPV1, natomiast od października 2010 nie stwierdzono obecności serotypu WPV3. Program badania ścieków w Nigerii został wdrożony w 2011 roku. Wykrywano tylko VDPVs.

Podsumowanie

Światowa Inicjatywa na Rzecz Eradykacji Polio kładzie nacisk na jakość kontroli występowania przypadków AFP oraz testów wirusologicznych, które mają pomóc w śledzeniu transmisji wirusa. Stworzenie dobrze zdefiniowanych wskaźników ma istotną rolę w porównywaniu poszczególnych regionów między sobą. Dane zbierane i analizowane na poziomie lokalnym pozwalają na dokładniejsze przyglądanie się aktualnej sytuacji.

Nadzór nad AFP w latach 2010-2011 był niejednolity, niektóre kraje nie osiągnęły docelowych poziomów wskaźników. Genotypowanie wirusa potwierdziło, że w kilku regionach nadzór nad przypadkami AFP był niekompletny. Wśród krajów z nawrotem transmisji, na terenie Angoli istnieją lokalne luki w rejestracji przypadków NPAFP. Czad i Demokratyczna Republika Konga starały się osiągnąć rekomendowane poziomy faktorów dotyczących prawidłowego przygotowania próbek stolca, niemniej uzyskały tylko nieznaczną poprawę w roku 2011 w porównaniu z 2010.

Nadzór nad występowaniem AFP oraz badania ścieków ujawniły zahamowanie transmisji polio w Indiach, oraz pozwoliły na dokładniejsze określenie występowania miejsc endemii w Pakistanie. Jednak brak wirusa w próbkach nie pozwala na jednoznaczne wykluczenie możliwości transmisji, jeśli badania nie zostały przeprowadzone w sposób pełnowymiarowy, w obrębie miejsc, gdzie istnieje bardzo duże ryzyko występowania wirusa.

Dla osiągnięcia eradykacji wirusa trzeba wzmocnić działania, dalej rozpowszechniać szczepienia oraz prowadzić dokładny nadzór nad przypadkami na wszystkich poziomach administracyjnych, zwłaszcza w obrębie krajów dotkniętych polio, oraz krajów z nimi sąsiadujących. Za tym wskazaniem przemawia sukces ścisłego nadzoru prowadzonego w krajach gdzie polio już nie występuje.

oprac. Szymon Nowak

Źródło: www.cdc.gov/polio/

ich spójności; jak wykonać krajowe analizy „stakeholderów" (Mapa Relacji) i przygotować międzynarodowe sprawozdanie podsumowujące wraz z rekomendacjami; wybrać „kolekcje najlepszych europejskich praktyk" oraz prowadzić interaktywny dialog Web. Następną kwestią było zastanowienie się nad tym, kiedy i jak przeprowadzić działania mające na celu zaangażowanie grup docelowych prowadzące do komunikacji między sobą: warsztaty krajowe i spotkania z organami przedstawicielskimi pracowników służby zdrowia; zajęcia warsztatowe dla członków Parlamentu Europejskiego; wydarzenie poboczne podczas WHA; końcowa konferencja europejska oraz ostateczne wezwanie do działania. W czasie tej sesji mieliśmy dużo dobrych pomysłów i mogliśmy realnie spojrzeć na nasze krajowe możliwości.

Druga część spotkania była poświęcona budżetowi całego przedsięwzięcia. Wiadomo, że będziemy mieć do rozdysponowania około milion euro, ale zaplanowanie, ile każdy wydruk materiałów, każda pensja pracownika, każdy przejazd i spotkanie będą kosztować w poszczególnych krajach było ogromnym i trudnym zadaniem. Poznaliśmy bardzo wiele praktycznych aspektów tego planowania finansowego, a także dowiedzieliśmy się, jaka będzie nasza rola i warunki naszej pracy. Nasze obawy co do tego, że program jest niemożliwy do zrealizowania przez nas, zostały rozwiane. Uczestniczenie w programie będzie dużym wyzwaniem dla nas osobiście i dla Medicus Mundi Polonia. Nawet jeżeli nie wszystkie cele uda się osiągnąć, to bez wątpienia nabędziemy doświadczeń i nawiążemy kontakty, które później z pewnością przydadzą się do przyszłych działań na polu Global Health i starań, aby każdy człowiek na świecie miał dostęp do pomocy medycznej.

Maciek Klimasiński

Wielolekowa oporność prątków gruźlicy

Światowy program ds. nadzoru i kontroli lekooporności prątków gruźlicy działa od 1994 roku. Zbiera dane ze 127 krajów świata. Na podstawie analizy spływających raportów, w lutowym biuletynie WHO ukazał się artykuł mówiący o narastającej oporności gruźlicy (Surveillance of anti-tuberculosis drug resistance in the world: an update analysis, 2007-2010; Zignol i wsp.; 2012). Doniesiono w nim o istotnej wielolekooporności w Europie Wschodniej. W Mińsku, na Białorusi, około 50% notowanych przypadków zachorowań jest wywoływanych przez szczepy oporne. Niepokojący jest również fakt, że dalej wiele krajów w tym regionie nie wdrożyło odpowiedniego nadzoru nad szerzeniem się lekooporności prątków z rodzaju *Mycobacterium*. Powoduje to utrudnienie w określeniu światowego trendu występowania problemu.

Także Indie i wiele krajów Afryki nie dysponuje takimi danymi. Około 10% rejestrowanych przypadków wielolekooporności jest zaliczanych do oporności wysokiego stopnia (XDR-TB). Zignol i wsp. stwierdzili na podstawie analizy danych, że płeć nie ma znaczenia, jeśli chodzi o rozwój oporności. Nie udało się jednak wyciągnąć jednoznacznych wniosków dotyczących wpływu zakażenia wirusem HIV na rozwój oporności prątków gruźlicy. Brak pełnych danych co do współzakażenia HIV i gruźlicy wśród pacjentów uniemożliwia pełną analizę problemu. Zauważono również istotne znaczenie niewłaściwego postępowania z przypadkami gruźlicy wrażliwej na leki, co ma niebagatelny wpływ na rozwój oporności. Problem dotyczy również wielu krajów wysoko rozwiniętej Europy. Podkreślono konieczność analizy wrażliwości na leki w każdym nowym przypadku zachorowania na gruźlicę, co powinno być bezwzględną regułą w przypadku pacjentów z nawrotem choroby.

oprac. Szymon Nowak

Źródło: Bulletin of the World Health Organization, nr 90

Ze Świętego miasta Puri

Późnym środowym popołudniem, 25 kwietnia 2012 roku, w Centrum Wolontariatu Fundacji Redemptoris Missio odbyło się spotkanie z profesorem Jackiem Łuczakiem (od początku związanego z poznańską medycyną paliatywną – współtwórcą Hospicjum Palium w Poznaniu), który opowiedział o swojej wizycie w Puri – mieście, w którym ojciec Marian Żelazek ofiarnie niósł pomoc trędowatym. Honorowym gościem spotkania była dr h.c. Wanda Błeńska, która z dużym zainteresowaniem śledziła relację o jej wielkim przyjacielu, jakim był O. Marian. Nie zabrakło również przedstawicieli ze strony Fundacji – profesora Zbigniewa Pawłowskiego wraz z małżonką, pani prezes Fundacji dr Anny Tarajkowskiej, pracowników i kilkunastu wolontariuszy.

Wizyta prof. Łuczaka miała miejsce w lutym 2012. Profesor miał okazję zobaczyć wioskę trędowatych, prowadzoną przez ojców werbistów. Obecnie nie ma wśród nich żadnego Polaka. Puri to duże miasto w Indiach, nad wybrzeżem Zatoki Bengalskiej, Hinduska „Częstochowa". Hindusi są przyjazną nacją, można się z nimi porozumiewać bez przeszkód, większość mówi bowiem po angielsku, co stanowi spuściznę brytyjskiego kolonializmu. W wiosce trędowatych żyje około 1000 osób, część z nich zatrudniona jest w zakładach funkcjonujących na terenie wioski – między innymi w wytwórni sizalowych lin, czy obuwia ze zużytych opon samochodowych. Zdjęcia przedstawiane przez prof. Łuczaka pokazywały, że warunki sanitarne w wiosce nadal pozostawiają wiele do życzenia. W ośrodku nie ma zapewnionej stałej opieki medycznej. Tylko co jakiś czas zagląda tam lekarz. Funkcjonuje apteka, w której lokalny farmaceuta, na miarę możliwości zapewnia leki na trąd. Profesor Łuczak wspominał, że mieszkańcy wioski często skarżą się na biegunki oraz dolegliwości bólowe związane z trądem. Werbiści próbują organizować żywność i pracę. Profesor prezentował liczne zdjęcia miejsc bezpośrednio związanych z Ojcem Marianem. W Puri wciąż pamięta się o tym wielkim dobrodzieju trędowatych, jakim był ojciec Marian. Prawie bez zmian zachowana jest kapliczka, w której o. Żelazek codziennie modlił się i odprawiał Msze święte. W wiosce działa też niewielkie muzeum Ojca Mariana. Profesor Łuczak mówił, że trudno, w czasie krótkiej wizyty dokładnie określić aktualną sytuację ludzi mieszkających w wiosce. Potrzeba czasu, aby zdefiniować ich potrzeby, a tym samym móc dotrzeć tam z odpowiednią pomocą. Temu służyć ma planowane odnowienie współpracy między ośrodkiem w Puri, a Fundacją Redemptoris Missio. Jeden z lokalnych werbistów odpowiedzialnych za koordynację pracy ośrodka wystosował, po wizycie profesora Łuczaka, list do Zarządu Fundacji, zapewniający o potrzebie pomocy z Polski i dużej chęci przyjęcia wolontariuszy do pracy na miejscu. Można uznać, że wizyta profesora Łuczaka w Puri była momentem bardzo potrzebnym dla odtworzenia tradycyjnych stosunków między Puri a Fundacją. Tak wiele łączyło te dwa miejsca, kiedy żył jeszcze Ojciec Marian, wielokrotny pacjent Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu, później gospodarz wielu wyjazdów naszych wolontariuszy studenckich do Indii. To właśnie w czasie pierwszego pobytu Ojca Żelazka w Klinice zaczęto mówić o powstaniu Fundacji.

Szymon Nowak

Nowe książki na półce „tropikalnej” Biblioteki Głównej UMP

1. **Łęcka I. Telemedycyna w krajach tropikalnych i subtropikalnych Afryki i Azji**. **Perspektywa geograficzna.** Uniwersytet Warszawski. Wydział Geografii i Studiów Regionalnych, Warszawa 2011.

2. **WHO. mHealth. New horizons for health through mobile technologies**. Global Observatory for eHealth series vol. 3. World Health Organization, Geneva 2011.

3. **WHO. Technical updates of the guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)**. Evidence and recommendations for further adaptations. World Health Organization, Geneva 2005.

4. **UNAIDS. AIDS at 30**. Nations at the crossroads. UNAIDS 2011.

5. **WHO, ISDR, EU Humanitarian AID. Save Hospitals in Emergencies and Disasters. Structural, Non-structural and Functional Indicators.** WHO, Western Pacific Region. ISDR, European Commission, Humanitarian AID. 2010.

6. **WHO, ISDR, EU Humanitarian AID. Hospital and Health Facility. Emergency Exercises. Guidance Materials.** WHO, Western Pacific Region. ISDR, European Commission, Humanitarian AID. 2010.

7. **WHO. Social Determinants of Health Sectoral Briefing Series 2**. Education: Shared Interest in Well-being and Development. World Health Organization, Geneva 2011.

8. **WHO. Sixty years of WHO in Europe.** World Health Organization. Kopenhaga 2010.

9. **WHO. Finansowanie Systemów Ochrony Zdrowia**. Streszczenie. Światowy Raport Zdrowia. WHO Geneva 2010.

10. **WHO. Europe. Lista kontrolna działań szpitala w ramach reagowania kryzysowego**. WHO. 2011.

Płyty CD:

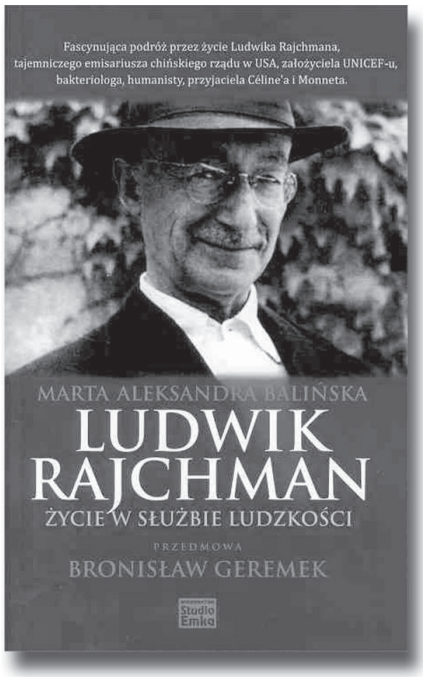
1. Improving the quality and use of birth death and cause-of-death information. WHO.
2. Key WHO publications on family and community health.
3. Medicus Mundi International. La contractualisation entre sectour confessionnel et sectour public de la sante en Afrique sub-saharienne: un process en crise.
4. Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. WHO.

Ludwik Rajchman – życie w służbie ludzkości

W ostatnim miesiącu, nakładem Wydawnictwa Studio Emka, ukazał się polski przekład książki Marty A. Balińskiej *„Une vie pour l'humanitaire. Ludwik Rajchman 1881-1965”* z przedmową prof. Bronisława Geremka.

Pierwsza biografia Ludwika Rajchmana przypomina postać wielkiego Polaka, założyciela UNICEF, bakteriologa i humanisty. Jak zapowiada wydawca, książka napisana przez prawnuczkę Ludwika Rajchmana, Martę Balińską, to nie tylko historia jednego człowieka, ale i walki o godność ludzkiego życia, którą Rajchman prowadził od Polski przez Chiny i Japonię po Stany Zjednoczone.

Ludwik Rajchman, urodzony w 1881 roku w Warszawie, w zasymilowanej i przywiązanej do polskiej kultury rodzinie żydowskiej, był nie tylko twórcą i pierwszym dyrektorem Państwowego Zakładu Higieny. Kierując Sekcją Higieny Ligi Narodów, walczył z tyfusem w Europie Środkowej i Wschodniej. Po II wojnie światowej stał się głównym inicjatorem utworzenia Funduszu Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci UNICEF i jego pierwszym przewodniczącym, wcielającym w życie ideę „Razem dla dzieci”, która do dziś stanowi myśl przewodnią działalności tej organizacji.



Historia życia Ludwika Rajchmana to opowieść o lekarzu bez granic, o człowieku, który głęboko wierzył w humanitaryzm i siłę współpracy pomiędzy narodami, działaczu i wizjonerze, który poświęcił się służbie ludzkości, pod wieloma względami wyprzedzając swoją epokę. Jak napisał autor przedmowy, biografia Rajchmana to „wzorcowe studium krytyczne w zakresie badań nad tą wciąż kontrowersyjną dziedziną, jaką jest historia najnowsza, ale także pasjonująca książka, w której życie lekarza zaangażowanego, polskiego patrioty, obywatela świata – zostało ukazane w wirze wojen i rewolucji pierwszej połowy dwudziestego wieku.”

oprac. Ewa Kaczmarek

Brak spadku liczby zachorowań na malarię wśród dzieci w Malawi

Dane z niektórych ośrodków medycznych w Afryce wskazują na zmniejszenie liczby zachorowań na malarię w efekcie coraz skuteczniejszych programów kontroli tej choroby. Większość tych raportów pochodzi jednak z krajów, w których transmisja malarii jest w dużym stopniu sezonowa lub średnio intensywna. W Malawi, w którym transmisja malarii jest stała i intensywna, w ciągu ostatniej dekady zwiększono zakres działań mających na celu kontrolę nad nią. Autorzy pracy opublikowanej w lutowym wydaniu czasopisma „Emerging Infectious Diseases" dokonali analizy danych dotyczących dzieci leczonych ambulatoryjnie oraz dzieci z parazytemią, u których stwierdzono malarię mózgową, leczonych w dużym krajowym ośrodku.

Odsetek pozytywnych rozmazów w kierunku *Plasmodium falciparum* wśród gorączkujących dzieci zmniejszył się na początku dekady, jednak po 2005 roku nie odnotowano dalszego spadku. Liczba hospitalizacji z powodu malarii mózgowej nie zmienia się znacząco z roku na rok. Ocena efektów wzmożonych działań na rzecz walki z malarią wymaga zatem dalszego nadzoru.

W krajach, w których występuje endemicznie, malaria jest jedną z głównych przyczyn zgonów dzieci, dlatego coraz więcej państw Afryki Sub-Saharyjskiej intensyfikuje działania w obszarze walki z nią w ramach programowych przedsięwzięć zmierzających do osiągnięcia czwartego celu milenijnego. W ostatnim czasie pojawiło się kilka raportów opartych na analizie danych pochodzących z długoterminowego nadzoru w krajach prowadzących wieloletnie programy, ukazujących znaczący spadek w liczbie hospitalizacji z powodu malarii.

W położonym w południowo-wschodniej Afryce Malawi malaria występuje przez cały rok, osiągając szczyt podczas długiej pory deszczowej (od późnego listopada do kwietnia) i stanowiąc powód 30-40% wszystkich wizyt pacjentów ambulatoryjnych. Od 2005 roku w Malawi prowadzone są wzmożone działania zmierzające do opanowania transmisji zimnicy. W 2000 roku odsetek osób stosujących moskitiery wynosił zaledwie 6%, do 2004 roku 36% dzieci poniżej 5 roku życia spało pod moskitierami impregnowanymi insektycydami.

Począwszy od 2007 roku, poprzez placówki medyczne dostarczono bezpłatnie około 3 miliony moskitier, co sprawiło, że odsetek dzieci śpiących pod moskitierami wzrósł do 60%. Jednak zastosowanie wewnętrznych oprysków w domostwach nadal jest mało rozpowszechnione, nawet na obszarach miejskich (np. tylko w 3% gospodarstw w Blantyre) i ogranicza się jedynie do sektora prywatnego. W listopadzie 2007 roku ACT (artemisinin-based combination therapy) została uznana za rekomendowaną metodę leczenia. Mimo zwiększonego nacisku położonego na walkę z malarią, według ostatniego World Malaria Report, brak dowodów, które wskazywałyby na zmniejszenie transmisji malarii w Malawi.

tłum. i oprac. Ewa Kaczmarek

Źródło: A. Roca-Feltrer et al.; Lack of Decline in Childhood Malaria, Malawi, 2001-2010; Emerging Infectious Diseases Vol. 18, No. 2, February 2012

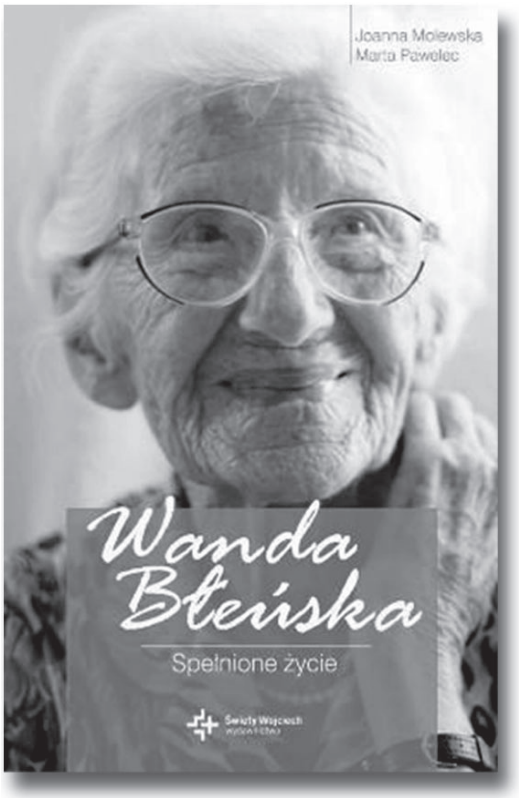
Spełnione życie

„Napisać książkę to rzecz niewielka – żyć to sprawa ważniejsza; jeszcze więcej znaczyłoby napisać dzieło, według którego by żyć można. A jakże ważne byłoby żyć tak, żeby można o tym napisać dzieło!"* Doktor Wandzie Błeńskiej ta sztuka z pewnością się udała, a wywiad rzeka, przeprowadzony przez Joannę Molewską i Martę Pawelec, ukazuje nam Jej niezwykłą postać.

Książka „Wanda Błeńska Spełnione Życie" to zapis rozmowy przeprowadzonej z pracującą przez 43 lata w ugandyjskim leprozorium Doktą (bo tak nazywali Ją pacjenci). Rozmowy, która ukazuje kolejne etapy życia Bohaterki i sprawia, że czujemy się, jakbyśmy to my siedzieli w małym pokoiku na Miłej i słuchali tej życzliwej, odważnej i niezwykłej kobiety. Opowiada nam Ona o domu, o profesorach, o momentach grozy w czasie wojny i o ukochanej Afryce. Poznajemy Jej serdeczność, uśmiech... Uśmiech, który można „usłyszeć" w każdej wypowiedzi i zobaczyć w pięknych zdjęciach, którymi książka jest zilustrowana. Można go też wyczytać z licznych, zacytowanych przez autorki wywiadu, wypowiedzi: przyjaciół, pomocników i „wielbicieli" Pani Doktor. To wszystko sprawia, że kilkaset stron opowieści staje się bogatym świadectwem przepełnionego światłem życia Matki Trędowatych. Świadectwem, które sprawia, że również nam – czytelnikom robi się cieplej i jaśniej w sercu i z radością przewracamy kolejną kartkę, by zobaczyć, jak można pięknie pielęgnować i spełniać swoje dobre, świetlane marzenia. Gorąco polecam tę fascynującą lekturę...

Agnieszka Struk

* Viktor E. Frankl



Posługa lecznicza Kościoła

Nawiązując do artykułu w poprzednim numerze Medicus Mundi Polonia, omawiającego kryzys w relacjach rząd – misje w zakresie finansowania opieki medycznej, mamy nowe wiadomości. W dniu 23 listopada 2011 Papieskie Biuro ds Zdrowia w Watykanie zorganizowało spotkanie biskupów nt. współpracy kościoła i rządów w zakresie opieki zdrowotnej. Na spotkanie został zaproszony dr Edgar Widmer z MMI, wieloletni promotor idei kontraktowania przez rząd usług zdrowotnych w ośrodkach misyjnych. Trudno jeszcze znaleźć sprawozdanie z tego spotkania w Watykanie na stronach internetowych, dlatego obecnie zamieszczamy tylko streszczenie prezentacji dr Widmera, przedstawione na tej konferencji. Szersze omówienie tego problemu zawarte jest na dyskietce MMI z roku 2009 pt. „La contractualisation entre secteur confessionnel et secteur public de la santé en Afrique sub-saharienne: un processus en crise?". Dyskietka dostępna jest w Bibliotece Głównej UM w Poznaniu.

W ww. streszczeniu dr Widmer wyjaśnia, że Medicus Mundi Interntional (MMI) zaproponował strategiczną reorganizację usług medycznych ośrodków misyjnych polegającą na ich kontraktowaniu przez rząd. Równocześnie MMI zwracał uwagę WHO i agencji rządowych na doniosłą rolę, jaką w zakresie opieki zdrowotnej nadal sprawują medyczne ośrodki misyjne. Historia starań MMI jest dość długa:

- W roku 1983 MMI uczestniczył w konferencji Grupy Roboczej COR UNUM zajmującej sie problemami zdrowia i zaakceptował paradygmat *„from a Pastoral for the sick to a Pastoral for health"* i utworzenie oddzielnego dicasterium dla spraw zdrowia.
- MMI utrzymywał kontakty z Papieskim Biurem ds Zdrowia. W roku 2002 w MMI-Newsletter nr 69 przedstawiono wspólną wizję problemu i plan wspólnego działania w kierunku jego realizacji.
- W roku 1984 MMI zorganizowało w Rzymie spotkanie 17 przedstawicieli afrykańskich ministerstw zdrowia i Chrześcijańskich Towarzystw Medycznych, żądające po raz pierwszy, aby organizacje pozarządowe i rządy przeszły od etapu wymiany informacji do podpisania formalnego porozumienia w sprawie kontraktowania.
- W roku 1986 MMI prowadziło w Genewie na 38-tym World Health Assembly (WHA) dyskusjne spotkanie techniczne nt. *„The importance of PNFP (Private Not For Profit) contribution for the implementation of PHC (Primary Health Care) in a national health policy"* [Znaczenie prywatnych, nie nastawionych na zysk, instytucji we wprowadzaniu programu podstawowej opieki zdrowotnej].
- W roku 1998 MMI interweniowało w Dakarze na konferencji Banku Światowego pt. *„Better Health for Africa"* na korzyść Chrześcijańskich Towarzystw Medycznych, podkreślając ich rolę jako partnerów w działaniach prorozwojowych.
- W roku 1993 MMI promowało na 52-gim WHA rezolucję pt. *„Contracting NGOs for Health"* i uzyskało dla niej bezpośrednie poparcie Obserwatora Stolicy Apostolskiej.
- W roku 1999 MMI zorganizowało w Konakrze i w Dar es Salaam konsultacje partnerów rządowych i pozarządowych, popierające projekt rezolucji WHO nt. kontraktowania usług medycznych.
- W dniu 19 stycznia 2001 na posiedzeniu WHO Executive Board w Genewie MMI uzyskało poparcie dla projektu rezolucji i potwierdzenie, że projekt ma znaczenie międzynarodowe.
- W maju 2003 na WHA MMI asystowało przy przyjęciu rezolucji WHA 56.25 pt. *„The role of contractual arrangements in improving health systems' performance"* .
- W czasie od 2000 do 2010 MMI organizowało kilka konferencji roboczych biskupów afrykańskich nt. promocji współpracy z instytucjami rządowymi oraz publikowało wyniki tych spotkań [m. in. na łamach MMP].
- W październiku 2010 MMI uczestniczyło w Synodzie Biskupów Afrykańskich razem z AISAC w przygotowaniu wystąpienia pt. *„A contribution of Catholic Health Care Institutions to reconciliation through health care*".
- W latach 2007 do 2009 MMI analizowało aktualne relacje między instytucjami misyjnymi i rządowymi w 4 krajach Afrykańskich.
- W roku 2009 MMI przedstawiło wyniki tej analizy na WHA w Genewie.
- W końcu 2009 MMI przedstawiło wyniki tej analizy na spotkaniu w Makerere University w Kampali.
- MMI opublikowało wyniki swoich starań i zalecenia w publikacji „The difficult relationship between faith-based health care organizations and the public sector in sub-Saharan Africa".

Dr Edgar Widmer

tłumaczył i opracował: prof. Zbigniew Pawłowski

http://www.medicusmundi.org/en/topics/church-based/milestones)
http://www.medicusmundi.org/en/contributions/events/2009/contracting-crisis)
http://www.medicusmundi.org