Fundacja Pomocy Humanitarnej
<< Redemptoris Missio >>

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

PAŹDZIERNIK–GRUDZIEŃ 2012
Nr 43 (rok XII)

Na nadchodzące Święta Narodzenia Pańskiego

Redakcja ***Medicus Mundi Polonia*** *życzy Czytelnikom, aby ten niezwykły okres był prawdziwie radosny, pełen pięknych przeżyć w gronie rodziny i magicznych chwil w otoczeniu świątecznego drzewka. Życzymy, aby świąteczny czas obfitował w wiele łask płynących ze Stajenki, a nadchodzący Nowy Rok 2013, spełnił nasze oczekiwania.*

W numerze:

KURS
KADRY MEDYCZNE DLA MISJI

AKTUALNOŚCI:
- Z Fundacji „Redemptoris Missio" 2
- Z Medicus Mundi International 2

Kadry medyczne dla misji (KURS) 4

MEDICUS MUNDI POLONIA
- Medicus pomocą w nauce 6
- Spis autorów Medicus Mundi Polonia od numeru 1 do 42 7
- Spis tematów Medicus Mundi Polonia od numeru 1 do 42 8

Denga czy odra? – gorączka z wysypką u turystów wracających z Tajlandii 9

Z POWROTEM W PURI
- List z Puri 10
- Wizyta w Indiach 11
- Sprawozdanie z praktyki wakacyjnej w Puri 13

Gruźlica – co nowego? 15

Toksokaroza 16

„Trzeba ludzi pokochać (...)" – 101 rocznica urodzin dr Wandy Błeńskiej 16

Ostra niewydolność oddechowa spowodowana nowym koronawirusem 17

Odrębności kliniczne w przebiegu cukrzycy w krajach tropikalnych 18

Mniej optymistycznie o szczepieniu dzieci na malarię 19

Dolentium Hominum po polsku 20

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

Biuro Fundacji: Uniwersytet Medyczny, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Kolegium prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, tel./fax +48 61 854 68 63; e-mail: medicus@ump.edu.pl; www.medicus.ump.edu.pl

Centrum Wolontariatu Fundacji: ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21; http://ump.edu.pl/medicus

Rachunek bankowy: BZ WBK S.A. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

Drodzy Przyjaciele Fundacji!

Za oknami widzimy jesienne zachmurzone niebo, pora roku trochę smutna, trochę ponura. Ale jest to również czas, kiedy oczekujemy na najbardziej radosne Święta – Święta Bożego Narodzenia, a po nich następujący Nowy Rok.

Z tej okazji chciałabym złożyć Państwu, naszym dobroczyńcom, najlepsze życzenia, wspaniałej świątecznej i rodzinnej atmosfery, pięknych prezentów pod choinkę i Błogosławieństwa Bożego. A w Nowym Roku niech Wam się szczęści i powodzenie niech Wam towarzyszy we wszystkich działaniach.

Dla nas ten rok był pomyślny, podsumujmy krótko. Nasi lekarze wyjechali do pracy na Jamajkę i do Kamerunu, studenci odbyli praktyki medyczne w ośrodku dla trędowatych w Puri w Indiach. Zebraliśmy około 10 ton puszek aluminiowych w ramach akcji „Puszka dla Maluszka", a pieniądze ze sprzedaży przeznaczone zostały na dożywianie dzieci w Afryce. Również inne działania przyniosły bardzo dobre rezultaty, mianowicie: pomoc dla dzieci w Afganistanie, opatrunki i leki dla ośrodków misyjnych w Afryce i Azji.

To wszystko było możliwe dzięki Wam drodzy Sympatycy Fundacji, Waszej szczodrości, Waszemu dobremu, współczującemu sercu, otwartemu na potrzeby najbiedniejszych. Bardzo Wam za wszystko dziękujemy i jak zawsze w tym momencie prosimy wspierajcie nas dalej, bo przed nami jeszcze dużo do zrobienia.

lek. stom. Anna Tarajkowska
Prezes Fundacji

Z Medicus Mundi International

Spotkanie MMI w Amsterdamie – październik 2012

10 października 2012 w Amsterdamie, w siedzibie organizacji HealthNet TPO, odbyło się spotkanie sieci Medicus Mundi International. Jesienne spotkania sieci MMI, jak podkreślił to Prezydent MMI Nicolaus Lorenz w swojej mowie podczas otwarcia, skupione są bardziej na stronie merytorycznej aniżeli na organizacyjnych kwestiach wewnętrznych sieci MMI.

W myśl tego założenia, pierwsza część spotkania miała charakter warsztatu pod tytułem „Wprowadzanie badań naukowych w praktykę i działalność organizacji". Przedstawiciele dwóch organizacji: Ivan Komproe z HealthNet TPO

→

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. dr 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
lek. 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, 60-311 Poznań

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.

Strona internetowa MMP: www.mmpolonia.org

(Holandia) oraz Elies Van Belle z Memisa (Belgia) opowiedzieli, w jaki sposób ich organizacje radzą sobie z pozyskiwaniem naukowców, badań naukowych i publikacji.

W trakcie tych prezentacji dowiedzieliśmy się m.in., że Health-Net TPO to organizacja, której działalność bazuje na badaniach naukowych, natomiast organizacja Memisa ściśle współpracuje z Instytutem Chorób Tropikalnych w Antwerpii. Bardzo interesująca była prezentacja wspomnianej współpracy z Belgii, dzięki której obie zaprzyjaźnione instytucje podniosły jakość i efekty własnej pracy.

Następnie sekretarz MMI Thomas Schwarz przedstawił projekt stworzenia pomostu dla organizacji zrzeszonych w sieci MMI, chcących wprowadzić badania naukowe do swojej działalności oraz dla młodych naukowców. Propozycja stworzenia wspólnej platformy dla obu grup oraz dyskusja na ten temat pojawiła się już na wcześniejszych spotkaniach sieci MMI, jednak nie doprowadziła do konkretnych wniosków i działań. Kwestia ta pozostaje nadal otwarta na dyskusję.

Nicole Moran przedstawiła plan swojej pracy magisterskiej „Wprowadzenie faktów do pracy organizacji oraz wykorzystanie pracy organizacji do badań naukowych", w której postara się odpowiedzieć na pytanie, jak organizacje członkowskie MMI mogą wygenerować, uzyskać dostęp, podzielić się oraz wykorzystać rzetelne fakty naukowe. Jednym z narzędzi pracy będzie kwestionariusz, o którego wypełnienie organizacje zostaną poproszone do końca grudnia 2012 roku. Praca zostanie ukończona do czerwca 2013.

Po części warsztatowej odbyło się Nadzwyczajne Zgromadzenie Delegatów, w trakcie którego do sieci Medicus Mundi International zostały przyjęte trzy nowe organizacje członkowskie: Medico International (Niemcy, organizacja istniejąca od 1968 roku, walcząca o prawo dostępu każdego człowieka do właściwej opieki zdrowotnej, więcej informacji na www.medico.de), Community Working Group on Health (Zimbabwe) oraz Health Poverty Action (Wielka Brytania). Zgodnie ze statutem sieci MMI, członkami sieci mogą zostać osoby prawne lub organizacje, gotowe przyjąć i promować cele stowarzyszenia, jeśli tylko owe instytucje spełniają następujące warunki:

- działają na polu międzynarodowej współpracy na rzecz zdrowia,
- podzielają wizję „Zdrowia dla Wszystkich",
- wykazują zaangażowanie i dążą do osiągania wspólnych celów, poprzez uczestnictwo w wydarzeniach sieci oraz przyczyniając się do jej rozwoju,
- wykazują zdolność do wypełnienia powiązanych z członkostwem obowiązków.

W kolejnej części został przedstawiony kalendarz wydarzeń Sieci MMI w roku 2013. W marcu, w Bazylei, odbędzie się spotkanie Zarządu MMI. W czerwcu Medicus Mundi Spain oraz Medicus Mundi International obchodzić będzie jubileusz 50-lecia, który połączony zostanie ze Zgromadzeniem Delegatów w Barcelonie. Poszukiwany jest gospodarz październikowego spotkania Sieci MMI, który zaproponuje również temat kolejnego spotkania.

Poruszony został temat budżetu na rok 2013. W roku 2013 planowany jest audyt zewnętrzny, który kosztować będzie 12 000 euro. W związku z tym potrzebne będą dodatkowe środki finansowe, nie wiadomo jeszcze z jakiego źródła będą one pochodzić. Zatwierdzona została wysokość składek członkowskich na rok 2013.

11 października w Królewskim Instytucie Tropikalnym odbyło się spotkanie eksperckie Sieci Medicus Mundi International pt. „Wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej i działania na rzecz ograniczenia konfliktów w niestabilnych państwach". Organizatorem spotkania był Królewski Instytut Tropikalny w Amsterdamie oraz organizacja Cordaid. Na spotkanie, poza przedstawicielami organizacji członkowskich MMI, zaproszeni zostali również inni goście – lekarze, politycy i naukowcy. Wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej w państwach niestabilnych jest dużym wyzwaniem z uwagi na ich ograniczone zasoby, problemy związane z ich zarządzeniem oraz trudności w organizacji pomocy medycznej. Pomimo tego, coraz częściej wprowadza się tam działania dążące do poprawy sytuacji zdrowotnej. Uważa się, że wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej może przyczynić się do ograniczenia konfliktów w tych państwach. W trakcie spotkania eksperckiego zaproszeni mówcy przedstawiali swoje osiągnięcia w dziedzinie organizacji opieki zdrowotnej w krajach ubogich, dzielili się wynikami badań i próbowano odpowiedzieć na pytanie, czy poprawa sytuacji zdrowotnej ma istotny wpływ na rozwiązywanie konfliktów.

Dzięki mojemu uczestnictwu w tym dwudniowym spotkaniu sieci Medicus Mundi International przekonałam się, że członkostwo naszej Fundacji w tak prężnie działającym międzynarodowym stowarzyszeniu to dla nas niewątpliwie realna szansa na międzynarodową współpracę, mogącą zaowocować rozwojem naszej Fundacji na nowych, nieznanych nam dotychczas płaszczyznach. Toteż z dużym entuzjazmem oczekuję rozpoczęcia projektu „Health workers for all and all for Health workers", który opierać się będzie na współpracy ośmiu organizacji zrzeszonych w sieci Medicus Mundi International.

stud. med. Dagna Chwarścianek

KATEDRA I KLINIKA CHORÓB TROPIKALNYCH I PASOŻYTNICZYCH
Jubileusz 50-lecia
U.M. W POZNANIU

Redemptoris Missio
Fundacja Pomocy Humanitarnej

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

„Kadry medyczne dla misji” 10-13 stycznia 2013 r.

	Godzina	Temat	Wykładowca
Moduł 1			
Malaria, opieka zdrowotna w tropiku, opieka nad matką i dzieckiem	08:00-08:30	Otwarcie kursu. Powitanie uczestników	Prof. Z. Pawłowski, Prof. J. Stefaniak, Dr A. Tarajkowska, Ks. Dr A. Andrzejak
	08:30-09:15	Malaria w świecie	Prof. J. Stefaniak
	09:15-10:00	Zasady laboratoryjnego rozpoznawania malarii	Mgr M. Kłudkowska
	10:00-10:45	Profilaktyka zdrowotna przy wyjeździe do krajów strefy tropikalnej	Dr K. Mrówka
	10:45-11:30	Zasady higieny tropikalnej	Dr K. Mrówka
	11:30-13:00	Zasady doboru farmakologicznej profilaktyki przeciwmalarycznej i szczepień ochronnych – warsztaty szkoleniowe	Dr hab. M. Paul
	13:00-13:30	Przerwa	
	13:30-14:15	Apteczka podróżna	Dr K. Mrówka
	14:15-15:45	IMCI zintegrowane postępowanie w chorobach dzieci	Dr J. Kowalczyk
	15:45-16:30	Podstawowa opieka zdrowotna w tropiku (Tanzania)	Mgr M. Cofta
	16:30-17:15	Praktyka lekarska w tropiku. Doświadczenia własne (Nigeria)	Dr C. Muoto
	17:15-18:00	Essentials drugs – leki w tropiku	Prof. Z. Pawłowski
Moduł 2			
HIV/AIDS	08:00-08:45	Medycyna katastrof (Haiti, Chile, Japonia)	Mgr M. Dąbrowski
Gruźlica, dermatologia tropikalna	08:45-10:15	Ukąszenia przez zwierzęta jadowite i niebezpieczne w tropiku	Dr hab. M. Paul
	10:15-11:45	HIV/AIDS w tropiku	Prof. R. Żaba
	11:45-12:30	Leczenie, żywienie i opieka nad dzieckiem z HIV	Dr J. Kowalczyk
	12:30-13:00	Przerwa	

13:00-14:30	Dermatologia tropikalna i choroby przenoszone drogą płciową	Prof. R. Żaba
14:30-16:00	Gruźlica w tropiku	Dr K. Świerkocki
16:00-17:30	Wybrane choroby tropikalne importowane do Polski	Dr hab. M. Paul

Moduł 3

Choroby w tropiku

08:00-08:45	Choroby niezakaźne w tropiku	Prof. K. Łącka
08:45-09:30	Hemoglobinopatie	Prof. K. Łącka
09:30-11:00	Okulistyka w tropiku	Prof. K. Pecold
11:00-11:45	Stomatologia w tropiku	Dr K. Gerreth
11:45-12:30	Zakażenia i zarażenia przewodu pokarmowego	Prof. J. Stefaniak
12:30-13:00	Przerwa	
13:00-14:30	Chirurgia w tropiku	Dr hab. T. Banasiewicz
14:30-15:15	Epidemiologia i obraz kliniczny cholery	Dr K. Mrówka
15:15-16:00	Wirusowe zapalenia wątroby	Dr Ł. Pielok

Moduł 4

Inne zagadnienia zdrowia międzyna-rodowego

10:00-10:45	WHO i Millenium Developmental Goals	Prof. Z. Pawłowski
10:45-11:30	Organizacja obozów dla uchodźców	Mgr M. Cofta
11:30-13:00	Instytucje związane ze zdrowiem w tropiku	Mgr M. Cofta
13:00-13:45	Test zaliczeniowy	Dr K. Mrówka
13:45-14:15	Przerwa	
14:15-15:00	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio	Dr A. Tarajkowska
15:00-15:45	Formacja misyjna	Ks. Dr A. Andrzejak
15:45-16:30	Spotkanie z misjonarzem	Ks. Dr A. Andrzejak
16:30-17:00	Rozdanie dyplomów, zakończenie kursu	Prof. Z. Pawłowski, Prof. J. Stefaniak, Dr A. Tarajkowska, Ks. Dr A. Andrzejak

Prezes Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”
Lek. stom. Anna Tarajkowska

Kierownik Kursu
Prof. dr hab. Jerzy Stefaniak

Kierownik Organizacyjny
Dr hab. Małgorzata Paul

Medicus pomocą w nauce

Od wielu lat Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* **we współpracy z Katedrą i Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu organizuje tygodniowy kurs przygotowujący do pracy medycznej w krajach rozwijających się. Kurs był i jest nadal kierowany dla profesjonalnej służby zdrowia – lekarzy, pielęgniarek, położnych, studentów medycyny, ale także dla misjonarzy.**

W styczniu 2013 roku przewidziano kolejną edycję kursu współorganizowaną tym razem również przez Wielkopolską Izbę Lekarską. Szkolenie będzie miało nieco skróconą formę – potrwa tylko cztery dni, ale będzie bardzo intensywne i merytorycznie w żaden sposób nie będzie odstawać od kursów organizowanych w przeszłości. Ponadto zmieniono nazwę Kursu na „Kadry medyczne dla misji". Redakcja Medicus Mundi Polonia (MMP) zachęca Uczestników Kursu do przeanalizowania numerów archiwalnych, gdzie wielokrotnie poruszano tematy omawiane w czasie szkolenia. Życzylibyśmy sobie, aby wydania Medicus Mundi Polonia były postrzegane jako kolejne tomy podręcznika praktycznej medycyny tropikalnej w multidyscyplinarnym i unikatowym ujęciu. W bieżącym numerze zamieszczamy pełen spis autorów i tematów, jakie pojawiły się na stronach Medicusa od pierwszego numeru. Do dyspozycji Uczestników Kursu jest płyta CD, na której zamieszczone są wszystkie dotychczasowe zeszyty. Warto zauważyć, że znaczna większość artykułów drukowanych w Medicus Mundi Polonia jest oparta na znanych i cenionych międzynarodowych czasopismach medycznych, takich jak The Lancet, British Medical Journal czy Emerging Infectious Diseases.

Pierwszy dzień kursu zostanie zdominowany niemalże w całości przez zagadnienia związane z malarią i medycyną podróży. Zimnica jest stałym tematem poruszanym w kwartalniku. W **numerze 26/27** umieściliśmy *krótkie notki do interesujących doniesień na temat malarii oraz artykuł nt. ochrony przed ukąszeniami komarów.* W **numerze 38/39** znalazł się *artykuł o szybkich testach paskowych w kierunku zimnicy, których skuteczność w porównaniu z tradycyjnym mikroskopowym rozpoznawaniem malarii poruszano* w **numerze 24/25**. W tym samym wydaniu pisaliśmy o *podstawowych zasadach doboru profilaktyki przeciwmalarcznej*. Natomiast w **numerze 22/23** mowa była o *malarii u dzieci i zasadach hospitalizacji malarii importowanej P. falciparum*.

Poruszaliśmy również zagadnienia medycyny podróży, bezpiecznego i odpowiedzialnego podróżowania, uwzględniając charakter zagrożeń, jakie mogą przytrafić się w czasie pracy w ośrodku misyjnym. W **numerze 26/27** znalazło się opracowanie krótkiego *przewodnika na temat bezpiecznego podróżowania* wydanego przez Międzynarodowe Towarzystwo Medycyny Podróży.

Pierwszego dnia kursu mowa będzie również o lekach podstawowych – *essential drugs*, które pokrótce zostały omówione w **numerze 24/25**. W tym module znalazło się również miejsce nt. zasad zintegrowanego postępowania w chorobach dzieci – *wytyczne postępowania w chorobach biegunkowych* znalazły się w **14 numerze MMP.**

Drugi moduł kursu w większości dotyczył będzie zagadnień HIV/AIDS oraz gruźlicy w tropiku. *Aktualna sytuacja epidemiologiczna zakażeń wirusem HIV i zapadalności na AIDS* została przedstawiona na podstawie oficjalnego raportu WHO we **wrześniowym numerze (42) MMP**. W tym samym wydaniu pisaliśmy o *aspektach współwystępowania u pacjentów zakażenia wirusem HIV i prątkiem gruźlicy.* Na kursie mowa będzie również o *żywieniu chorych z HIV/AIDS* – o czym wspomniano w **numerze 17/18**. W tym samym wydaniu przedstawialiśmy *zasady poekspozycyjnego postępowania w przypadku narażenia na wirusa HIV*. Natomiast w **numerze 14** znalazł się artykuł o *sposobach, w jaki dzieci zarażają się wirusem HIV*. Ten sam numer zawiera *praktyczne spojrzenie na opiekę medyczną nad chorymi na AIDS i gruźlicę w Zambii*. Obszerne całościowe opracowanie zagadnień dotyczących *zachorowania na gruźlicę* znalazło się w **numerze 14 MMP.** W **numerze 38/39** opublikowany został artykuł dotyczący *przydatności klinicznej nowych testów diagnostycznych gruźlicy u dzieci*. Wielokrotnie poruszano również kwestię narastającej *oporności prątków na leki przeciwgruźlicze* – m.in. **w numerze 21** oraz **40/41**. W aktualnym wydaniu publikujemy *najnowszą sytuację epidemiologiczną w zakresie zachorowań na gruźlicę*.

W module 2 znalazło się również miejsce na omówienie *postępowania w przypadku ukąszeń przez zwierzęta jadowite* – nieco szerszy zakres zagadnień uwzględniający również *przypadki zatruć tropikalnych* został przedstawiony w **numerze 30/31.**

Urazy i wypadki oraz zasady postępowania medycznego zostały szeroko omówione w **numerze 19/20**. *Zagadnieniom dotyczącym katastrof,* z uwzględnieniem specyficznych warunków panujących w krajach rozwijających się, poświęcony był **numer 28/29**.

Trzeci moduł kursu zostanie poświęcony różnym grupom chorób występujących w krajach rozwijających się – między innymi chorobom niezakaźnym. *Aspekty kliniczne niedoboru jodu w świecie* zostały przedstawione w **numerze 42**, natomiast o *niedokrwistościach* w ujęciu tropikalnym mowa była w **numerze 14**. Nieco wcześniej (**numer 10**) mowa była o *hemoglobinopatiach*.

→

Spis autorów Medicus Mundi Polonia od numeru 1 do 42

ks. dr Ambroży Andrzejak [2]5, [6/7]24, [12/13]3, [30/31]2, [34/35]4
lek. med. Tomasz Banasiewicz [6/7]3
stud. med. Zofia Bartkowiak [38/39]7
dr h.c. Wanda Błeńska [6/7]5
stud med. Bartosz Chlebanowski [38/39]4
stud. med. Anna Chylińska [38/39]7
mgr Marie Cofta [17/18]24
mgr Mateusz Cofta [14]2, [15]3, [16]2 i 3, [17/18]2, [19/20]3 i 14, [21]2, [22/23]2, [24/25]2, [26/27]5, [28/29]4, [34/35]5
dr med. Szczepan Cofta [3]7, [4]7, [14]19
lek. med. Aleksandra Czech [15]5 i 20
s. Kinga Czerwonka [12/13]7
lek. med. Jan Czosnowski [14]8
stud med. Bartosz Dubrowski [26/27]8
o. Ludwik Fąs SVD [14]4
stud. med. Miłosława Głowacka [26/27]4
s. lek. med. Mirosława Góra [1]2
mgr Justyna Janiec-Palczewska [34/35]5, [38/39]2 i 3
ks. lek. med. Jan Jaworski [5]3
dr med. Elżbieta Kacprzak [12/13]8
mgr Ewa Kaczmarek [26/27]12, 14, 16, [28/29]4, 9, 10, 13, 25, [30/31]5, 8, [32/33]15, 17, [34/35]10, 11, 13, 14, 15, [36/37]4, 9, 17 i 18 [38/39]13, 16, [40/41]6, 13, 19
dr med. Michał Karlik [42]7
o. Stanisław Kazek [8/9]5
stud. med. Maciej Klimasiński [38/39]15, [40/41]16
dr med. Dorota Klimaszyk [30/31]10
mgr Matylda Kłudkowska [38/39]20 i 22
dr med. Małgorzata Kołaczkowska [14]14 i 17
prof. Jerzy Konieczny [28/29]17
s. Ludwika Korona [8/9]4
mgr Joanna Kosicka [42]26
stud. med. Jakub Kowalczyk [15]3
stud. med. Ewa Koźmińska [6/7]19, [8/9]9, [10]13
prof. Anna Koźmińska-Kubarska [5]5
stud. med. Adam Kramarski [32/33]13
mgr Anna Kurkowiak [30/31]2, [32/33]2
bro. lek. med. Jerzy Kuźma SVD [12/13]4
Sigmund Laschenski SJ [16]4
stud. med. Maciej Leciejewski [17/18]4
Antie Leyian [38/39]12
mgr Agnieszka Lipińska [34/35]2, [36/37]2
prof. Katarzyna Łącka [42]17
lek. med. Agnieszka Łuczak [17/18]4, [30/31]6
dr hab. Anita Magowska [6/7]16, [8/9]3 i 6, [10]11, [12/13]7, [15]16, [16]5, [17/18]19, [22/23]4. [26/27]18, [28/29]3, 5, 6, [32/33]8, 12
dr med. Lucyna Majka [3]7
stud. med. Gabriela Majkut [17/18]3
stud. med. Magdalena Maliszewska [26/27]4
piel. Zofia Miś [36/37]15
lek. med. Karolina Mrówka [21]7, 9, 10, 11, 14, 18, [22/23]7, 9 i 11
dr med. Joanna Mydlarska [30/31]15
lek. med. Szymon Nowak [40/41]4, 5, 10, 11, 12, 14, 17, [42]3, 4, 15, 20, 21, 22, 23
mgr Krystyna Nyga [42]26
stud. med. Marcin Ochal [6/7]17
piel. Celina Ossowska [17/18]9
mgr Wojciech Owczarzak [6/7]24
stud. med. Aleksandra Ozimek [32/33]19
ks. dr Janusz Paciorek [36/37]4
dr hab. Małgorzata Paul [24/25]10
prof. Zbigniew Pawłowski [1]6, [2]7, [8/9]8 i 14, [10]3 i 8, [11]9 i 16, [12/13]4,10,19 i 24, [14]3 i 24, [15]11, [16]3, 6, 9 i 16, [17/18]7, 8, 10, 11, 13, [19/20]3, 6, 15 i 20, [21]4, [22/23]5, 6 i 16, [24/25]5, 9, 11, 13, 15 i 20, [26/27]10 i 20, [28/29]24 i 28, [30/31]2, 4, 5, 10 i 20, [32/33]3, 6, 18 i 20, [34/35]6 i 16, [36/37]3, 5, 17, 18 [38/39]14 i 24, [40/41]2, 3, 9, 20, [42]3, 5, 11, 25, 28
prof. Krystyna Pecold [26/27]19
stud. med. Monika Pędowska [24/25]8
stud. med. Sylwia Płoszajczak [38/39]7
stud. med. Justyna Polowy [26/27]6, 7, [28/29]4, [32/33]7
stud. med. Karolina Puklińska 16[12]

W tym module omówione zostaną również *kliniczne aspekty dotyczące cholery*. W **numerze 11 MMP** umieszczone zostało ogólne opracowanie dotyczące tej choroby. W wielodyscyplinarny sposób na kursie będą omawiane zaniedbywane choroby tropikalne – tzw. *neglected tropical diseases* (NTD), których skrócone opracowanie znalazło się w dwóch kolejnych numerach MMP (**36/37 i 38/39**). Ciekawe ujęcie NTD jako porównanie do Czterech Jeźdźców Apokalipsy zostało przedstawione w **numerze 42 MMP**.

Na Kursie mowa będzie również o aspektach zdrowia międzynarodowego (moduł 4) – między innymi o *Milenijnych Celach Rozwoju* (MDG). Pokrótce ich założenia zostały przedstawione na stronach **16 numeru MMP**. W **numerze 36/37** zamieszczone zostało *podsumowanie dotyczące stopnia realizacji założeń w 10 rocznicę obowiązywania MDG*.

Stanowisko i udział Kościoła Katolickiego w medycznej posłudze misyjnej są regularnie przedstawiane na ostatnich stronach MMP, w rubryce Posługa Lecznicza Kościoła, która w znacznej części opiera się na opracowaniach czasopisma *Dolentium Hominum* poświęconego sprawom służby i ochrony zdrowia, również w krajach rozwijających się.

Pełen spis zagadnień poruszanych na stronach Medicus Mundi Polonia można znaleźć w indeksie tematów na łamach aktualnego wydania MMP. Gorąco zachęcamy do lektury!

lek. Szymon Nowak

Spis tematów Medicus Mundi Polonia
od numeru 1 do 42

Informacje:

Z Centrum Formacji Misyjnej [8/9]2, [11]4, [36/37]4
Z Fundacji [2]2, [3]2, [8/9]2, [11]2, [12/13]2, [14]2, [15]3, [16]2, [17/18]2, [19/20]2, [21]2, [22/23]2, [24/25]2, [26/27]3, [28/29]2 i 4, [30/31]2, [32/33]2, [34/35]2, [36/37]2 i 16, [38/39]2, [40/41]2, [42]2 i 3
Z MMI [1]3, [2]3, [3]3, [10]2, [12/13]4, [14]3 i 24, [15]3, [16]3, [19/20]3, 4 i 5, [21]4, [22/23]4, [24/25]5, [26/27]6, [28/29]3, [32/33]12, [40/41]5 i 16, [42]4
Z Kliniki [11]3, [14]2, [17/18]6,
Z ośrodków misyjnych [1]2, [2]2, [3]3, [4]3, [5]3, [8/9]4, [10]3, [12/13]4, [15]3, [17/18]3 i 4, [26/27]5 i 19, [28/29]6, [30/31]6
Z Papieskiej Rady ds. Zdrowia [17/18]7, 8 i 9, [30/31]4
Z WHO [1]4, [2]3, [4]2, [5]2, [6/7]2 i 23, [8/9]2 i 3, [10]2, [11]4, [14]3, [16]3, [17/18]10 i 11, [19/20]6, [24/25]5 i 7, [30/31]5, [32/33]3 i 8, [36/37]4, [42]3
Z zakonów misyjnych [10]4, [11]5, [12/13]5, [14]4, [16]4

Akcje i programy Fundacji:

CUAMM [3]12, [26/27]18, [28/29]5
Europejski Rok Wolontariatu [38/39]4 i 10
Kursy, książki, szkolenia [1]5, [2]5, [3]6, [4]10, [5]10, [6/7]21, [8/9]18, [11]14, [12/13]21, [14]22, [15]19, [16]11, [17/18]15 i 20, [19/20]16, [28/29]26 i 27, [30/31]14 i 18, [32/33]5, [36/37]19, [38/39]23, [40/41]18 i 19, [42]12, 24 i 26
Operacja Bangassu [6/7]3
Pomoc dla Afganistanu [38/39]11
Praktyki w tropiku [6/7]17, [15]3, [19/20]17, [24/25]4, [26/27]4, [36/37]15, [38/39]7
Program kursu [28/29]14, [32/33]10, [36/37]20
Stop Malaria Now [26/27]7 i 8, [28/29]8 i 9, [30/31]8, [32/33]7, [38/39]12 i 13

Varia:

10 lat Fundacji Redemptoris Missio [5]12, [6/7]24
20 lat Fundacji Redemptoris Missio [40/41]3
50-lecie Katedry i Kliniki [42]5, 7 i 9
Beat Richner [40/41]14
Godne uwagi rozprawy naukowe [42]25
Internet cafe [15]17, [21]18, [22/23]13, [24/25]17, [26/27]17
o. Bronisław Poćwiardowski SVD [30/31]2
o. Marian Żelazek [19/20]3
Pytania [16]13
Rocznice [19/20]19
Spotkanie u OO. Oblatów [38/39]9
Urodziny dr Wandy Błeńskiej [34/35]5, [36/37]3, [38/39]3
Wyróżnienie dla prof. Zbigniewa Pawłowskiego [30/31]3
Ze Świętego miasta Puri [40/41]17
Varia [21]17, [22/23]12, [24/25]19

Ochrona zdrowia w tropiku:

Exodus personelu medycznego z Afryki [12/13]7, [40/41]12
Globalizacja [3]4
Konferencja w Antwerpii – Health Care for All [3]5
Konferencja w Busan [40/41]11
Konferencja Episkopatu Tanzanii [22/23]5
Leki podstawowe – essential drugs [24/25]15
Medycyna tradycjonalna w Afryce [6/7]16
Millenium Development Goals [16]16, [17/18]11, [36/37]5, [38/39]14
Postęp w zakresie medycyny tropikalnej [17/18]19
Rola kobiet i zagrożenia dla ciężarnych [10]13, [28/29]10
Szczyt w Rio de Janeiro 2012 [42]23

Choroby zakaźne i pasożytnicze:

Biegunki [10]8
Cholera [11]6, [19/20]15, [34/35]11
Choroba Marburska [42]22
Drakunkuloza [34/35]10
Filariozy limfatyczne [11]9, [16]12
Frambezja [28/29]13
Gorączka denga [8/9]11, [32/33]19
Gorączka krwotoczna Chikungunya [22/23]7
Gruźlica [3]7, [4]7, [14]14,17 i 19, [21]9 i 10, [38/39]22, [40/41]17, [42]15

→

Spis autorów Medicus Mundi Polonia od numeru 1 do 42

(ciąg dalszy ze str. 7)

stud. med. Piotr Radojewski [28/29]8
lek. med. Norbert Rehlis [6/7]10, [11]2
dr med. Hubert Rokossowski [28/29]27
mgr Erwina Sierant [1]12, [3]12
mgr Anna Sill [17/18]15
lek. med. Anna Sosinko [17/18]6
stud. med. Magdalena Soszyńska [38/39]7
prof. Jerzy Stefaniak [11]3, [14]2, [30/31]3, [40/41]3, [42]5
stud. med. Agnieszka Struk [40/41]19
stud. med. Mateusz Szaciłowski [19/20]17
stud. med. Dawid Szpecht [10]6, [12/13]15
lek. stom. Anna Tarajkowska [40/41]2, [42]2 i 3
s. Franciszka Taul [3]3
lek. med. Marcin Warot [19/20]11
lek. med. Aleksander Waśniowski [6/7]23, [8/9]7 i 11, [11]6, [14]12, [15]15 i 17, [17/18]18, [19/20]8
lek. med. Magdalena Waśniowska [14]6, [16]9, [17/18]16
o. Remigiusz Wawro OFM [11]5
dr med. Edgar Widmer [1]3, [2]12, [3]3 i 5, [4]12, [10]16, [12/13]4, [19/20]4 i 5, [21]4, [22/23]4, [30/31]4, [40/41]20
stud. med. Emilia Wietrzyńska [38/39]4
stud. med. Jowita Winiaszewska [38/39]3 i 7
lek. med. Alicja Woźniak [4]3, [12/13]12
s. Maria Zapalska [12/13]5
lek. med. Piotr Zawieja [24/25]4, [26/27]3, [28/29]2
lek. med. Ziad El Ali [11]12
prof. Ryszard Żaba [28/29]11
o. Marian Żelazek SVD [2]3

Denga czy odra? – gorączka z wysypką u turystów wracających z Tajlandii

Journal of Travel Medicine we wrześniowo-październikowym numerze opublikował krótki artykuł poruszający kwestie nieumiejętnego rozpoznawania odry przez lekarzy, w krajach, gdzie transmisja tej choroby uległa niemal całkowitemu zahamowaniu. Ma to związek przede wszystkim z powszechnym dostępem do szczepienia MMR. Trzeba pamiętać, że odra nadal posiada miano choroby endemicznej w wielu rejonach świata, głównie w krajach rozwijających się.

Autorzy artykułu przywołują przypadki trzech pacjentów. Pierwsza, 33-letnia kobieta mieszkająca w Finlandii, podczas 11 dnia pobytu w Tajlandii rozwinęła wysoką gorączkę. Trzy dni później dołączyła się plamisto-grudkowa wysypka. Po powrocie do kraju, kobieta została przyjęta do szpitala, gdzie zdiagnozowano dengę, zakażenie układu moczowego i zapalenie płuc. Poproszono o konsultację specjalistę chorób zakaźnych, który diagnozę podważył i z powodzeniem postawił rozpoznanie odry. Drugi przypadek to 43-letnia Finka, która w 14 dniu pobytu w Tajlandii rozwinęła gorączkę i kaszel. Dalsza historia pacjentki była podobna jak w pierwszym przypadku – ostatecznie rozpoznano odrę. Trzeci przypadek wyglądał niemal identycznie – 33-letnia Estonka, po pobycie w Tajlandii. Wstępnie rozpoznano nadwrażliwość na leki, ostatecznie zakażenie wirusem odry.

Zawsze należy pamiętać, że wyjazd osób nieszczepionych do krajów endemicznego występowania wiąże się z ryzykiem zawleczenia choroby. Dwie spośród opisywanych kobiet otrzymały tylko jedną dawkę szczepienia, jedna nie była szczepiona w ogóle. Częściowe uodpornienie może zmieniać charakterystyczny przebieg kliniczny choroby.

Wśród przyczyn wysypki przywiezionej z tropiku znaleźć można dengę, odrę, różyczkę, zakażenie wirusem HIV, CMV, EBV, zakażenia riketsjowe, meningokokowe, przyczyny niezakaźne, takie jakie reakcje nadwrażliwości na leki i wiele innych. Czasem ciężko jest klinicznie rozpoznać możliwą przyczynę zmian na skórze u gorączkującego pacjenta powracającego z tropiku. Najczęściej w pierwszej kolejności bierze się pod uwagę właśnie dengę, pierwotną infekcję wirusem HIV i kiłę.

Artykuł miał zwrócić uwagę na konieczność szerszego spojrzenia na pacjenta z gorączką i wysypką na skórze, wracającego z tropiku. Zawsze w takim przypadku trzeba pamiętać o możliwości zawleczenia odry, zwłaszcza w czasie podróży do krajów endemicznych.

oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: Kantele A. i wsp.; „Fever with rash in patients returning from popular tourist resort Phuket, Thailand: Dengue – or Measels?"; Journal of Travel Medicine, Vol. 19, No 5, 2012.

HIV/AIDS [1]6, [2]6, [5]4, [8/9]3, [12/13]19, [14]6,8 i 12, [15]15, [16]6 i 9, [17/18]16 i 18, [34/35]14, [36/37]18, [42]15, 20 i 21
Malaria [2]7, [4]5, [8/9]5, [11]12, [21]11, [22/23]9 i 11, [24/25]9, 10, 11 i 13, [26/27]10, 12, [28/29]9, [30/31]9 i 10, [36/37]17 i 18, [38/39]20, [40/41]19
Neglected tropical diseases [34/35]6, [36/37]9, [38/39]16, [40/41]10, [42]11
Odra [28/29]25, [34/35]14
Ospa prawdziwa [8/9]10, [32/33]6
Poliomyelitis [10]5, [40/41]15
Świerzb [8/9]8
Trąd [6/7]5, [10]4, [12/13]2, [15]16, [21]7, [40/41]6 i 9
Wirus Zachodniego Nilu [34/35]13
Wirus JEV [42]21
Wrzód Buruli [6/7]8
Zatrucia [30/31]10
Żółta gorączka [4]11, [8/9]9

Inne choroby i specjalności:

Anemia [12/13]15
Choroby psychiczne w tropiku [15]5
Choroby niezakaźne [40/41]13, 42[17]
Choroby skóry w tropiku [5]5
Dziecko w tropiku [6/7]10
Epilepsja [15]11
Hemoglobinopatie [10]6
Katastrofy [8/9]14, [28/29]17, [30/31]15, [32/33]13
Obrzezanie dziewczynek [32/33]15 i 17
Odpowiedzialny podróżny [26/27]14
Oparzenia [16]9
Szczepienia [12/13]8 i 10, [34/35]15
Telemedycyna w dermatologii [28/29]11
Urazy i wypadki [19/20]8,11 i 14, [26/27]16, [28/29]24
Zakażenia wewnątrzszpitalne [8/9]7, [17/18]13
Zakrzep żylny w podróży [12/13]2
Zanieczyszczone igły [10]3

Inne tematy:

7 miliardów ludzi na świecie [38/39]15
Akademickie Koła Misyjne [34/35]4
Antropologia kulturowa w Afryce [16]5
Bioetyka [10]11, [12/13]12
Dolentium Hominum [32/33]18
Ekumeniczny zdrowy styl życia [2]4
Epidemie na świecie [6/7]23
Konflikty militarne [22/23]6
Maryja w kulturze afrykańskiej [2]5
Okrucieństwa wobec dzieci w Ugandzie [8/9]6
Teledicom [40/41]13
Posługa lecznicza Kościoła [1]12, [2]12, [3]12, [4]12, [5]11, [8/9]20, [10]16, [11]16, [12/13]24, [14]24, [15]20, [17/18]24, [19/20]20, [22/23]16, [24/25]20, [26/27]20, [28/29]28, [30/31]20, [32/33]20, [34/35]16, [38/39]24, [40/41]20, [42]28

Z POWROTEM W PURI

List z Puri

Fr. Joseph Philip, SVD*
KARUNALAYA LEPROSY CARE CENTRE
P.O. Box No. 21, Puri H.O.
Baliapanda Road, Puri – 752 001 (Odisha) INDIA
☎+91 (06752) 230069 (M) 94370 51268:
e-mail karunalay@gmail.com

Droga Pani Anno i Przyjaciele Misji,

Razem z mieszkańcami i personelem Ośrodka Zdrowia Dla Trędowatych „Karunalaya" pragnę życzyć wam wspaniałego przeżywania okresu Adwentu i Wesołych Świąt. Niech Pan błogosławi Wam w każdym dniu Waszego życia i wszystkich Waszych codziennych zmaganiach! Pamiętamy o Was w naszych modlitwach podczas tych Świąt.

W koloni trędowatych, gdzie pracujemy, znajduje się ponad 30 domów. W tym roku rozpoczęliśmy budowę kilku nowych. Skromny dom przynosi pacjentom poczucie godności i szacunku dla samych siebie. Kolonia została nazwana przez Ojca Mariana Żelazka „Punaruthanpalli", co znaczy „Miasteczko Zmartwychwstania", ponieważ ludzie mieszkający tutaj są podnoszeni z ucisku ich choroby, która zniewoliła ich społecznie i religijnie.

Liceum „Beatrix" imienia Ojca Mariana

Szkoła, która została założona w 1983 r. przez Ojca Mariana Żelazka dla dzieci z rodzin trędowatych, jest obecnie wiodącą szkołą w Puri. Nowy budynek jest częściowo gotowy aby przyjąć dzieci będące uczniami liceum od tego roku. Na chwilę obecną szkoła kształci 640 uczniów, z których 169 pochodzi z kolonii dla osób chorych na trąd. Jest to wspaniała integracja dwóch różnych społeczności… Każdego roku święta Bożego Narodzenia są uroczyście obchodzone w szkole, a przedstawiciele różnych religii przychodzą, by oddać szacunek Panu Wszechświata przy Żłóbku upamiętniającym Żłóbek Betlejemski.

Szkolny internat „Karunalaya" jest przeznaczony wyłącznie dla dzieci pochodzących z kolonii trędowatych z całego stanu Odisha. W tym roku w internacie znajduje się 68 dzieci z 7 różnych wiosek trędowatych. Dostają one tutaj odpowiednie wyżywienie, które sprawia, że są one odporne na ciężkie choroby, w szczególności trąd i gruźlicę. Lekcje są wzbogacone o ponadprogramowe zajęcia, takie jak: muzyka, taniec oraz nauka sztuk walki. Przeprowadzane są regularne badania kontrolne, aby w odpowiednim momencie zapewnić dzieciom leczenie, gdy zajdzie taka potrzeba.

Centrum zdrowia

W tym roku, w przeciągu ostatnich 9 miesięcy w naszym szpitalu leczyliśmy 5381 pacjentów. Niestety wciąż pojawiają się nowe przypadki trądu… Jednak pacjenci z tą chorobą są diagnozowani i leczeni. Na chwilę obecną leczymy 12 nowych przypadków trądu, z których 2 dotyczą dzieci. Czynimy specjalne starania dla właściwego i odpowiednio szybkiego diagnozowania i leczenia. W tym roku, w naszym centrum zostało wyleczonych 96 pacjentów z problemami stomatologicznymi. Możliwe jest również zapewnienie leczenia wewnątrzszpitalnego tym, którzy tego potrzebują. Lekarz, specjalista leprolog, odwiedza nasz szpital w każdy poniedziałek i czwartek. Chirurg oferuje pomoc naszej przychodni, kiedy tego potrzebujemy. Ponadto odwiedzają nas lekarze z Polski i Włoch. Chciałbym skierować specjalne podziękowania dla **Fundacji Redemptoris Missio** za wspomaganie nas poprzez regularne wizyty lekarzy oraz dostarczanie leków i materiałów opatrunkowych.

120 starszych oraz zupełnie niepełnosprawnych osób, które nie mają nikogo (nie posiadają rodziny), które są chore na trąd, mają zapewnione 3 regularne posiłki w Kuchni Miłosierdzia, ubranie, przybory toaletowe, włączając koszty kremacji.

Ojciec Marian był przyjacielem wszystkich bez względu na pochodzenie, wiarę i religię. Każdy był zaszczycony przebywaniem w jego towarzystwie. Państwowi urzędnicy, przedstawiciele religii, właściciele hoteli, bogaci oraz biedni – wszyscy doceniali Jego Osobę oraz oddanie. Ojciec Marian zawsze powtarzał słowa Jezusa, że „Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili" (Mt 25, 40). Każdego roku rocznica Jego śmierci obchodzona jest uroczyście wraz ze wszystkimi przedstawicielami religii, wysoko szanowanymi urzędnikami miasta Puri i stanu Odisha, którzy przybywają do kaplicy Ojca Mariana, ofiarując modlitwy z ogromnym szacunkiem. Po kilku latach od Jego śmierci wciąż jest obecny w pamięci najwyższych dostojników. Ojciec Marian był bardzo szanowany przez wyznawców wszystkich religii i wszyscy wierzyli, że jest On posłany przez samego Boga. Zmarł w dniu, który według hinduskiego kalendarza jest dniem pomyślnym, Hindusi wierzą więc, że jest On święty.

Na koniec chciałbym z głębi serca podziękować wszystkim za Waszą pomoc i modlitwę. Ponownie razem z mieszkańcami kolonii, dziećmi ze szkoły, pracownikami Kuchni Miłosierdzia i szpitala życzę Wam wypełnionego łaską Adwentu, wesołych, rodzinnych Świąt i radości w Nowym 2013 Roku.

Niech Wam Pan Bóg błogosławi,
Ojciec Joseph Philip

tłumaczyła: stud. med. Kinga Zastawna

---

* Ojciec werbista, dyrektor Ośrodka Zdrowia dla Trędowatych „Karunalaya" w Puri

Wizyta w Indiach

Z POWROTEM W PURI

Jacek Łuczak*

Od 2 do 14 lutego 2012 r. przebywałem w Indiach na zaproszenie dr Abee Dama, który po szkoleniu w 2006 r. w Hospicjum Palium SK *Przemienienia Pańskiego* UM oraz Hospicjum Miłosiernego Samarytanina w Wągrowcu, założył wzorcowe domowe Hospicjum KOSHIS w Bokaro. Po długim locie i międzylądowaniach także w Dubai (olśniewające nowoczesnością lotnisko) z lotniska w Kalkucie, mieście 15 milionowym, odebrał mnie dr Dam i wolontariusz hospicyjny farmaceuta dr Santos. Przejechaliśmy ok. 400 km różnej jakości drogami, mniej lub bardziej zatłoczonymi (ryksze, motocykle, rowery, piesi, psy i krowy). Zadziwiała płynność jazdy, ostrożność i dobre hamulce posługujących się klaksonami kierowców, skromnych wirtuozów kierownicy (nie widziałem przejechawszy tysiąc kilometrów żadnego wypadku!). Wspominam smak pierwszego w życiu kokosa.

W Bokaro Steel City (największy producent stali w Azji), wraz z zespołem hospicyjnym odwiedzałem chorych z różnych środowisk w domach, zauroczony serdecznym przywitaniem pacjentów i ich wspaniałych niezwykle opiekuńczych rodzin i uczestniczyłem w konferencji opieki paliatywnej poświęconej problematyce opieki nad chorym, głównie w aspekcie duchowym. Zaproszono mnie także w piękne miejsce nad rzeką w odległości ok. 20 km od miasta, gdzie na zapleczu starego garnizonu brytyjskiego tworzone są zręby hospicjum stacjonarnego. W ambulatorium przyjmowani są bezinteresownie chorzy często pozbawieni opieki lekarskiej (przez dr Dama i jego małżonkę ginekologa). Smaczne posiłki przygotowuje pielęgniarka hospicyjna, a ze ściany skromnego gabinetu patronują działaniom (chorzy otrzymują leki, posiłek i odzienie) katoliccy święci (ikona otrzymana od ks. Andrzeja Rygielskiego z hospicjum wągrowieckiego) oraz Bogini Kali. Drogę do Puri odbyłem typowym dość zatłoczonym pociągiem w towarzystwie wolontariusza z Hospicjum w Bokaro oraz czołowego gracza drużyny narodowej Indii w krykieta o opiekuńczym imieniu Angel.

Fot. 1. Profesor Jacek Łuczak z chorą w Puri

Do Puri przyjechaliśmy późnym wieczorem odebrani z pociągu przez werbistę Ojca Lali, który przez 30 lat współpracował z Ojcem Marianem i jest odpowiedzialny za finanse w Centrum Leczenia Chorych na Trąd. Zostałem zakwaterowany w nowym kompleksie czworokątnego budynku oddanego do użytku wkrótce po śmierci Ojca Mariana. Ugoszczono mnie wspaniałą potrawką z owoców morza w stołówce, w której miałem możność spotkać się z przybyszami z Filipin, którzy brali udział w organizowanych regularnie przez ojców werbistów warsztatach z udziałem przybyszów z różnych niejednokrotnie skłóconych krajów. Celem warsztatów była integracja bez granic. W Puri, korzystając z gościny ojców werbistów, a Ojca Lali w szczególności, miałem możność spotykania się z chorymi (fot. 1) i ich dziećmi w Centrum Leczenia Chorych na Trąd założonym przez wielkopolanina o. Mariana Żelazka, który 35 lat pracowitego życia ofiarował chorym. Obecnie we wiosce przebywa około 1000 chorych z całymi rodzinami i dziećmi, w tym kilkanaścioro dzieci z aktywnie leczonym trądem oraz ozdrowieńcy, z czego 80 osób wyleczonych, które są na całkowitym dożywotnim utrzymaniu Ośrodka. Są małe dzieci korzystające z przedszkola oraz starsze uczęszczające do szkoły. Ojciec Lali umożliwił mi odwiedzenie mieszkańców wioski oraz

→

* Prof. dr hab. med. dr h. c., ordynator Hospicjum Palium SK *Przemienienia Pańskiego*, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej UM im. K. Marcinkowskiego, e-mail: jackluk@kki.net.pl

chorych przebywających w szpitaliku, zapoznanie się z pomieszczeniami ambulatoryjnymi, gabinetem dentystycznym, składem leków, jak również wymagającym odnowienia ośrodkiem rehabilitacji, gdzie osoby wyleczone wykonują różne przedmioty, w tym wyroby z włókien palmowych oraz miękkie obuwie na miarę, z opon samochodowych dla ozdrowieńców ze zniekształconymi przez trąd stopami. Pokazał mi także miejsce zaawansowanej budowli przeznaczonej na szkołę średnią dla młodzieży zamieszkującej wioskę. Wielkim przeżyciem dla mnie było odnajdywanie wszelkich miejsc związanych z Ojcem Marianem. Uroczego mieszkania w domku w ogrodzie pełniącego obecnie rolę muzeum (fot. 2), gdzie mogłem zapoznać się z licznymi zdjęciami i pamiątkami (moją uwagę zwrócił także stojący w kącie pokoju parasol Ojca), jak również piękną kapliczką – miejscem Jego modłów oraz przejść się alejką, którą codziennie spacerował. Zostałem zaszczycony zaproszeniem na pobyt w roku przyszłym z zamieszkaniem w domku, w którym mieszkał Ojciec Marian. Dużym przeżyciem były dla mnie wędrówki brzegiem Zatoki Bengalskiej, kąpiele w morzu i kontakty z spotykanymi tubylcami w barwnych strojach włącznie ze wspólnym wyciąganiem z rybakami sieci. Zawsze w drodze powrotnej nieomylnie odnajdywałem drogę powrotną do Ośrodka kierując się na napis „Fr. Marian's Home". Ponownie po kilku latach przerwy udało mi się pomóc dzięki życzliwości przeora zakonu werbistów – ojca Józefa – w nawiązaniu kontaktu odnowienia współpracy z Redemptoris Missio – poznańską, zasłużoną w niesieniu pomocy organizacją charytatywną, wspierająca działania śp. Ojca Mariana.

W Cuttack uniwersyteckim Ośrodku Onkologicznym z oddziałem opieki paliatywnej wraz z prof. Robertem Twycross odwiedzałem chorych i wykładałem na kursie opieki paliatywnej dla lekarzy i pielęgniarek. Poza zajęciami zwiedziliśmy wspólnie wspaniałą świątynię Słońca w Konarki. W Kalkucie na międzynarodowym Kongresie Opieki Paliatywnej wygłosiłem prezentację o istotnej roli narracji w kontaktach lekarza opieki paliatywnej z pacjentem. Sporo uwagi poświęcono niedostępności morfiny i czynnikom hamującym rozwój opieki paliatywnej. Niezwykłe wrażenie sprawiły kończące obrady występy zespołu tanecznego, a w szczególności „Pieśni Ofiarne" noblisty Rabindranatha Tagore wykonane przez pieśniarza z towarzyszeniem bardzo starego instrumentu. W Domu Matki Teresy spotkałem się z siostrami rozmawiającymi po polsku: Hinduską, która przez 11 lat służyła polskim chorym w Szczecinie oraz Polką, która przed kilkoma miesiącami przyjechała z Warszawy. Byłem także w ośrodku dla samotnych umierających chorych oraz nad odnogą świętej rzeki Ganges i w Klinice Onkologii uniwersyteckiego szpitala, gdzie spotkałem się z chorymi i wygłosiłem wykład dla lekarzy. Jechałem też rykszą.

Fot. 2. Profesor Jacek Łuczak w muzeum ojca Mariana Żelazka w Puri

Wszędzie spotykałem się z życzliwością, otwartością, gościnnością i zainteresowaniem. Dzięki przychylności prof. Jacka Wysockiego Rektora UM podpisano umowę o współpracy naszej Uczelni z hospicjum KOSHIS, a w przygotowaniu jest podobna umowa z Ośrodkiem uniwersyteckim w Kalkucie, co pozwoli na częstsze kontakty i współpracę z mieszkańcami tego niezwykłego, barwnego, pełnego kontrastów kraju.

Sprawozdanie z praktyki wakacyjnej w Puri

Z POWROTEM W PURI

Na początku lipca bieżącego roku, po 30-godzinnej podróży pociągiem dojechałam do miasta Puri. Z dworca odebrał mnie uśmiechnięty ojciec Joseph Philip. Po niedługiej podróży samochodem dotarliśmy do celu – Centrum Duchowości św. Arnolda Jansena, zbudowanego przez ojca Mariana Żelazka, Wielkiego Polaka, Misjonarza, Przyjaciela Trędowatych. Ojciec Joseph przedstawił mnie pozostałym ojcom oraz pracownikom Centrum, by po posiłku pokazać mi miejsce pracy, mieszkania i modlitwy Ojca Mariana. Pokój, w którym mieszkał i pracował nasz Rodak, choć skromny, to przepełniony jest radością. Na ścianach widnieją przepiękne zdjęcia Ojca Mariana i Jego szczęśliwych Przyjaciół – Trędowatych. Ale moją uwagę przykuło niezwykłe tablo. Młodzi chłopcy w białych sutannach, koledzy Ojca Żelazka z seminarium duchownego. Pod każdym zdjęciem krótka historia. Większość z nich zginęła w obozach koncentracyjnych w czasie wojny. Ojciec Marian przeżył, przeżył by służyć tym, którzy najbardziej tego potrzebują. Po tej krótkiej wizycie przeszliśmy do maleńkiej kaplicy, gdzie mogliśmy się pomodlić.

Fot. 1. Kinga Zastawna z pacjentką w Puri

Następnego dnia ustaliliśmy z ojcem Josephem zakres moich obowiązków i niedługo potem mogłam wyruszyć na spotkanie, na które czekałam już od bardzo dawna. Razem udaliśmy się do przychodni Karunalaya i choć trochę obawiałam się tej wizyty, to okazało się, że wszyscy czekali na mnie z radością i życzliwością. Chorzy na trąd, tutaj nazywani Ofiarami Trądu, witali mnie hinduskim „Namaste", składając ręce, jak my czynimy modląc się. Natychmiast naokoło mnie pojawiła się gromadka dzieci. Wszystkie ciekawe tego nowego, całkiem białego gościa.

Moja praca w ośrodku zdrowia, w którym znajdują się 3 sale szpitalne, sala opatrunkowa, gabinet dentystyczny, gabinet lekarski, apteka i magazyn leków, zaczynała się o 8 rano. Codziennie rozpoczynałam od zmiany opatrunków. Najpierw pacjentom ze szpitala, których w zależności od zapotrzebowania jednoczasowo jest około 20, następnie pacjentom, którzy do przychodni przychodzili ze swoich domów, w ten sposób rozpoczynając każdy dzień swojego życia w kolonii dla trędowatych. Do godziny 10 przy pomocy pracowników przychodni zmieniałam opatrunki około 30 pacjentów, by po krótkim spacerze dotrzeć do szkoły Beatrix. Jest to szkoła, którą założył Ojciec Marian, widząc wielką potrzebę nauki tych, którym ze względu na chorobę było to zabronione. Początkowo, będąc szkołą tylko dla dzieci mieszkających w kolonii, aktualnie kształci ponad 600 uczniów, z których zdecydowana większość to dzieci niepochodzące z rodzin trędowatych.

W szkole przeprowadzałam badanie dzieci, które przede wszystkim miało na celu wykrycie nowych przypadków choroby i wdrożenie natychmiastowego leczenia. Poza tym, starałam się walczyć z takimi chorobami jak: grzybica skóry i paznokci, świerzb, wszawica, niedobory witamin. Niejednokrotnie dzięki pomocy ojca Josepha dzieci zabierane były do specjalisty leprologa, który dwa razy w tygodniu odwiedza szpital, oraz do stomatologa. Przy pomocy nauczyciela, będącego również moim tłumaczem, dziennie badałam dziesięcioro dzieci. Po południu raz jeszcze odwiedzałam przychodnię, by zmieniać opatrunki tym, którzy przychodzili później. W tych godzinach przychodziło około 40 pacjentów. Po zdarzeniu, które miało miejsce zaraz na początku mojego pobytu w Puri, kiedy to jeden z pacjentów przyszedł z tak zaniedbaną i brudną raną, że trudno było ją oczyścić, wraz z personelem szpitala założyliśmy listę obecności pacjentów. W ten sposób możliwa była kontrola osób, które przychodziły na zmianę opatrunków. Widząc na liście tzw. „nieobecności" można było dotrzeć do tych, którzy niezdolni do tego, by samodzielnie pojawiać się w przychodni, lub niedbający o swój stan zdrowia, mogli mieć zmieniony opatrunek we własnym domu.

W trakcie mojej pracy w godzinach rannych i popołudniowych często przychodzili do mnie ludzie z innymi schorzeniami. Niektórzy z nich chorowali na choroby przewlekłe, inni cierpieli z powodu bólu, osłabienia, gorączki… Każdy szukający pomocy z nadzieją zaglądał do pokoju, w którym po zmianie opatrunków badałam pod mikroskopem preparaty w celu poszukiwania pasożytów jelitowych. W ten sposób przebadałam wszystkich pacjentów znajdujących się w szpitalu, a następnie każdego nowo przyjętego pacjenta. O przyniesienie próbek kału do badania poprosiliśmy również wszystkie dzieci mieszkające w kolonii, następnie wszystkie dzieci mieszkające w szkolnym internacie, oraz większość dzieci ze szkoły. Niestety, wyniki badania w ogromnej liczbie próbek były pozytywne. Dzięki tej wiedzy mogliśmy wdrożyć odpowiednie leczenie, które w sumie objęło ponad 100 dzieci i około 40 dorosłych.

W związku z powszechną wszawicą wśród dzieci szkolnych, a zwłaszcza dzieci mieszkających w internacie, przy pomocy opiekunów oraz ojca Josepha przeprowadziliśmy walkę z tym pasożytem. Nie mała była radość dzieciaków, które zgromadzona na boisku szkolnym wszystkie po kolei miały nałożony na główkę preparat przeciw wszom. Każde dziecko otrzymało nowy grzebień, a przy tej okazji mogłam przy pomocy tłumaczy opowiedzieć im, jak walczyć, a przede wszystkim zapobiegać zarażeniu. Ogólnemu procesowi towarzyszyło pranie prześcieradeł i poduszek, oraz dokładne mycie wszelakich spinek i innych ozdób do włosów należących do dziewczynek. Terapię należało powtórzyć po tygodniu, a wtedy doświadczone już dzieciaki wzajemnie nakładały sobie preparat na głowy z wielką dbałością, uważając na to, by płyn nie dostał się do oczu kolegów. Niestety po kolejnym sprawdzeniu włosów dzieci, okazało się, że pasożyt nie został do końca zwalczony. Przyszedł więc czas na ścinanie włosów, co w przypadku dziewcząt wywołało wielki opór i niechęć. Jednak po spokojnym wytłumaczeniu dziewczynki same ustawiały się w kolejce do fryzjera. Metoda ta okazała się najskuteczniejsza. Opiekunom ze szkoły miałam okazję pokazać jak wygląda wszawica i jak należy sprawdzać włosy dzieci. Na chwilę obecną wszystkie dzieci raz w miesiącu mają sprawdzane włosy, a w razie potrzeby wdrażane leczenie.

Pod koniec mojego pobytu w Puri, z zaprzyjaźnionymi już dzieciakami ze szkoły miałam możliwość przeprowadzenia lekcji na temat zdrowia. Nie były to jednak typowe lekcje a tzw. „pogadanki" w małych gronach, w trakcie których zarówno dziewczęta, jak i chłopcy mogli zadawać pytania dotyczące zdrowia i higieny. Na początku niepewnie, z czasem coraz odważniej, szczególnie starsze dzieci starały się używać języka angielskiego.

Gdy myślę o swoim pobycie w Indiach, teraz, gdy już jestem w Polsce, najbardziej tęsknię za szkołą. W ostatnim dniu dzieciaki przygotowały dla mnie piękne przedstawienie, a dziewczynki same ułożyły i zaśpiewały piosenkę o „białej dziewczynie – Anti (cioci)". Piosenka ta opowiadała a dniach, które spędziłam razem z nimi w szkole i internacie. Na koniec od najmłodszego chłopca otrzymałam prezent i zaproszenie do wspólnego posiłku. Tego wieczoru dzieci wiedząc, że to ostatni raz, kiedy jestem w szkole, otoczyły mnie ściśle wielką gromadą, nie pozwalając mi wsiąść do samochodu. Był to dla mnie najbardziej wzruszający moment.

Fot. 2. Kinga Zastawna w czasie pracy w kolonii trędowatych

Mam nadzieję, że pracując w Puri pomogłam tak, jak tego ode mnie oczekiwano. Dla mnie osobiście była to ogromna lekcja pokory. Nie mając wielkich możliwości, środków, standardów, do jakich jesteśmy przyzwyczajeni w Europie, patrzyłam na ludzkie cierpienie, któremu niejednokrotnie nie potrafiłam ulżyć. Nauczyłam się wiele. Dzisiaj dziękuję wszystkim, przy pomocy których mój wyjazd do Indii został zrealizowany. Był to wspaniały czas w moim życiu. Mam ogromną nadzieję, że jeszcze kiedyś będę mogła odwiedzić moich przyjaciół, których poznałam w tym pięknym i ogromnym kraju, by z większym doświadczeniem móc pomagać tym, którzy tego potrzebują.

stud. med. Kinga Zastawna

Gruźlica – co nowego?

Raport Światowej Organizacji Zdrowia

W październiku ukazał się najnowszy Raport Światowej Organizacji Zdrowia dotyczący gruźlicy – donosi The Lancet. Dokument zebrał dane ze 182 państw członkowskich, łącznie 204 krajów i terytoriów, obejmujących niemalże 99% obszarów występowania choroby.

W Raporcie po raz pierwszy zamieszczono dane nt. rozpowszechnienia gruźlicy wśród kobiet i dzieci, oraz podjęto próbę określenia liczby uratowanych ludzi, dzięki wdrożeniu działań dla ograniczenia współwystępowania HIV/AIDS.

Liczba przypadków rozpoznawanej gruźlicy i zgonów z jej powodu systematycznie spada. Od 1990 roku liczba zgonów zmniejszyła się o 41% i przy zachowanych tendencjach jest szansa do osiągnięcie poziomu 50% do roku 2015. Od 1995 roku dostęp do strategii leczenia opracowanej przez WHO (DOTS – bezpośredni nadzór nad przyjmowaniem leków i możliwe krótkie leczenie) zwiększył się diametralnie. Oszacowano, że dzięki takiemu postępowaniu wyleczonych zostało 51 milionów ludzi, a 20 milionów, w ciągu ostatnich 15 lat, uniknęło śmierci z powodu gruźlicy. Obliczono również, że dzięki nowemu postępowaniu wymierzonemu w walkę ze współzakażeniem wirusem HIV i gruźlicą, od 2004 roku uratowano 1,3 miliona ludzi.

W 2011 roku zarejestrowano 8,7 miliona nowych zakażeń gruźlicą i ponad 1,4 miliona zgonów z jej powodu, z czego 430 000 stanowili pacjenci HIV dodatni. Autorzy Raportu zauważają, że Afryka i Europa mogą mieć problemy z osiągnięciem 50% redukcji śmiertelności do 2015 roku. W tych regionach niepokojący jest również zbyt wolny spadek częstości występowania nowych zakażeń.

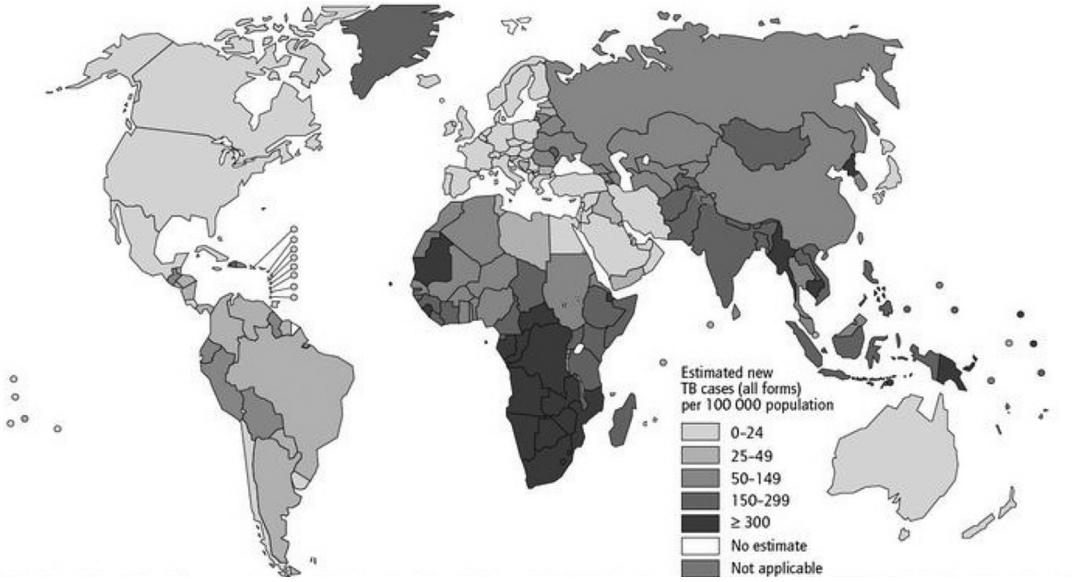
Najbardziej niepokojącym punktem całego Raportu jest informacja o rosnącym rozpowszechnieniu wielolekooopornych szczepów *Mycobacterium* i szczepów o ekstremalnie wysokiej oporności. Problem występuje głównie w Indiach, Chinach i w Rosji.

Autorzy Raportu podkreślają, że wieloletnie zaniedbywanie problemu gruźlicy, głównie przez nieodpowiedni nadzór, przyczyniły się do powrotu szerokiego występowania choroby. Sytuacja może ulec pogorszeniu, jeśli nie zostanie przeznaczona odpowiednia ilość środków finansowych na rzecz walki z chorobą. Wiele krajowych systemów opieki zdrowotnej ma istotne braki kadrowo-sprzętowe, co nie sprzyja prowadzeniu skutecznej walki z gruźlicą.

Bezwzględnie konieczne są dalsze badania nad nowymi narzędziami, pozwalającymi na efektywne ograniczanie występowania gruźlicy. Mowa tu o nowych lekach i szczepionce, która byłaby bardziej efektywna niż tradycyjne szczepienie BCG. Koniecznie należy poprawić nadzór nad chorobą. W Raporcie zaproponowano, aby przy ONZ utworzyć Światową Komisję na Rzecz Zwalczania Gruźlicy, oraz aby przed końcem września 2013 roku wydać nowy Raport zawierający ustalenia i strategie postępowania na okres po zakończeniu obowiązywania Milenijnych Celów Rozwoju.

oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: „Tuberculosis – from ancient plague to modern-day nemesis"; The Lancet; Vol 380, 2012



Ryc. 1. Szacowane występowanie gruźlicy na świecie w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców (2011)

Toksokaroza – najpowszechniejsza choroba pasożytnicza Ameryki, dotykająca ludzi żyjących w biedzie i jednocześnie helmintoza o znaczeniu globalnym?

Toksokaroza wydaje się być najczęstszym pasożytniczym zarażeniem w Stanach Zjednoczonych – tak czytamy w jednym z artykułów opublikowanych w PloS Neglected Tropical Diseases.

Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) na przełomie ostatnich kilkudziesięciu lat przeprowadziło dwa duże badania dotyczące rozpowszechnienia toksokarozy wśród obywateli Stanów Zjednoczonych. Oba badania opierały się na immunodiagnostyce. Pierwsze wyniki pokazały, że dodatnie odczyny serologiczne występowały między 4,6% a 7,3% badanych, i wzrastały na południu kraju od 10% i do 30% wśród afro-amerykańskich dzieci żyjących w złych warunkach socjoekonomicznych. Kolejne badania przeprowadzone w latach 1988-1994 wykazały dodatnie odczyny serologiczne u 13,9% badanych, w tym zaobserwowano większą liczbę dodatnich wyników u obywateli rasy czarnej pochodzenia niehiszpańskiego oraz u ludzi żyjących w biedzie. Na podstawie danych o liczbie ludności afro-amerykańskiej wyliczono, że nawet 2,8 miliona obywateli może być zarażonych toksokarozą.

Badania wykazały, że problem toksokarozy u ludzi istnieje i jest co najmniej niedoceniany. W Stanach Zjednoczonych dostęp do badań serologicznych jest w pewnym stopniu ograniczony ze względu na małe rozpowszechnienie ogólnej diagnostyki parazytologicznej. Ponadto często jest tak, że larwy, otoczone procesem zapalnym, nie wzbudzają odpowiedzi immunologicznej, lub robią to na niewykrywalnym poziomie. Ponadto, wielu lekarzy nie posiada odpowiedniej wiedzy na temat tej choroby, przyczyniając się do wielu nierozpoznawanych przypadków. To właśnie dlatego toksokaroza zaczęła być określana mianem choroby zaniedbywanej.

Potrzebne są dalsze badania nad nowymi metodami diagnostycznymi oraz rozszerzenie epidemiologicznego nadzoru nad występowaniem choroby. Trzeba pamiętać również o źródłach zarażenia, o tym, aby regularnie prowadzić odrobaczanie zwierząt, o zasadach profilaktyki w postaci mycia rąk, oraz o aktywnym poszukiwaniu przypadków i ich leczeniu.

oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: Hotez J.P. i wsp.; „Toxocariasis: America's most common neglected infection of poverty and a helminthiasis od global importance?"; PloS Neglected Tropical Diseases; 2009

„Trzeba ludzi pokochać (…)" – 101 rocznica urodzin dr Wandy Błeńskiej

W piątek, 9 listopada 2012 mieliśmy ogromną przyjemność uczestniczyć w uroczystości świętowania 101 urodzin dr Wandy Błeńskiej. Chęć złożenia najlepszych życzeń jubilatce sprowadziła do siedziby Fundacji *Redemptoris Missio* licznych sympatyków i wolontariuszy Fundacji. Wspaniale było móc dzielić radość z tak niezwykłą osobą, jaką jest Pani Doktor. Uroczystości towarzyszyła prelekcja Kingi Zastawnej, studentki V roku kierunku lekarskiego, która podzieliła się swoimi wspomnieniami z pobytu w Indiach – Puri, w Ośrodku dla Trędowatych założonym przez Ojca Mariana Żelazka, gdzie pomagała w opiece nad trędowatymi. Zdjęcia z wioski przywołały wspomnienia dr Błeńskiej, która prosto i pięknie podsumowała: „Trzeba ludzi pokochać. Jak się ich pokocha, to się z nimi lepiej pracuje."

Po uroczystości w kościele pw. św. Jana Kantego odbyła się Msza św. w intencji zdrowia Jubilatki.

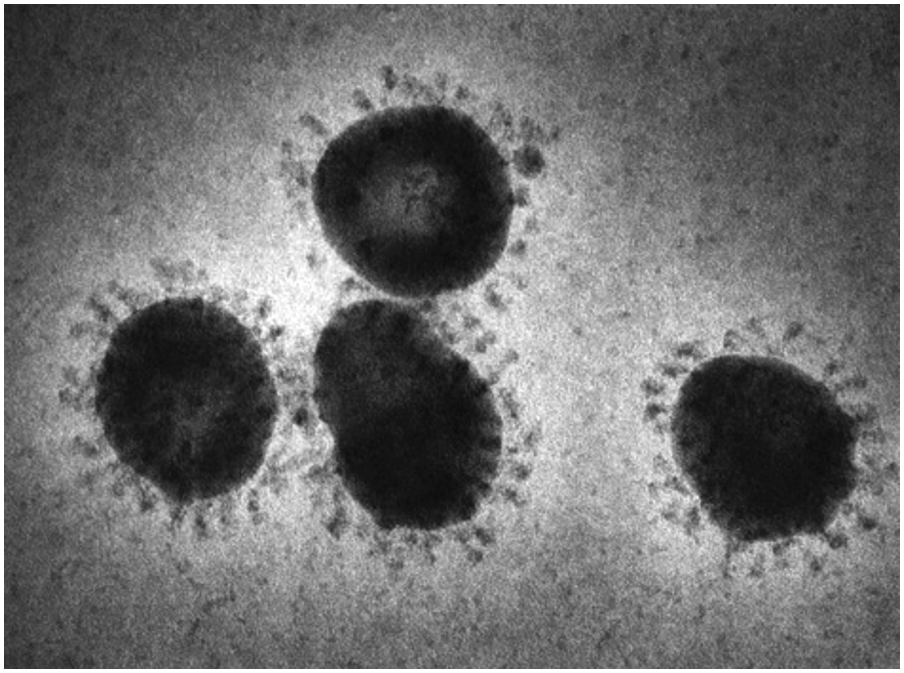
stud. med. Sandra Koronowska

Ostra niewydolność oddechowa spowodowana nowym koronawirusem

Koronawirusy są czynnikiem etiologicznym ostrej, zakaźnej niewydolności oddechowej (SARS), po raz pierwszy opisanej w 2003 roku. Pierwotne ognisko dotknęło 8000 osób, ze śmiertelnością na poziomie 10%.

14 września 2012 Brytyjska Agencja Bezpieczeństwa Zdrowotnego została powiadomiona o niewyjaśnionym przypadku ostrej niewydolności oddechowej na jednym z oddziałów intensywnej terapii w Londynie. Pacjent został przetransportowany z Kataru. W sierpniu przebywał w Arabii Saudyjskiej, gdzie przechodził łagodną infekcję dróg oddechowych.

Potem trafił do lekarza w Katarze z kaszlem, bólem mięśni, bólem stawów – zalecono doustny antybiotyk. Pięć dni później trafił do szpitala z gorączką, hipoksją i saturacją na poziomie 91%, przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym. Rtg klatki piersiowej wykazało zagęszczenia w dolnych płatach płuc. Wdrożono leczenie ceftriaksonem, azytromycyną i oseltamiwirem. Po kolejnych 48 godzinach pacjent wymagał intubacji i mechanicznej wentylacji. Został przetransportowany do Londynu. W momencie przyjęcia, w badaniach laboratoryjnych: w gazometrii PaO2 na poziome 6,5 kPa, przy wentylacji 100% tlenem, CRP 350 mg/l, kreatynina 353 μmol/l. Wdrożono leczenie sterydami, antybiotykami o szerokim spektrum i lekami przeciwgrzybiczymi.



Fot. 1. Wiriony koronawirusa w mikroskopie elektronowym (źródło: www.cdc.gov)

W kolejnych dniach hipoksja postępowała, CRP osiągnęło poziom 450 mg/l, a prokalcytonina 68 mg/ml. Pacjent wymagał wdrożenia hemofiltracji i w końcu zastosowania „sztucznego płuca", od którego zależny był przez kolejnych 13 dni.

Wykonano badania mikrobiologiczne w kierunku większości patogenów, również endemicznych na Dalekim Wschodzie, mogących skutkować ostrą niewydolnością oddechową. 20 września ProMed opublikował raport o nowym, wcześniej nieopisywanym koronawirusie odkrytym u pacjenta z Arabii Saudyjskiej, który zmarł w lipcu 2012 z powodu ostrej niewydolności oddechowej, zapalenia płuc i niewydolności nerek. To skłoniło do wykonania badań w kierunku nowego koronawirusa również u pacjenta w Londynie. Wynik okazał się pozytywny.

Źródło nowego wirusa jest nieznane. Konieczne są dalsze badania epidemiologiczne wśród ludzi i zwierząt, w miejscu, z którego wirus pochodzi – dla ustalenia korelacji między ewentualnym rezerwuarem zwierzęcym, a ryzykiem bezpośredniej i pośredniej transmisji wirusa na ludzi.

oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: Bermingham A. i wsp.; „Severe respiratory ilness caused by novel coronavirus, in a patient transferred to the United Kingdom from the Middle East, september 2012"; Eurosurveillance, Volume 17, Issue 40, 2012

Odrębności kliniczne w przebiegu cukrzycy w krajach tropikalnych

*Katarzyna Łącka**

Cukrzyca jest to zespół chorobowy spowodowany nieprawidłowym metabolizmem, manifestującym się hiperglikemią, będącą następstwem całkowitego braku wydzielania insuliny lub zmniejszenia jej efektów działania (lub obu równocześnie).

Cukrzycę dzielimy na: cukrzycę typu 1 (insulinozależną), cukrzycę typu 2 (insulinoniezależną), cukrzycę wtórną (w przebiegu innych schorzeń) oraz cukrzycę ciężarnych.

Zachorowalność na cukrzycę oraz śmiertelność jest wyższa w krajach tropikalnych w porównaniu do krajów wysokorozwiniętych. Szczególnie często stwierdza się ją u ludów zamieszkałych na wyspach Pacyfiku. Przypuszcza się, że jest to związane z genetyczną predyspozycją do rozwoju tej choroby wśród niektórych grup etnicznych. Wśród Mikronezyjczyków na wyspie Nauru na przykład częstość występowania cukrzycy określa się na około 34%.

Specyficzną postacią cukrzycy typu 2 w krajach tropikalnych, zwłaszcza Afryki, jest cukrzyca z niedożywienia, związana z niską podażą białka. Uważa się, że sprzyja jej rozwojowi regularna konsumpcja manioku (tapioku) lub innych pokarmów zawierających cyjanki.

Tabela. Cechy kliniczne cukrzycy

	Cukrzyca typu 1	Cukrzyca typu 2
poliuria i polidypsja	++	+
słabość i uczucie zmęczenia	++	+
polifagia i utrata wagi	++	-
nawracające zaburzenia widzenia	+	++
zapalenie narządów rodnych lub świąd	+	++
neuropatia obwodowa	+	++
moczenie nocne	++	-
często brak objawów	-	++

Główne cechy kliniczne cukrzycy zebrane są w tabeli powyżej.

Według Komitetu Ekspertów w dziedzinie leczenia cukrzycy upośledzoną tolerancję glukozy rozpoznaje się w przypadku wartości glikemii na czczo w granicach od 110 do 125 mg/dl i w 2 godziny po obciążeniu 75 g glukozy (OGTT) – glikemią od 140 do 200 mg/dl; natomiast jawną cukrzycę rozpoznaje się przy stężeniu cukru na czczo powyżej (>/=)126 mg/dl (7.0mmol/l) i glikemią powyżej (>/=)200 mg/dl (11.1mmol/l) w teście OGTT.

Przebieg cukrzycy w krajach tropikalnych w porównaniu do krajów europejskich jest bardziej burzliwy, ze znacznie częściej występującymi powikłaniami, zarówno ostrymi (śpiączki: ketonowa i hiperosmolarna), jak i przewlekłymi (neuropatia, neuropatia z niewydolnością nerek u ok. 20%, retinopatia z niedowidzeniem i ślepotą nawet u 54% chorych, infekcje, próchnica i choroby przyzębia oraz współistnienie nadciśnienia tętniczego i niewydolności wieńcowej). Jest to wynikiem m.in. niedostatecznej opieki medycznej nad pacjentem z cukrzycą, złej kontroli glikemii (słaba dostępność do badania, brak glukometrów), leczenia insulinami nieoczyszczonymi, stosowania insuliny w jednej iniekcji w ciągu dnia, braków w edukacji chorego np. w zakresie przestrzegania diety, higieny itd.

Opisano co najmniej dwa zespoły objawów klinicznych w cukrzycy, występujące w krajach tropikalnych. Są to: tropikalne przewlekłe zapalenie trzustki oraz zespół ręki cukrzyka w krajach tropikalnych.

Tropikalne przewlekłe zapalenie trzustki. W wyniku przewlekłego zapalenia trzustki dochodzi do uszkodze-

Mniej optymistycznie o szczepieniu dzieci na malarię

Na stronach internetowych czasopisma T*he New England Journal of Medicine* opublikowano artykuł przedstawiający wyniki 3 fazy badań klinicznych nad zastosowaniem u dzieci szczepionki przeciwmalarycznej. Badanie zostało przeprowadzone w 11 ośrodkach 7 afrykańskich krajów na grupie ponad 6 tysięcy dzieci w wieku od 6 do 12 tygodnia życia. Okres obserwacji obejmował 12 miesięcy od podania ostatniej dawki szczepionki.

Szczepionka jest złożona z antygenów zarodźca przyłączonych do antygenu powierzchniowego wirusa HBV, jako nośnika oraz adjuwantów mających pobudzać odpowiedź immunologiczną.

Wyniki pokazały, że częstotliwość występowania pierwszego/jedynego zachorowania na malarię wynosiła 0,37 na osobę/rok w grupie badanej i 0,48 na osobę/rok w grupie kontrolnej. Skuteczność szczepionki w zapobieganiu epizodom malarii klinicznej została określona na 32,9%. Skuteczność szczepionki w zapobieganiu epizodom ciężkiej malarii została określona na 36,6%.

Trzecia faza kliniczna badania u małych dzieci wykazała niezadowalającą skuteczność szczepienia RTS,S/AS01 przeciw malarii. Skuteczność RTS,S/AS01 wśród dzieci w wieku 6-12 tygodnia życia również wypadła gorzej niż u starszych dzieci. Tłumaczyć to można niedojrzałością układu odpornościowego niemowląt, niezdolnych do wzbudzenia pełnej odpowiedzi immunologicznej przeciwko podawanym antygenom zarodźca.

Mimo niezadowalających wyników, główny sponsor badań – firma GlaxoSmithKline – zapowiedziała dalsze wysiłki nad udoskonaleniem szczepionki przeciwmalarycznej.

Pełną treść bardzo interesującego artykułu można znaleźć na stronach internetowych *The New England Journal of Medicine*.

oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: „A phase 3 trial of RTS,S/AS01 malaria vaccine in african infants"; N Engl J Med; 2012; DOI: 10.1056/NEJMoa1208394

nia czynności komórek beta trzustki przy zachowanej czynności komórek alfa, co skutkuje pojawieniem się objawów cukrzycy.

Występuje przede wszystkim w Indiach i Bangladeszu; częstość występowania szacuje się na 1:793, stosunek mężczyzn do kobiet: 1:1,8.

Klasycznie choroba charakteryzuje się występowaniem w młodym wieku, negatywnym wywiadem alkoholowym oraz wywiadem w kierunku schorzeń dróg żółciowych, szybkim postępem choroby, objawami niedożywienia, bólami brzucha, stolce tłuszczowe, uszkodzeniem trzustki i obecnością cukrzycy. W badaniach dodatkowych stwierdza się liczne zwapnienia w trzustce oraz obecność kamieni przewodowych.

Ostatnio coraz częściej rozpoznaje się tę chorobę również u osób starszych, u których stwierdza się dodatni wywiad w kierunku alkoholizmu i nikotynizmu.

Zespół ręki cukrzyka w krajach tropikalnych (pierwszy opis 1984 r.; Akintewe TA, Br J Clin Pract). Występuje w Afryce, częściej u dorosłych kobiet pracujących fizycznie. Jest wynikiem niewyrównanej (nieprawidłowo leczonej) lub nierozpoznanej cukrzycy, obecności neuropatii oraz mikrourazów/urazów, złej sytuacji socjo-ekonomicznej i opieki medycznej. Klinicznie stwierdza się zapalenie skóry, świąd, owrzodzenia. Ze względu na początek choroby – skryty, rozpoznanie często jest zbyt późne, powikłane gangreną, która w 13-20% kończy się amputacją palców rąk.

Opieka nad pacjentem z cukrzycą w krajach tropikalnych powinna obejmować działania usprawniające wczesne rozpoznanie choroby, prawidłowe jej leczenie (dostęp do wysokooczyszczonych insulin o różnym czasie działania i leków doustnych hipoglikemizujących) oraz prawidłowe monitorowanie choroby i zapobieganie powikłaniom przewlekłym i ostrym. Konieczna jest więc wszechstronna edukacja personelu medycznego i prowadzenie szkolenia pacjentów i ich rodzin celem przestrzegania zaleceń dietetycznych i higieny oraz wprowadzenia prawidłowej i skutecznej samokontroli poprzez np. upowszechnienie dostępności do glukometrów.

* Prof. dr hab., Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dolentium Hominum po polsku

„Pierwsza w języku polskim publikacja najważniejszych artykułów z miesięcznika Dolentium Hominum, wydawanego przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia.

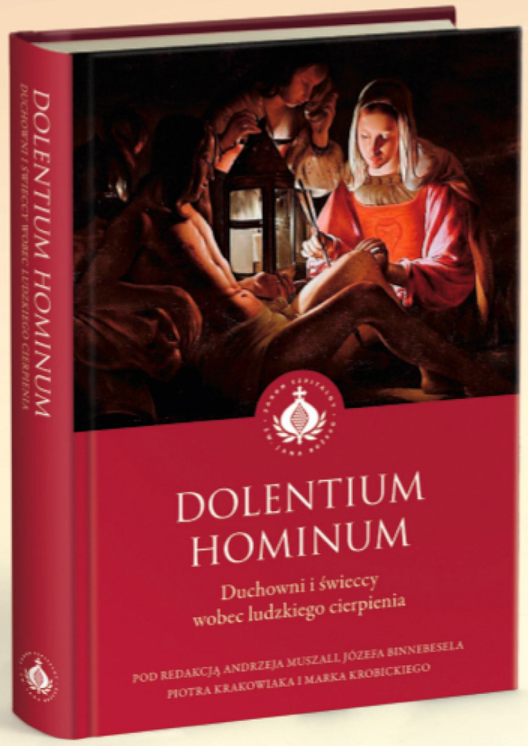
Publikacja ukazuje się jako dar dla Kościoła w Polsce z okazji Jubileuszu 25 lat działalności Papieskiej Rady. Karol Wojtyła – Jan Paweł II, J. Ratzinger – Benedykt XVI, J. M. Lustiger, A. Sodano, J. O'Connor, D. Tettamanzi, J. Lejeune, E. Sgreccia, F. Angelini, J.L. Barragan, J.H. Redrado, Z. Zimowski i inni mówią na temat chorych, wolontariuszy, lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, kapelanów, świeckich zespołów duszpasterskich, komisji bioetycznych i innych form zaangażowania chrześcijan w obrębie służby zdrowia.

Dolentium Hominum jest zapowiedzią rozpoczęcia od października 2011 roku działalności Szkoły Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego – owocu Wielkiego Jubileuszu 400-lecia obecności Zakonu Bonifratrów na ziemiach polskich i współpracy na rzecz nowej metody zespołowego duszpasterstwa w służbie zdrowia i opiece społecznej, podjętej pomiędzy Zakonem Bonifratrów a Uniwersytetem Papieskim Jana Pawła II w Krakowie.

Dolentium Hominum wydano staraniem Prowincji Polskiej Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego (Bonifratrów) we współpracy z Uniwersytetem Papieskim Jana Pawła II, Fundacją Lubię Pomagać i Wydawnictwem Medycyna Praktyczna.

Publikację można nabyć w księgarni internetowej Fundacji Lubię Pomagać oraz Medycyny Praktycznej."

[tekst ze strony internetowej www.bonifratrzy.pl]



Pierwsza w języku polskim publikacja najważniejszych artykułów z periodyku wydawanego przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia

Jako Redaktor ***Medicus Mundi Polonia***, kwartalnika Fundacji *Redemptoris Missio* w Poznaniu, rejestrowanego pod numerem ISSN 1641-604 X i wydawanego każdorazowo w nakładzie 1000 egzemplarzy, serdecznie witam inicjatywę krakowską wydawania tłumaczenia watykańskiego *Dolentium Hominum* w języku polskim. Doceniając znaczenie *Dolentium Hominum* w kształtowaniu postaw etycznych i zawodowych pracowników medycznych, od roku 2001 drukowaliśmy fragmenty *Dolentium* w języku polskim w ramach działu naszego kwartalnika pt. „Posługa lecznicza Kościoła". Zadbaliśmy też o to, aby oryginalne numery archiwalne i bieżące *Dolentium Hominum* były dostępne dla czytelników Biblioteki Głównej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Proponowaliśmy kilkakrotnie, aby Dolentium Hominum było dostępne w języku polskim. Cieszy nas, że nasze sugestie zostały zrealizowane i tak ważne dla medyków wydawnictwo będzie w Polsce szeroko dostępne w formie o wiele bardziej pełnej, poprawnej i atrakcyjnej. Instytucjom, które objęły patronat nad tym zbożnym dziełem, życzymy powodzenia.

Tym samym zamykamy w ***Medicus Mundi Polonia*** nasz stały dział „Posługa lecznicza Kościoła" i oczekujemy propozycji ewentualnej współpracy.

Prof. dr h.c. Zbigniew Pawłowski,
Redaktor ***Medicus Mundi Polonia***