



# Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

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

STYCZEŃ-MARZEC  
2009  
Nr 28 (rok IX)

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

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

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

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

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

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

Redakcja

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

## W numerze:

### AKTUALNOŚCI:

Z Fundacji „Redemptoris Missio”

Wydarzenia

### MALARIA

Stop Malaria Now!

### CUAMM (Padwa)

2	Dominikanki w Kamerunie	5
	Telemedycyna w dermatologii	7
3	Malinica	9
	Nowa książka o malarii	11
4	Posługa lecznicza Kościoła	12

## MALARIA FRAMBEZJA

### Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

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

**Centrum Wolontariatu Fundacji:** ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21; <http://ump.edu.pl/medicus>  
Rachunek bankowy: BZ WBK S.A. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192

# AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

## Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

### WYDARZENIA

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

Od początku roku w kalendarium Fundacji zapisało się kilka ważnych wydarzeń. W połowie lutego miało miejsce spotkanie koordynatorów projektu *Stop Malaria Now!* Tym razem odbyło się ono w Madrycie. Z ramienia Fundacji w spotkaniu tym uczestniczyła studentka medycyny, Justyna Polowy, Wiceprezes Fundacji Piotr Radojewski (str. 3). Jak zwykle uczestnicy z pięciu krajów, które zaangażowane są w projekt, prezentowało swoje dokonania na rzecz programu *Stop Malaria Now!* Był też czas na wyciągnięcie wniosków z dotychczasowych działań oraz omówienie nowych założeń programowych.

Jednym z wydarzeń promujących tę inicjatywę, jak i działalność Fundacji w ogóle, była akcja pod tytułem „Leszno dla Afryki”. Była to druga tego typu akcja przeprowadzona przez wolontariuszy i pracowników Fundacji. Tym ra-

zem pomysłodawcami i współorganizatorami akcji byli Joanna Tomkowiak oraz Adam Bobkiewicz. Po raz kolejny ludzie pokazali, że mają otwarte serca. Przez 3 tygodnie w jedenastu placówkach wychowawczych w Lesznie dzieci zbierały środki opatrunkowe oraz przybory szkolne, których łączna liczba przerosła nasze oczekiwania. Akcją wieńczyło spotkanie z mieszkańcami Leszna, na którym odbyła się m.in. aukcja przedmiotów przywiezionych z krajów misyjnych oraz koncert zespołu Ricky Lion Bongo Bongo, muzyków pochodzących z Republiki Demokratycznej Kongo.

I nie był to jedyny koncert... Jak co roku, podobnie i w tym, miał miejsce uroczysty Koncert Charytatywny Fundacji „Redemptoris Missio”. Dnia 7 marca 2009 w auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu wystąpił Chór Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pod dyrekcją prof. P. Pałki oraz Orkiestra Reprezentacyjna Sił Powietrznych pod dyrekcją mjr P. Joksa. Aula była wypełniona do ostatniego miejsca, a sam koncert wzbudził wyjątkowy aplauz publiczności. Podczas koncertu wręczono medal „Tym, którzy czynią

dobro”. Osobą wyróżnioną w tym roku została s. Józefina Grabowska, absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego z Poznania, obecnie misjonarka pracująca w ośrodku zdrowia w Garoua Bulai w Kamerunie.

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

Lek. Piotr Zawieja,  
p.o. Prezesa Fundacji

## Medicus Mundi Polonia

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

**Redaktor:** prof. zw. em. Zbigniew Pawłowski, DTMH.

**Z-ca Redaktora:** dr hab. Anita Magowska

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

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

**Wydawca i dystrybucja:** Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” – Medicus Mundi Poland, ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21.

**Adres Redakcji:** Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” – Medicus Mundi Poland, ul. Grunwaldzka 86

**Prenumerata:** Celem regularnego otrzymywania *Medicus Mundi Polonia* osoby zainteresowane proszone są o kontakt z Biurem Fundacji. Sumy przesłane na konto Fundacji na załączonym przekazie lub przekazane bezpośrednio na rachunek Fundacji: BZ WBK S.A. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplania skromnych zasobów finansowych Fundacji.

**Przygotowanie:** Wydawnictwo Kontekst, Poznań.  
e-mail: kontekst2@o2.pl • www.wkn.com.pl

Wydanie elektroniczne



STOP MALARIA NOW!

## Spotkanie koordynacyjne programu *Stop Malaria Now!*

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

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

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

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

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

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

przekraczają możliwości finansowe większości biorących udział w Akcji organizacji.

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

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

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

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

Piotr Radojewski



EQUAL OPPORTUNITIES  
FOR HEALTH  
ACTION FOR DEVELOPMENT

A project  
financed by  
the European  
Union



A project  
implemented by  
Medici con l'Africa  
Cuamm



MEDICI  
CON L'AFRICA  
CUAMM

## „Equal opportunities for health: action for development”

CUAMM stara się zapewnić równe szanse dostępu do ochrony zdrowia

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

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

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

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

Radykalny ton przemówienia nadał impetu pozostałym obradom. W drugiej części konferencji wszyscy uczestnicy zostali

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

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

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

Dr hab. Anita Magowska

# Misje medyczne Dominikanek w Kamerunie

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

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

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

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

Pięć lat później, Zgromadzenie utworzyło drugą misję w mieście Bertoua, gdzie posługę podjęły – już bogate w doświadcze-

nia – S. Elekta Zwolińska i S. Dominika Kijowska, do których w 1995 roku dołączyły S. Klara Majcher (pielęgniarka) i S. Józefina Grabowska (lekarz medycyny, absolwentka Wydziału Lekarskiego poznańskiego Uniwersytetu Medycznego). W 1999 r. do Kamerunu przybyła S. Tadeusza Frąckiewicz, w 2002 r. S. Michaela Madej (lekarz stomatolog), w 2004 r. S. Piotra Padoł (pielęgniarka), w 2006 r. S. Natalia Janik, a w 2007 r. S. Alina Sędzimir.

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

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

wśród bezdomnych, chorych i biednych w Afryce.

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



Siostra Józefina Grabowska

Źródło: Internet

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

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

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

(...) *Toczące się wojny w sąsiednich państwach napawają wszystkich niepokojem, przybywa wciąż uchodźców z tamtych terenów. W kontaktach z nimi w naszym Ośrodku Zdrowia dostrzegalna jest ich beznadziejna sytuacja. Nie mają nic – ani pieniędzy, ani Ojczyzny, ani wiary, że coś może się zmienić na*

*lepsze. A najbardziej im brak inicjatywy i możliwości przystosowania się do nowych warunków. (...)*

(...) *Najczęściej kobiety przychodzą do nas po długim oczekiwaniu w domu. Ale nie brakuje również porodów „w drodze”, tak jak się zdarzyło niedawno. Matka ośmiorga dzieci, w ciąży szła 12 km z wioski na rynek w Garoua Boulai. Warzywa niosła w ciężkiej misce na głowie. Poczula skurcze i weszła do porodówki. Personel pomógł zdjąć z głowy ciężar. Po dziesięciu minutach urodziła zdrowe dziecko. Pani Agnieszka, lekarka z Poznania, [wolontariuszka Fundacji „Redemptoris Missio”, lek.*

*med. Agnieszka Łuczak – dop. A.M.] ubrała maleństwo i wyszła na chwilę kontynuować konsultacje z kobietami w stanie błogosławionym. A matka nowonarodzonego dziecka przywiązała maleństwo sobie na plecach, wsadziła ciężką miskę na głowę i poszła na rynek sprzedawać swoje zbiory. Z jednej strony to trochę zabawne, ale oddaje wiernie sytuację kobiety w Afryce. Na nią spada obowiązek zajmowania się rodziną, zwłaszcza w plemionach nie muzułmańskich. Inaczej jest w rodzinach muzułmańskich, gdzie kobieta też nie ma praw, ale w inny sposób: nie może wyjść z domu, zrobić zakupów, nie ma pieniędzy na leczenie, więc musi czekać aż jej mąż zareaguje. Później łatwo przejść do porządku dzien-*

*nego po śmierci dziecka lub żony stwierdzając, że to była Wola Boża. Dzięki takiemu podejściu do życia nie mają zawałów serca czy wylewów do mózgu. Trochę im zazdrościsz, bo mnie doprowadza do rozpaczki brak światła na porodówce. Już zapłaciłam licznik na trzy fazy i większą moc, a żarówki i świetlówki nie chcą się zapalić. Teraz zostaje mi szukać funduszy na baterie słoneczne i instalację elektryczną na 12 Volt. Drugi problem to założenie takiej instalacji, tutejsi fachowcy nie znają podstawowych praw fizyki i trudno liczyć na nich. Na początek dostałam dwie latarki czołowe, będzie śmiesznie jak w kopalni, ale przynajmniej zobaczy się już rodzącą się główkę dziecka.*

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

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

Dr hab. Anita Magowska



Źródło: Internet

Siostra Józefina Grabowska

# Telemedycyna w dermatologii


 A green oval graphic containing the word "DERMATOLOGIA" in white, uppercase letters.
 

## DERMATOLOGIA

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

### Telemedycyna – medycyna na odległość

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

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

### Zastosowanie telemedycyny

Główne zastosowanie telemedycyna znajduje w poprawie usług specjalistycznych, organizacji opieki zdrowotnej, w edu-

kacji medycznej oraz w badaniach naukowych, a w szczególności w:

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

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

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

- badaniach naukowych.

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

## DERMATOLOGIA

### Zastosowanie telemedycyny w dermatologii

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

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

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

### Telekonsultacje w dermatologii

Telekonsultacje to nie tylko gromadzenie danych medycznych ale także ich interpretowanie. Danymi tymi w dermatologii mogą być: obraz skóry i przydatków, obrazy dermatoskopo-

we, trichogramy, preparaty cytologiczne i histopatologiczne wyniki badań laboratoryjnych, obrazy USG skóry, obraz video pola operacyjnego podczas zabiegu dermatochirurgicznego czy kosmetycznego. Analiza tych danych może odbywać się on-line czyli w czasie rzeczywistym, bądź też być odroczone w czasie. Zależy to od zastosowanych technologii informatycznych i potrzeb medycznych. Dane takie mogą być oceniane w trakcie telekonferencji lub być składowane, a następnie poddane analizie.

Telekonsultacja może odbyć się na prośbę pracownika medycznego (np. lekarza, pielęgniarki, kosmetyczki) lub chorego. Wydaje się, że w dermatologii monitorowanie wybranych parametrów zdrowotnych chorego nie jest tak rozwinięte i konieczne jak np. w kardiologii, gdzie urządzenie monitorujące akcję

serca może automatycznie przesłać zapis EKG do telekonsultacji w określonych przypadkach. Jest zrozumiałe, że urządzenia takie pracują z zasady w trybie on-line. Zdalne leczenie ma na razie w dermatologii ograniczone znaczenie. Warto jednak wspomnieć o przeprowadzonych już zdalnie operacjach kardiochirurgicznych przy użyciu robota „Zeus” sterowanego przez lekarza znajdującego się poza salą operacyjną. Być może wysokie koszty szkolenia i unikatowej aparatury uda się obniżyć w najbliższych latach i wtedy w niektórych przypadkach metoda ta znajdzie zastosowanie i w dermatolo-



Róża pęcherzowa podudzia

gii. Musi tutaj być zapewnione bezpieczeństwo chorego.

### Zalecany podręcznik teledermatologii

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

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

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

Prof. dr hab. med. Ryszard Żaba



# Frambeżja (malinica, jagodzica): zapomniana choroba

FRAMBEŻJA

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

Frambeżja jest chorobą związaną z ubóstwem, przeważnie dotykającą marginalizowanych grup społecznych. Bardzo trafnie obrazuje ten fakt powiedzenie, że „gdzie kończy się droga, tam zaczyna się malinica”.

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

## Walka z malinicą w przeszłości

- W latach 1950-70 WHO i UNICEF prowadziły światową kampanię w celu zapanowania nad frambeżją w 46 krajach.
- Masowa kampania z wykorzystaniem ruchomych zespołów we wszystkich z 46 krajów doprowadziła do wyleczenia 50 mln osób. Do roku 1970 chorobowość zmniejszyła się o 95%.
- Wskutek tego, że w latach 70. zaprzestano realizacji programów zwalczania tej choroby w wielu krajach, pozostawiając walkę z frambeżją podstawowej opiece zdrowotnej, zaangażowanie służby zdrowia w walkę z malinicą stopniowo zanikło.
- W późnych latach 70. temat choroby zaczął powracać; w roku 1978 Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję w sprawie zwalczania malinicy (WHA 31.58).

- We wczesnych latach 80. wznowiono wysiłki w wielu krajach (przede wszystkim w Zachodniej Afryce), ale próby te upadły po kilku latach z powodu braku politycznej woli i środków.
- Począwszy od 1995 roku, wznowiono wysiłki zmierzające do eliminacji choroby w niektórych rejonach i krajach, ale nadal brak globalnej koordynacji działania.

## Czy możliwa jest likwidacja malinicy?

Ekspertów uważają, że frambeżję można łatwo opanować i zlikwidować z następujących powodów:

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

## Rozpowszechnienie choroby w przeszłości

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

## Rozpowszechnienie choroby obecnie

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

## Objawy

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



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

Źródło: Internet

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

#### Diagnostyka opiera się przede wszystkim na danych klinicznych i epidemiologicznych

U osoby zamieszkującej obszar endemiczny (w 75% poniżej 15 roku życia) za malinią przemawia jeden lub więcej objawów takich, jak:

1. niebolesne owrzodzenie ze strupem,
2. brodawki,
3. nadmierne rogowacenie dłoni i podeszew stóp.

Rozpoznanie kliniczne może zostać potwierdzone poprzez badanie mikroskopowe w ciemnym polu materiału pobranego ze zmiany skórnej. Brak swoistego testu w kierunku malinicy, jednak – ze względu na bliskie pokrewieństwo z bakterią wy-

wołującą kiłę – badanie serologiczne w kierunku syfilisu może być dodatnie.

#### Leczenie

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

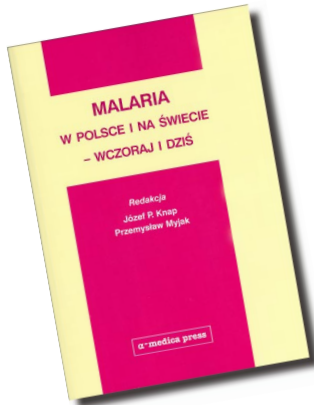
#### Powikłania

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

#### Zapobieganie

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

Thum. i oprac. Ewa Kaczmarek



## Nowa książka o malarii (zimnicy)

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

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

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

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

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

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

Warunkiem klinicznego rozpoznania malarii jest stwierdzenie obecności pasożyta, jego antygeny lub sekwencji jego kwa-

sów nukleinowych we krwi lub tkankach chorego. Podstawy laboratoryjnego rozpoznania malarii z uwzględnieniem najnowszych testów zamieszczono w rozdziale 8. Uzupełniają je bardzo czytelne zdjęcia preparatów na ostatnich kartach książki.

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

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

Książkę kończy rozdział 12, w którym zamieszczono cztery załączniki:

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

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

Opracował:

dr n. med. Hubert Rokossowski – epidemiolog

### Posługa lecznicza Kościoła

(dokończenie ze str. 12)

Według danych Katolickiej Agencji Informacyjnej z dnia 9 marca 2009 (<http://serwisy.gazeta.pl/kosciol/1.64835,6356526,„Polscy misjonarze czekają na wsparcie”>) 2100 polskich misjonarzy działa w 96 krajach. Niezależnie od działalności

ewangelizacyjnej prowadzą oni placówki ochrony zdrowia i edukacyjne. W ciągu 3 lat Dzieło Pomocy „Ad Gentes” pomogło zrealizować na misjach 380 projektów (w tym również na prowadzenie ośrodków zdrowia) na łączną sumę 580.000 US\$. Jest to oczywiście duża pomoc, ale stale niewystarczająca. Wymiar jej niewątpliwie ucierpi z uwagi na świa-

towy kryzys ekonomiczny. Warto tu zaznaczyć, że już dochodzą do nas informacje, że w związku z aktualnym spadkiem wartości złotówki, realna wartość przesyłanej przez nas pomocy finansowej jest znacznie mniejsza. Tą uwagę polecamy naszym sponsorom.

Prof. Zbigniew Pawłowski

# Posługa lecznicza Kościoła

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

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

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

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

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

Samuel Loewenberg, autor artykułu w Lancecie, 2009, narzeka, że nie ma realnego obrazu działalności misjonarzy na polu opieki zdrowotnej, ani starania się o dokonania oceny ich działalności. Ta uwaga jest tylko częściowo słuszna, o ile

## Kamienie milowe strategii leczniczej, świadczonej przez instytucje religijne

(MMI [www.medicusmundi.org/en/topics/church-based/milestones](http://www.medicusmundi.org/en/topics/church-based/milestones))

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

weźmie się pod uwagę zaangażowanie biskupów afrykańskich w reorganizację misyjnych ośrodków pomocy zdrowotnej na konferencjach w Kampalii, Cotonou i Bangui

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

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

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

Wymieniony wyżej autor artykułu w Lancecie słusznie zwraca uwagę na

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

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

(dokończenie na str. 11)