



Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

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

CZERWIEC 2005
Nr 16 (rok V)

ODSZEDŁ PAPIEŻ JAN PAWEŁ II – WIELKI MISJONARZ

Już minęło ponad 2 miesiące od narodowych rekolekcji, spowodowanych odejściem Papieża Jana-Pawła II. Oddając hołd Temu Największemu Misjonarzowi naszych czasów warto przypomnieć, za Gazetą Lekarską, niektóre z nauk Ojca Świętego głoszonych z okazji Dni Chorego.

»Żadne wołanie, wznoszące się z ludzkich serca, nie jest równie głośnie, jak wołanie o zdrowie i o ochronę zdrowia. Jest zatem zrozumiałe, że ludzka solidarność na wszystkich płaszczyznach może i powinna rozwijać się nade wszystko w tej sferze. Należy zatem „przeprowadzić poważną i głęboką analizę organizacji służby zdrowia”, dążąc do tego, aby jej instytucje coraz bardziej stawały się miejscami świadectwa miłości do ludzi« [Zrzuć swą troskę na Pana, a On cię podtrzyma – 1999].

»Dążenie do „ochrony zdrowia dla wszystkich” jest podstawowym obowiązkiem każdego członka wspólnoty międzynarodowej, zaś dla chrześcijan jest nakazem ściśle związanym ze świadectwem wiary.« [Nowa ewangelizacja a godność człowieka cierpiącego – 2001].

»Zwracam się (...) do was, pracownicy służby zdrowia, lekarze, pielęgniarki i pielęgniarki, kapelani i siostry zakonne, pracownicy techniczni i administracyjni, opiekunowie społeczni i wolontariusze. Na wzór Dobrego Samarytanina pomagajcie i służcie chorym i cierpiącym, szanując w nich zawsze przede wszystkim godność osoby, a oczami wiary dostrzegając w nich obecność Jezusa cierpiącego. Strzeżcie się obojętności, która może wynikać z przyzwyczajenia. Odnawiajcie codziennie postanowienie bycia braćmi i siostrami wszystkich bez żadnej różnicy; w swoją niezastąpioną pracę zawodową, wykonywaną w ramach dobrze zorganizowanych struktur, wkładajcie „serce”, które jedynie jest zdolne nadać im ludzkie oblicze (...)« [Chrześcijański sens ludzkiego cierpienia – 1994].



W numerze:

Od Redakcji	2
Aktualności:	
Z Fundacji „Redemptoris Missio”	2
Z Medicus Mundi International	3
Ze Światowej Organizacji Zdrowia	3
Z ośrodków misyjnych	4
Antropologia kulturowa jako narzędzie medycyny w Afryce	5
HIV / AIDS	
Współistnienie HIV/AIDS i gruźlicy	6
Leki stosowane przeciwko HIV mają korzystny wpływ na współistniejącą malarię	9

HIV / AIDS ciąg dalszy Co to jest MGD?

Oparzenia	9
„Dolentium Hominum” dostępne w Poznaniu	11
Kursy i szkolenia	11
Zwalczanie filariozy limfatycznej w Indiach	12
Pytania (egzamin specjalizacyjny)	13
MDG (Millennium Declaration Goals)	16

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

Biuro Fundacji: Akademia Medyczna, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Kolegium Prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, tel. +48 61 854 68 63, fax +48 61 854 68 57; e-mail: medicus@mail.am.poznan.pl

Centrum Wolontariatu Fundacji: ul. Grunwaldzka 89, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21
<http://amp.edu.pl/medicus>

Konto bankowe: Bank PKO SA, V Oddział i Filia w Poznaniu nr rachunku 47 12403767 1111000040662727

Od Redakcji

Redakcja oddaje do rąk Czytelników nowy, 16-ty zeszyt *Medicus Mundi Polonia*. Sytuacja finansowa Fundacji Redemptoris Missio nie pozwala na drukowanie *Medicus Mundi Polonia* jako kwartalnika. Nie mniej, Redakcja chciałaby utrzymać to pismo jako „wizytówkę” medyczną Fundacji, omawiającą sprawy bieżące, streszczenia ciekawych informacji z zakresu medycyny stosowanej w krajach misyjnych, jak również pewne poglądy na postęgującą, sprawowaną przez przedstawicieli Kościoła katolickiego.

Numer 16 wychodzi z pewnym opóźnieniem. Mamy jednakże nadzieję, że zdąży on jeszcze trafić do rąk misjonarzy przyjeżdżających do Polski na wakacje w tym roku jak również do uczestników kursu, organizowanego przez Fundację Redemptoris Missio i Klinikę Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Akademii Medycznej w Poznaniu w lipcu 2005.

W bieżącym numerze oddajemy głos Papieżowi Janowi Pawłowi II, który wielokrotnie dostrzegał znaczenie postęgującej działalności misyjnej Kościoła katolickiego. Poza sprawami bieżącymi

Redakcja wraca do problemów związanych z HIV, jako najistotniejszej choroby naszych czasów. Sądzymy, że czytelników zainteresuje też omówienie planów Narodów Zjednoczonych zahamowania pogłębiania się nierówności ekonomicznych w świecie i – na tym tle – poprawy globalnej sytuacji w zakresie ochrony zdrowia.

W teczce redakcyjnej czekają materiały nt drugiej plagi – gruźlicy, obaw o wystąpienie nowych epidemii – grypy ptasiej i SARS, ocen medycznych i humanitarnych aspektów tsunami 2004, sprawozdanie z konferencji biskupów afrykańskich krajów francusko-języcznych nt. ochrony zdrowia w Afryce (Konferencja odbyła się przed 2 tygodniami) oraz wysiłków organizacji międzynarodowych (Global Health, Medicus Mundi International) zbliżenia organizacji religijnych do spraw związanych z ochroną zdrowia w świecie.

W przyszłości Komitet Redakcyjny zamierza przygotowywać *Medicus Mundi Polonia* w wersji internetowej, otwierając szersze możliwości bezpośredniego kontaktu z czytelnikami. Redakcja byłaby zobowiązana za uwagi czy wersja internetowa byłaby mile widziana.

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

Z FUNDACJI REDEMPTORIS MISSIO

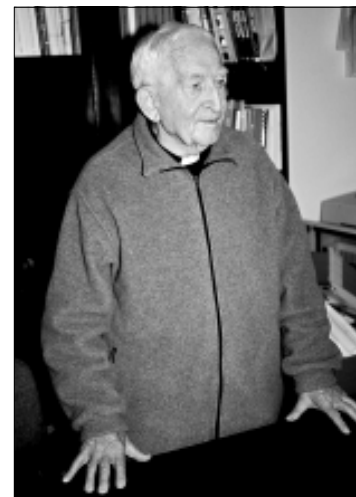
O. MARIAN ŻELAZEK SVD HONOROWYM OBYWATELEM MIASTA POZNAŃ

O. Marian Żelazek – werbista, który już z górą pół wieku pracuje w dalekich Indiach został decyzją Rady Miejskiej Miasta Poznania uznany Honorowym Obywatelom Miasta. Ten wielki misjonarz nieustrudzenie walczył o godność chorych na trąd. Jego wielkim osiągnięciem było stworzenie Ośrodka Rehabilitacji i Leczenia Trędowatych w Puri, w którym nie tylko leczy się trędowatych, ale i przystosowuje ich i ich rodziny do funkcjonowania w społeczeństwie.

Kontakty o. Mariana z Kliniką Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych, które

sięgają lat 70-tych, niewątpliwie przyczyniły się do powstania w 1992 roku Fundacji „Redemptoris Missio”. Ośrodek w Puri jest systematycznie wspierany przez Fundację przez wysyłkę środków opatrunkowych i leków, ale i przez organizowanie personelu medycznego do pracy. W szczęściu wyprawach medycznych do Ośrodka o. Mariana do Indii na przestrzeni trzynastu lat uczestniczyło osiemnaście osób – lekarzy, lekarzy stomatologów i pielęgniarek.

O. Marianie! Gratulujemy Odznaczenia i dziękujemy za świadectwo pięknego



życia z poświęceniem dla bliźnich. Dziękujemy za inspirację i Twoje wsparcie dla działalności Fundacji!

mgr Mateusz Cofta, Prezes

Medicus Mundi Polonia

Kwartalnik Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” i Medicus Mundi Poland

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

Sekretarz Redakcji: Lek. med. Aleksander Waśniowski

Rada Redakcyjna: Ks. Ambroży Andrzejak (Poznań), Dr h.c. Wanda Błęńska (Poznań), Dr Jerzy Kuźma (Madang, PNG), Dr hab. Anita Magowska (Poznań), Mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), Prof. AM dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), Ks. Romuald Szczodrowski (Warszawa), Dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria).

Wydawca i dystrybucja: Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” – Medicus Mundi Poland, pokój 809, Kolegium Prof. Adama Wrzoska, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań, tel. 061+8477458 w. 195, faks 061+8477490, e-mail: medicus@mail.am.poznan.pl.

Adres Redakcji: Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Prof. AM dr hab. Jerzy Stefaniak, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, telefon 061+8691363, faks 8691699, e-mail: medtrop@mp.pl.

Przenumerata: 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 w Banku PKO SA, V Oddział i Filia w Poznaniu nr rachunku 47 12403767 1111000040662727, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplania skromnych zasobów finansowych Fundacji.

Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst, Poznań. e-mail: kontekst2@o2.pl. Nakład: 1000 egz.

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI**Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL****DEKLARACJA Z COTONOU**

W dniach od 31 maja do 2 czerwca br w jednym z miast Beninu, Cotonou, miała miejsce konferencja biskupów Afryki zatytułowana „Duszpasterstwo zdrowia Kościoła katolickiego w krajach afrykańskich francusko i portugalsko-języcznych u progu trzeciego tysiąclecia: wyzwania i trudności” (Le Pastorale de la Santé de l’Eglise catholique dans les pays africains francophones et lusophones à l’aube du troisième millénaire: les défis et les opportunités).

Tematem spotkania było rozważanie nad tym jak w efektywny sposób Kościół afrykański może się włączyć w służbę Ministerstwa Zdrowia, by realizować w ten sposób swoją misję.

W rozważaniu tym nie zabrakło podsumowania dotychczasowej sytuacji. Podkreślono niewystarczalność istniejącej strategii i polityki zdrowotnej,

trudności w kwestii finansowania struktur i działań kościelnych ukierunkowanych na pomoc w zakresie służby zdrowia, brak przepływu informacji, brak środków lub nieadekwatne ich używanie, brak zaangażowania ze strony personelu itd. Jednocześnie podkreślono otwarcie rządu na dialog z Kościołem i uznanie dla pracy Kościoła.

Te uwagi pozwoliły sformułować potrzeby, wśród których znalazły się: potrzeba stworzenia dobrej strategii działania, potrzeba polepszenia i uczynienia bardziej dostępną służbę zdrowia, potrzeba wypracowania norm i standardów, ustrukturyzowania formacji sanitarnej Kościoła, rozwinięcia partnerstwa i wymiany doświadczeń, potrzeba ucziwego i wykwalifikowanego personelu, zdobycia wiarygodności w oczach partnerów i uczynienia pracy

Kościółu na rzecz zdrowia bardziej widoczną.

Wśród proponowanych rozwiązań było rozwinięcie kompetencji istniejących już instytucji kościelnych, w których troszcze leży zdrowie wiernych, stworzenie wspólnych środków organizacyjnych, czy koordynacja pracy na poziomie diecezjalnym, narodowym i regionalnym, a także ekumenicznym. Zaakcentowano również potrzebę przepływu informacji i dzielenia się doświadczeniem, rozwoju w zakresie świadczeń i formacji, a w kwestii współpracy – współdziałanie z rządami, wpisanie diecezji czy konferencji episkopatu w politykę zdrowotną państwa dla zwiększenia szansy na osiągnięcie wspólnych celów.

W programie działania postawiono akcent na rozprzestrzenieniu wniosków i przemyśleń deklaracji z Cotonou, na informowaniu, publikowaniu i uwrażliwianiu na wnioski raportu przygotowanego przez konferencję.

mgr Mateusz Cofta, Prezes

ZE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

W dniach 16-25 maja 2005 odbyło się w Genewie 58. doroczne Zgromadzenie Ogólne ŚOZ (World Health Assembly – WHA). Udział w nim wzięli ministrowie zdrowia wszystkich krajów, członków ONZ.

Gościem szczególnie uhonorowanym, zaproszonym na otwarcie zgromadzenia, był Bill Gates, właściciel Microsoftu i współzałożyciel Fundacji Bill and Melinda Gates. Fundacja zainteresowana jest szczególnie wspieraniem programów z zakresu ochrony zdrowia i jej fundusze przeznaczone na ten cel przekraczają sumę wszystkich innych funduszy razem wziętych (roczny budżet ŚOZ wynosi 1,100.000.000 franków szwajcarskich). Fundacja B&M Gates zamierza wspierać programy zdrowotne, ale pod warunkiem ich re-

organizacji i poprawnego monitoringu. W swoim expose Bill Gates podkreślił, że: (1) rządy krajów rozwijających się i rozwiniętych powinny w sposób dramatyczny zwiększyć swoje wysiłki w zakresie ochrony zdrowia; (2) fundusze wydawane na badania naukowe powinny w większym stopniu uwzględniać potrzeby zdrowotne; (3) świat powinien proporcjonalnie zwracać więcej uwagi na wdrażanie istniejących osiągnięć naukowych niż na wspieranie nowych odkryć; (4) siły polityczne i wolny rynek powinny w większym stopniu ukierunkowywać nowe odkrycia i możliwości ich wdrażania na potrzeby ludzi biednych.

Program WHA uwzględniał, jak dotychczas zwalczanie najważniejszych chorób zakaźnych (HIV, malaria, gruź-

lica, grypa), ale obok tego: skutki wypadków drogowych, prewencję chorób nowotworowych, alkoholizm, potrzeby krwiodawstwa, promocję zdrowego stylu życia, pomoc osobom niesprawnym, postępowanie w przypadku katastrof żywiołowych, hamowanie migracji zarobkowej pracowników służby zdrowia, systemy ubezpieczeń zdrowotnych.

Wiele dyskusji wzbudziła realizacja programu Millennium Developmental Goals (patrz artykuł na stronie 16) oraz prowadzenie nowej dziedziny ochrony zdrowia związanej z rozwojem technik informacyjnych – „eHealth” (do tego tematu wrócimy w najbliższym *Medicus Mundi Polonia*).

prof. Zbigniew Pawłowski

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

Z ZAKONÓW MISYJNYCH

POKÓJ Z WAMI !

Od Redaktora: Obok misjonarzy z Polski pracują w tropiku misjonarze innych narodowości, ale pochodzenia polskiego. Jednym z nich jest Ojciec Sigmund Laschenski SJ., którego miałem można poznać i wielokrotnie spotykać w czasie moich pobytów w Bangkoku. W nawiązaniu do tsunami, jakie nawiedziło Tajlandię proszę Go o kilka słów nt swojej postugi misyjnej. Oto tłumaczenie jego listu.

„W roku 1958, jako wolontariusz, zostałem wysłany przez Prowincję Maryland (USA), jako członek grupy jezuitów do Burmy (Myanmar), aby tam otworzyć Seminarium Katolickie dla młodych burmańczyków, którzy chcieliby zostać kapłanami. Pracowałem tam jako nauczyciel i ojciec duchowny przez 8 lat do czasu, gdy generał Nay Win zdecydował wyrzucić większość misjonarzy ze swojego kraju. Zostawiliśmy tam 47 seminarzystów i dwie klasy diakonów. Po naszym odejściu w seminarium pracowali Ojcowie pochodzenia burmańskiego, a liczba seminarzystów została zwiększona do około 200 każdego roku i na tym poziomie pozostaje do dzisiaj.

W czasie pobytu w Burmie polubiłem ludzi mieszkających w Azji i prosiłem o pracę w Kościele Katolickim w sąsiedniej Tajlandii; pracuję tam od roku 1967.

Jezuici w Tajlandii to mała, nieprzekraczająca 25 osób, grupa mężczyzn pochodzących z wielu krajów europejskich i amerykańskich. Na polecenie biskupa pracowali oni jako kapłani katolickich studentów wyższych uczelni oraz kształcili przyszłych księży i osoby z laikatatu, głównie w zakresie ćwiczeń duchowych św. Ignacego. W miarę upływających lat nasze obowiązki zostały rozszerzone na opiekę nad biednymi, posługę religijną w więzieniach, promocję zapobiegania zakażeniom HIV, opiekę nad chorymi na AIDS, doradztwo potrzebującym pomocy, opiekę nad uchodźcami, pracę na terenie parafii. Duży nacisk w nauczaniu w Lux Mundi Thailand's Catholic Diocesan Major Seminary kładzie się na ekumenizm, dialog międzyreligijny oraz promocję powołań kapłańskich. Seminarium prowadzone jest przez Episkopat tajlandzki. W tym roku 140 seminarzystów studiuje filozofię i teologię.

W Tajlandii jest 10 diecezji i około 270.000 katolików wśród 62 milionów obywateli, głównie Hinayana budystów, ale też muzułmanów (7%), hindusów i sikh'ów. Katolicy i protestanci tworzą mniej niż 0,5% populacji. Katolicy prawdopodobnie wywierają większy wpływ na społeczność tajlandzką, niż można by oczekiwać po ich liczbie, gdyż wiele szkół podstawowych, średnich i wyższych jest prowadzonych przez organizacje religijne. Tajlandia jest jedynym azjatyckim krajem, który za pośrednic-



Źródło: Internet

twem swego króla utrzymuje do dziś, trwające już przez 400 lat, przyjacielskie dyplomatyczne stosunki z Watykanem.

Moje obowiązki przez 38 lat były różnorodne, ale zawsze fascynujące. Przez 13 lat byłem kapłanem młodzieży akademickiej w Bangkoku i w Chiang Mai. Od początku zabiegałem o dobre stosunki z Protestant Church of Christ w Tajlandii w duchu ekumenicznym i prowadziłem dialog międzyreligijny z braćmi i siostrami buddyjskimi. Przez 10 lat byłem duszpasterzem Xawier Hall Church w Bangkoku, blisko 25 lat skarbnikiem Catholic Church's Commission for Human Development, dwa razy po 6 lat byłem superiorem Jezuitów w Tajlandii, a przez ostatnich 7 lat jestem jednym z Ojców Duchownych w Lux Mundi. Wszystkie te obowiązki były dla mnie dużym wyzwaniem, wymagały pracy, ale i dawały dużo zadowolenia dla Chwały Bożej.

Bóg cały czas mi błogosławił i obdarzał zdrowiem, ale nie ustrzegł mnie od starzenia się; moja wiara, modlitwy benedyktyńskie i medytacje buddyjskie pozwalają mi, zwłaszcza w ostatnim roku, radzić sobie jako tako ze starością.

Odnośnie tsunami, które zaatakowało Tajlandię 26 grudnia 2004 roku chciałbym powiedzieć, że rząd tajlandzki, Kościół, sektor prywatny zdały doskonale egzamin w sensie pomocy humanitarnej, finansowej i osobowej. Kilkunastu jezuitów, w tym 8 pochodzenia zachodniego, 3 tajlandzkiego i 4 indonezyjskiego pracowało pewien czas w Indonezji na terenach, które były o wiele bardziej dotknięte katastrofą niż Tajlandia. Nasz tajlandzki jezuita – kapłan studentów pracuje z grupą studentów-wolontariuszy na południu Tajlandii. Pomagamy im finansowo poprzez Catholic Bishops Conference w Tajlandii.

Misjonarzy zachodnich jest tu niewielu i starzeją się, ale Kościół Katolicki w Tajlandii sprawnie przejmuje ich obowiązki”.

Sigmund Laschenski, SJ

Lux Mundi Seminary
Nakornpathom 73110 Thailand

Antropologia kulturowa jako narzędzie medycyny w Afryce

Od Redakcji: zeszyt Acta Tropica „Proceedings Seminar on Health Research Ethics in Africa” tom 78, suplement 1, styczeń 2001 omawia szeroko odrębności kulturowe afrykańczyków i ich wpływ na ochronę zdrowia. Część niepowodzeń w tym zakresie wynika z niezrozumienia tej odrębności. Redakcja dziękuje dr hab. Anicie Magowskiej za przedstawienie tego problemu czytelnikom MMP.

Przez prawie półtora wieku między opartą o postęp naukowy i technologiczny cywilizacją zachodnią, a pozornie prymitywną kulturą rdzennych mieszkańców Afryki zaznaczała się silna dyktomia, w konsekwencji której niszczone pierwotne bogactwo kulturowe tych ostatnich i ich podstawowe struktury społeczne – wspólnoty plemienne. Dopiero w ostatnich dekadach XX w. jasno się stało, że wykorzenienie mieszkańców Afryki z ich tradycyjnych wierzeń i zwyczajów nie jest możliwe, a ich zrozumienie jest niezbędnym warunkiem prawidłowej realizacji międzynarodowych programów zdrowia publicznego na tym kontynencie.

Wywodząca się jeszcze z okresu kolonializmu dyktomia i nieufność Afrykanów wobec inicjatyw białego człowieka doprowadziła do tragedii w 2004 r., kiedy przywódca mużułmańscy w nigeryjskiej prowincji Kano ostrzegli miejscową ludność przed spiskiem mającym na celu spowodowanie bezpłodności poprzez podawanie szczepionki polio. W rezultacie akcja szczepień nie objęła wszystkich dzieci i u 257 z nich doszło do paraliżu. Obecnie w Afryce stosuje się szczepionkę wyprodukowaną w Indonezji, w kraju mużułmańskim.

Dla prawidłowej realizacji opieki medycznej w Afryce ważna jest wiedza o odmienności kulturowej Afrykanów. O ile Europejczyków cechuje indywidualizm, to Afrykanów – wspólnotowość budowana w oparciu o więzy plemienne. O ile w medycynie zachodniej terapia przeprowadzona jest przede wszystkim za pomocą leków, a pacjent przebywa w gabinecie sam na sam z lekarzem, to w tradycyjnej medycynie afrykańskiej leczenie odbywa się wobec całej wspólnoty za pomocą tańca, muzyki, dotyku, nacinania skóry i przenoszenia w ten sposób choroby na zwierzęta.

W kulturze zachodniej choroba jest opisywana jako proces fizykochemiczny, natomiast w Afryce może mieć przyczyny zwykłe i metafizyczne. Jeżeli pacjent (lub jego krewni) naruszył przyjęte w danej społeczności normy moralne i jest tego świadomy, uważa, że chorobę wywołały rozgniewane nieprawością duchy przodków. W konsekwencji chory nie szuka pomocy lekarzy, ale tradycyjnych uzdrowicieli, ponieważ tylko im przypisuje zdolność usunięcia metafizycznej przyczyny choroby. W Afryce pacjent nigdy nie jest pojedynczą osobą, a choroba, jej przyczyny i skutki, są pojmowane jako zjawiska dotyczące całej wspólnoty, na którą składają się żywi i zmarli.

Dla większości Afrykanów łagodne dolegliwości, jak kaszel, stan podgorączkowy, ból brzucha albo głowy, są zwykłą częścią życia, związaną z trudnymi warunkami egzystencji, czarami i obecnością duchów. Dopiero kiedy objawy stają się trudne do wytrzymania, chory zaczyna radzić się rodziny, znajomych, czy sąsiadów, a potem szuka pomocy fachowej lekarzy lub uzdrowicieli. Dostęp do uzdrowicieli jest łatwiejszy, bo jest ich więcej, np. w RPA jest około 25 tysięcy lekarzy i około 200 tysięcy uzdrowicieli. Przewaga uzdrowicieli nad lekarzami wynika też z faktu, że

korzystanie z pomocy lekarzy łączy się ze strachem przed hospitalizacją, opuszczeniem bliskich i stygmatyzacją. Zdarza się, że przyczyną nowej choroby, a nawet śmierci, bywają szkodliwe, silnie działające leki podawane przez uzdrowicieli-czarowników.

Tradycje terapeutyczne tubylców i zachodnie praktyki medyczne koegzystują w Afryce na każdym poziomie społeczeństwa.

Pozostałością z czasów kolonializmu jest brak umiejętności ich syntezy, ludzie raczej manipulują nimi, niż je łączą.

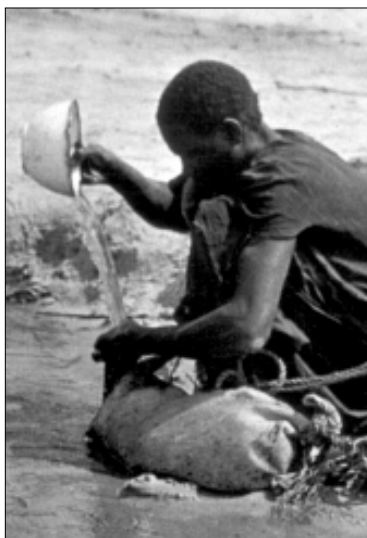
W zachodzącym na przełomie XX i XXI w. procesie globalizacji kultura afrykańska postrzegana jest jako słaba, poddająca się naporowi cywilizacji zachodniej. Przedstawiciele afrykańskich uniwersytetów podkreślają jednak, że w procesie tym powinno się znaleźć miejsce na dialog. Z tradycyjnym afrykańskim światopoglądem łączą się przeciwieństwo wartości pozytywne: afirmacja życia, równość wszystkich osób należących do danej wspólnoty, dostrzeganie człowieczeństwa istot ludzkich głęboko upośledzonych psychicznie i fizycznie, odpowiedzialność wszystkich dorosłych należących do danej wspólnoty za każde dziecko, które się w jej obrębie narodziło. Tradycyjna afrykańska mentalność nakazuje także skrupulatne wzajemne pilnowanie uczciwości

i prawości, ponieważ jakiegokolwiek naruszenie tabu przez jednostkę znajduje następstwa w życiu całej wspólnoty. Z afrykańskiego punktu widzenia samodoskonalenie pojedynczych osób pozytywnie oddziałuje na społeczność i narody.

Odmiennosc kulturowa powoduje trudności w przenoszeniu do Afryki wyznaczonych w krajach zachodnich standardów bioetycznych. Kategorie takie jak: zgoda formalna, poufność, autonomia i godność są dla Afrykanów niezrozumiałe, ponieważ jednostka zwykle jest postrzegana w łączności ze wspólnotą. Zanim kobieta zamężna wyrazi zgodę na udział w testowaniu leków, musi poradzić się męża, a niekiedy też dalszych krewnych. W Afryce najważniejsze jest poszanowanie wolności wyboru jednostki, także wtedy, gdy wybór jest uzależniony od aprobaty innych. Równie ważne jest to, aby nie wikać się w dyskursy etyczne i skupić się na fundamentalnych dla medycyny zasadach moralnych: dobrej woli i nie szkodenia innym. Te zasady, zarówno w opiece zdrowotnej sprawowanej w krajach zachodnich jak i w Afryce, stają się podstawami relacji między pacjentem a lekarzem opartych o wartości międzykulturowe, jak troska, zaufanie i szacunek. Afrykanom obce jest mówienie o życiu ludzkim skomercjalizowanym językiem ekonomii, ponieważ dla nich ma ono wymiar przede wszystkim moralny.

Dokonujące się w procesie globalizacji scalanie idei i wartości może na gruncie medycyny oznaczać połączenie czysto naukowego wyjaśniania chorób, jakie oferuje medycyna zachodnia, z właściwym Afryce dostarczaniem pacjentowi zarówno terapii, jak i w pełni zrozumiałego dla niego, przywracającego nadzieję, wyjaśniania choroby.

dr hab. Anita Magowska





Od Redakcji: Trudno nie wracać do zagadnień związanych z HIV/AIDS, które w większości krajów misyjnych stanowią istotny problem nie tylko medyczny, ale również społeczny i ekonomiczny. W bieżącym 16 zeszycie MMP omówimy 3 problemy, a mianowicie współwystępowanie HIV/AIDS i gruźlicy, przeciwnalazyczne działanie leków antywirusowych i znaczenie „samotestowania” się w kierunku HIV/AIDS. W ostatnim roku WHO wydało nt. HIV/AIDS kilka wysoce praktycznych podręczników. Są to *Acute Care IMAI 2004.1*; *Chronic HIV Care with ARV Therapy, IMAI 2004.2*; *General Principles of Good Chronic Care, IMAI 2004.3*; *Paliative Care: symptom management and end-of-life care, IMAI 2004.4*; oraz *TB/HIV. A clinical manual – WHO/HTM/TB/2004.329*. Podręczniki te są dostępne w Fundacji Redemptoris Missio oraz we filii Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Poznaniu przy ul. Przybyszewskiego 49.

Współistnienie HIV/AIDS i gruźlicy (TB/HIV, clinical manual. WHO, Genewa 2004, HTM/TB 329)

Trudno streścić obszerny, ale pisany w sposób bardzo zwięzły, 210 stronicowy podręcznik, nawet jeżeli ma on wymiar kieszonkowy. Jest to drugie wydanie przygotowane przez wieloosobowy zespół znawców gruźlicy i HIV. Ograniczę się tylko do niektórych podstawowych problemów związanych z HIV, pozostawiając sprawy leczenia dzieci zakażonych HIV i współistniejącej gruźlicy do następnego wydania MMP.

DEFINICJA HIV I AIDS

WHO rozróżnia 4 stadia zakażenia HIV u dorosłych (u dzieci tylko 3 stadia). Są to:

STADIUM 1:

bezobjawowe, z uogólnioną limfadenopatią i zachowaną aktywnością

STADIUM 2:

objawowe przy zachowanej sprawności fizycznej; utrata masy ciała < 10%; niewielkie zmiany skóry i błon śluzowych (np. owróżnienia jamy ustnej, grzybica paznokci); półpasiec w ciągu ostatnich 5 lat; nawracające zakażenia górnych dróg oddechowych (np. sinusitis).

STADIUM 3:

objawowe przy ograniczonej sprawności fizycznej (w ostatnim miesiącu mniej niż połowa dnia spędzona w łóżku); utrata masy ciała > 10%; niewyjaśniona przewlekła biegunka (> 1 miesiąc); niewyjaśniona przewlekła gorączka (> 1 miesiąc); kandydioza jamy ustnej, leukoplakia włośniata jamy ustnej; gruźlica płuc; ciężkie zakażenia bakteryjne (pneumonia, pyomyositis).

STADIUM 4:

objawowe przy znacznie ograniczonej sprawności fizycznej (w ostatnim miesiącu większość dnia spędzona w łóżku); objawy ogólnego wyniszczenia, *Pneumocystis pneumonia*, neurotoksoplazmoza, kryptosporidioza z biegunką > 1 miesiąc; pozapłucna kryptokokoza; zakażenie wirusem cytomegalii (organów innych niż wątroba, śledziona lub węzły chłonne); zakażenie wirusem opryszczki skóry lub błon śluzowych (> miesiąc) lub trzewne (bez ograniczenia czasowego); postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia; każde rozsiane zakażenie grzybicze (np. histoplazmoza); kandydioza przetyku, tchawicy, oskrzeli lub płuc; atypowa, rozsiana mykobakterioza; septicemia wywołana przez nie-durowe salmonelle; gruźlica pozapłucna; chłoniak; mięsak Kaposiego; HIV encefalopatia.

Zakażenie gruźlicze może dołączyć się w każdym stadium HIV.

HIV jest obecnie najczęstszym czynnikiem (10x) sprzyjającym zakażeniu się gruźlicą.

Najwięcej przypadków współistnienia HIV i TB występuje w Afryce (70% przypadków w świecie) i w Azji południowo-wschodniej (20%); mniej (po 4% na kontynencie amerykańskim i na zachodnim Pacyfiku oraz po 1% w Europie w rejonie Morza Śródziemnego).

Pewnym zaskoczeniem jest stwierdzenie, że termin AIDS jest mało przydatny w praktyce klinicznej i raczej powinien być stosowany w obserwacjach epidemiologicznych. Dla celów epidemiologicznych definicja AIDS u osób dorosłych wymaga spełnienia:

- co najmniej 2 objawów głównych [utrata masy ciała > 10%; przewlekła gorączka > 1 miesiąc; przewlekła biegunka > 1 miesiąc] oraz
- co najmniej 1 objawu „mniejszego” [przewlekły kaszel > 1 miesiąc; uogólnione swędzące dermatitis; półpasiec w wywiadzie; kandydioza jamy ustnej i gardzieli; przewlekłe postępujące lub rozległe zakażenie wirusem opryszczki; uogólniona limfadenopatia].

Obecność uogólnionego mięsaka Kaposiego lub kryptokokowego zapalenia opon mózgowych wystarcza do rozpoznania AIDS. Trzeba pamiętać, że ta prosta definicja AIDS jest mało czuła i specyficzna (np. w różnicowaniu HIV ujemnych pacjentów z tymi, którzy chorują tylko na gruźlicę i mają podobny zespół objawów).

MOŻLIWOŚCI ROZPOZNAWANIA ZAKAŻENIA HIV:

Kliniczne

W wywiadzie: choroby weneryczne, ostatnio leczona gruźlica, półpasiec, częste pneumonie, zakażenia bakteryjne o ciężkim przebiegu.

W podawanych objawach: utrata masy ciała > 10%, biegunka > 1 miesiąc; ból poza mostkiem lub przy połykaniu, bolesne „palące” stopy.

W widocznych objawach: blizny po półpaścu, swędzące grudkowe zmiany skórne, mięsak Kaposiego, symetryczna uogólniona limfadenopatia, kandydioza jamy ustnej, zapalenie kąciaków ust, włośniata leukoplakia jamy ustnej, martwicze zapalenie dziąseł, owróżnienia aftowe, bolesne owróżnienia genitalii.

Laboratoryjne

Testy wykrywające przeciwciała anti-HIV są to:

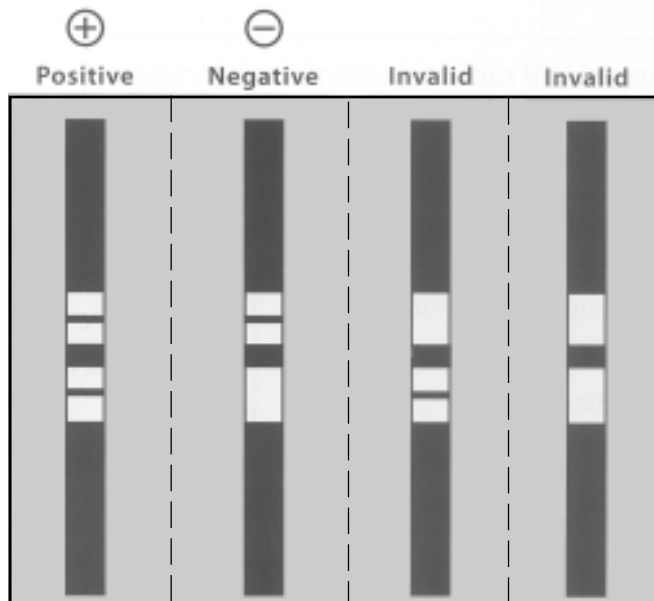
- test EIA (poprzednio znany jako ELISA), który jest mniej kosztowny niż immunoblot, pozwala na badanie setek surowic dziennie, jest zarówno czuły jak i specyficzny; wymaga jednak specjalnego wyposażenia laboratorium, odpowiednio przygotowanego personelu, nieprzerwanej dostawy prądu elektrycznego i jednoczesnego użycia zestawu na 90-100 prób;
- proste szybkie testy są mniej kosztowne niż immunoblot, nie wymagają specjalnego wyposażenia laboratorium i można je wykonać u pojedynczych pacjentów.

Testy wykrywające antygen HIV

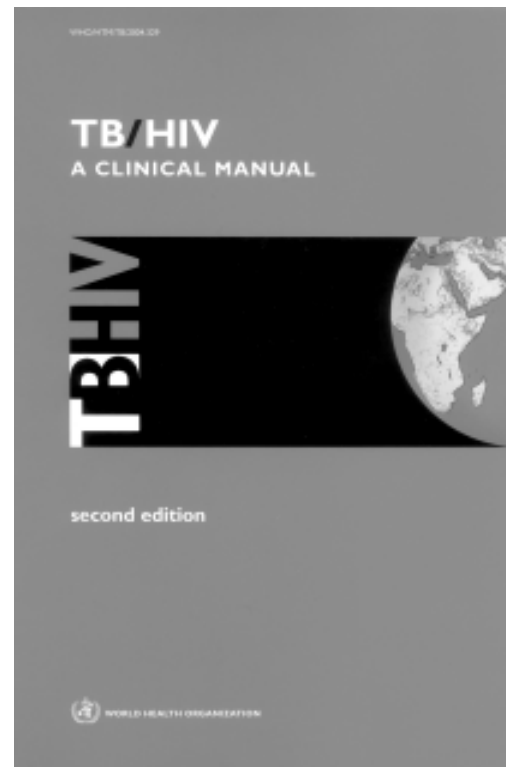
Testy EIA wykrywające antygen p24 HIV są obecnie zastępowane przez testy wykrywające DNA i oceniające liczbę wirusów w 1 ml surowicy; testy te mogą wykrywać nawet niewielką liczbę kopii wirusa (20-50 kopii/ml). Ocena intensywności wirēmii jest szeroko stosowana w krajach rozwiniętych, ale wymaga wysokiego poziomu usług laboratoryjnych.

Interpretacja wyników testów różni się w zależności od grupy badanej. U pacjentów indywidualnych dodatni wynik EIA lub testu szybkiego wymaga powtórzenia testu w przypadku pierwszego testu HIV + (gdy drugi test jest HIV+ można przyjąć, że pacjent jest HIV +); gdy pierwszy test jest HIV – to w przypadkach podejrzanych wskazane jest wykonanie drugiego badania zanim przyjmie się, że pacjent jest HIV ujemny; gdy wynik jednego testu jest pozytywny, a drugiego negatywny trzeba badanie powtórzyć od początku. W badaniach populacyjnych jedno badanie z wynikiem HIV+ lub HIV – uważa się za wystarczające.

Niezbędna jest profesjonalna konsultacja, zarówno przed jak i po badaniu laboratoryjnym, aby zabezpieczyć właściwą reakcję indywidualnego pacjenta na wiadomość o zakażeniu HIV. Oceń się w niej ryzyko zakażenia HIV (wielu partnerów seksualnych, kontakty z prostytutkami, stosunki homoseksualne mężczyzn, nie sterylne nakłuwanie skóry (tataż), uprzednie przetoczenia krwi, dożylnie stosowanie narkotyków i leków oraz stosunki z partnerem lub współmałżonkiem podejrzanym o zakażenie HIV. Ważne jest ustalenie również co pacjent wie o HIV: jakie znaczenie ma badanie w kierunku HIV, jak przenosi się HIV oraz kiedy występuje wysokie ryzyko zakażenia. Konsultacja prowa-



Odczyt pasków szybkiego testu Uni-Gold HIV (wg WHO/CDS/IMAI/2004.1)



dzi do ustalenie jaka będzie prawdopodobna reakcja pacjenta na wynik badania, kto może mu pomóc w emocjonalnym poradzeniu sobie z tym problemem, jaki wpływ będzie miał pozytywny wynik badania na stosunek do bliskich, relacje w pracy i stan zdrowia w przyszłości.

ZASADY LECZENIA ZAKAŻEŃ HIV

Wprowadzenie w roku 1996 intensywnej skojarzonej terapii HIV (HAART) znacznie zmieniło zasady leczenia. HAART polega na równoczesnym stosowaniu 3 leków. Jakkolwiek HAART nie prowadzi do wyleczenia, wstrzymuje on niemal kompletnie replikację wirusa i powinien być stosowany przez całe życie. HAART dramatycznie zredukował śmiertelność i chorobowość związaną z HIV, ale wymaga też stałego monitorowania toksyczności podawanych leków, ich interakcji z innymi lekami oraz proporcji zakażonych, którzy będą leczyć się stale. Niestety mimo, że HAART jest uznanym standardem w terapii HIV w roku 2002 miało do niej dostęp tylko 230.000 na 6.000.000 osób zakażonych. Podjęto wysiłki, aby w roku bieżącym liczba osób zarażonych i leczonych wzrosła do 3 milionów (<http://www.who.int/HIV>).

Leki przeciwko wirusowi HIV należą do 2 klas: leki hamujące odwrotną transkryptazę (RTI) i leki hamujące proteazę (PI). Leki z klasy RTI należą do 3 grup: nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy NsRTI (Zidovudine, Didanosine, Sdtavudine, Lamivudine, Abacavir), inhibitory nie-nukleozydowe NNRTI (Nevirapine, Efavirenz) i inhibitory nukleotydów NtRTI. Do grupy leków PI należą: Saquinavir, Rotonavir, Indinavir, Nelfinavir, Lopinavir/ritonavir. Zwykle stosuje się równocześnie 3 leki, w różnych kombinacjach: 2NsRTI + 1 NNRTI; 3 NsRTI; 2 NsRTI + 1 PI. W wyborze ich odpowiednich zestawów w krajach rozwijających się pomaga publikacja WHO „Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings” Genewa 2003.

(ciąg dalszy na str. 8)

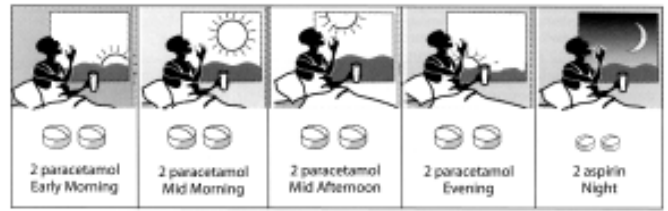
(ciąg dalszy ze str. 7)

Leczenie osób dorosłych zaczyna się w stadium 4, niezależnie od liczby komórek CD4, a w stadiach 1 i 2, gdy liczba komórek CD4 spada poniżej 200/mm³. W przypadkach, gdy oznaczenie CD4 nie jest możliwe, zaczyna się leczenie w stadiach 3 i 4 niezależnie od liczby limfocytów, a w stadium 2 przy liczbie limfocytów poniżej 1.200/mm³. Proponowane zestawy i dawkowanie leków ulega stałym modyfikacjom i wskazane jest konsultowanie się z aktualnymi wskazaniami pod adresem internetowym <http://www.who.int/HIV>.

Skuteczność leczenia ocenia się obserwując przyrost masy ciała, ustępowanie objawów HIV, wzrost liczby limfocytów i – o ile jest to możliwe – określenie liczby limfocytów CD4 i poziomu wirusowego RNA w surowicy krwi.

Leki przeciwwirusowe są nie pozbawione toksyczności i nie rzadko w czasie leczenia występują objawy niepożądane, zmuszające do rewizji zestawu leków lub ich dawkowania.

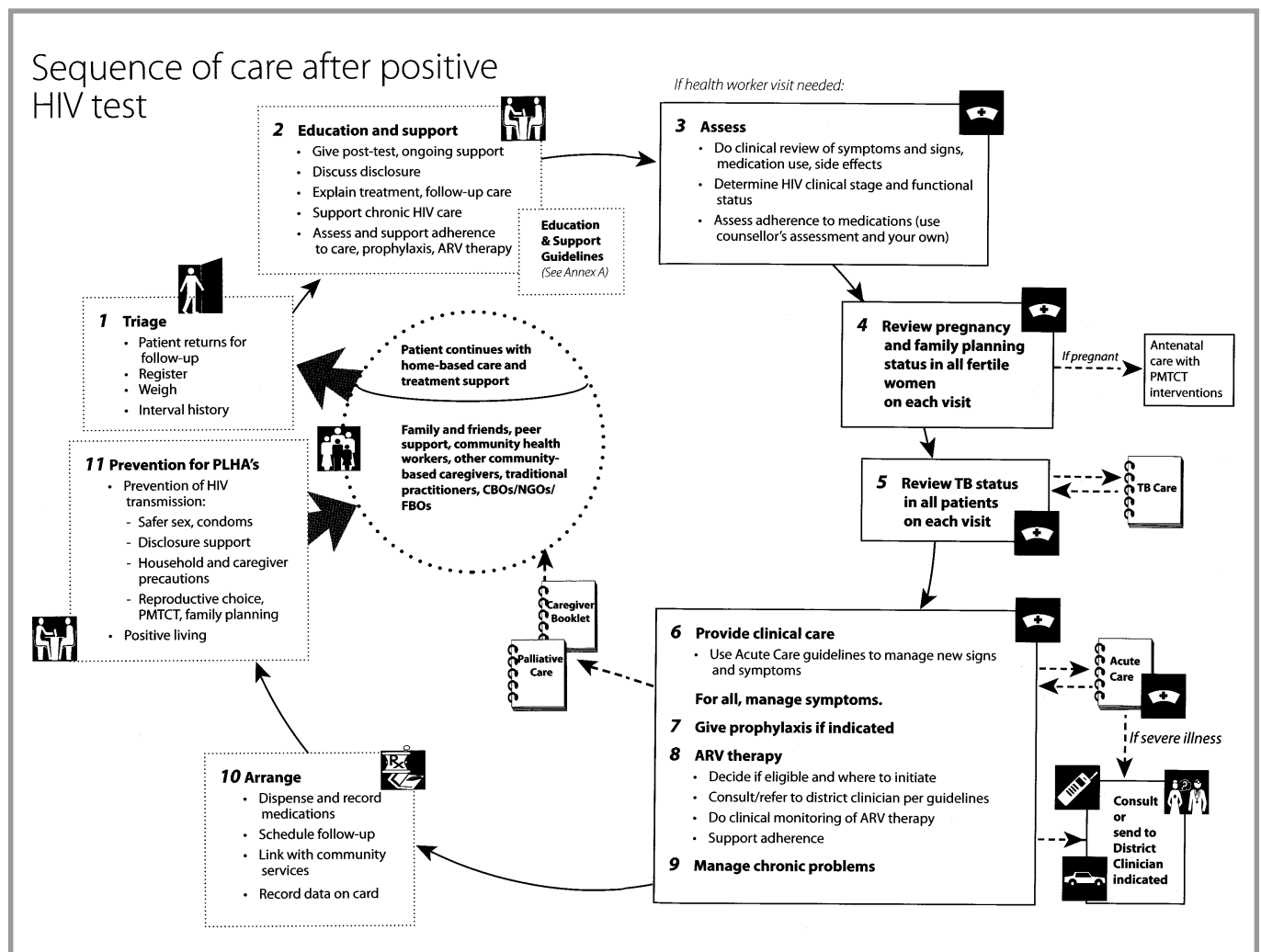
Niezależnie od postępowania przeciwwirusowego w leczeniu HIV podaje się również leki przeciwko zakażeniom towarzyszącym takim jak gruźlica, pneumocystoza (TMP-SMX), toksoplazmoza (sulfadoksyna z pirymetaminą), zakażenia grzybicze (nystatyna), inne zakażenia weneryczne (TMP-SMX, gentamycyna). Dodatkowego postępowania terapeutycznego wymagają powikłania ze strony płuc, dysfagia, biegunki, powikłania neurologiczne jak np. zaburzenia świadomości i zmiany zachowywania się, upor-



czywe bóle głowy, trudności w poruszaniu się, zaburzenia widzenia i palące bóle stóp. Podręcznik podaje szczegółowo sposób postępowania leczniczego w objawach towarzyszących HIV. Sposób opanowania silnych bólów podaje broszura WHO/CDS/IMAI/2004.4 (patrz rycina powyżej).

Opiekę nad chorymi na HIV można realizować poprzez opiekę domową na poziomie opieki podstawowej (rozpoznawanie i leczenie zakażeń HIV i ich powikłań, zabezpieczenie opieki nad chorymi, zapobieganie HIV) [patrz MMP nr.14. Drugi stopień opieki nad chorymi na HIV jest realizowany w ośrodkach zdrowia, w których można wykonać niektóre badania laboratoryjne i zasięgnąć dodatkowej konsultacji. Trzeci stopień, zwykle na poziomie dystryktu, zabezpiecza dodatkową opiekę specjalistyczną w przypadkach bardziej skomplikowanych.

Tłumaczył i streścił:
prof. Zbigniew Pawłowski



Przedstawiony oryginalny schemat opieki nad pacjentem z dodatnim HIV-testem zapożyczony jest z broszury WHO/CDS/IMAI/2004.2)

Leki stosowane przeciwko HIV mają korzystny wpływ na współistniejącą malarię



Na łamach *Journal of Infectious Diseases* (2004, 190; 1998-2000) ukazał się artykuł Skinner-Adams i wsp. omawiający wyniki badań doświadczalnych wskazujących na to, że 3 z 6 badanych leków, inhibitorów proteaz stosowanych w HIV/AIDS, hamuje rozwój postaci pierścieniowatych szczepu Dd2 *Plasmodium falciparum*. Lekami tymi są: saquinawir, ritonavir i indinawir, korzystnego działania *in vitro* nie wykazywały nevirapina, nelfinawir i amprenawir. Dokładny mechanizm przeciwmalarycznego działania leków przeciwwirusowych nie jest dostatecznie poznany; może on dotyczyć zarówno receptorów CD 36 ułatwiających wnikanie *Plasmodium* do krwinki jak i hamowania działania proteazy aspartylowej, odpowiedzialnej za trawienie przez pasożyta hemoglobiny.

Obserwacja powyższa nabiera szczególnego znaczenia wobec planowanego upowszechnienia antywirusowej terapii zakażeń HIV na terenach, na których występuje malaria. Obserwowano, że współwystępowanie HIV i malarii może mieć znaczne konsekwencje kliniczne: u kobiet HIV + zaobserwowano częstsze i bardziej intensywne zarażenia *P.falciparum*; z kolei u pacjentów z obja-

wową malarią obserwowano zwiększoną liczbę cząsteczek wirusa; nad to malaria może usposabiać do przełożyskowego przeniesienia wirusów HIV do płodu i powodować, że trudniej likwiduje się malarię u nie leczonych przeciwwirusowo pacjentów HIV+.

Dalsze obserwacje kliniczne są niezbędne dla potwierdzenia ww. wyników badań poczynionych *in vitro*. Powinny one dotyczyć tolerancji równoczesnego przyjmowania leków przeciwwirusowych i przeciwmalarycznych (np. meflochiny, która powinna być podawana razem z lekami na HIV), wpływu skojarzonego leczenia na liczbę krążących cząstek wirusa i wielkość parazytemii oraz na kliniczny przebieg malarii, wywołanej szczepami lekoopornymi i podatnymi na powszechnie stosowane środki przeciwmalaryczne. Obserwacje wpływu skojarzonego leczenia na przebieg AIDS u pacjentów po likwidacji malarii, mogą być trudne do interpretacji. Należy też pamiętać o możliwości niekorzystnego działania immunologicznego leków przeciwwirusowych utrudniającego usuwanie pasożytów malarii.

Opracował prof. Zbigniew Pawłowski

Oparzenia

Od Redakcji: Oparzenia stanowią ciągle poważny problem na całym świecie. Najczęściej dotyczą one dzieci i ofiar katastrof. Ogólne zasady postępowania z oparzoną osobą przedstawia lek.med Magdalena Waśniowska.

Oparzenia stanowią poważny problem w krajach rozwijających się. Każdego roku tysiące ludzi ginie lub zostaje okaleczonych w wyniku urazów termicznych. Wpływ na częste występowanie oparzeń ma prymitywny sposób przygotowania posiłków, prowadzenie gospodarki żarowej przy uprawie ziemi, padaczka, nadużywanie alkoholu, nieostrożne obchodzenie się z paleniskami, przykłady można by mnożyć.

Najczęściej i najpowszechniej występują oparzenia termiczne, w których czynnikiem wywołującym jest gorąca woda, para wodna, lub ogień. Pozostałe to oparzenia chemiczne wywołane przez kwasy, zasady lub fenole oraz oparzenia elektryczne.

Ze względu na głębokość i stopień uszkodzenia tkanek, oparzenia dzielimy na 4 stopnie. Pierwszy stopień dotyczy oparzeń powierzchniowych. Charakteryzują się one suchą, zaróżowioną skórą bez pęcherzy, nieznacznie obrzękniętą. Towarzyszy temu umiarkowany ból. Gdy oparzenie obejmuje niepełną grubość skóry mamy wówczas do czynienia z drugim stop-

niem. Na różowo-białej skórze pojawiają się pęcherze oraz obecny jest silny ból. W trzecim stopniu oparzenia zmianami objęta jest pełna grubość skóry, którą pokrywa twardy strup. Może być on biały lub zwęglony. Miejsca oparzone są słabo bolesne lub niebolesne. Czwarty stopień oparzenia dotyczy najgłębszych warstw skóry i dodatkowo widoczne są kości, mięśnie i ścięgna.

WAŻNE JEST WŁAŚCIWE POSTĘPOWANIE BEZPOŚREDNIO PO OPARZENIU

Na zakres oparzenia, stopień oraz późniejsze rokowanie ma duży wpływ postępowanie przedszpitalne.

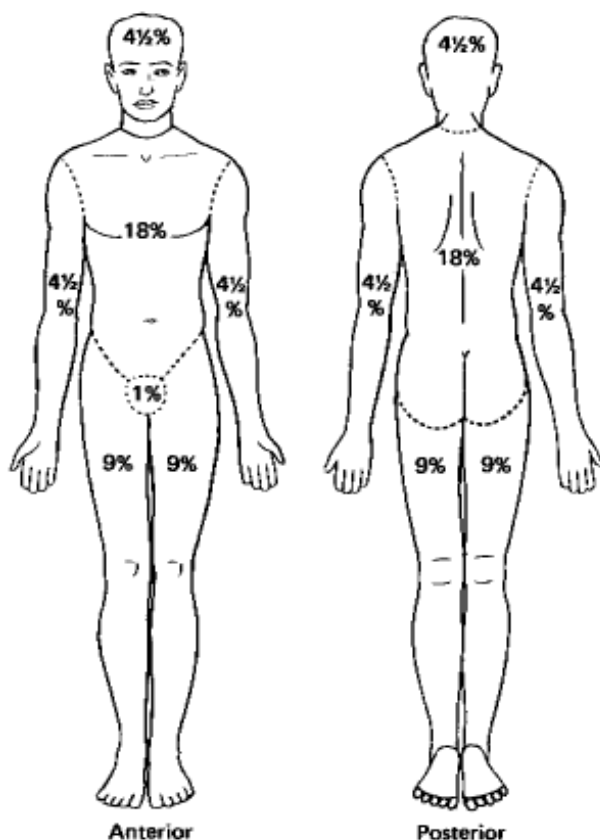
W pierwszej kolejności należy powstrzymać działanie czynnika uszkadzającego, np. ugaszenie palącego się ubrania, usunięcie osoby poszkodowanej ze strefy bezpośredniego zagrożenia.

(ciąg dalszy na str. 10)

Kolejnym etapem jest schładzanie oparzonego miejsca bieżącą wodą (o temperaturze około 15°C) przez około 20-30 minut, co wpływa na ograniczenie rozległości i głębokości oparzenia oraz zmniejsza ból w miejscach oparzonych. Należy pamiętać, że chłodzenie rozległych oparzeń powinno stosować się stosunkowo krótko, gdyż można paradoksalnie doprowadzić do znacznej utraty ciepła całego ciała.

Oparzeniom skóry, szczególnie termicznym, często towarzyszy oparzenie górnych lub dolnych dróg oddechowych. Dochodzi do niego poprzez inhalację gorącego powietrza lub toksycznych związków chemicznych. Tego typu urazy dotyczą zwłaszcza ofiar pożarów, które z różnych przyczyn zostały uwięzione w zamkniętych pomieszczeniach. Szczególnie niebezpieczne jest oparzenie dolnych dróg oddechowych i płuc, gdyż może ono w ciągu kilku godzin może doprowadzić do ostrej niewydolności oddechowej. Dlatego niezwykle ważne jest wczesne rozważenie intubacji, która może zapobiec całkowitej niedrożności dróg oddechowych powstającej w wyniku narastającego obrzęku śluzówki i nadmiernego wydzielania oskrzelowego.

Przed rozpoczęciem leczenia ogólnego należy ocenić rozległość oparzenia. W tym celu stosuje się „regułę dziewiątek”, która w prosty sposób pozwala na ustalenie procentu oparzonej powierzchni ciała (patrz rysunek).



OPANOWANIE WSTRZĄSU I NAWODNIENIE PACJENTA SĄ NA PIERWSZYM MIEJSCU!

Przemieszczenie wody do rany oraz 20-krotny wzrost parowania w porównaniu z fizjologiczną utratą wody tą drogą

przez nieuszkodzoną skórę, mogą szybko doprowadzić do wstrząsu hipowolemicznego, szczególnie w rozległych oparzeniach, obejmujących duże powierzchnie skóry, stąd pierwszym elementem leczenia szpitalnego jest płynoterapia tj. leczenie dożylnymi przetoczeniami płynów.

Intensywną płynoterapię rozpoczynamy gdy u dorosłych oparzenie obejmuje co najmniej 15% powierzchni ciała, zaś u dzieci już przy zajęciu 10% powierzchni. Przed rozpoczęciem płynoterapii należy pamiętać o założeniu kilku kaniul dożylnych, gdyż jedna może okazać się niewystarczająca.

Istnieje kilka reguł płynoterapii, jednak powszechnie stosowana jest reguła parklandzka. W celu nawodnienia pacjenta stosuje się mleczan Ringera w dawce 4 ml/ kg m.c./ % powierzchni oparzonej. Pierwszą połowę należy przelać w ciągu pierwszych 8 h od urazu, drugą w ciągu pozostałych 16h pierwszej doby.

Konieczny jest ścisły nadzór płynoterapii, polegający na monitorowaniu dwóch parametrów: diurezy – mierzonej poprzez założenie dobowej zbiórki moczu oraz hematokrytu. Do prawidłowej oceny ilości wydalanego moczu niezbędne jest założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego. Przy prawidłowym nawadnianiu godzinowa diureza powinna mieścić się w przedziale 30-50 ml. Wzrost powyżej 50 ml może sygnalizować przewodnienie, natomiast spadek poniżej 30 ml/h wskazuje na zbyt małą podaż płynów lub na początek ostrej niewydolności nerek, często wikłającej oparzenia. Drugim kontrolowanym parametrem jest hematokryt, którego prawidłowa wartość u kobiet wynosi 32-45%, a u mężczyzn 38-49%. Początkowo w chorobie oparzeniowej obserwuje się znaczny jego wzrost, wynikający z utraty płynów. Jednak w miarę prowadzonego nawodnienia można spodziewać się normalizacji tego parametru w ciągu pierwszych 24h.

Innym ważnym elementem leczenia szpitalnego jest opowanie bólu. Stosowane są w tym celu wszystkie dostępne środki przeciwbólowe. Powszechnie używana jest morfina. Należy jednak unikać podawania podskórnego i domięśniowego tego opioidu. Warto pamiętać o zastosowaniu dodatkowej dawki leku przeciwbólowego przy zmianie pozycji chorego lub opatrunku. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z rozległymi oparzeniami, dla których każdy ruch nasila dolegliwości bólowe.

OPARZENIA PROWADZĄ DO WIELU POWIKŁAŃ

Utrata płynów przyczynia się do zagęszczenia krwi i wzrostu jej lepkości, co zwiększa ryzyko rozwoju zakrzepicy żyłnej i zatorowości płucnej. Aby je zmniejszyć zaleca się stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej w dawkach profilaktycznych. U chorych nieprzytomnych ważne jest założenie zgłębnika do żołądka. Blokery pompy protonowej oraz H₂-blokery stanowią profilaktykę wrzodu stresowego i zmniejszają prawdopodobieństwo krwawienia z przewodu pokarmowego, które może doprowadzić nawet do zgonu pacjenta.

Rana oparzeniowa jest miejscem szczególnie narażonym na wnikanie drobnoustrojów chorobotwórczych, dlatego prawidłowe jej zaopatrzenie pozwala na ochronę przed zakażeniem, zapewnia odpowiednie warunki do odnowy ubytku skóry, a także pozwala na przygotowanie oparzonej powierzchni na przyjęcie przeszczepu skóry. Opatrywanie rany oparzeniowej należy wykonywać z zachowaniem reguł aseptyki i anty-

„Dolentium Hominum” dostępne w Poznaniu

Dzięki staraniom Fundacji „Redemptoris Missio” i życzliwości Papieskiej Rady ds. Zdrowia Biblioteka Główna Akademii Medycznej w Poznaniu (ul. Parkowa 4) posiada w swych zbiorach bieżące i archiwalne zeszyty „Dolentium Hominum”.

„Dolentium Hominum” jest kwartalnikiem wydawanym od blisko 20 lat przez biuro Papieskiej Rady ds. Zdrowia i poświęconym zagadnieniom medycznym w świetle nauki Kościoła Katolickiego. W zeszytach *Medicus Mundi Polonia* często były zamieszczone artykuły, głównie na temat leczniczej posługi Kościoła, zaczerpnięte z „Dolentium Hominum”.

Archiwalne numery *Medicus Mundi Polonia* można zamówić w Biurze lub Centrum Wolontariatu Fundacji „Redemptoris Missio” (tel.: 0-61 854 68 63, 0-61 862 13 21).



septyki. Po umyciu skóry dookoła oparzenia 70% spirytusem, powidonem, lub innym środkiem odkażającym. Powierzchnię oparzoną przemywamy np. wodą utlenioną. Kolejnym krokiem jest nakłucie pęcherzy wypełnionych płynem surowicznym. Stosujemy do tego jałową igłę pamiętając aby nie usuwać później pokrywy pęcherza, gdyż stanowi ona dobrą ochronę głębszych warstw.

W oparzeniach twarzy, szyi, karku i krocza nie stosuje się najczęściej opatrunku. Ułatwia to pielęgnację, a w przypadku twarzy i szyi zmniejsza uczucie ucisku i zmniejsza u pacjenta ból.

Inną metodą zaopatrywania oparzeń jest metoda zamknięcia. Pod opatrunek z gazy stosuje się sól srebrową sulfadiazyny lub jej wodny roztwór, ewentualnie maść zawierającą jod. Opa-

trunek zmienia się co 12h w przypadku sulfadiazyny lub co 24h gdy użyte będą jodofory. Oparzenia powierzchowne (I-II st.) zaopatrzone w ten sposób goją się samoistnie.

W oparzeniach głębokich leczenie polega na wycięciu martwicy, co zwykle robi się 48-72h po oparzeniu, oraz pokryciu ubytku skóry przeszczepem. Tego rodzaju procedury przeprowadzane są jedynie w odpowiednio wyposażonych ośrodkach szpitalnych, z doświadczonym personelem, jednak często stanowią jedyną możliwość skutecznego wyleczenia oparzenia.

Każdorazowo należy zastosować anatoksynę przeciwtężcową. W leczeniu oparzeń należy również rozpatrzyć zastosowanie antybiotyku. Jego podanie uzależnione jest od rozległości oparzenia, jego stopnia, zabrudzenia rany i stanu ogólnego pacjenta. W antybiotykoterapii oparzeń stosuje się metronidazol i cefalosporyny, skuteczne są też aminoglikozydy.

Rokowanie w oparzeniach zależy od wielu czynników, w tym etiologii, stopnia, procentu uszkodzonej powierzchni ciała, wieku poszkodowanego, jego stanu wyjściowego oraz ewentualnego nadkażenia bakteryjnego ran. Najczęstszą przyczyną zgonów w przebiegu oparzeń jest nieopanowany wstrząs hipowolemiczny, zaś na drugim miejscu są powikłania zakażeń bakteryjnych.

Oparzenia długo jeszcze pozostaną istotnym problemem zdrowotnym zarówno krajach wysokorozwiniętych jak i rozwijających się, dlatego poznanie metod ich leczenia oraz edukacja dotycząca skutecznego unikania tego typu obrażeń powinny stanowić ważną część medycznej pracy na misjach.

lek. med. Magdalena Waśniowska

Kursy i szkolenia:

Instytut Tropikalny w Bazylei (courses-sti@unibas.ch) nadesłał do Fundacji program kursów szkoleniowych organizowanych w roku 2005/2006:

Listopad 7-25, 2005 — zaawansowany kurs nt. „Health District Management: Planning and Programme Design”. Kurs organizowany jest w Ifakara, Tanzania.

* * *

Luty 13-17 2006 — 12-ty krótki kurs nt. „Traveller’s Health”.

* * *

Marzec 13 do czerwiec 9, 2006 — kurs dyplomowy nt. „Health Care and Management In Tropical Countries, HCMTC.

* * *

Czerwiec 12-30, 2006 — zaawansowany kurs nt. „Health District Management: Planning and Programme Design”. Kurs organizowany jest w Bazylei.

* * *

Czerwiec 12-30, 2006 — kurs nt. „Clinical priorities in Tropical Countries”. Kurs jest organizowany częściowo w Bazylei, częściowo w Ifakara, Tanzania.

Zwalczanie filariozy limfatycznej w Indiach

Od Redakcji: Limfatyczna filarioza, zwłaszcza w jej postaci zwanej słońowaczną, prowadzi do kalectwa, porównywalnego z tym jakie może wywołać trąd lub przebyte polio. Miliard ludzi żyje na terenach, na których występuje filarioza (Afryka, Azja, Ameryka, Środkowy Wschód), a zarażonych pasożytem jest 120 milionów. Dzięki masowemu stosowaniu dwóch anthelmintyków: dietylkarbamazyny i albendazolu stało się możliwe skuteczne zwalczanie limfatycznej filariozy. Ponad 40 różnych organizacji międzynarodowych jest zainteresowanych programem zwalczania filariozy, wydając na ten cel blisko 200 milionów US\$ w 39 krajach. Ale pieniądze i możliwości techniczne to jeszcze nie wszystko, wiele zależy od poparcia programu zwalczania przez społeczności miejscowe. W tym względzie warto zapoznać się z wynikami badań przeprowadzonymi w stanie Orissa w Indiach; jest to teren działalności Ojca Mariana Żelazka, o którym piszemy na łamach Medicus Mundi Polonia na stronie 2.

W Indiach około 480 milionów ludzi jest narażonych na ryzyko inwazji filariami, a 48 milionów jest już zarażonych. Proponowany aktualnie narodowy program zajmujący się zwalczaniem filariozy limfatycznej jest najbardziej praktycznym i możliwym do przeprowadzenia sposobem eliminacji tej choroby, opierającym się na stosowaniu pojedynczej dawki leku – dietylkarbamazyny (DEC).

Realizacja tego programu i jego skuteczność zależą w dużej mierze od stanowiska lokalnych uczestników programu: działaczy społecznych, mieszkańców, lekarzy, i innych pracowników służby zdrowia oraz organizacji pozarządowych. Dlatego też w 2002 roku Ministerstwo Zdrowia wybrało cztery dystrykty w stanie Orissa (Khurda, Puri, Balasore i Ganjam), na których ma być wstępnie wprowadzony program leczenia z zastosowaniem kombinacji dwóch leków: DEC i albendazolu. Leki podawano w miastach i na obszarach wiejskich.

Celem tych wstępnych badań było poznanie opinii ludzi zaangażowanych w realizację programu eliminacji limfatycznej filariozy (LF) za pomocą pojedynczej dawki leku. W badaniach wzięli udział członkowie gmin, lekarze rządowi, okręgowi pracownicy medyczni, lekarze z praktyk prywatnych i organizacje pozarządowe. Wyniki programu były następujące:

- Większość członków gmin stwierdziła, że limfatycznej filariozie można zapobiegać chroniąc się przed komarami (stosując moskitiery, repelenty, utrzymując czystość otoczenia); co dziesiąty zgodził się, że w profilaktyce można również stosować leki.
- Lekarze wykazali w pełni pozytywne stanowisko wobec programu eliminacji LF. Mimo, że większość lekarzy z ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej uważała, że program był skuteczny, nie byli oni zadowoleni ze sposobu propagowania programu i dystrybucji leków przez wolontariuszy nie związanych bezpośrednio ze służbą zdrowia. Natomiast tylko 6 z 14 ankietowanych lekarzy mających prywatne praktyki, uważało program za możliwą drogę eliminacji LF, pozostali uznali go za zły ze względu na efekty uboczne leków.
- Spośród okręgowych pracowników medycznych znaczna większość dostrzegała możliwość eliminacji LF, jednak tylko 11 z 41 dopytanych uznało leki za skuteczną prewencję. Według nich znacznie bardziej skuteczna jest ochrona przed komarami.

- Organizacje pozarządowe, mimo zaangażowania w rozpowszechnianie leków, informacji, materiałów edukacyjnych oraz pozytywnej postawy, nie potrafiły wypowiedzieć się o korzyściach programu.

Rząd Indii ogłosił ostatnio, że filarioza limfatyczna może zostać wyeliminowana w Indiach do 2015 roku. Niestety, mimo że program istnieje już od kilku lat, w wielu stanach Indii został dopiero zapoczątkowany, obejmując niewielki procent populacji z kręgu ryzyka został nim objęty. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest niewielkie znaczenie, jakie przywiązuje się do programu dotyczącego LF oraz stanowisko potencjalnych uczestników programu. Zastosowanie programu jest bez wątpienia najważniejszym czynnikiem mogącym przynieść sukces w kontroli lub eliminacji LF.

Najlepszą strategią, aby tę niekorzystną sytuację poprawić jest aktywne uczestnictwo społeczności. Ale społeczność musi być uświadomiona, co do korzyści programu i musi być właściwie poinformowana. Skuteczność strategii informowania, edukacji i łączności ze społeczeństwem zależy w dużej mierze od lokalnego środowiska, obyczajowości, systemu opieki zdrowotnej, struktury socjalnej, gęstości zaludnienia, metod dystrybucji leków oraz materiałów edukacyjnych.

Rozczarowuje postawa lekarzy z praktyk prywatnych. Nie dostrzegają oni korzyści programu eliminacji LF. Natomiast organizacje pozarządowe nie są właściwie poinformowane o sensie i celu programu.

Ankietowani uczestnicy programu byli negatywnie nastawieni wobec kompozycji leków albendazol- dietylkarbamazyna (DEC) ze względu na uboczne efekty. Mogą one być wywołane za pośrednictwem krążących cytokin zapalnych, które są reakcją na antygeny uwalniane przez ginące mikrofilarie. A zatem występują tym silniejsze efekty uboczne, im większa ilość pasożytów w organizmie człowieka ulega zniszczeniu.

Wyjaśnienie tła powstawania efektów ubocznych po zastosowaniu leków przeciwpasożytniczych powinno być nieodłącznym elementem strategii edukacyjnej i informacyjnej. Jeśli wszyscy uczestnicy programu rozumieją jego sens, cel i ogromne korzyści jakie za sobą niesie oraz przystąpią do programu z pełnym entuzjazmem, kontrola i ewentualna eliminacja limfatycznej filariozy w Indiach będą możliwe.

Tłumaczenie i opracowanie:
stud. med. Karolina Puklińska

PYTANIA

Od Redakcji: jak corocznie, również w maju tego roku Międzynarodowe Towarzystwo Medycyny Podróży organizuje egzamin specjalizacyjny. Przed egzaminem podano następujące wzory pytań z zakresu medycyny podróży, stawianych kandydatom do ISTM Certificate of Knowledge in Travel Medicine. Każde pytanie ma tylko jedną prawidłową odpowiedź. Rozwiązanie podane jest na stronie 11.

- Zgodnie z International Health Regulations (Międzynarodowa regulacja prawna w zakresie zdrowia) rządy mają obowiązek zgłoszenia do WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) następujących chorób, celem wprowadzenia ich na listę terenów zakaźnych:
 - Meningokokowe zapalenie opon mózgowych
 - Gorączka Ebola
 - Żółta gorączka
 - Zakażenie HIV
- Mężczyzna lat 25 przyjęty do szpitala z gorączką niewiadomego pochodzenia i biegunką, które wystąpiły w ostatnim tygodniu. Cztery miesiące temu wrócił on z miesięcznej podróży do Indii. Pacjent stwierdza, że brał regularnie co tydzień meflochinę przed podróżą, w czasie pobytu i przez 4 tygodnie po powrocie. Najbardziej właściwe wstępne badanie diagnostyczne to:
 - badanie kału w kierunku inwazji pasożytniczych
 - krew na posiew w kierunku duru brzuszego
 - rozmaz krwi w kierunku malarii
 - badanie serologiczne w kierunku pelzakowicy.
- Które z wymienionych szczepień jest niewskazane u osoby podróżującej chorej na AIDS z liczbą CD4 <200/mL (wartość prawidłowa 400-1500/mL) ?
 - Japońskie zapalenie mózgu typu B
 - Hepatitis A
 - P-ko pneumokokkom
 - P-ko ospie wietrznej
- U podróżującego do Meksyku wystąpiła nagle gwałtowna wodnista biegunka z 4 wypróżnieniami w pierwszej godzinie i temperaturą 38,5°. Najbardziej właściwym postępowaniem w tym czasie jest podanie:
 - Metronidazolu
 - Ciprofloksacyny
 - doustnych soli nawadniających
 - tabletek z bizmutem
- Chemioprofilaktyka przeciwko malarii powinna być zawsze zalecona wyjeżdżającym na 2 tygodniową wycieczkę morską lub na plażę następujących krajów:
 - Kenia
 - Marokko
 - Tajlandia
 - Fidzi
- Ryzyko zgonu z powodu hepatitis A u 50-letniej lub starszej osoby podróżującej jest:
 - < 1%
 - 1-3 %
 - 5-8%
 - 10-13 %.
- Ryzyko rozwoju hemoragicznej gorączki denga lub objawów wstrząsu związanego z dengą jest większe u osób podróżujących, które mają w wywiadzie:
 - częste ukłucia komarów różnych gatunków
 - odczyny alergiczne na użądlenie przez pszczoły
 - przebyte zachorowanie na dengę
 - brak uprzedniego kontaktu z terenem, na którym występuje denga.
- Podróżny z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, uzależniony od podawania tlenu wybiera się na dłuższą podróż samolotem. Które z podanych zarządzeń dotyczących używania tlenu na pokładzie komercyjnego samolotu ma tu zastosowanie:
 - Linia lotnicza jest zobowiązana do dostarczenia tlenu bez uprzedzenia
 - Linii lotniczej nie wolno dostarczać tlenu na pokładzie samolotu dla celów medycznych za wyjątkiem nagłych sytuacji
 - Osoby uzależnione od dostawy tlenu już na wysokości odpowiadającej poziomowi morza nie powinny korzystać z komercyjnych lotów
 - Zadanie tlenu w czasie podróży powinno być zrobione na kilka dni przed planowanym odlotem.
- Nie szczepiona osoba podróżująca może zarazić się żółtą gorączką w następujących krajach:
 - Nikaragua
 - Południowa Afryka
 - Brazylia
 - Indonezja
- Dwie tabletki salicylna bizmutu brane 4 razy dziennie w czasie tygodniowej podróży do jednego z krajów rozwijających zmniejszają zapadalność na biegunkę podróżnych o około:
 - 15%
 - 40%
 - 60%
 - 90%
- Najczęstsza przyczyną śmierci wśród podróżujących do krajów rozwijających się jest:
 - malaria
 - wypadki komunikacyjne
 - utonięcia
 - hepatitis A
- Termin chorobowość jest używany dla określenia:
 - odsetka wyzdrowień z danej choroby
 - odsetka zgonów
 - odsetka osób, które nabyły daną chorobę
 - czasu jaki mija do wyleczenia się z danej choroby

MDG (Millennium Declaration Goals) wytycza kierunki rozwoju krajów niedostatecznie rozwiniętych zaproponowane przez Narody Zjednoczone

(ciąg dalszy ze str. 16)

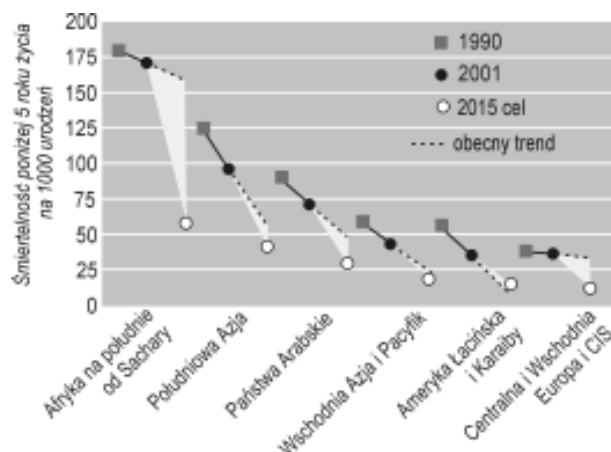
• Cel nr 4 to zmniejszenie śmiertelności dzieci

W wielu krajach śmiertelność dzieci do lat 5 ostatnio wyraźnie zmniejszyła się. Jednakże nadal blisko 11 milionów dzieci do piątego roku życia ginie co roku. W 16 krajach liczba dzieci nie przeżywających 5 roku życia zwiększyła się, 14 z nich to kraje afrykańskie (patrz wykres z artykułu A.Haines i A.Cassels w Brit.Med.J. 2004, 329, 394-397).

Zadaniem nr 4 jest zredukowanie do roku 2015 o 2/3 odsetka dzieci umierających przed osiągnięciem wieku 5 lat.

• Cel nr 5 to poprawa stanu zdrowia matek

Ponad 500.000 kobiet na świecie ginie rocznie z powodu ciąży i porodu. Śmiertelność matek w Afryce na południe



Ryc. Śmiertelność wśród dzieci poniżej 5 roku życia w latach 1990-2001 z obecnym trendem (linia przerywana) i programem przeciwdziałania do roku 2015 (wg BMJ Volume 329 - 14 sierpień 2004)

od Sahary jest 1.000 razy większa niż w krajach rozwiniętych. Pewien postęp w dostępie kobiet do wyszkolonych położnych nastąpił tylko w Azji południowo-wschodniej i w północnej Afryce.

PYTANIA • PYTANIA • PYTANIA • PYTANIA

- Oporność *Plasmodium falciparum* na meflochinę występuje głównie w:
 - Afryce na południe od Sahary
 - Centralnej Ameryce
 - Południowej Ameryce
 - Południowo-wschodniej Azji.
- Dziki szczep polio krąży stale w następujących krajach:
 - Indie
 - Brazylia
 - Turcja
 - Wietnam
- Biegunka podróżnych wywołana przez *Campylobacter* spp. odporne na związki kwinolonu występuje w następujących krajach:
 - Peru
 - Meksyk
 - Nepal
 - Tajlandia
- Ilu ludzi na świecie ginie corocznie na malarię:
 - 50.000-100.000
 - 500.000-750.000
 - 1.000.000-3.000.000
 - 10.000.000-12.000.000
- Jednoczesne stosowanie następujących par szczepień lub leków może zmniejszać skuteczność szczepienia:
 - Doustna szczepionka przeciwko durowi brzuszemu i ciprofloksacyna
 - Szczepionka przeciwko meningokokkowemu meningitis i rympampina
 - Szczepionka przeciwko żółtej gorączce i meflochina
 - Szczepionka przeciwko japońskiemu encefalitowi B i acyklowir
- Który z wymienionych leków jest niewłaściwy w chemioprophylaktyce malarii u zdrowej osoby podróżującej do Indii:
 - Meflochina
 - Chlorochina
 - Atowakwon/proguanil
 - Doksycyklina
- Rodzina składająca się z 4 osób wyjeżdża w styczniu na 2 lata do Czadu. W skład rodziny wchodzi 46-letni ojciec, 34-letnia matka w 5 miesiącu ciąży, 4-letni chłopiec i 2-letnia córka. Oni wiedzą o tym, że w Czadzie właśnie zaczęła się epidemia meningitu. Przyjmując, że dostępna szczepionka dotyczy szczepu wywołującego epidemię, którzy z członków rodziny powinni być zaszczepieni:
 - Tylko matka i ojciec
 - Matka, ojciec i 4-letni chłopiec
 - Ojciec i dwoje dzieci
 - Cała rodzina
- Osoba podróżująca, która nie była uprzednio szczepiona na wściekłość, została pokąsana przez psa w Nepalu. Po ugryzieniu osoba ta nie była poddana w Nepalu leczeniu i zgłasza się do lekarza obecnie w 2 tygodnie po wypadku. Jakie postępowanie będzie właściwe:
 - Seria 5 wstrzyknięć szczepionki przeciwko wścieklicznie w dniach 0, 3, 7, 14 i 28, ale zaniechanie podawania ludzkiej globuliny odpornościowej przeciwko wścieklicznie (HRIG), gdy minęło więcej niż 7 dni od ugryzienia do podania szczepionki
 - Żadnego leczenia, gdyż minęło już 7 dni od wypadku
 - Tylko HRIG gdyż minęło więcej niż 7 dni od wypadku
 - HRIG i seria szczepień szczepionka przeciwko wścieklicznie w dniach 0, 3, 7, 14 i 28.

Zadaniem MDG nr 5 jest zredukowanie do roku 2015 o 3/4 liczby zgonów matek w czasie porodu. Istnieją 2 wskaźniki realizacji tego zadania: dane odnośnie śmiertelności okołoporodowej i odsetek porodów odbywających się pod opieką wyszkolonych położnych.

• **Cel nr 6 to zwalczanie HIV/AIDS, malarii i innych ważnych chorób**

Tylko kilka krajów na świecie zanotowało pewien postęp w zmniejszaniu się rozprzestrzeniania zakażeń HIV (Brazylia, Uganda); w wielu innych krajach sytuacja uległa pogorszeniu. Każdego roku ginie 3 miliony ludzi z powodu HIV/AIDS; wpływa to na znaczne skrócenie średniej długości życia i pogarsza warunki ekonomiczne wielu państw afrykańskich. WHO i UNAIDS w ramach programu „3/5” zamierzają udostępnić do końca roku 2005 leki przeciwwirusowe 3 milionom osób zarażonych. Patrz www.who.int/hiv; www.who.int/3by5/ oraz www.unaids.org. Do innych chorób priorytetowych należą malaria i gruźlica.

Zadaniem nr 6 jest do roku 2015 zatrzymać wzrost rozszerzania się HIV/AIDS.

Zadaniem nr 7 jest do roku 2015 obniżyć rozszerzanie się malarii i innych priorytetowych chorób (m.in. gruźlicy).

Wskaźnikami realizacji tego celu są: odsetek występowania HIV+ kobiet ciężarnych w wieku 15-24 lat; częstość korzystania z prezerwatyw jako środka zapobiegającego;

Stosunek uczęszczania do szkoły sierot w porównaniu do dzieci posiadających rodziców (rodzica) w wieku 10-14 lat; zapadalność na malarię i liczba zgonów z powodu malarii; proporcja populacji na terenach z ryzykiem malarii, która korzysta ze środków zapobiegających malarii lub jej leczenia; zapadalność na gruźlicę i liczba zgonów z powodu gruźlicy; liczba przypadków gruźlicy wykrytych i leczonych wg schematu DOTS.

• **Cel nr 7 to zabezpieczyć ochronę środowiska**

Degradacja środowiska ma znaczny wpływ na zdrowie społeczności.

Zadaniem nr 9 jest włączyć zasady ochrony środowiska do programów polityki rządowej i zatrzymać degradację zasobów naturalnych.

Zadaniem nr 10 jest obniżyć o połowę do roku 2015 proporcje ludzi niemających dostępu do wody pitnej i nie korzystających z urządzeń sanitarnych.

Zadanie nr 11 to poprawienie w sposób istotny do roku 2020 warunków życia co najmniej 100 milionów mieszkańców „slumsów”.

Wskaźnikami są: proporcja ludności używającej do gotowania paliwa stałego; proporcja populacji posiadającej dostęp to bezpiecznej wody na wsi i w mieście; proporcja populacji mającej dostęp do sanitariatów na wsi i w mieście.

• **Cel nr 8 to wzmocnienie globalnej współpracy w zakresie rozwoju świata**

Jest to punkt deklaracji MDG chyba najważniejszy dla realizacji jej celów. Realizacja MDG wymaga znacznych środków finansowych (100 miliardów US\$ rocznie tj 2x więcej niż obecnie – 56,5 miliarda US\$) i bliskiej współpracy rządów i organizacji pozarządowych. Oczekuje się, że państwa afrykańskie przeznaczą 15% swojego budżetu na ochronę zdrowia, a państwa rozwinięte 0,7% swojego dochodu na pomoc państwom rozwijającym się (obecnie państwa te wydają średnio 0,23% swego dochodu). Nie mniej odpowiednie finanse to nie wszystko. Potrzebne są odpowiednie decyzje i kompromisy polityczne i ekonomiczne (długi, cła zaporowe). Wdrażanie odpowiedniej ochrony zdrowia populacji, mimo postępu technicznego, natrafia na przeszkody z braku odpowiedniej infrastruktury, zarówno administracyjnej, medycznej i socjalnej (niedostateczne wynagrodzenie lekarzy, ucieczka lekarzy do krajów rozwiniętych). W tym zakresie często trudno jest uzyskać bliższą współpracę wszystkich zainteresowanych stron. Z drugiej strony poprawiające się wskaźniki w skali narodowej niekoniecznie oznaczają, że poprawiła się sytuacja najbiedniejszych w tym kraju.

Zadanie nr 12 to rozwój otwartego, opierającego się na określonych zasadach, możliwych do przewidzenia i pozbawionego dyskryminacji systemu handlowego i finansowego.

Zadanie nr 13 to konieczność brania pod uwagę potrzeb krajów rozwijających się.

Zadanie nr 14 to konieczność uwzględniania potrzeb krajów rozwijających się bez dostępu do morza lub położonych na małych wyspach.

Zadanie nr 15 to rozwiązywanie sprawy długów krajów rozwijających się i dążenie do rozłożenia ich na wieloletnie raty.

Zadanie nr 16 przy współpracy z krajami rozwiniętymi wprowadzać w życie systemy zabezpieczające godziwą pracę dla młodzieży.

Zadanie nr 17 to przy współpracy w przemyśle farmaceutycznym zabezpieczyć w krajach rozwijających się dostęp do leków podstawowych.

Zadanie nr 18 to przy współpracy w sektorze prywatnym zabezpieczyć korzyści z dostępu do nowych technologii, zwłaszcza w zakresie informacji i komunikacji.

Obecnie można się spodziewać, że nie wszystkie zadania MDG będą zrealizowane w terminie tj. do roku 2015, jakkolwiek można oczekiwać, że niektóre zadania zostaną wykonane w pewnych rejonach. Nie ma wątpliwości, że poprawa w zakresie ochrony zdrowia jest niezbędna dla realizacji też innych celów MDG oraz, że poprawa ta nie nastąpi bez zasadniczych usprawnień w zakresie systemów ochrony zdrowia. [O tym jesteśmy też przekonani z własnego doświadczenia].

Zebrał i przetłumaczył
prof. Zbigniew Pawłowski

MDG (Millennium Declaration Goals)

wytycza kierunki rozwoju krajów niedostatecznie rozwiniętych zaproponowane przez Narody Zjednoczone

Od Redakcji: Na początku nowego tysiąclecia, we wrześniu 2000 roku, przedstawiciele 189 państw, zgromadzonych w siedzibie Narodów Zjednoczonych przyjęło tzw. UN Millennium Declaration (MDG), określając kierunek rozwoju świata do roku 2015. Deklaracja ta ujęta jest w formie 8 podstawowych celów, wytyczających 16 określonych zadań do spełnienia i 48 wskaźników, określających zakres wypełnienia tych zadań.

Deklarację ogólnie uważa się za niezwykle ważny pakiet działań, prowadzących do poprawy ekonomicznej i zdrowotnej krajów rozwijających się. Pakiet ten posiada jasno sformułowane cele, zadania oraz wskaźniki ich wykonania.

Sprawy ochrony zdrowia są reprezentowane w celach 4, 5 i 6, ale mają również odniesienie do pozostałych celów; innymi słowy wszystkie osiem celów MDG stanowi wzajemnie uzupełniający się zestaw aktywności prowadzący do ogólnego rozwoju, zwłaszcza krajów rozwijających się.

Jakkolwiek minęło już blisko 5 lat od czasu uchwalenia deklaracji, nie doprowadziła ona do znaczącego postępu w realizacji jej zadań w skali międzynarodowej. Należy jednak pamiętać o tym, że realizacja tych zadań zależy nie tylko od rządów danych krajów, ale również od wielu instytucji wspomagających program i od działania wielu osób, które mogą mieć wpływ na ich realizację w swoim najbliższym otoczeniu np. na misji. Kierując się tym ostatnim motywem Redakcja przedstawia program MDG uwadze czytelników.

• Cel nr 1 to likwidacja skrajnej nędzy i głodu

W rozumieniu Banku Światowego nędza ma wiele „twarzy”: głód, brak miejsca schronienia, choroba, niemożność korzystania z opieki lekarskiej oraz ze szkoły, analfabetyzm, bezrobocie, życie z dnia na dzień bez widoku na przyszłość. Nędza jest na pewno tym, czego każdy chciałby uniknąć, ale często staje wobec niej bezsilny.

Powszechnie stosowana metodą określania nędzy jest ocena dochodów i stopnia konsumpcji, w odpowiedzi do minimalnego stopnia potrzeb; przedstawia się ona różnie w różnych krajach. W skali globalnej ponad miliard ludzi żyje obecnie za mniej niż 1 US\$ dziennie, a 2,7 miliarda za mniej niż 2 US\$ dziennie. Jest to dość jednostronne określenie stopnia nędzy, ale w pewnym sensie porównywalne. Notuje się pewną poprawę sytuacji światowej, gdyż odsetek osób na świecie żyjących za mniej niż 1 US\$ dziennie spadł z 28% w roku 1900 do 21% w roku 2001. Długość życia wydłużyła się z 60 lat (1980) do 66 lat (2002). Te pozytywne tendencje są najbardziej wyraźne w Chinach i w Azji Południowej;

natomiast w Afryce na południe od Sahary sytuacja uległa pogorszeniu.

Zadaniem MDG nr 1 jest obniżenie o połowę do roku 2015 liczby ludzi, którzy „żyją” za mniej niż 1 US\$ dziennie.

• Cel nr 2 to wprowadzenie podstawowego wykształcenia

W latach 1990-2002 analfabetyzm u mężczyzn spadł z 22% do 17%, a u kobiet z 38% do 30%, znaczy to, że blisko 1/5 mężczyzn i 1/3 kobiet na świecie nie umie czytać ani pisać. Nie ma wątpliwości, że motorem rozwoju i postępu jest edukacja. Mimo tzw. rewolucji informatycznej uzyskanie podstawowego wykształcenia nie wszędzie w świecie jest możliwe. W Afryce szkolnictwo podstawowe znacznie ucierpiało z powodu epidemii AIDS, która zmniejszyła liczbę nauczycieli i znacznie zwiększyła liczbę sierot, które mają ograniczone możliwości korzystania ze szkoły.

Zadaniem programu MDG nr 2 jest zabezpieczenie do roku 2015 na całym świecie pełnego kursu podstawowego wykształcenia zarówno dla chłopców jak i dla dziewcząt.

• Cel nr 3 to dążenie do zrównania płci i wzmocnienie pozycji kobiet

W wielu krajach kobiety nie mają równych praw i możliwości np. kształcenia się, dostępu do miejsc pracy, odpowiedzialności za los rodziny. Przedwczesne związki małżeńskie, niechciane lub wymuszone współżycie seksualne (HIV), brutalność wobec kobiet odbijają się niekorzystnie nie tylko na ich zdrowiu, ale również na zdrowiu i wychowaniu ich potomstwa. Zniesienie dyskryminacji kobiet w tradycyjnych społecznościach jest trudne i powinno rozpoczynać się od umożliwienia młodemu pokoleniu równorzędnej edukacji.

Zadaniem MDG nr 3 jest wyrównanie dostępu dziewcząt do edukacji podstawowej do roku 2005 i do edukacji na wyższych poziomach do roku 2015.

(dokończenie na str. 14-15)