ISSN 1641-604 X

Fundacja Pomocy Humanitarnej << Redemptoris Missio >>

MEDICUS MUNDI

Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

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

LIPIEC-GRUDZIEŃ 2010
Nr 34/35 (rok X)

W numerze m.in.: o 99. urodzinach dr Wandy Błeńskiej, o stuleciu ruchu misyjnego w Europie, o zaniedbanych chorobach tropikalnych i strategiach WHO wobec nich, o zagrożeniu gorączką Zachodniego Nilu, o szczepieniach zalecanych podróżującym do tropików.

W przekonaniu, że *Medicus Mundi Polonia* będzie nadal dobrze służył łączności między Fundacją, a jej sympatykami o zainteresowaniach medycznych, Redakcja zaprasza do zapoznania się z bieżącym numerem.

Przypominamy również, że nie wyznaczając ceny prenumeraty liczymy na wsparcie i dobrowolne wpłaty na konto Fundacji.

Święta Bożego Narodzenia przynoszą przesłanie pełne nadziei: w świecie trudnym i pełnym cierpienia – nie jesteśmy sami.

Czytelnikom ***Medicus Mundi Polonia*** *życzymy, aby nie tylko w Wigilijną Noc, doświadczali obecności Chrystusa i potrafili Go rozpoznawać w innych ludziach.*

Redakcja

CHOROBY TROPIKU

W numerze:

AKTUALNOŚCI:
- Z Fundacji „Redemptoris Missio" Podsumowanie działalności w roku 2010 — 2
- U początku Akademickich Kół Misyjnych w Europie 1910 – listopad 2010 — 4
- 99. urodziny Doktor Wandy Błeńskiej — 5
- „Neglected tropical diseases" – zaniedbywane choroby w tropiku — 6

DRAKUNKULOZA
- Zwalczanie drakunkulozy — 10

CHOLERA
- Epidemie cholery w roku 2010 — 11

WNV
- Wirus Zachodniego Nilu – potrzeba zwiększenia gotowości w Europie — 13

AIDS: aktualna sytuacja epidemiologiczna — 14
Przypadki transmisji odry samolotem — 14
Nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia — 15
Posługa lecznicza Kościoła — 16

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

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

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

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

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

Czerwiec 2010

W dniach 28 czerwca – 3 lipca odbył się Kurs Podstawowa Opieka Medyczna w Tropiku, w tym medycyna podróży oraz malaria, gruźlica i AIDS w tropiku. Kurs przeznaczony był dla studentów medycyny, pielęgniarek i lekarzy zainteresowanych tematyką chorób tropikalnych przygotowujących się do wyjazdu na misje. Pierwsze dwa dni kursu przebiegły pod hasłem medycyny podróży i zostały przygotowane przez Klinikę Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych wraz z Pracownią Parazytologiczną i Pracownią Medycyny Podróży. Pozostałe dni to zajęcia prowadzone przez innych Sympatyków Fundacji, Radę i wolontariuszy. Odbyły się również wykłady gości z Instytutu Chorób Tropikalnych w Berlinie i Prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Prof. dr hab. Jerzego Woy-Wojciechowskiego. Największe uznanie, według ankiety przeprowadzonej wśród kursantów, zdobyły zajęcia prowadzone przez dr hab. n. med. Małgorzatę Paul i dr n. med. Michała Głydę. Bardzo podobały się też zajęcia prowadzone przez prof. dr hab. n. med. Ryszarda Żabę oraz dr n. med. Krzysztofa Świerkockiego.

Fundacja składa serdeczne podziękowania wszystkim wykładowcom, a przyszłych zainteresowanych wyjazdem na misje zaprasza na kolejną edycję kursu. Jak ustalono z prof. Jerzym Stefaniakem, w roku 2011 odbędą się trzy kursy: tradycyjny Kurs Podstawowa Opieka Zdrowotna w Tropiku, spotkanie w formie warsztatów dyskusyjnych dla misjonarzy przybywających do Polski na urlop oraz krótkie szkolenie dla osób niezwiązanych z medycyną, które wybierają się do ośrodków misyjnych, np. z Akademickiego Ruchu Misyjnego.

Lipiec 2010

Kursanci kończą zajęcia, a praktykanci wyjeżdżają na misje. W tym roku wyjeżdżają dzięki Fundacji trzy osoby: student Szymon Nowak do Zambii, pielęgniarka Katarzyna Maćkowska do Namibii, a pielęgniarka Zosia Miś kończy przygotowania do wyjazdu do Kiabakari – Tanzania. Fundacja bierze udział w organizowanym przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych programie Wolontariat i uzyskuje z MSZ poparcie finansowe dla wyjeżdżających.

Sierpień 2010

Z dniem 1 sierpnia 2010 następuje, zatwierdzona przez Radę Fundacji, zmiana składu Zarządu, w którego skład wchodzą obecnie: doc. dr hab. n. med. Małgorzata Paul, lek. med. Agnieszka Łuczak, mgr Ewa Kaczmarek, doc. Stefan Wiśniewski, mgr Anna Kurkowiak, stud. med. Zuzanna Sobiak. Nowym prezesem Fundacji zostaje Agnieszka Lipińska. Reprezentantem Rady na spotkaniach Zarządu jest dr n. med. Barbara Filipiak. Skład i zadania Rady pozostają bez zmian.

W ramach programu „Stop Malaria Now!", Justyna Polowy i Mateusz Cofta wyjeżdżają do Kenii – powstaje film o malarii, którego premiera przewidziana jest na Światowy Dzień Malarii w kwietniu 2011 roku.

Wrzesień 2010

Dnia 19 września 2010 w Poznaniu, w kościele oo. Dominikanów odbywa się wystawa Fundacji z okazji Dnia Mediów Katolickich. W dniu 27 września 2010 Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu organizuje VI Ogólnopolską Konferencję Naukowo-Szkoleniową „Choroby Tropikalne i Pasożytnicze". Rozpoczyna się kolejna edycja akcji „Puszka dla Maluszka".

W dniu 9 września 2010 reprezentanci Fundacji biorą udział w debacie w Ministerstwie Spraw Zagranicznych: „Nauka dla Pomocy Rozwojowej".

Październik 2010

W dniu 7 października 2010 Fundacja uczestniczy w kolejnej debacie MSZ: „Zdrowie reprodukcyjne" oraz opieka nad dziećmi w krajach ubogich – prezentację przedstawia członkini Zarządu, Ewa Kaczmarek. Trwa akcja „Puszka dla Maluszka". Zainteresowanie akcją przerasta najśmielsze oczekiwania; siedziba Fundacji zostaje zasypana puszkami.

W dniach 24-30 października 2010 przedstawiciele Rady, Zarządu i Sekretariatu Fundacji biorą udział w Tygodniu Misyjnym i obchodach 99. urodzin dr hc. Wandy Błeńskiej. W ramach programu

→

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

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

Z-ca Redaktora: dr hab. Anita Magowska

Rada Redakcyjna: ks. Ambroży Andrzejak (Poznań), dr h.c. Wanda Błeńska (Poznań), mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), prof. 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

Nakład: 1000 egz.

„Stop Malaria Now!" Fundacja uczestniczy w wydaniu broszury infomacyjnej o malarii.

Listopad 2010

Dnia 3 listopada 2010 spotkanie Fundatora prof. Zbigniewa Pawłowskiego i Prezes mgr Agnieszki Lipińskiej u Abp. Stanisława Gądeckiego. Wizyta ma charakter kurtuazyjny, a w rozmowie nt. współpracy Fundacji z coraz bardziej aktywnym Akademickim Kołem Misyjnym w Poznaniu ustalono, że Fundacja będzie służyć mu pomocą w medycznym zabezpieczeniu wyjazdów do tropiku. Dnia 5 listopada 2010 prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski wraz z Zespołem Fundacji otrzymują w Warszawie Honorowe Odznaczenie: „Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie" (reprodukcja obok).

Prezes Fundacji uczestniczyła w dorocznym spotkaniu Medicus Mundi International w Amsterdamie (4-5 listopada). W wyniku tego spotkania Fundacja włącza się do działań grupy HRH (Human Resources for Health) i podejmuje przygotowania do raportu o migracjach lekarzy.

W dniach 26 i 27 listopada Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych wraz z Fundacją prowadzą zajęcia w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie. Kończy się akcja „Puszka dla Maluszka" – Fundacja zebrała 2.5 tony puszek o wartości ok. 18.000 PLN, w akcję zaangażowało się ponad 200 szkół i instytucji. Dzięki akcji zakupiono niemal 30 000 opakowań leków, które zostaną wysłane do Afryki. W siedzibie Fundacji rozpoczynają się systematyczne czwartkowe spotkania dla studentów.

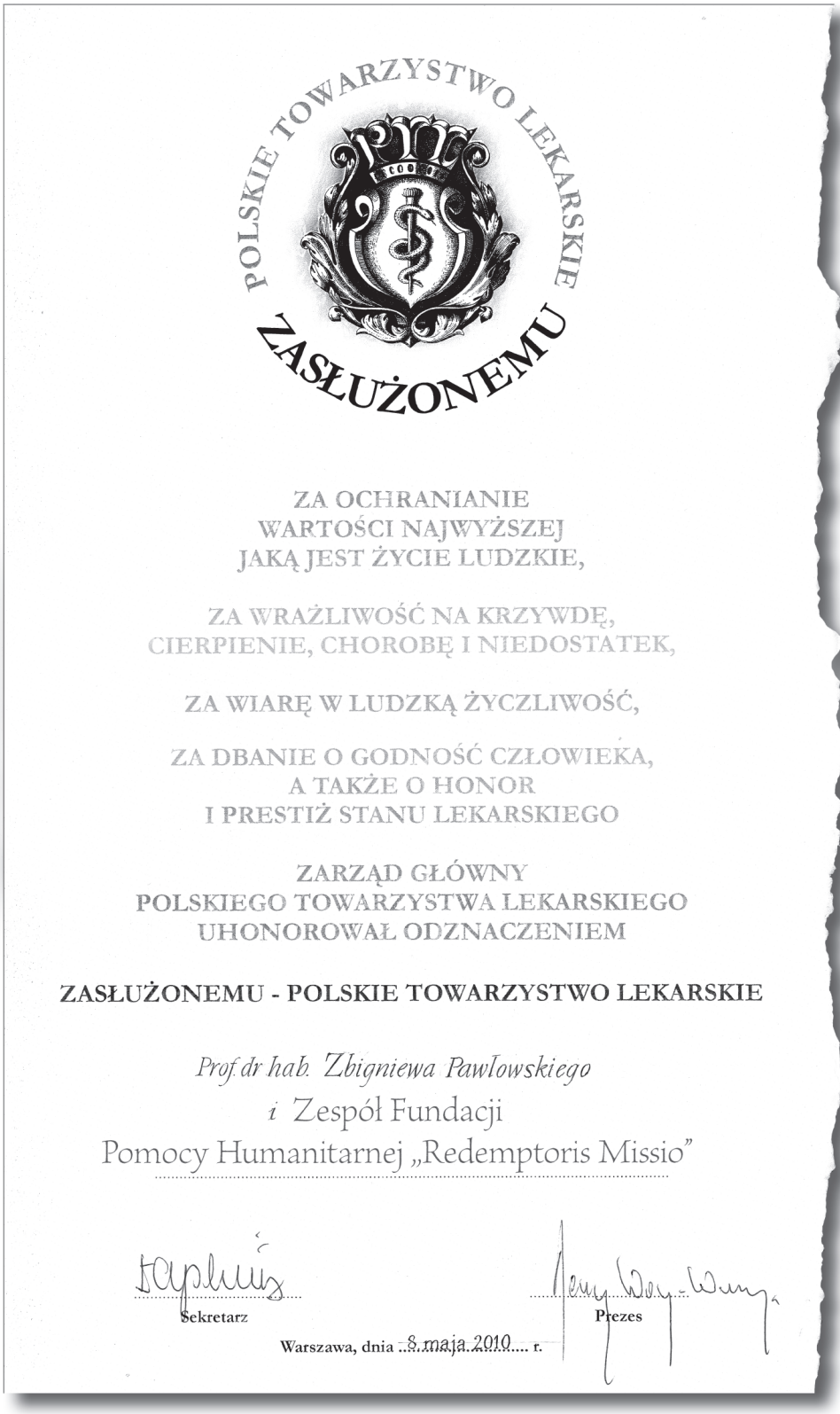
Grudzień 2010

15 grudnia 2010, w Warszawie, Fundacja bierze udział w organizowanym przez Misjonarki z Kamerunu spotkaniu na Uniwersytecie Kard. S. Wyszyńskiego: „Uczyć – jak i dlaczego. Wokół problemów edukacji afrykańskiej". Następuje przekazanie funduszy z akcji „Puszka dla Maluszka" do wybranych misji.

Po Poznaniu i okolicach krąży wystawa Fundacji, a do Afryki płyną kolejne paczki z materiałami opatrunkowymi i lekarstwami oraz USG dla ośrodka w Kamerunie. W radio Emaus można słuchać w I i III niedzielę miesiąca o 11.30 (powtórki w środy o godz 23.00) Misyjnego Atlasu Świata.

W imieniu Zarządu Fundacji, wraz z podziękowaniem za tegoroczną współpracę, składam najserdeczniejsze życzenia – by Boże Narodzenie było Dobrym Czasem, czasem pełnym osobistych uniesień i wzruszeń, byśmy przebijając się przez śniegi umieli pamiętać o tych, którzy oczekują Pana w upalnej Afryce – przecież „*On kocha szczególnie tych, dla których nie ma miejsca w bogatych gospodach dzisiejszego świata*".

Agnieszka Lipińska
Prezes


POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE
ZASŁUŻONEMU

ZA OCHRANIANIE
WARTOŚCI NAJWYŻSZEJ
JAKĄ JEST ŻYCIE LUDZKIE,

ZA WRAŻLIWOŚĆ NA KRZYWDĘ,
CIERPIENIE, CHOROBĘ I NIEDOSTATEK,

ZA WIARĘ W LUDZKĄ ŻYCZLIWOŚĆ,

ZA DBANIE O GODNOŚĆ CZŁOWIEKA,
A TAKŻE O HONOR
I PRESTIŻ STANU LEKARSKIEGO

ZARZĄD GŁÓWNY
POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
UHONOROWAŁ ODZNACZENIEM

ZASŁUŻONEMU - POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Prof. dr hab. Zbigniewa Pawłowskiego
i Zespół Fundacji
Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio"

Sekretarz
Prezes
Warszawa, dnia 8 maja 2010 r.

U początku Akademickich Kół Misyjnych w Europie 1910 – listopad 2010

„Wszystko ma swój czas i jest wyznaczona godzina
na wszystkie sprawy pod niebem."
Ekl 3,1

Dnia 21 listopada 2010 roku w liturgii Kościoła pielgrzymującego była przeżywana uroczystość Jezusa Chrystusa Króla Wszechświata.

Prefacja Mszy Świętej podaje charakterystyczne cechy Jego królestwa: „wieczne i powszechne królestwo, królestwo prawdy i życia, królestwo świętości i łaski, królestwo sprawiedliwości, miłości i pokoju." W tegoroczną uroczystość Jezusa Chrystusa Króla Wszechświata minęło 100 lat od powołania wśród młodzieży katolickiej pierwszego Akademickiego Koła Misjologicznego, pierwszego w Europie. Kto był jego inicjatorem, założycielem i organizatorem? W którym Uniwersytecie zostało powołane? Jaki był rozwój tych Kół? W szkicu historycznym poznajemy zarys dziejów Akademickich Kół Misjologicznych w krajach Europy.

Josef Schmidlin (1876-1944). Profesor Uniwersytetu w Muenster w Niemczech, historyk papieży, stał się założycielem katolickiej misjologii i twórcą Akademickiego Koła Misjologicznego (21 XI 1910). W dniu inauguracji zapisało się ponad 600 członkiń i członków tej organizacji.

W Austrii najpierw powołano Związek Misyjny Teologów w St. Gabriel (1912). Wkrótce powstaje 9 dalszych kół (1913). Pierwsze Akademickie Koło Misyjne wśród laikatu powstaje w Wiedniu (1923), a następne w Grazu i w Innsbrucku.

Związek Misyjny we Fryburgu w Szwajcarii powstał 2 VI 1918 roku. Dzięki zaangażowaniu Prof. Groena'a (Utrecht), powstała organizacja pod nazwą „R. K. Studenten Missie Actie", która obejmowała Koła: w Amsterdamie, Groningen, Rotterdamie, Utrechcie, Wageningen i innych miastach.

Hiszpański ruch misyjny rozpoczął się najpierw wśród alumnów Seminariów Duchownych, a następnie wśród laikatu. Obejmował również takie kraje jak Argentyna, Meksyk, Filipiny.

We Włoszech na wyróżnienie zasługuje Koło Misyjne w Turynie u OO. Salezjanów.

O. Piotr Charles SJ (1883-1954) organizował w Lowanium (Belgia) Tygodnie Misjologiczne, a także założył Academica Unio Catholicas Adiuvans Missiones (AUCAM). Filie działalności AUCAM były w Liege, Gandawie, Brukseli, Namur, Antwerpii, a także w Paryżu.

Cincinnati, miasto w USA, port nad rzeką Ohio, stał się siedzibą związku „Catholic Students Mission Crusade". Związek ten powstał w czerwcu 1918 roku. Głównym jego celem była modlitwa w intencji głoszenia Ewangelii wszystkim narodom, a także pomoc materialna.

Impulsem do rozpoczęcia współpracy w dziele ewangelizacji narodów w Sodalicji Mariańskiej Akademiczek Uniwersytetu Poznańskiego była wiadomość z Watykańskiej Wystawy Misyjnej w Rzymie zorganizowanej w 1925 roku. Były tam eksponaty studentek polskich prawdopodobnie ze Stanów Zjednoczonych. Dnia 6 grudnia 1925 roku powołano Sekcję Misyjną Sodalicji Mariańskiej Akademiczek w Poznaniu. Wkrótce powstała również Sekcja Misyjna Sodalicji Mariańskiej Akademików Uniwersytetu Poznańskiego. Dzięki zaangażowaniu Kazimiery Berkan (1889-1969) i studentek Uniwersytetu Poznańskiego, delegacja tych osób wzięła udział w Międzynarodowym Akademickim Kongresie Misyjnym w Litomierzycach (1926). Postanowiono, by w 1927 roku Międzynarodowy Akademicki Kongres Misyjny odbył się w Poznaniu. I tak się stało. Dnia 20 stycznia 1927 roku w Auli Uniwersytetu Poznańskiego powołano Akademickie Koło Misyjne Uniwersytetu Poznańskiego, pierwsze w Polsce. Wkrótce w środowiskach uniwersyteckich powstały Akademickie Koła Misyjne w Krakowie, we Lwowie, Lublinie, Wilnie, Warszawie oraz wśród młodzieży Politechniki w Gdańsku.

Niezwykłym wydarzeniem był Międzynarodowy Akademicki Kongres Misyjny w Poznaniu (28 IX – 2 X 1927) z udziałem Kard. Augusta Hlonda, Prymasa Polski, twórców szkół misjologicznych w Muenster Prof. J. Schmidlina i w Louvain P. Charles'a SJ, którzy m.in. wygłosili referaty. Podczas Poznańskiego Międzynarodowego Akademickiego Kongresu powołano Związek Akademickich Kół Misyjnych w Polsce (1 X 1927), z siedzibą w Poznaniu. W 1928-1938 ukazywało się w Grodzie Przemysła pismo misjologiczne, najpierw pt. „Roczniki Związku Akademickich Kół Misyjnych w Polsce", a następnie pt. „Annales Missiologicae". Ksiądz Prof. Kazimierz Kowalski był delegatem Episkopatu Polski ds. Związku Akademickich Kół Misyjnych w Polsce, a następnie Komitetu Propagandy Misyjnej wśród Inteligencji przy Papieskim Dziele Rozkrzewiania Wiary w Poznaniu.

Wanda Błeńska, studentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego, brała czynny udział w Akademickim Kole Misjologicznym w latach 1928-1934 oraz w Związku Akademickich Kół Misyjnych w Polsce. Była również redaktorką „Annales Missiologicae". W latach dziewięćdziesiątych stała się Matką Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" (28 V 1992). Należała do Rady Fundacji, a następnie stała się Jej Członkiem Honorowym (1 IX 2008).

Dziedzictwo Poznańskich Akademickich Kół Misjologicznych, poza Fundacją Redemptoris Missio, kontynuuje również Akademickie Koło Misjologiczne Wydziału Teologicznego UAM, Naukowe Koło Misjologów Uniwersytetu Kard. Stefana Wyszyńskiego i inne.

Ksiądz dr Ambroży Andrzejak

99. Urodziny Doktor Wandy Błeńskiej

W październiku tego roku Doktor Wanda Błeńska obchodziła swoje dziewięćdziesiąte dziewiąte urodziny.

Wanda Maria Błeńska, bo tak brzmi Jej pełne nazwisko, urodziła się 30 października 1911 roku w Poznaniu. Po ukończeniu toruńskiego gimnazjum, rozpoczęła studia w latach 1928-1934 na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Podczas II wojny światowej pracowała w wojskowych szpitalach w Gdyni i Toruniu. Po wojnie ukończyła kursy medycyny tropikalnej w Hamburgu i Liverpoolu. Już od wczesnej młodości pragnęła zostać lekarzem misyjnym. Nie były to tylko młodzieńcze marzenia, ale wyznaczony cel, do którego z uporem zmierzała i który udało się Jej zrealizować. Musiała przebyć długą drogę, aby zyskać miano „Matki Trędowatych". Dziś dla wielu jest wielkim autorytetem moralnym. Dla wolontariuszy Fundacji „Redemptoris Missio" jest niedoścignionym wzorem. Zawsze życzliwa i otwarta na kontakty, zwłaszcza z młodzieżą i dziećmi, a przy tym niezwykle skromna, wywiera ogromne wrażenie na każdym, kto ma okazję Ją poznać.

Dziś trudno sobie wyobrazić, co czuła i jak przeżywała swoją misję. Ale na podstawie znanych nam faktów, życie Pani Doktor jawi się jako piękna całość. Wszystko, co się w nim wydarzyło, to efekt Jej ciężkiej pracy, wytrwałego dążenia do celu, wierności swoim ideałom.

W 1950 roku Doktor Błeńska przybyła do Ugandy i rozpoczęła swą działalność w leprozorium w Bulubie, założonym przez siostry franciszkanki. Doktor Błeńska postanowiła, że podczas badania pacjentów nigdy nie będzie używała ochronnych rękawiczek, przekonana, że chorzy nie mogą wyczuwać strachu lub obrzydzenia u lekarza. Po siedmiu latach pracy na misji napisała w swoim dzienniku: „Myślę z wdzięcznością dla Boga za tyle szczęścia i błogosławieństwa w życiu i pracy. Czuję się taka szczęśliwa w tej chwili... Mam jedną gorącą prośbę na nowe siedmiolecie – żebym nigdy nikomu nie wycisnęła łzy (...). Zaglądam do dzienniczka sprzed siedmiu lat. Wówczas modliłam się, żeby nie dostać trądu. Dziś o tym nie myślę". Przez te lata, które doktor Błeńska spędziła na misji, zdążyła otrzymać od chorych nowe imię – „Dokta".

Wkrótce, dzięki Jej wytrwałej pracy i talentowi organizacyjnemu, w Ugandzie zaczęły powstawać filie terenowych stacji leczenia trądu, których liczba sięgnęła blisko stu. Rozpoczęła też badania nad szczepionką przeciwtrądową i podjęła się prowadzenia zajęć dydaktycznych przygotowujących tutejszych lekarzy i studentów do opieki nad chorymi na trąd. Zorganizowała dwuletnie szkolenie i zaczęła pracę na Uniwersytecie Makarere w Kampali.

Po czterdziestu trzech latach spędzonych na misji, Doktor Błeńska wróciła do Polski w 1992 roku. Od wyjazdu z Buluby jeszcze dwukrotnie odwiedziła Ugandę. Pierwszy raz w roku 1993, podczas pielgrzymki Jana Pawła II do Afryki, a drugi raz rok później, z okazji 60-lecia istnienia leprozorium, które dzięki Niej stało się znanym na całym świecie Centrum Leczenia Trądu. W 1993 roku przekazała hospicjum w ręce miejscowych lekarzy, którzy nazwali ten ośrodek na Jej cześć: „Maria Błeńska Training Center" (Ośrodek Szkoleniowy im. Marii Błeńskiej). Po powrocie do kraju została Członkiem Rady Fundacji „Redemptoris Missio".

Ta nadzwyczaj skromna, religijna, pełna dobroci i życzliwości osoba, pozornie sprawia wrażenie kruchej i delikatnej. Ale jest niezwykle energiczna. Mimo wieku, Doktor Błeńska jest w znakomitej kondycji psychicznej i fizycznej. Przy niezliczonych odznaczeniach, jakimi jest honorowana, i swoich osiągnięciach, pozostała osobą niespotykanie skromną, życzliwą i uśmiechniętą. Może spełnianie swoich marzeń i wierność ideałom jest tajemnicą Jej długiego i pięknego życia?

Justyna Janiec-Palczewska
Mateusz Cofta

"Neglected tropical diseases" Zaniedbywane choroby tropikalne

Ukazał się pierwszy raport Światowej Organizacji Zdrowia na temat zaniedbywanych chorób tropikalnych [„Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases" WHO Genewa, 2010; www.who.int/neglected_diseases/2010report]. Zaliczono do nich 17 chorób zakaźnych lub pasożytniczych, występujących w 145 krajach. Upośledzają one poziom życia ponad 1.2 miliarda ludzi. Choroby te są zaniedbywane, gdyż dotyczą ludzi biednych, mających małe polityczne wpływy, z wielu względów nie są dostrzegane przez instytucje krajowe i międzynarodowe lub nie stanowią problemu priorytetowego w lokalnych programach ochrony zdrowia.

Raport jest autorytatywnym opisem sytuacji epidemiologicznych i podejmowanych wysiłków dla poprawy istniejącego stanu rzeczy. Nie zawiera on szczegółowych recept wykrywania i leczenia tych chorób. Raport nie określa też listy potrzebnych badań naukowych, które wzbudzałyby zainteresowanie i przyciągnęły międzynarodowe fundusze. Zwalczanie chorób oparte jest przede wszystkim na chemioterapii, mniej uwagi poświęcono edukacji i ochronie środowiska, mających duże znaczenie prewencyjne. Zdaniem niektórych autorów raport nie daje odpowiedzi na szereg pytań. Co spotka dzieci afrykańskie wolne od glistnicy, czy nie nastąpi u nich, obserwowany już gdzieniegdzie, wzrost zapadalności na choroby alergiczne? Czy i kiedy wystąpi oporność na powszechnie stosowane leki przeciwpasożytnicze, stwierdzana już w masowym leczeniu zwierząt? Jakie jest miejsce prewencyjnych szczepień, przygotowanie których wymaga dużych nakładów finansowych? Na ile i jak podawane rozwiązania ogólne powinny być adoptowane do lokalnych warunków? Raport na te pytania nie odpowiada, ale muszą one być zadawane [www. tropika.net/svc/news/20101118].

Do chorób zaniedbywanych należą: bąblowica, choroba Chagasa, denga, drakunkuloza, endemiczne krętkowice (kiła, malinica, pinta), filarioza układu limfatycznego, geohelmintozy, jaglica, leiszmanioza, onchocerkoza, schistosomozy, śpiączka afrykańska, trąd, wągrzyca, wrzód Buruli, wścieklizna, zarażenie przywrami przenoszone drogą pokarmową. Zakażenia HIV, gruźlica i malaria nie należą do chorób zaniedbywanych; są one obejmowane oddzielnymi programami, często dobrze zabezpieczonymi finansowo.

Zwalczanie wszystkich 17 wymienionych chorób było tematem wielu dyskusji i rezolucji na dorocznych zgromadzeniach przedstawicieli państw członkowskich WHO [aneks 1]. Uzgodnione są strategie zwalczania 6 z nich (glistnica, zarażenie tęgoryjcem, trichuroza, schistosomoza, onchocerkoza, filariozy układu limfatycznego) przy użyciu masowej chemioterapii. W 5 zarażeniach (klonorchidoza, opistorchoza, paragonimoza, strongyloidoza oraz tasiemczyca) optymalne strategie masowego użycia leków są nadal dopracowywane. W zwalczaniu innych zarażeń masowa chemioterapia nie jest rozwiązaniem optymalnym; ważniejsze od niej są zwalczanie przenosicieli, poprawa ogólnego stanu higieny i poziomu sanitarnego oraz łatwy dostęp do fachowej opieki medycznej.

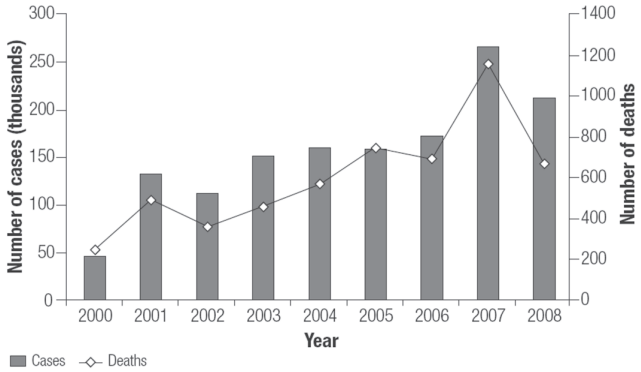
Zwalczanie wszystkich chorób zaniedbywanych w tropiku mieści się w programie Millenium Developmental Goals, zwłaszcza celów określonych w paragrafach 1, 6 i 8 tj. zwalczania biedy i głodu, kontroli niektórych chorób zakaźnych oraz globalnej współpracy celem pomocy krajom mniej rozwiniętym [aneks 2].

Liczący 171 stron raport z pewnością będzie przez wiele lat cennym źródłem informacji. Obecnie wybrano z niego tylko kilka jednostek chorobowych, które mogą bliżej zainteresować czytelników Medicusa. W następnym zeszycie Medicusa przekażemy informację nt. pozostałych chorób objętych raportem WHO.

Wirus denga przenoszony jest głównie przez powszechnie występujące komary *Aedes aegypti*, mnożące się w niewielkich, często przydomowych, zbiornikach wody. Stąd też zakażenia denga występują głównie w miastach i okolicach podmiejskich i ich wzrost wiąże się z procesem urbanizacji. Do WHO zgłaszanych jest rocznie ponad 1 milion przypadków, ale jest ich z pewnością o wiele więcej. Śmiertelność z powodu denga, zależna od wielokrotnej ekspozycji na zakażenie, jest największa w południowo-wschodniej Azji i na wyspach Pacyfiku. Na kontynencie południowo-amerykańskim śmiertelność jest znacznie mniejsza. Zapadalność na dengę powoli narasta w Afryce, w której dość nieoczekiwanie stwierdzono występowanie wirusa DEN 2 u niektórych małp.

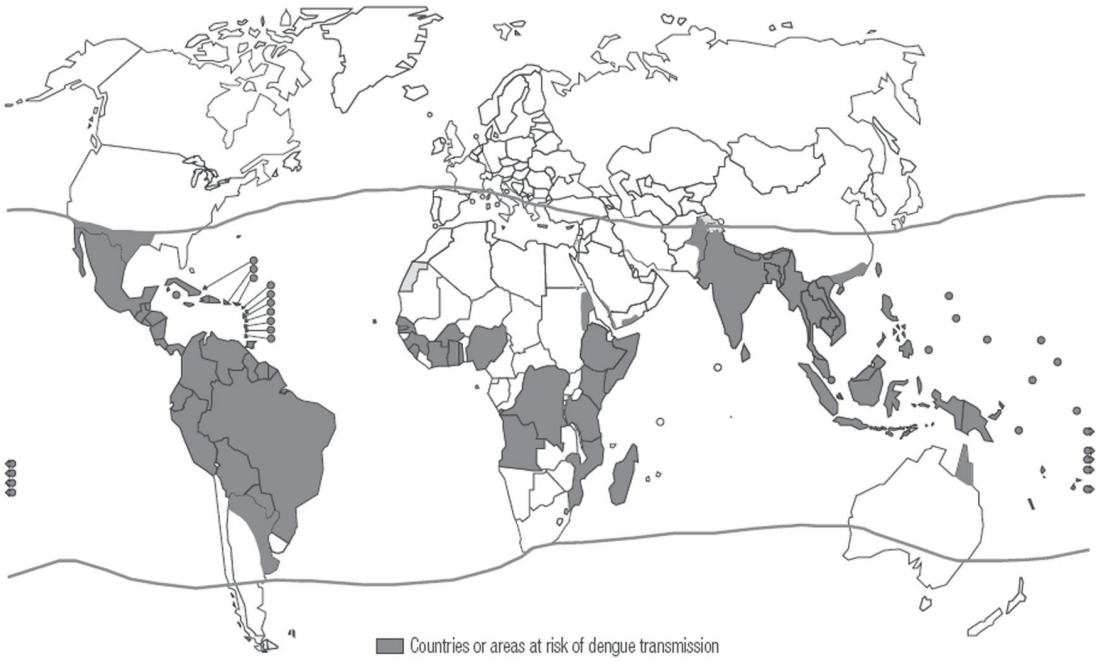
Zwalczanie denga polega głównie na likwidacji miejsc lęgowych komarów, m.in. przez stosowanie insektycydów. Śmiertelność może być zmniejszona przez dostęp do fachowej opieki lekarskiej.

Fig. 5.1.3 Number of reported dengue cases and deaths in 36 countries of WHO's Western Pacific Region, 2000–2008 (based on data received by WHO)



Wścieklizna jest chorobą nabytą najczęściej przez ugryzienie zakażonych zwierząt mięsożernych dzikich i domowych oraz nietoperzy. Przypadki, które nie są poddane właściwej immunizacji po ekspozycji, są zwykle śmiertelne. Corocznie na świecie notuje się 55.000 zgonów, głównie w Afryce i Azji. Okres wylęgania choroby jest długi, 1-3 miesięcy, stąd możliwość prewencyjnej

Fig. 5.1.4 Distribution of countries or areas at risk of dengue transmission, worldwide, WHO, 2008



immunizacji po ukąszeniu przez zwierzę podejrzane o wściekliznę; poddaje się jej rocznie 15 milionów ludzi. Oblicza się, że pozakaźna immunizacja zapobiega ponad 270.000 zgonów w Azji i w Afryce. Aż 90% zakażeń jest wynikiem kontaktu z zarażonym psem; z tego też powodu masowe, przymusowe szczepienia psów, znacznie zmniejszają ryzyko zakażenia się wścieklizną. Niektóre kraje są wolne od wścieklizny, a w wielu prowadzone są aktywne programy, znacznie zmniejszające ryzyko zakażenia. Oblicza się, że wścieklizna kosztuje ponad miliard US$ rocznie, z powodu wydatków na pozakaźną immunizację i szczepienie zwierząt.

Jaglica, wywoływana przez bakterie *Chlamydia trachomatis*, występuje jeszcze w 57 krajach u około 40 milionów ludzi. Jaglica jest przyczyną 3% przypadków ślepoty na świecie. Szerzy się przez kontakt z zakażoną wydzieliną z oczu lub nosa, głównie u dzieci, żyjących w zatłoczonych środowiskach, z utrudnionym dostępem do wody... i mydła. Jaglica powoduje straty, głównie z powodu ślepoty, w wysokości 2.9 miliarda US$ rocznie. Zasady zwalczania jaglicy ujęte są w akronimie SAFE (chirurgia powiek, antybiotyki dla wszystkich zakażonych, higiena twarzy i poprawa warunków środowiskowych). Wiele krajów ma konkretne programy

→

Fig. 5.2.1 Distribution of risk levels for humans contracting rabies, worldwide, WHO, 2009

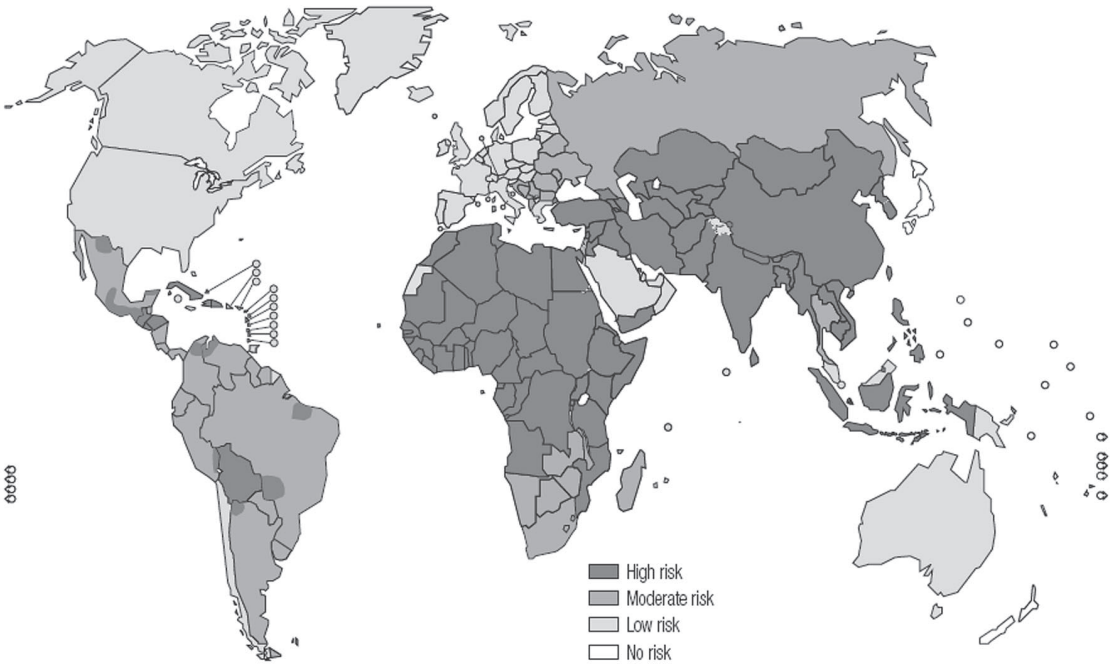


Fig. 5.3.1 Distribution of trachoma, worldwide, WHO, 2009

zwalczania jaglicy, ale niektóre, m.in. Tanzania, zakładają likwidację dopiero w roku 2020. W Polsce jaglica została zlikwidowana w latach sześćdziesiątych XX w.

Spośród 122 krajów endemicznych dla **trądu** 119 uzyskało ostatnio spadek zapadalności poniżej 1 przypadku na 10.000 mieszkańców. Próg ten przyjęto jako granicę, poniżej której trąd przestaje być poważnym problemem w lokalnej publicznej ochronie zdrowia i powinien powoli zanikać. Niemniej 17 krajów rejestruje rocznie ponad 1000 przypadków; razem daje to 213.000 nowych zachorowań na rok. W porównaniu z rokiem 1985 jest to mniej o 95%. W porównaniu z rokiem 2002 liczba nowych przypadków w roku 2008 spadła o blisko 60% (z 620.638 do 249.007). Redukcja zapadalności jest wynikiem aktywnego poszukiwania przypadków i standardowego leczenia przy użyciu wielolekowej terapii (rifampicyna, dapson i klofazymina), która objęła ponad 15 milionów ludzi. W krajach endemicznych trwa akcja wynajdywania i leczenia świeżych przypadków trądu. Powinna ona z czasem prowadzić do dalszej redukcji zapadalności i wykreślenia trądu z listy chorób zaniedbywanych. Trwałe zmiany trądowe, powodujące niesprawność, jak i społeczna

Fig. 5.6.1 Leprosy prevalence rates, data reported to WHO as of January, WHO, 2009

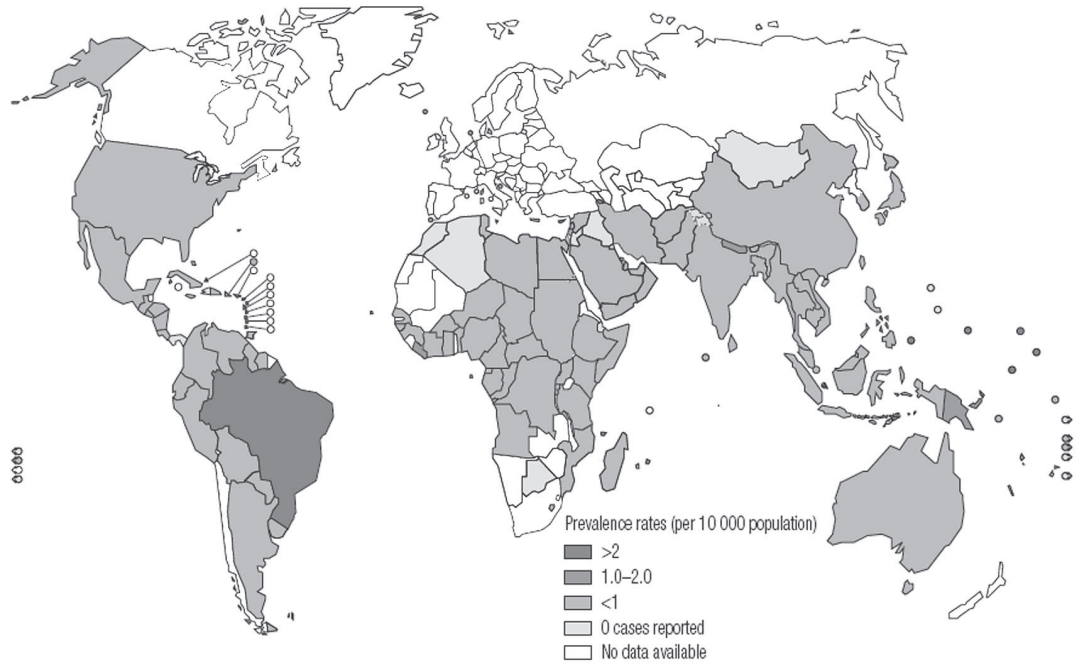
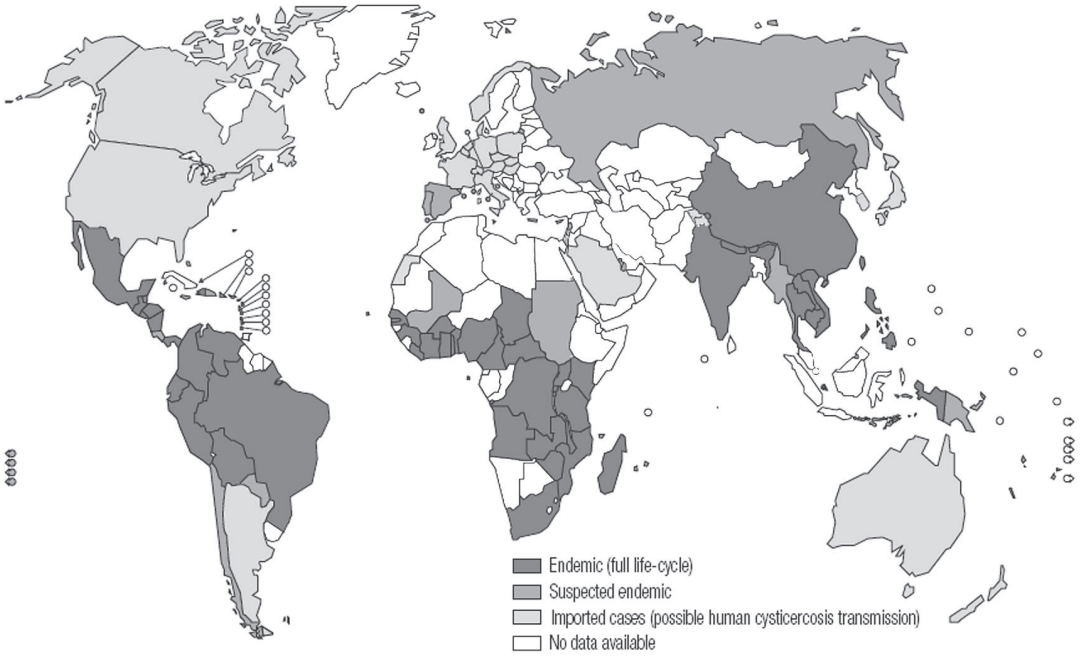


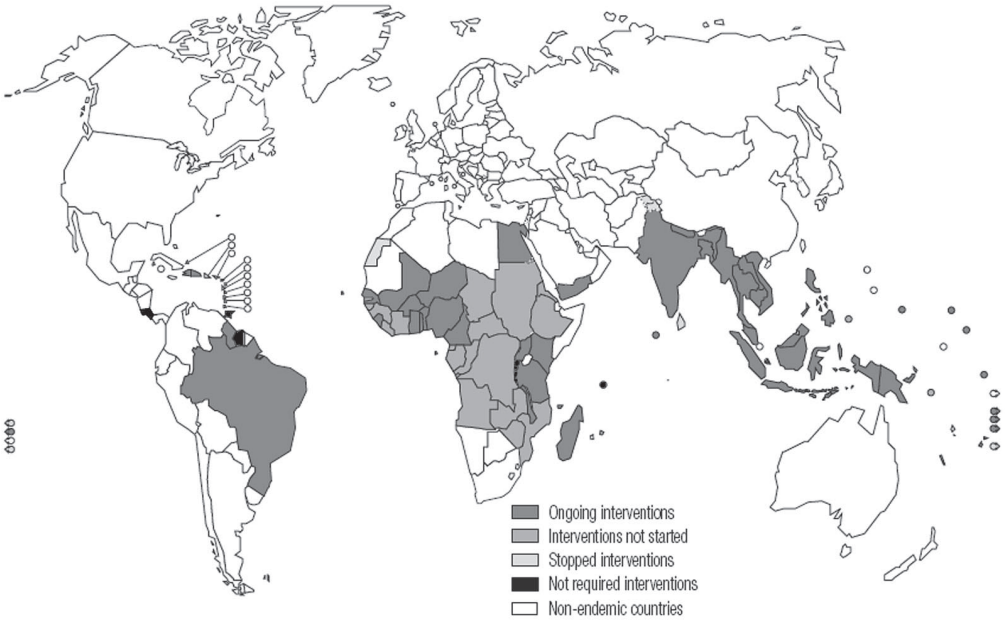
Fig. 5.10.1 Countries and areas at risk of cysticercosis, WHO, 2009



stygmatyzacja ludzi „trędowatych". pozostaną problemem na wiele lat.

Cysticerkoza, najbardziej niebezpieczna w postaci wągrzycy mózgu, należy do chorób szczególnie zaniedbywanych w tropiku. Biorąc pod uwagę eliminację cysticerkozy w wielu krajach rozwiniętych, w 1993 roku uznano, że wągrzycę można zlikwidować również w krajach rozwijających się. Ale na przeszkodzie temu staje bieda, skłaniająca ludzi do przydomowej hodowli świń możliwie najmniejszym kosztem (świnie biegają swobodnie, odżywiają się kałem ludzkim), mała skuteczność służb weterynaryjnych w wykrywaniu wągrzycy świń oraz brak łączenia występowania wągrzycy u ludzi z obecnością tasiemca uzbrojonego w jelicie i konsekwentnego leczenia wszystkich wykrytych przypadków tasiemczycy. Epilepsja, na którą choruje 50 milionów ludzi, w tym 80% w krajach rozwijających się, jest w znacznej części przypadków (20-50%) wywołana wągrzycą mózgu. Jednakże światowe programy prewencji epilepsji nie zakładają likwidacji tasiemczycy, która jest źródłem zarażenia dla ludzi i świń i sprawcą epilepsji. Aktywne działania zwalczania wągrzycy są prowadzone w Chinach i w Wietnamie. W wielu innych endemicznych krajach

Fig. 5.14.1 Distribution and status of preventive chemotherapy for lymphatic filariasis, worldwide, WHO, 2008

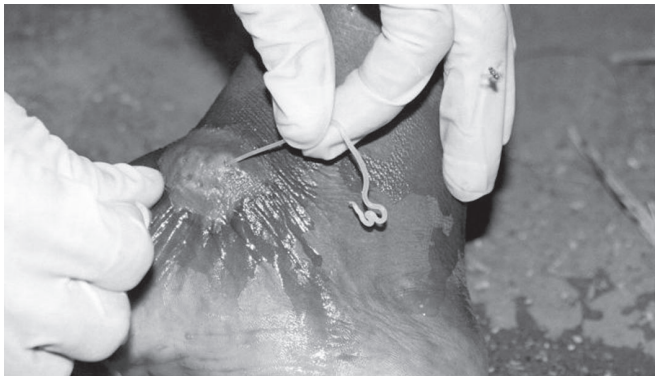


Distribution of lymphatic filariasis is focal in many countries. For the detailed epidemiological situation in countries, please refer to *Preventive chemotherapy and transmission control databank*. Geneva, World Health Organization, 2010 (available at: http://www.who.int/neglected_diseases/ preventive_chemotherapy/databank/en/index.html: accessed January 2009).

DRAKUNKULOZA

Zwalczanie drakunkulozy

Drakunkuloza, choroba pasożytnicza wywoływana przez nicienia *Dracunculus medinensis*, być może wkrótce zostanie wykorzeniona, stając się tym samą drugą, po ospie prawdziwej, chorobą, którą udało się pokonać. Jeszcze w latach 80. choroba ta była szeroko rozpowszechniona w Afryce i w Azji (około 3,5 mln zarażonych osób). W 1995 WHO utworzyła International Commission for the Certification of Dracunculiasis Eradication. W 2008 r. odnotowano już tylko 4619 przypadków w 6 krajach afrykańskich, w 2009 r. – 3190, a od stycznia do lipca 2010 r. – 1132 przypadki. Obecnie choroba występuje endemicznie tylko w 4 krajach: Etiopii, Ghanie, Mali i Sudanie.



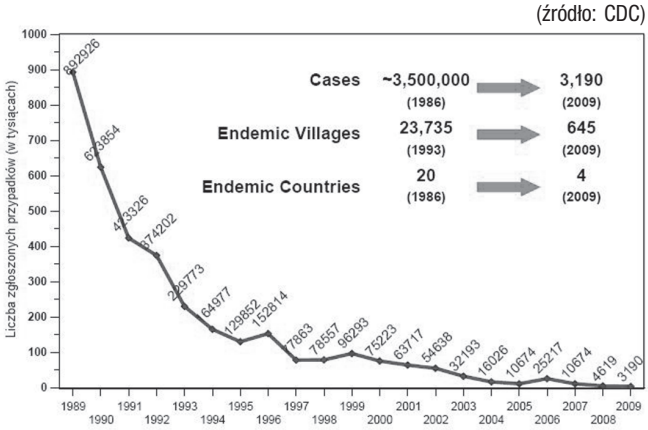
Źródło: CDC, http:/phil.cdc.gov/

Program eradykacji drakunkulozy składa się z kilku zasadniczych elementów:

- zapewnienia dostępu do bezpiecznej wody pitnej,
- filtrowania wody pitnej,
- intensywnego nadzoru poprzez wczesne wykrywanie nowych zachorowań,
- oczyszczania zbiorników wody przy użyciu środków chemicznych (m.in. Abate®), zwalczających skorupiaki z rodzaju *Cyclops*,
- edukacji zdrowotnej osób dotkniętych chorobą.

Kluczową rolę odgrywa wczesne wykrywanie choroby – w momencie, kiedy zarażona osoba zaczyna odczuwać ból nogi z powodu powstania owrzodzenia, przez które jaja pasożyta wydostają się na zewnątrz. W krajach endemicznych przeszkoleni wolontariusze rozpoznają nowe przypadki, dokonują zgłoszenia choroby, opiekują się chorymi, a także pouczają ich, by przebywali z dala od źródeł wody pitnej, dopóki pasożyt nie zostanie w całości ewakuowany. Niestety, nie istnieją skuteczne leki. Jedyną metodą pozostaje systematyczne nawijanie pasożyta na patyk po kilka centymetrów dziennie, aż do całkowitego usunięcia go najczęściej z tkanki podskórnej kończyny dolnej.

Wykres: liczba zgłaszanych przypadków drakunkulozy w latach 1989-2009 (źródło: CDC)



oprac. Ewa Kaczmarek

Źródło: WHO

"Neglected tropical diseases" Zaniedbywane choroby tropikalne

(dokończenie ze str. 9)

problem wągrzycy nie wytrzymuje konkurencji z innymi chorobami zakaźnymi, które mogą występować epidemicznie i tym uzyskują większe nagłośnienie. Podobnie sprawa przedstawia się z bąblowicą.

Zwalczanie **filariozy układu limfatycznego**, powodującej m. in. słoniowaciznę, prowadzone jest obecnie w 79 z 81 endemicznych krajów Afryki i południowo-wschodniej Azji. Na terenach endemicznych żyje 1334 milionów ludzi. Zwalczanie polega na chemioterapii albendazolem, ewentualnie z dwuethylokarbamazyną lub iwermektyną. W roku 2000 leczono 10 milionów ludzi, a w roku 2007 aż 546 milionów. Leki podaje się przez kilka kolejnych lat, niekiedy leczy się 35-40% lokalnej populacji. Oblicza się, że w ten osób ochroniono przed zakażeniem 8 milionów dzieci, u których w późniejszym wieku mogłyby rozwinąć się zmiany limfatyczne.

Program zwalczania **onchocerkozy**, powodującej „ślepotę rzeczną", głównie w Afryce środkowej, jest jednym z najstarszych programów WHO. Zaczął się on w roku 1974 i I etap zakończył się w roku 2002. W sumie uwolniono 40 milionów ludzi od zarażenia pasożytem i zapobieżono ślepocie w 600.000 przypadkach. Ludzie wrócili na tereny endemiczne, niegdyś opuszczone z powodu panującej tam ślepoty rzecznej. Program jest nadal kontynuowany i w roku 2008 leczono 58 milionów ludzi.

Program zwalczania chorób zaniedbywanych drogą masowej chemioterapii nie byłby możliwy bez współudziału przemysłu farmaceutycznego. GlaxoSmithKline oferował nieodpłatnie albendazol, w ilości niezbędnej dla zwalczania filariozy. Pfizer udostępnił azitromycynę dla zwalczania jaglicy. Sanofi-Aventis oferował WHO eflornitynę, melarsoprol i pentamidynę dla leczenia śpiączki afrykańskiej. Merck & Co udostępnił iwermektynę dla leczenia filarioz. Novartis dostarcza przez WHO leki przeciwko trądowi i triklabendazol przeciwko przywrom. Johnson & Johnson oferuje rocznie 200 milionów tabletek mebendazolu. Merck KGaA dostarcza przez WHO 200 milionów tabletek prazikwantelu.

Aneks 3 raportu zawiera oficjalną klasyfikację statystyczną większości chorób zaniedbywanych. W aneksie 4 opisane są metody pozyskiwania danych epidemiologicznych.

opracował prof. Zbigniew Pawłowski

Źródło: Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. WHO – 2010

Epidemie cholery

CHOLERA

W 2010 roku przez Środkową Afrykę przetoczyła się fala epidemii cholery. Czynniki związane z porami roku, takie jak powodzie w porze deszczowej, a także złe warunki sanitarne i migracje ludności w rejonach dotkniętych epidemią, przyczyniają się do nadzwyczaj wysokiej zapadalności na cholerę. Tym niemniej, ten endemiczny dla cholery rejon świata jest nawiedzany regularnie przez kolejne epidemie.

Środkowa Afryka

Kamerun – w 6 regionach kraju, w okresie od 6 maja do 3 października odnotowano 7 869 przypadków zachorowań, w tym 515 śmiertelnych (śmiertelność = 6,5%)

Czad – w 12 dystryktach, w okresie od 13 lipca do 3 października odnotowano 2 508 przypadków zachorowań, w tym 111 zgonów (śmiertelność = 4,4%)

Niger – w regionach Diffa, Maradi, Tahoua i Zinder w okresie od 3 lipca do 1 października stwierdzono 976 przypadków zachorowań na cholerę, w tym 62 śmiertelne (śmiertelność = 6,4%).

Nigeria – w okresie od 4 stycznia do 3 października stwierdzono 29 115 zachorowań na cholerę, w tym 1 191 śmiertelnych (4,1%). Szerzeniu się epidemii sprzyjają ulewne deszcze i powodzie na obszarach wiejskich, gdzie powszechnie brakuje czystej wody i sanitariatów.

Epidemia cholery na Haiti

Obecnie oczy całego świata zwrócone są w kierunku Haiti, gdzie epidemia cholery od połowy października zbiera śmiertelne żniwo.

Według danych przekazanych 25 listopada przez władze Haiti, cholera zabiła już 1 523 ludzi. Liczba osób hospitalizowanych od początku epidemii wyniosła 27 933, a prawie połowa zgonów (723) miała miejsce w najbardziej dotkniętym departamencie Artibonite.

Nigel Fisher, przedstawiciel ONZ, powiedział, że epidemia cholery będzie utrzymywać się jeszcze przez co najmniej rok, doprowadzając do setek tysięcy zachorowań. Eksperci WHO do tej pory zakładali, że na biegunkę spowodowaną złymi warunkami sanitarnymi w ciągu 6 miesięcy zachoruje 200 tys. osób. Jednak, według zweryfikowanych prognoz, do takiej liczby zarażeń dojdzie w ciągu zaledwie 3 miesięcy, co oznacza, że epidemia rozprzestrzenia się szybciej, niż sądzono.

→

Dzieci z Port-au-Prince, uczestniczące w działaniach zapobiegających szerzeniu się epidemii cholery.
Źródło: Health Cluster Bulletin / Cholera Outbreak in Haiti – Saturday, November 27, 2010 - #5

CHOLERA

Epidemie cholery

(dokończenie ze str. 11)

Rzeczywisty bilans ofiar może być bliższy „raczej dwóm tysiącom", ponieważ nadal brak danych z niedostępnych terenów kraju. Liczba zarażonych cholerą wynosi, według Fishera, około 60-70 tys., a nie 50 tys., jak podają oficjalne źródła. Jego zdaniem, zahamowanie epidemii cholery jest praktycznie niemożliwe, z uwagi na jej wysoką zakaźność: u nosicieli objawy pojawiają się niekiedy dopiero po kilku dniach, a w tym czasie mogą oni przemieszczać się.

Największą liczbę ofiar śmiertelnych odnotowano w północnej części kraju. Jak informuje Fundacja Polska-Haiti, choć w październiku wydawało się, że sytuacja zaczyna się stabilizować, nowe uderzenie epidemii przyniósł huragan Tomas i wywołana przez niego powódź. Rzeka Artibonite, w której stwierdzono obecność przecinkowców cholery, wystąpiła z brzegów, zalewając pola uprawne, studnie, gospodarstwa i ujęcia wody.

Zdaniem WHO, w rozprzestrzenianiu się cholery na Haiti bierze udział wiele nakładających się na siebie czynników: brak odporności na chorobę, ogromne luki w systemie opieki medycznej, brak urządzeń sanitarnych i dostępu do czystej wody oraz odpowiedniej infrastruktury. W styczniu br. trzęsienie ziemi o sile 7 w skali Richtera spustoszyło Port-au-Prince i okolice, powodując śmierć co najmniej 300 tys. osób i pozbawiając dachu nad głową 1,3 mln osób. Trzęsienie ziemi zniszczyło również praktycznie całą infrastrukturę medyczną.

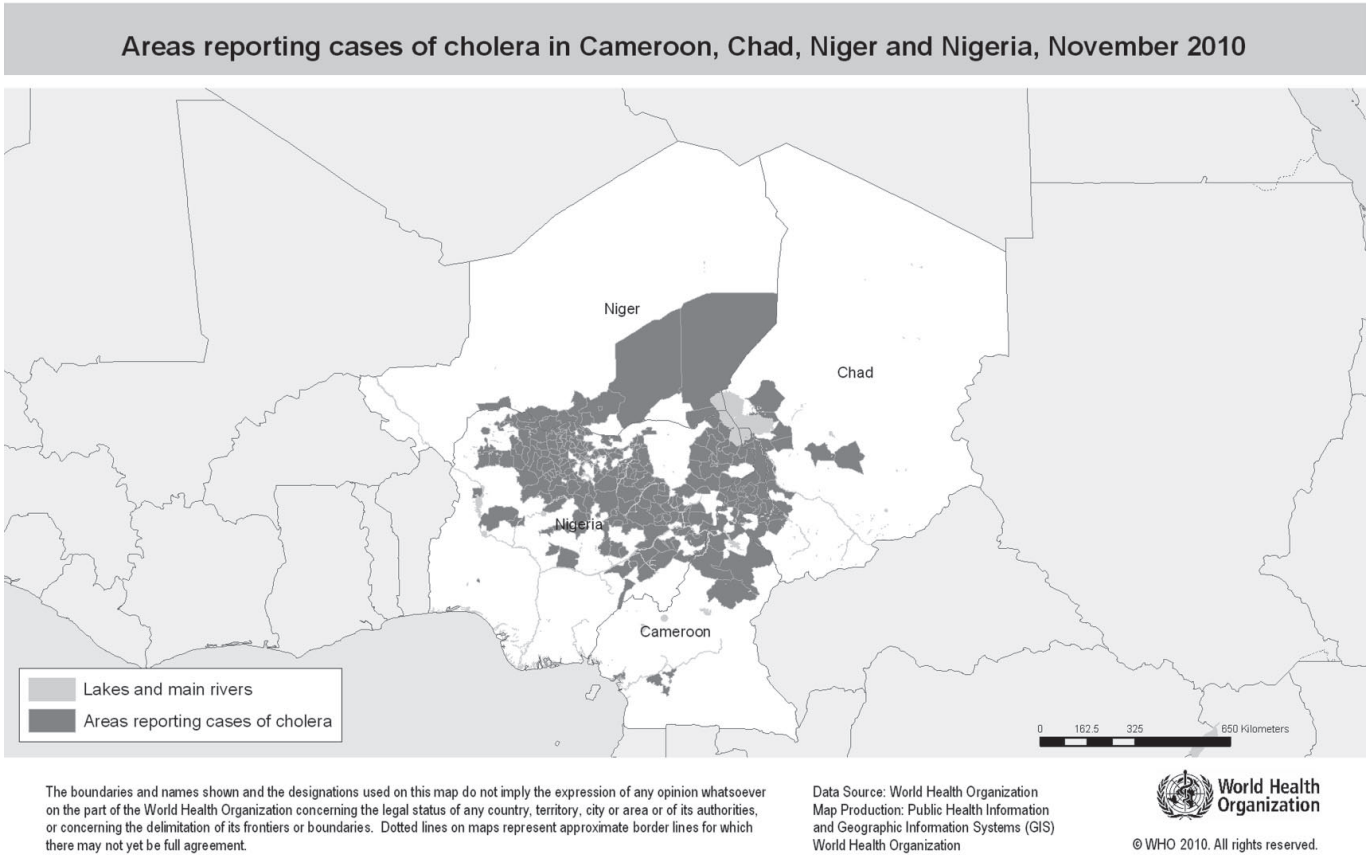
Rząd Haiti wprowadził sanitarny stan wyjątkowy na terenie całego kraju i zmobilizował wszystkie instytucje sanitarne. Zaapelowano do Haitańczyków, by myli ręce, nie jedli surowych warzyw, używali tylko przegotowanej wody pitnej oraz by nie kąpali się w rzekach. Tamtejsze ministerstwo oświaty przeprowadza w szkołach kampanię informacyjną i planuje rozdanie uczniom mydła.

Wspomniany wcześniej Nigel Fisher zaapelował do organizacji pomocowych o wzmożenie wysiłków na rzecz powstrzymania epidemii, m.in. poprzez dystrybucję tabletek chloru do odkażania wody i utworzenie dodatkowych ośrodków medycznych.

Z obawy przed rozszerzaniem się epidemii cholery, ok. 300 osób zaatakowało klinikę, którą w Saint Marc miała otworzyć organizacja „Lekarze Bez Granic". Francisco Otero, szef hiszpańskiego oddziału „Lekarzy Bez Granic", powiedział w wywiadzie dla Associated Press, że zostaną podjęte próby wyjaśnienia mieszkańcom Saint Marc, iż otworzenie szpitala nie niesie dodatkowego ryzyka zarażenia się chorobą.

23 listopada troje młodych polskich lekarzy poleciało na Haiti, gdzie przez dwa miesiące będą pracować w szpitalu im. Alberta Schweitzera w miejscowości Deschapelles w regionie Artibonite, który zapewnia opiekę medyczną dla 450 tys. osób.

oprac. Ewa Kaczmarek
Źródła: WHO, Rynek Zdrowia



Rejony, w których stwierdzono przypadki cholery - Kamerun, Czad, Niger i Nigeria, listopad 2010; źródło: WHO.

Wirus Zachodniego Nilu – potrzeba zwiększenia gotowości w Europie

Gorączka Zachodniego Nilu jest chorobą wirusową przenoszoną przez krwiopijne muchówki, głównie komary (ale także meszki, ślepaki i inne), rozpowszechnioną na całym świecie. Zasadniczo wirus krąży w populacjach komarów oraz ptaków; niektóre gatunki komarów, najczęściej z rodzaju *Culex*, mogą przenosić wirusy od zakażonych ptaków na ludzi i konie. Ssaki są dla wirusa żywicielem przypadkowym. Większość zakażeń u ludzi przebiega bezobjawowo – ciężki przebieg z zajęciem ośrodkowego układu nerwowego ma miejsce u mniej niż 1% osób. Czynnikiem ryzyka jest podeszły wiek – w tej grupie wiekowej śmiertelność dochodzi do 10%. Dodatkowo, wysoki odsetek przypadków zakażeń bezobjawowych zwiększa ryzyko transmisji wirusa poprzez transfuzję krwi czy przeszczepy narządów.

Źródło: internet

Do tej pory, zakażenia wirusem Zachodniego Nilu stwierdzono u zwierząt i u ludzi w kilku krajach europejskich, głównie w Europie Środkowej oraz w rejonie Morza Śródziemnego. Na przestrzeni ostatnich 15 lat, epidemie u ludzi odnotowywano w Rumunii, na Węgrzech, w Portugalii, Hiszpanii, Francji, Włoszech i w Grecji. Zachorowania na gorączkę Zachodniego Nilu występujące w lipcu tego roku w północnej Grecji stanowią pierwszy wybuch zachorowań u ludzi w tym kraju. Jednakże, wyniki badań wskazują, że wirus Zachodniego Nilu, prawdopodobnie krąży w regionie środkowej Macedonii w północnej Grecji, już od wielu lat.

W pobliżu obszaru Unii Europejskiej, krążenie wirusa Zachodniego Nilu udokumentowano u koni w Maroku, natomiast przypadki infekcji wśród ludzi pojawiały się w Rosji (rejon Wołgogradu) oraz w Izraelu. Wszystkie te obszary znajdują się na szlakach migracji ptaków wędrownych.

Każda epidemia WNV jest inna, a to za sprawą szeregu wzajemnych oddziaływań różnych czynników w czasie i przestrzeni, które powodują transmisję wirusa na organizmy ludzkie. Czynniki te obejmują przenikanie zakażonych ptaków wędrownych do populacji rodzimych gatunków ptaków, warunki klimatyczne, które przyczyniają się do zwiększenia liczby komarów i innych wektorów, a także zmiany w zachowaniach ludzi, które sprzyjają ekspozycji na ukąszenia komarów. Owa złożoność czyni każdą epidemię WNV szczególną, sprawiając jednocześnie, że rozwój i wdrożenie planów zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa wśród ludzi jest takie trudne.

Odnotowane ostatnio prawdopodobne i potwierdzone przypadki zakażeń WNV w Portugalii i w Grecji potwierdzają, że wirus aktywnie krąży w niektórych krajach UE i że można oczekiwać przypadków transmisji wirusa na człowieka w regularnych odstępach czasu podczas sezonów, w których występują komary. Sporadyczne przypadki odnotowywane w kilku regionach Węgier w ciągu ostatnich lat wskazują, że obecność wirusa w tym kraju nie ogranicza się tylko do jednego ogniska. Ostatnie badania przeprowadzone we Włoszech, obejmujące zakażonych dawców narządów, nasuwają ten sam wniosek – wirus podlega transmisji również w rejonach dotąd nie uznawanych za dotknięte tym problemem. Co więcej, przypadek zakażonego Holendra powracającego z Izraela wskazuje na potrzebę świadomości wśród internistów i personelu laboratoryjnego, że należy brać pod uwagę zakażenie WNV w diagnostyce różnicowej u pacjentów powracających z rejonów, w których mogli być narażeni na zakażenie tym wirusem.

Powyższe fakty uwidaczniają potrzebę stworzenia systemu zintegrowanego multidyscyplinarnego systemu nadzoru i planów odpowiedzi: zwiększenie świadomości lekarzy i lekarzy weterynarii co do obrazu klinicznego choroby Zachodniego Nilu u ludzi i u zwierząt (koni), szczególnie w okresie występowania komarów (od czerwca do października), przede wszystkim w rejonach uznanych za najbardziej zagrożone, a więc na obszarach nawadnianych i w deltach rzek. Ponadto, ważna jest obserwacja miejsc przebywania ptaków w aspekcie możliwości przenoszenia wirusa w układzie ptactwo-komary-ludzie. W zakresie entomologii, kompletne zrozumienie właściwych gatunków wektorów, ich odżywiania, mnogości i geograficznego rozprzestrzenienia ma kluczowe znaczenie w ustaleniu granic obszarów dotkniętych WNV oraz identyfikacji nowych potencjalnie zagrożonych obszarów. Istnieje potrzeba lepszego i bardziej precyzyjnego obrazu obszarów ryzyka w Europie i w sąsiednich krajach w celu wdrożenia właściwych środków nadzoru, zwłaszcza wytycznych dla transfuzji krwi i przeszczepów narządów. Badania w Europie powinny pomóc lepiej zrozumieć cykl transmisji wirusa oraz jego znaczenie w środowisku w celu zapewnienia właściwych wskaźników do określenia ryzyka.

oprac. Ewa Kaczmarek

Źródło: H. Zaller, A. Lenglet, W. Van Bortel; Eurosurveillance, August 26, 2010

AIDS

AIDS: aktualna sytuacja epidemiologiczna

Z opublikowanego 23 listopada 2010 r. raportu UNAIDS, opracowanego we współpracy z WHO, wynika, że liczba zachorowań na AIDS w ciągu ostatnich 10 lat spadła niemal o jedną piątą. Od wybuchu epidemii, z powodu AIDS zmarło około 30 mln osób, a nosicielami wirusa jest obecnie około 60 mln osób.

„Od 1999 roku, kiedy epidemia AIDS osiągnęła apogeum, liczba nowych zakażeń na świecie spadła o 19% t.j. do 2,6 mln w roku 2009" – podaje raport.

Najwięcej zakażonych, bo aż 67%, żyje w krajach Afryki subsaharyjskiej. Niemal trzy czwarte (72%) ogółu zgonów z powodu AIDS przypada również na ten rejon świata. W Suazi zakażonych HIV jest aż 1/4 (25,9%) dorosłych.

Jak wynika z raportu, epidemia AIDS wydaje się ulegać pewnej stabilizacji w Azji, w której liczba nosicieli (około 4,9 mln) praktycznie nie ulega zmianom już od pięciu lat, co należy wiązać z prewencją zakażeń wertykalnych (matka-dziecko).

Niewątpliwy postęp odnotowano w zakresie dostępności leczenia antyretrowirusowego. W 2009 roku w krajach o niskim dochodzie dostęp do leków antyretrowirusowych miało 5,2 mln ludzi, podczas gdy w 2004 roku – jedynie 700 tysięcy.

Duże nadzieje w kwestii walki z AIDS łączone są z żelem mikrobobójczym. Rezultaty badań przeprowadzonych przez ośrodek Caprisa w Afryce Południowej, opublikowane w lipcu w Wiedniu z okazji światowej konferencji poświęconej AIDS, dają nadzieję na stworzenie nowego oręża w walce z pandemią.

Trwające prawie 3 lata międzynarodowe badania przeprowadzone wśród 2,5 tys. homoseksualnych i biseksualnych mężczyzn dowiodły, że profilaktyczne stosowanie nowego środka – pigułki o nazwie Truvada, stanowiącej kombinację dwóch substancji czynnych (dizoproksyl tenofowiru i emtricitabin), może zmniejszać ryzyko zakażenia o 44%. U osób, które przyjmowały lek najbardziej konsekwentnie, ryzyko spadło nawet o 73%. Konieczne są jednak dalsze badania, potwierdzające skuteczność tej metody także u osób heteroseksualnych i u kobiet.

Badania nad Truvadą jako pierwsze dowodzą, że przyjmowanie leków przez zdrowe osoby może zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV.

Ogólne tendencje nie mogą jednak przysłonić niepokojących zmian: chociaż w Indiach, Nepalu i Tajlandii liczba zachorowań w latach 2001-2009 zmalała o 25%, to o tyle samo wzrosła w Bangladeszu i na Filipinach. Natomiast w Europie Wschodniej i Azji Środkowej liczba nowych zakażeń (1,4 mln) w latach 2000-2009 wręcz potroiła się, z czego aż 90% nowych przypadków AIDS odnotowuje się na Ukrainie i w Rosji.

Tymczasem Margaret Chan, Dyrektor Światowej Organizacji Zdrowia, z zadowoleniem przyjęła słowa papieża na temat prezerwatyw, nazywając je „dobrym początkiem".

W wywiadzie książkowym, który na rynku wydawniczym ukazał się 23 listopada, Benedykt XVI uznał, że w niektórych przypadkach stosowanie prezerwatyw jest uzasadnione, jak „w intencji zredukowania ryzyka infekcji". Ojciec Święty zaznaczył jednocześnie, że nie jest to „prawdziwy" sposób prowadzenia walki z AIDS, ponieważ konieczna jest „humanizacja seksualności" człowieka.

Cieszy mnie to stanowisko. Po raz pierwszy Watykan wspiera stosowanie prezerwatyw. Jest to dobra wiadomość i dobry początek – powiedziała Margaret Chan podczas prezentacji dorocznego raportu WHO w Berlinie, która miała miejsce 22 listopada 2010.

Odnosząc się do tej wypowiedzi w kontekście zagrożenia, jakie niesie ze sobą AIDS, watykański rzecznik, ks. Federico Lombardi, w wydanym przez siebie oświadczeniu stwierdził, że papież nie reformuje ani nie zmienia nauczania Kościoła.

oprac. Ewa Kaczmarek

Źródło: PAP/Rynek Zdrowia

Przypadki transmisji odry
związane z międzynarodowym transportem lotniczym

8 lipca 2010 r. Departament Zdrowia Publicznego w Massachusetts (MPDH) powiadomił CDC o laboratoryjnie potwierdzonym zachorowaniu na odrę 23-miesięcznego niezaszczepionego dziecka, które podróżowało samolotem. Dziecko, które odbywało podróż samolotem ze Szwajcarii, zostało zarażone podczas lotu. Po uzyskaniu listy pasażerów, CDC przekazało informacje odpowiednim departamentom. Poinformowano 29 spośród 31 pasażerów podejrzewanych o narażenie na ekspozycję (siedzących w obrębie 2 rzędów oraz rodziców wszystkich niemowląt, niezależnie od zajmowanego miejsca w samolocie).

28 lipca 2010 roku Departament Zdrowia Stanu Nowy Jork (NYSDOH) powiadomił CDC i Departament w Massachusetts, że u jednej z osób z kontaktu potwierdzono odrę. Chory pasażer przybył do USA jako opiekun studentów z Europy i Azji biorących

→

Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia
w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych

W ostatnim czasie ukazał się akt prawny określający wykaz zalecanych szczepień ochronnych, w tym szczepień zalecanych w ruchu międzynarodowym – mowa o rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 roku w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi (Dz. U. z 2010 r. Nr 180, poz. 1215). Rozporządzenie to wydano na podstawie art. 19 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.).

Spośród zalecanych szczepień ochronnych, wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, znaczenie w ruchu międzynarodowym mają szczepienia przeciwko:

- wirusowemu zapaleniu wątroby typu A;
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- błonicy;
- tężcowi;
- zakażeniom meningokokowym *Neisseria meningitidis*;
- kleszczowemu (arbowirusowemu) zapaleniu mózgu;
- cholerze;
- durowi brzusznemu;
- wściekliźnie;
- ostremu zapaleniu rogów przednich rdzenia (chorobie Heinego-Medina, poliomyelitis);
- żółtej gorączce[1].

Warto zwrócić uwagę, że na liście znajduje się szczepienie przeciwko cholerze, mimo niejednoznacznej oceny szczepionki. WHO podkreśla, że w zapobieganiu tej chorobie największe znaczenie mają zaopatrzenie w wodę o odpowiedniej jakości, dostęp do urządzeń sanitarnych, właściwe nawyki higieniczne oraz spożywanie bezpiecznej żywności.

W załączniku nr 2 do rozporządzenia przedstawiono wzór Międzynarodowej Książeczki Szczepień. Składa się ona z 16 stron wraz z okładką, oprawa kartonowa, format A6, o wymiarach: 8,5 cm x 12,5 cm. Cała książeczka ma żółte tło, druk napisów jest wykonany w kolorze czarnym.

oprac. Ewa Kaczmarek

[1] Szczepienie przeciw żółtej gorączce jest zalecanym szczepieniem ochronnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Wykonywanie szczepienia przeciw żółtej gorączce u osób wyjeżdżających za granicę regulują międzynarodowe przepisy zdrowotne oraz przepisy sanitarne poszczególnych krajów.

Posługa lecznicza Kościoła
Raport Instytutu Medycznego w Wuerzburgu. 2009

(dokończenie ze str. 16)

instytucji zajmującej się wyłącznie sprawami zdrowia i mającej ze swojej strony dobre kontakty z medycznymi ośrodkami misyjnymi.

Współpraca MMI i AMA była tematem posiedzenia Zarządu MMI w dniu 5 listopada 2010 w Amsterdamie. Na posiedzeniu, w którym brała udział prezes Fundacji mgr Agnieszka Lipińska, przyjęto African Medical Association jak członka zrzeszonego w Medicus Mundi Internatinal. Oczekuje się, że poprzez to aktywne towarzystwo, obejmujące swoim działaniem większość państw w południowej i środkowej Afryce MMI będzie miał bliższy kontakt z medycznymi ośrodkami misyjnymi, aniżeli poprzez Komisje Episkopatów afrykańskich.

Raport streścił i tłumaczył
Prof. Zbigniew Pawłowski

udział w programie edukacyjnym. Od 20 do 23 lipca (będąc „zakaźnym" i przed izolacją), miał kontakt z 270 studentami i innymi opiekunami w Massachusetts i Nowym Jorku. Członkowie tej grupy mieli wracać do swoich krajów w okresie od 30 lipca do 6 sierpnia. Ponieważ narażone osoby, które same mogły zachorować na odrę i jednocześnie stanowić zagrożenie dla innych przez 5-21 dni od pierwotnej ekspozycji, okres nadzoru określono do 14 lipca. Oddziały kwarantanny CDC w Bostonie i Nowym Jorku pracowały wraz z NYSDOH i MPDH nad określeniem statusu immunologicznego osób z kontaktu, zanim zezwolono im na lot.

Spośród 270 osób uznanych za narażone, 268 (99%) uznano za zdrowe i mogły one odbyć powrotny lot zgodnie z planem: 242 osoby przedstawiły dokumentację szczepień, a 26 posiadało odporność potwierdzoną testami serologicznymi. W przypadku 2 osób nie można było dowieść odporności. Te osoby dobrowolnie przełożyły zaplanowany lot aż do zakończenia nadzoru. CDC zaprzeczyło, jakoby linie lotnicze pobrały opłaty za odroczenie lotu. U narażonych osób nie stwierdzono chorób przebiegających z gorączką i wysypką.

W celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się odry, podróżnych zachęca się, by posiadali odpowiednie potwierdzenie odporności. Chorzy na odrę oraz osoby, u których odra może być w fazie inkubacji, powinny unikać podróży komercyjnymi liniami lotniczymi aż do czasu, gdy przestaną być zakaźne. Organizacje goszczące studentów z zagranicy powinny brać pod uwagę możliwość wymagania od nich dokumentacji szczepień ochronnych.

Opisany przypadek potwierdza konieczność szczepienia przeciwko odrze.

oprac. Ewa Kaczmarek

Źródło: CDC, Morbidity and Mortality Weekly Report

Posługa lecznicza Kościoła

Raport Instytutu Medycznego w Wuerzburgu. 2009

W wyniku obrad konferencji w roku 2000 w Soesterberg Medicus Mundi International (MMI) stał się inicjatorem dwóch konferencji katolickich episkopatów krajów afrykańskich: w roku 2005 w Cotonou (kraje anglofońskie) i w roku 2005 w Bangui (kraje frankofońskie).W latach następnych zorganizowano dwa następne spotkania w roku 2007 w Dar es Saalam (episkopat tanzański) i w roku 2008 w Bangui (episkopaty 6 krajów Centralnej Afryki). Rezultaty spotkań były opisane w Medicus Mundi International w zeszytach 14, 17/18, 22/23, 28/29. W roku 2008 ukazał się dokument WHO dotyczący współpracy tej organizacji z medycznymi instytucjami religijnymi (MMP zeszyt 26/27).

W roku 2009 MMI zleciło Instytutowi Misyjnemu w Wuerzburgu dokonanie krytycznego podsumowania wysiłków MMI w zakresie pomocy medycznym ośrodkom misyjnym, a w szczególności w strategicznej restrukturyzacji ich działalności wobec dokonujących się procesów globalizacji w świecie. Badania zostały przeprowadzone od kwietnia do grudnia 2009 i posumowane w dokumencie „Survey on the results of Medicus Mundi International's involvement in catholic Bishops conferences since 2000" Medical Mission Institute, Wuerzburg, 2010.

Ocena była prowadzona na podstawie 3 kwestionariuszy, adresowanych kolejno do przedstawicieli MMI, instytucji sponsorujących misje i do biskupów afrykańskich. Zasadniczymi pytaniami były:

(a) czy pozycja kościoła i strategia jego agend medycznych uległy zmianie w wyniku konferencji episkopatów?
(b) jak w najbliższych latach MMI mógłby skutecznie pomóc katolickim instytucjom prowadzącym posługę leczniczą?

Raport podkreśla duże trudności w uzyskaniu pełnych odpowiedzi na postawione w kwestionariuszach pytania. Niektóre trudności wynikały z nieobecności w kraju biskupów, biorących udział jesienią 2009 w Synodzie w Rzymie. Pewną przeszkodą były również dość ogólne zasady strategii MMI, sformułowane jasno dopiero na lata 2007-2010. Dotyczyły one:

(a) redefinicji posługi leczniczej Kościoła przez odpowiednie episkopaty,
(b) odgórnej akceptacji nowoczesnego systemu prowadzenia misyjnych ośrodków medycznych, nawiązującego m. in. do relacji z ośrodkami rządowymi i kontraktowaniem usług oraz
(c) poinformowania medycznych ośrodków misyjnych o potrzebie zmian i pomoc w ich wprowadzeniu.

Wynikiem tych zmian miałaby być bliższa współpraca z agendami MMI:

(a) w umożliwieniu wprowadzenia sprawnego działania,
(b) pomocy w prowadzeniu właściwej działalności,
(c) dostarczeniu odpowiednich narzędzi w prowadzeniu działalności oraz
(d) pomocy w prowadzeniu podstawowej opieki medycznej.

Wpływ konferencji episkopatów był widoczny w Ugandzie, Ghanie, Malawi i Zambii, a próby wprowadzenia w życie postulatów episkopatów najbardziej zaawansowane były w Tanzanii (Biskup Balina) i w Ghanie (biskup Mensah). Biskup Balina stwierdził, że episkopat tanzański przygotowuje nową wersję zaleceń, polegającą na tym, że poszczególne diecezje miałyby opracować własny plan działania skorelowany z planami rządowymi.

Fundacja Redemptoris Missio zaangażowała się w stworzenie w Kiabakari w Tanzanii nowoczesnego ośrodka zdrowia, który – niezależnie od pomocy doraźnej – miałby wdrażać podstawową opiekę medyczną w podległym mu rejonie, tak jak to planowały MMI i Fundacja Redemptoris Missio. Propozycja w tej sprawie, która została przesłana biskupowi Balinie w episkopacie tanzańskim i biskupowi diecezji w Musomie, do której należy Kiabakari, jak na razie pozostaje bez odpowiedzi.

W konkluzji raport Instytutu Medycznego w Wuerzburgu stwierdza, że nie można było wykonać pełnej oceny założonych zadań z uwagi na początkowo nie dokładnie sprecyzowaną strategię MMI oraz niepełne odpowiedzi osób zapytywanych lub brak motywacji, aby udzielić wyczerpującej odpowiedzi. Niemniej z badań wynika różny stopień zaangażowania poszczególnych episkopatów w restrukturyzację medycznych ośrodków misyjnych od poważnego (Tanzania) do zerowego. Wskazana byłaby kontynuacja kontaktów z episkopatami, bardziej aktywna wymiana informacji i oceny zaleceń jak również pomoc MMI tym biskupom, którzy chcieliby restrukturyzację wprowadzić, a czują się pozostawieni sami sobie. Większa wymiana doświadczeń stref anglofońskiej i frankofońskiej byłaby również korzystna.

Wszelkie działania powinny być dostosowane do lokalnych sytuacji. Stąd przed dalszym działaniem niezbędne jest (a) ustalenie aktualnej pozycji misyjnych ośrodków medycznych kościoła katolickiego (i innych instytucji religijnych) w narodowym systemie ochrony zdrowia, (b) obecność w danym kraju Chrześcijańskiego Towarzystwa Medycznego, (c) stopień współpracy instytucji rządowych z medycznymi ośrodkami prowadzonymi przez instytucje religijne.

Realną alternatywą do działania poprzez episkopaty jest rozpoczęcie współpracy z African Medical Association (AMA), jako

(dokończenie na str. 15)