ISSN 1641-604 X

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

CZERWIEC-WRZESIEŃ 2012
NR 42 (ROK XII)

KATEDRA I KLINIKA CHORÓB TROPIKALNYCH I PASOŻYTNICZYCH

Jubileusz 50-lecia

Z okazji *Jubileuszu 50-lecia istnienia*, Redakcja Medicus Mundi Polonia składa Kierownikowi, Panu Profesorowi Jerzemu Stefaniakowi, oraz całemu Zespołowi Katedry i Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu szczere gratulacje i wyrazy uznania. Życzymy kolejnych owocnych 50 lat działalności!

Zespół redakcyjny Medicus Mundi Polonia

50-LECIE KATEDRY I KLINIKI

W numerze:

AKTUALNOŚCI:
- Z Fundacji „Redemptoris Missio" 2
- Z WHO 3
- Dzień Patrona w Chludowie 3
- Z MMI 4

KATEDRA I KLINIKA CHORÓB TROPIKALNYCH I PASOŻYTNICZYCH UM W POZNANIU
- Kalendarium 5
- Doktoraty uzyskane w Klinice, Habilitacje, Tytuły naukowe, Osiągnięcia naukowe, Spis pracowników Kliniki 6
- „Klinika Misjonarzy" – wpisy do księgi pamiątkowej 7
- Interesujące przypadki chorób tropikalnych 9

NTD – czterech jeźdźców Apokalipsy 11

Program VII Ogólnopolskiej Konferencji Choroby Tropikalne i Pasożytnicze. Medycyna Podróży 12

Współzakażenie prątkiem gruźlicy i wirusem HIV – trudności w diagnostyce i leczeniu 15

Konsekwencje kliniczne niedoboru jodu w świecie 17

Raport ONZ w sprawie HIV/AIDS 20

Obrzezanie HIV dodatnich mężczyzn 21

Wirus JEV we Włoszech 21

Choroba Marburska w Holandii – lato 2008 22

Czerwiec 2012 – Szczyt +20 w Rio de Janeiro 23

Kursy w Instytucie Swiss TPH w Bazylei 24

Godne uwagi rozprawy naukowe 25

„Tropik" na półkach Biblioteki Głównej 26

Posługa Lecznicza Kościoła 28

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

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

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

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

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

Organizowanie pomocy medycznej i materialnej

By poprawić los pozbawionych opieki medycznej mieszkańców najuboższych rejonów świata, Fundacja wysyła personel medyczny w ramach organizowanych wypraw.

W czasie 20-letniej działalności Fundacji do pracy na misjach wyjechało 18 lekarzy, 67 studentów, 10 pielęgniarek i 8 innych wolontariuszy.

W 2002 r. odbyła się największa w historii Fundacji misja pod hasłem „Operacja Bangassu 2002". Wzięło w niej udział ośmiu poznańskich chirurgów pod kierownictwem prof. Michała Drewsa. Przez miesiąc w Republice Środkowej Afryki udzielili pomocy medycznej niemal 500 pacjentom, wykonali 44 operacje tarczycy.

Wolontariusze w ciągu 20 lat angażowali się w setki projektów i przedsięwzięć: kilkakrotnie prezentowali działalność Fundacji na Międzynarodowych Targach w Poznaniu, współorganizowali Bal Seledynowy w AE i Kongres Misyjny Dzieci, a także cykl „Spotkania z Afryką", organizowali Akcję „Ciuch-Ciuch", wspierali rekolekcje i prelekcje misyjne przeprowadzane w szkołach i wiele innych.

Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prowadzona obecnie przez Przewodniczącego Rady Fundacji prof. Jerzego Stefaniaka, sprawuje nie tylko dydaktyczną opiekę nad misjonarzami. Przed wyjazdem na misje organizuje dla nich tzw. gabinet lekarski, gdzie po badaniach wydaje się stosowne zaświadczenia dotyczące stanu zdrowia. Konsultuje i służy radą tym, którzy przebywają w krajach misyjnych. Sprawuje także opiekę ambulatoryjną i kliniczną nad powracającymi do kraju na urlop. Jest jednym z trzech ośrodków w Polsce wyspecjalizowanych w leczeniu chorób tropikalnych.

Lek. stom. Anna Tarajkowska,
Prezes

Bieżące działania Fundacji

Aktualnie na misjach pracuje:
- 2 studentów w Indiach,
- 2 lekarki na Jamajce,
- 2 stomatologów w Kamerunie,
- 1 pielęgniarka w Zambii.

W ostatnim okresie Fundacja prowadzi już czwartą edycję Akcji „Puszka dla Maluszka". Do tej pory zebraliśmy około 1,5 tony puszek. Pieniądze z ich sprzedaży będą przeznaczone na pomoc dla dzieci w Sudanie i Etiopii.

Po zakończonej akcji „Opatrunek na Ratunek" zostało już wysłane ponad 100 paczek do różnych krajów w Afryce i Azji. Wysyłanie paczek jest kontynuowane, razem była to ponad tona opatrunków. Po otrzymanej informacji od Wojska Polskiego w Kosowie, wysłaliśmy 7 wózków inwalidzkich dla tamtejszych dzieci.

Teraz planujemy kolejną akcję zbiórki odzieży i przyborów szkolnych dla dzieci w Afganistanie. Kontakt z ośrodkami misyjnymi, w których pracują polscy misjonarze, umożliwia nam racjonalne planowanie działalności na najbliższe lata.

Lek. stom. Anna Tarajkowska,
Prezes

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

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

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

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

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

Adres Redakcji: Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" – Medicus Mundi Poland, ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań

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

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

Nakład: 1000 egz.

Strona internetowa MMP: www.mmpolonia.org

Z WHO

65. Światowe Zgromadzenie (WHA) w Genewie

W dniach 21-26 maja 2012 miało miejsce w Genewie 65. Światowe Zgromadzenie Ministrów Zdrowia (World Health Assembly), tym razem skrócone do 6 dni. Zgromadzenie wybrało ponownie dr Margaret Chan na stanowisko Dyrektora Generalnego WHO na następne 5 lat. Zebrani potwierdzili konieczność reformy WHO w kierunku bardziej skutecznego działania w zakresie normatywnej i technicznej pomocy państwom członkowskim i jego większej przejrzystości, zwłaszcza finansowej.

Wytyczono 5 dziedzin działania: choroby zakaźne, choroby niezakaźne, zdrowie na poszczególnych etapach życia, optymalne systemy ochrony zdrowia wraz z gotowością działania w sytuacjach kryzysowych oraz ocena wpływu czynników socjalnych, ekonomicznych i środowiskowych na zdrowie populacji.

Podjęte rezolucje dotyczyły:

- wczesnego zawierania małżeństw i ciąży u młodocianych;
- postępowania w klęskach żywiołowych;
- międzynarodowych regulacji dotyczących zdrowia;
- ochrony zdrowia w czasie masowych zgromadzeń;
- Millenium Development Goals;
- chorób niezakaźnych;
- przygotowania do ewentualnej pandemii grypy;
- intensyfikacji działań prowadzących do likwidacji polio;
- badań naukowych i rozwoju;
- schistosomozy;
- czynników socjalnych mających wpływ na zdrowie;
- leków podrabianych, niepełnowartościowych lub źle oznaczanych.

Zgromadzenie udzieliło poparcia planowi globalnej akcji szczepień ochronnych.

prof. Zbigniew Pawłowski

Z WHO

Rozwój zawodowy kadr medycznych kluczem do sukcesu w służbie zdrowia

W połowie lipca 2012 roku Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała dokument stanowiący o znaczeniu właściwego poziomu rozwoju zawodowego kadr medycznych w dążeniu do dobrze funkcjonujących systemów opieki zdrowotnej.

Autorzy podkreślą, że w czasach niedoboru kadry medycznej i problemów finansowych ważne jest, aby lekarze, pielęgniarki, położne, stanowili zwarty zespół, w którym uczestniczył będzie również pacjent. Odnotowano, że istotne jest rozszerzenie, oczywiście w granicach rozsądku, zakresu obowiązków i odpowiedzialności poszczególnych pracowników. Można tu przywołać przykład krajów rozwijających się, gdzie pielęgniarka ma w kompetencji wykonanie prostych zabiegów, takich jak cięcie cesarskie, czy operacje zaćmy. Podobną tendencję odnotowuje się również w Europie, np. w Wielkiej Brytanii pielęgniarki mają możliwość wydawania skierowań do pracowni rentgenowskiej – co ma odciążyć lekarzy.

Zaznaczono kilka ważnych czynników, których kombinacja ma wpływać pozytywnie na nabywanie nowych umiejętności i wdrażanie ich w pracy. Mowa o planowaniu pod właściwym kierownictwem zadań w pracy, o skutecznych ćwiczeniach udoskonalających nabyte umiejętności, odpowiedniej kontroli czynionych postępów, aż w końcu o poczuciu uznania i zadowolenia z wykonanej pracy, oraz możliwości pracy wśród profesjonalistów. Wszystkie te czynniki stanowią piramidę, której szczyt w postaci zadowolonego i produktywnego pracownika można

→

Dzień Patrona w Chludowie

W dniu 15.06.2012 r. w Chludowie, w Zespole Szkół im. Ojca Mariana Żelazka, zorganizowano Dzień Patrona. Nauczyciele i młodzież jak co roku przygotowali wspaniałą uroczystość. Najpierw w miejscowym kościele Msza święta, a po niej inscenizacja posługi misjonarskiej Ojca Mariana. Młodzież, bardzo przejęta, wcielała się w rolę chorych na trąd Hindusów, opatrywanych przez Ojca Żelazka. W tle hinduska muzyka i fragmenty tekstów pisanych przez Patrona. Następnie na dziedzińcu szkolnym odbyła się główna część uroczystości. Pan Dyrektor podziękował darczyńcom, przedstawicielom Gminy i wszystkim zaproszonym gościom i przypomniał drogę Ojca Mariana Żelazka od czasu wstąpienia do Zakonu Werbistów w Chludowie do wielu lat pracy misjonarskiej w Indiach. Uroczystość uświetniły występy dzieci, zarówno tych najmłodszych – przedszkolaków, jak i starszych – uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum. Były tańce hinduskie i staropolskie, były popisy wokalne i recytacje. Na zakończenie, po wielkim aplauzie zgromadzonych gości odśpiewano hymn szkoły, którego fragment przytoczę, bo jest tego godzien:

„Nasz Patronie, nasz przykładzie, chcemy śladem Twoich świętych stóp iść,
Twa opieka niech nam wskaże, jak człowiekiem i Polakiem dobrym być”

W imieniu Fundacji chcę wyrazić podziękowanie i wielkie uznanie Dyrekcji i Gronu pedagogicznemu Szkoły za przygotowanie tej uroczystości, bo jak mawiał Ojciec Marian „Nietrudno jest być dobrym, wystarczy tylko chcieć”.

Lek. stom. Anna Tarajkowska, Prezes

Z MMI

Millenium Development Goals po 2015 roku – czy potrzebna jest aktualizacja założeń?

Millenium Development Goals (Milenijne Cele Rozwoju – MDG) miały swoje wady, mimo tego odgrywały rolę ważnego narzędzia skupiającego uwagę świata na zagadnieniach dotyczących szeroko pojętego procesu rozwoju. MDG są działaniami samymi w sobie, kształtującymi rozumienie rozwoju i wpływającymi na transfer zasobów 'z' i 'pomiędzy' narodami i instytucjami.

Milenijne Cele Rozwoju w zamierzeniu miały być prostą, podręcznikową formą informacji spajających rozwój w ujęciu multidyscyplinarnym. Na rozszerzone pojęcie zdrowia, które stanowi ważny element rozwoju, składa się wiele istotnych ogniw – stabilność makroekonomiczna, godna praca, bezpieczeństwo żywnościowe, rządy, płeć, prawa człowieka, przemiany demograficzne, urbanizacja, bezpieczeństwo migracji, katastrofy naturalne, nauka i technologia oraz wiele, wiele innych czynników.

Przemiany polityczne i ekonomiczne powiązane ze swoistą uniwersalnością wyzwań rozwojowych wymagają, aby ustalenia dotyczące rozwoju po roku 2015 były odpowiednie dla wszystkich społeczeństw. Bieda, niestabilność finansowa, urbanizacja, starzenie się, zmiany klimatu, bezpieczeństwo żywnościowe nie do końca są samymi w sobie problemami krajów rozwijających się czy rozwiniętych. Są to problemy wymagające rozwiązań na szczeblu globalnym, a nie lokalnym czy narodowym.

Zdrowie, zajmujące szczytowe miejsce na piramidzie rozwoju potrzebuje, aby zidentyfikowano dla niego jeden, ważny, nadrzędny cel. Idąc tym tropem: poprawa zdrowia, która może być tym celem, jest jakby wypadkową wielu innych wskaźników przetaczających się przez sprawy ekonomii, uwarunkowania społeczne i środowisko. Niezbędne jest zdefiniowanie słusznego wymiaru, będącego integralną częścią każdego wskaźnika. Oprócz tego uniwersalnego celu określającego zdrowie, potrzebna jest cała hierarchia sektorowo i programowo specyficznych celów i wskaźników, które mogą podsumować aktualne osiągnięcia i zestawić je z elementami nowego programu stworzonego dla zrównoważonego rozwoju.

Wyzwanie stanowi próba stworzenia nadrzędnego celu zdrowotnego, który będzie uwzględniał potrzeby wszystkich krajów, który będzie mówił o zdrowiu wymagającym globalnej troski (pamiętając o zbiorowej i indywidualnej odpowiedzialności za realizację tej troski), który poruszy polityków i społeczeństwa, a przede wszystkim takiego, który będzie miał wymierny i ściśle określony charakter. Niełatwe to zadanie...

Tłum. i oprac.
lek. Szymon Nowak

Źródło: MMI Network News, sierpień 2012

Z WHO: Rozwój zawodowy kadr medycznych kluczem do sukcesu w służbie zdrowia

(dokończenie ze str. 3)

osiągnąć po zrealizowaniu wszystkich tych elementów (Ryc. 1).

Raport miał pokazać, że aby zapełnić niedobory pracowników służby zdrowia i poprawić działanie systemów zdrowotnych, warto zainwestować w ludzi, którzy funkcjonują w systemie. Przez udoskonalenie ich umiejętności, ustawiczny rozwój, można osiągnąć znaczne korzyści. Dokument opisuje przypadki, w których przy zastosowaniu takiego postępowania udało się uzyskać lepszą dostępność do opieki zdrowotnej, wyższą jakość oferowanych usług i redukcję kosztów. I tak autorzy przywołują sytuację w Mozambiku, gdzie technicy chirurgiczni (*técnicos de cirurgia*) wykonują rocznie 92% cięć cesarskich w szpitalach rejonowych, robią to tak samo dobrze jak lekarze, ale za 1/3 ich pensji.

Ryc. 1. Piramida uwzględniająca czynniki mające znaczenie w rozwoju kadr medycznych

Autorzy rekomendują, że rządy powinny zadbać o kreowanie właściwej siły roboczej dla systemów zdrowotnych oraz o rozwój umiejętności kadr medycznych, dający możliwość pełnego wykorzystania ludzkiego potencjału.

Oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: „All the Talents. Executive summary", www.who.int

Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

50-LECIE KATEDRY I KLINIKI

Kalendarium

• Dnia 17 października 1961 roku z inicjatywy prof. Czesława Gerwela dekretem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej powołano na terenie PSK Nr 2 Oddział Kliniczny przy Katedrze Biologii Ogólnej AM.

• Dnia 1 kwietnia 1962, po adaptacji dziesięciu pomieszczeń na poddaszu gmachu głównego PSK Nr 2, otwarto Oddział i zaczęto przyjmować pacjentów.

• W roku 1965 zmieniono nazwę z Oddziału Klinicznego na Klinikę Chorób Pasożytniczych, nadal w łączności z Katedrą Biologii i Parazytologii Lekarskiej, kierowanej przez prof. Czesława Gerwela.

• Od 1969 do 2000 roku Klinika była reprezentowana w Radzie Europejskich Szkół i Instytutów Medycyny Tropikalnej.

• W roku 1970 Klinika Chorób Pasożytniczych została wcielona do Instytutu Chorób Wewnętrznych, a jej kierownictwo powierzono doc. Zbigniewowi Pawłowskiemu. W Klinice wdrożono własny program dydaktyczny chorób pasożytniczych dla studentów V lub VI roku medycyny oraz szkolenie podyplomowe lekarzy specjalizujących się w chorobach zakaźnych.

• Od 1972 do 2000 roku Klinika była siedzibą sekretariatu Międzynarodowej Komisji Włośnicowej.

• W roku 1977 Klinika została przemianowana na Klinikę Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych. Zajęcia dydaktyczne poszerzono o choroby tropikalne.

• Dnia 11 lipca 1978 roku Klinika została włączona do Instytutu Mikrobiologii i Chorób Zakaźnych, którego organizatorem i pierwszym dyrektorem został profesor nadzwyczajny Zbigniew Pawłowski.

• Od grudnia 1979 do lutego 1987, w związku z delegowaniem prof. Zbigniewa Pawłowskiego do pracy w Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie, obowiązki kierownika Kliniki pełniła dr hab. Wanda Kocięcka.

• Od lutego 1987 do września 1996, tj. do czasu przejścia na emeryturę Kliniką kierował ponownie prof. Zbigniew Pawłowski.

• Rok 1989 – pierwszy „Tydzień Medycyny Tropikalnej". Rozpoczął on kolejne doroczne szkolenia organizowane przez Klinikę. Od roku 1997 były to wspólne z Fundacją Redemptoris Missio kursy pod nazwą „Podstawowa opieka zdrowotna w tropiku".

• W maju 1992 roku zarejestrowano przy Klinice Fundację Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio".

• W latach 1993-2000 prof. Zbigniew Pawłowski prowadził międzynarodowy uczelniany program szkoleniowy TEMPUS Unii Europejskiej, dotyczący studentów III roku Wydziału Lekarskiego i młodych pracowników akademickich.

• W roku 1994 rozpoczęto w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie regularne wykłady i zajęcia z medycyny tropikalnej dla kandydatów na misjonarzy.

• Od października 1996 do września 2000 kierownikiem Kliniki została mianowana prof. Wanda Kocięcka.

• Od roku 1996 Klinika rozpoczęła prowadzenie zajęć przeddyplomowych z parazytologii klinicznej i chorób tropikalnych dla studentów obcojęzycznych.

• Od września 2000 kierownikiem Kliniki został prof. Jerzy Stefaniak.

• W roku 2002 Klinika ponownie zmieniła nazwę, tym razem na Klinikę Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych.

• W roku 2006 powołano w Klinice Pracownię Parazytologiczną.

• W roku 2009 utworzono w Klinice Pracownię Medycyny Podróży.

Doktoraty uzyskane w Klinice

Ewa Chwirot (1970), Wanda Kocięcka (1970), Krystyna Talarczyk-Antoniewicz (1974), Kamila Skrzypińska (1974), Włodzimierz Rauhut (1977), Mirosława Lisowska (1979), Ludmiła Budzyńska-Machowska (1983), Jerzy Stefaniak (1987), Bożena Mrozewicz (1991), Małgorzata Pakuła (1994), Janusz Nowosielski (1994), Elżbieta Kacprzak (1995), Barbara Skoryna (1996), Małgorzata Paul (1997), Agata Łużna-Łyskow (1998), Łukasz Pielok (2000), Norbert Rehlis (2005), Witold Rychlicki (2007), Aleksander Waśniowski (2009).

Doktorat honoris causa

W roku 2009 doktorat honoris causa Uniwersytetu Medycznego w Warszawie uzyskał prof. Zbigniew Pawłowski.

Habilitacje pracowników Kliniki

Dr med. Leon Chodera (1967), dr med. Zbigniew Pawłowski (1967), dr med. Wanda Kocięcka (1983), dr med. Jerzy Stefaniak (1998), dr med. Małgorzata Paul (2005).

Tytuły naukowe

Profesor nadzwyczajny i zwyczajny Zbigniew Pawłowski (odpowiednio 1977 i 1991), profesor nadzwyczajny i zwyczajny Wanda Kocięcka (odpowiednio 1992 i 1998), profesor zwyczajny Jerzy Stefaniak (2009).

Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych jest krajowym ośrodkiem referencyjnym w zakresie chorób pasożytniczych i jednym z 3 ośrodków medycyny tropikalnej w Polsce.

Osiągnięcia naukowe Kliniki

uzyskane m.in. poprzez liczne projekty badawcze krajowe oraz międzynarodową współpracę naukową: Center for Disease Control, Atlanta USA (1972-1981 oraz 1990-2000), WHO (1972-1979 oraz 1987-1995), Statens Serum Institute w Kopenhadze, a następnie z Aarhus University (od 1995 roku), są przedstawione w wydawnictwach Uczelni.

Spis pracowników jednostki

Kierownik:	prof. dr hab. med. Jerzy Stefaniak
St. wykładowca:	dr n. med. Elżbieta Kacprzak
Adiunkci:	dr hab. n. med. Małgorzata Paul
	dr n. med. Norbert Rehlis
	dr n. med. Łukasz Pielok
Doktoranci:	lek. med. Karolina Mrówka
	mgr Mateusz Cofta
	mgr Matylda Kłudkowska
St. specjalista naukowo-techniczny:	lek. med. Clinton Muoto
Etat SK:	dr n. med. Barbara Skoryna-Karcz
Poradnia Chorób Pasożytniczych i Odzwierzęcych:	lek. med. Janusz Furmaniuk
Sekretariat:	Alina Miklaszewska

Opracowali:
prof. Zbigniew Pawłowski
prof. Jerzy Stefaniak

„Klinika misjonarzy”

– wpisy do księgi pamiątkowej Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych w Poznaniu

50-LECIE KATEDRY I KLINIKI

»Dziere dzief bu baha bah!
Dziękuję bardzo!

Oto bukiety kwiatów z Senegalu, bukiety ogromnej wdzięczności dla Was KOCHANI WSZYSCY, którzy z taką dobrocią i wyrozumiałością pochylacie się nad nami misjonarzami i nie tylko.

S. Ksawera złączona z Wami w tej samej misji, tj. służbie choremu człowiekowi. Od 13 lat pracuję w ubogiej dzielnicy miasta Pikine. Przez przychodnię przewijają się codziennie setki chorych, zwłaszcza matek z dziećmi…

Szczęść Boże!
s. Ksawera«

»Jestem misjonarzem Zgromadzenia Karmelitów Bosych, prowincji Krakowskiej, pracującym w samym centrum Afryki nad jeziorem Tanganika (Burundi-Bujumbura). W Burundi i w Kwana jesteśmy już od 31 lat. Pracujemy w czterech parafiach (Rwanda-Burundi). Posiadamy również dom rekolekcyjny i formacyjny w Rwandzie i dom formacyjny – studentów filozofii w Burundi.

Po 15 latach mojej pięknej i kochanej pracy misyjnej miałem możliwość udania się do szpitala na badania chorób tropikalnych, aby umocnić swoje zdrowie fizyczne. Za to jestem bardzo wdzięczny wszystkim Lekarzom i Siostrom pielęgniarkom za życzliwość, uśmiech i dobroć i opiekę medyczną.

Imana ibahezagira. Murakoze cyane mze mutima wanje.

Zapraszam wszystkich do naszego domu rekolekcyjnego w Rwanda Butare, którego drzwi są zawsze otwarte.

„Mater Carmeli”
O. Damian, Poznań 09.05.2002«

»Wasza troska i trudy badań – a raczej wyniki – napełniają mnie wielką radością i napełniają nadzieją na szybki powrót do ludzi, do których zostałem posłany.

Czas 15 lat przeżyty nad rzeką Sepik i ponad 30 ataków malarii, które nie pozostawiły zbytnich zmian w moim organizmie upewniają mnie, że Papuasi i ich kraj jest moim miejscem przeznaczenia i wypełnienia misji pomocy tamtym Braciom i Siostrom.

ks. Krzysztof«

»Od 1988 roku pracuję w Afryce jako misjonarka świecka – pielęgniarka. Prowadzę małą przychodnię wiejską w buszu wśród Pigmejów – BAKA. Są to plemiona jeszcze pierwotne i koczownicze. Więc praca ma jest łatwa, zwłaszcza że klimat tropikalny (100 km od równika). Ludzie Ci wyszli z lasów i osiedlili się przy drogach, a już zetknęli się z cywilizacją i kosmosem. Las był dla nich wszystkim, matką, domem i żywicielką, a na skutek eksploatacji drewna, ludzie ci zmuszeni są do nowego życia i tego trzeba ich nauczyć, czuwać i pomagać, aby nie zginęli z głodu i chorób. Są też bardzo wykorzystywani przez inne plemiona jako niewolnicy. Ludzie z natury spokojni i ufni teraz są narażeni na przeróżne stresy. Dlatego tak bardzo każdemu człowiekowi potrzeba ciepła, spokoju i miłości, aby tego doświadczyć, a potem przekazać innym. Dla nas misjonarzy powracających na urlop, aby podreperować zdrowie, taką oazą tego ciepła i dobroci jest Oddział Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych, gdzie personel otacza nas serdecznością i przywraca do zdrowia i funkcjonowania w dalszej pracy misyjnej.

Bożena«

»Wiele w swoim życiu zawdzięczam lekarzom i pielęgniarkom. Wielokrotnie ratowali mi zdrowie i życie.

→

50-LECIE KATEDRY I KLINIKI

(ciąg dalszy ze str. 7)

Przez ten wpis pragnąłbym wyrazić swoją wdzięczność za wszystko, co otrzymałem w czasie mojego 12 dniowego pobytu w Klinice Chorób Tropikalnych w Poznaniu. Dziękuję za serce, troskę, cierpliwość i życzliwą atmosferę.

Przyrzekam modlitwę za cały tutejszy personel, gdy wrócę do mojej ukochanej Ugandy.

o. Bogusław, Misjonarz Afryki
Poznań, 02.08.2002«

»Jesteśmy misjonarkami ze Zgromadzenia Sióstr Opatrzności Bożej. Od 3 lat pracujemy w Kamerunie, w małej buszmennej wiosce – Essiengbot. Tropikalny las, gorące słońce i wilgoć towarzyszy nam każdego dnia.

3 lata to niewiele jeszcze by móc dużo powiedzieć. Ciągle obserwujemy, poznajemy ludzi, ich kulturę i zwyczaje, a Oni nas.

S. Danuta zorganizowała pracownię kroju, szycia i haftu, w której afrykańskie kobiety i dziewczęta ze szkoły podstawowej mogą się nauczyć szycia i haftu. Mają możliwość korzystania z pracowni również poza zajęciami.

Przyszycie guzika, czy załatanie dziury do niedawna stanowiło to wielki problem. Dziś wiele z Nich jest dumnych, że nie tylko guzik przyszyje, dziurę załata, ale i sukienkę i spodenki dla dziecka uszyje, a czasami i trochę grosza można zarobić.

Siostry Opatrzności Bożej«

»Wszędzie dobrze, ale w domu najlepiej. Jeżeli jest jakiś wyjątek, to odnośnie Oddziału Chorób Tropikalnych Akademii Medycznej na Przybyszewskiego, gdzie się czułem naprawdę jak w domu, dzięki zacnemu personelowi Kliniki.

o. Marian«

»Jestem misjonarzem redemptorystą w Burkina Faso (Afryka), gdzie pracuję już 14 lat. Bóg daje mi zdrowie, siłę i chęć, aby w tym kraju pracować i głosić Jezusa wśród ludzi, którzy go jeszcze nie znają. Kraj liczy ponad 10 milionów mieszkańców, 15% to chrześcijanie. Kraj bardzo ubogi. Panuje często głód. Średnia życia dla mężczyzn jest 47 lat, a dla kobiet 51 lat. Najczęściej umierają z powodu malarii, AIDS i chorób płucnych. 30% dzieci chodzi do szkoły podstawowej. Analfabetyzm i obskurantyzm oraz przywiązanie do różnych pogańskich wierzeń, które są nieludzkie.

o. Marek«

»Jestem misjonarką ze Zgromadzenia Sióstr Opatrzności Bożej. Od czterech lat służę Bogu w ludziach biednych, cierpiących i opuszczonych w małej wiosce – Essiengbot. Cztery lata to dużo, a zarazem mało, by można było dużo powiedzieć. Powoli poznaję ich zwyczaje i staram się choć troszkę ich zrozumieć.

Pracuję w Ośrodku zdrowia, w ich pojęciu to „szpital", tam trzeba być salową, pielęgniarką, położną, lekarzem, a najważniejsze dla nich być oddanym dla nich i przyjacielem. Pomagamy ludziom na miejscu w Ośrodku, a często też wyjeżdżamy do wiosek na szczepienia i leczenie.

Najczęstsze choroby to malaria, dur brzuszny, robaki, ameba, gruźlica. Dużo dzieci umiera z powodu anemii, a to jest przyczyną często niedoleczonej malarii.

Dziękuję Bożej Opatrzności, że mogę choć troszkę ulżyć w cierpieniu tym wszystkim, którzy tego od nas misjonarzy oczekują.

s. Celestyna«

»Pod moją opieką są grupy analfabetów w naszej parafii, których liczby są bardzo wielkie. I ich grupy są na każdej stacji, gdzie pod drzewem, przy kaplicy uczą się jak pisać i czytać w ich ojczystym języku – Runyankore. W Rushooka mają znów więcej szczęścia – wybudowana została dla nich klasa, gdzie są ławki, tablice, po-

→

Interesujące przypadki chorób tropikalnych,

leczonych w Klinice Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Ciężki przebieg kliniczny śpiączki afrykańskiej nabytej w Parku Narodowym Królowej Elżbiety w Ugandzie

61-letni pacjent został przekazany transportem lotniczym z oddziału chorób zakaźnych południowo-wschodniej Polski z powodu wysokiej gorączki i objawów niewydolności wielonarządowej po powrocie z Afryki Wschodniej. Mężczyzna przebywał na 16-dniowej wyprawie turystycznej w Ugandzie i Rwandzie, z której powrócił przed 4 dniami. W wywiadzie epidemiologicznym pacjent podawał ukłucie przez muchę tse-tse podczas safari w Parku Królowej Elżbiety w Ugandzie. Przy przyjęciu stan kliniczny pacjenta był ciężki; stwierdzono wysoką gorączkę do 41°C, poprzedzoną dreszczami, cechy skazy krwotocznej, drobno-plamistą wysypkę skórną, tachykardię, hepatosplenomegalię, odwodnienie, zażółcenie powłok skórnych i twardówek, duszność, obrzęki obwodowe i oligurię.

Charakterystyczna zmiana skórna (szankier) na lewym ramieniu pacjenta ukłutego przez zarażoną świdrowcem muchę tse-tse w Parku Narodowym Królowej Elżbiety w Ugandzie (kolekcja Kliniki).

Na skórze lewego ramienia wykryto niebolesną zmianę miejscową o charakterze szankra z martwicą centralną i obwodowym rumieniem (fot.). W badaniach laboratoryjnych stwierdzono leukopenię, trombocytopenię, cechy niedokrwistości hemolitycznej, hiperbilirubinemię, hipoglikemię, hipertransaminazemię, hipoproteinemię, proteinurię, zaburzenia układu krzepnięcia i fibrynolizy o cechach wykrzepiania śródnaczyniowego, kwasicę metaboliczną, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej.

We krwi obwodowej stwierdzono obecność bardzo licznych form rozwojowych trypomastigota *T. brucei*. Ostateczne rozpoznanie podgatunku potwierdzono w Instytucie Medycyny Tropikalnej w Antwerpii (Belgia) techniką polimerazowej reakcji łańcuchowej na podstawie obecności genu SRG charakterystycznego wyłącznie dla *T. b. rhodesiense* oraz wykrycia swoistych przeciwciał IgM we krwi obwodowej. Ze względu na niewydolność oddechową, niewydolność nerek i cechy zespołu wstrząsowego chorego prowadzono przy współpracy z Kliniką Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu UM w Poznaniu. W terapii zastosowano parenteralną pentamidynę, plazmaferezę osoczową, tlenoterapię bierną, preparaty krwiopochodne, aminy katecholowe, leki przeciwkrwotoczne, hepatoprotekcyjne, przeciwzapalne, moczopędne i płyny infuzyjne z pozytywnym efektem terapeutycznym. Przedstawiony pacjent był pierwszym przypadkiem śpiączki afrykańskiej importowanej do Polski i Europy Środkowo-Wschodniej oraz pierwszym przypadkiem zarażenia świdrowcem rodezyjskim wrażliwym na pentamidynę w okresie ostatnich 25 lat.

→

moce… Wdzięczność naszych ludzi jest wielka. Są pełni radości, zapału i chęci do nauki. A my – dziękujemy Bogu i Zgromadzeniu, że możemy żyć wśród tych ludzi, starając się okazywać im Bożą Miłość w myśl naszej Matki Założycielki – Franciszki Lechner: „Nieść radość, czynić dobro, uszczęśliwiać i prowadzić do nieba".

Do Kliniki tutejszej przyjechałam w celu zrobienia badań i „wykrycia" poudarowych skutków...

Wyrażam słowa podziękowania i wdzięczności dla Wszystkich Lekarzy i Całemu Personelowi za życzliwość, troskę, uśmiech i zrozumienie w czasie mojego pobytu tutaj. Bóg zapłać.

s. Angelika, Uganda«

Wybrał:
dr med. Michał Karlik

50-LECIE KATEDRY I KLINIKI

(ciąg dalszy ze str. 9)

Ciężki przypadek objawowej mansonelozy po powrocie z Egiptu i Dominikany

11-letnia dziewczynka wielokrotnie podróżująca wraz z rodzicami od 1 roku życia do Egiptu, Dominikany i Turcji, została przekazana w trybie pilnym do Kliniki ze szpitala dziecięcego, z podejrzeniem choroby tropikalnej narządu wzroku. Pacjentka nigdy nie była konsultowana przed wyjazdem przez specjalistę medycyny tropikalnej lub lekarza medycyny podróży. Podczas pobytu w krajach odmiennej strefy klimatyczno-sanitarnej była często kłuta przez owady.

Po 2 miesiącach od ostatniego powrotu z Egiptu i 22 miesiącach od powrotu z Dominikany, pojawił się szybko narastający, masywny obrzęk powiek lewego oka, z naciekiem zapalnym tkanek miękkich oczodołu, bolesnym zapaleniem spojówek i powiększeniem lokalnych węzłów chłonnych. Ponieważ stosowane leczenie antybiotykami o szerokim spektrum oraz steroidoterapii systemowej nie przynosiło efektu, lekarze okuliści zaproponowali enukleację gałki ocznej, na którą matka dziewczynki nie wyraziła zgody. Przy przyjęciu do Kliniki stwierdzono utrzymujący się od 3 tygodni obrzęk obejmujący obie powieki i tkanki miękkie wokół lewej gałki ocznej z towarzyszącym świądem i rumieniem (fot.), masywny, alergiczny wylew dospojówkowy w kącie zewnętrznym lewego oka, zwężenie szpary powiekowej, podwójne widzenie, osłabienie ostrości wzroku, wzrost ciśnienia środgałkowego i ucisk na nerw wzrokowy. W badaniu krwi obwodowej zaobserwowano wysoką eozynofilię z leukocytozą, podwyższone stężenie gammaglobulin i całkowitej immunoglobuliny IgE.

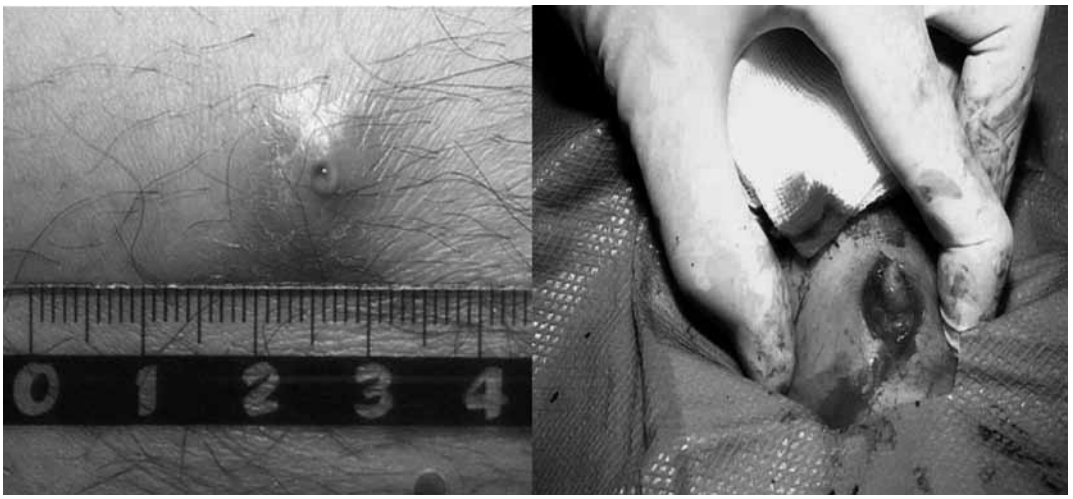
Masywny „obrzęk kalabarski" wokół lewej gałki ocznej w objawowej mansonelozie importowanej z Dominikany (kolekcja Kliniki)

Specjalistyczne badania parazytologiczne krwi obwodowej wykazały obecność egzotycznej mikrofilarii *Mansonella perstans* oraz krążącego antygenu filarii AD12, potwierdzając mansonelozę importowaną z Dominikany. W leczeniu zastosowano albendazol, glikokortykosteroidy, leki przeciwzapalne, przeciwhistaminowe, przeciwobrzękowe i hemostatyczne z pozytywnym efektem terapeutycznym. Po 2 tygodniach leczenia dziewczynka została wypisana do domu bez żadnych następstw klinicznych zarażenia.

Tropikalne muszyce skóry u pacjentów leczonych w Ośrodku Poznańskim

W ciągu ostatnich lat obserwuje się stały wzrost liczby turystów wyjeżdżających do krajów o odmiennych warunkach klimatyczno-sanitarnych. Niestety większość podróżnych nie korzysta z profesjonalnej porady przedwyjazdowej, co przyczynia się do wzrostu zachorowań na infekcyjne i pasożytnicze choroby egzotyczne. Do podstawowych czynników zmniejszających ryzyko zarażenia

→



Sącząca zmiana okolicy skokowej prawej u pacjenta z tropikalną muszycą skóry (kolekcja Kliniki)

Żywa larwa muchówki widoczna w dnie rany podczas zabiegu (kolekcja Kliniki)

NTD – czterech jeźdźców Apokalipsy

Ryc. 1. Drzeworyt Albrechta Dürera: Czterej Jeźdźcy Apokalipsy

Warto podzielić się z czytelnikami MMP tezami artykułu prof. Petera J. Hoteza, z Baylor College of Medicine w Houston, Prezydenta Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Tropikalnej i Higieny nt. zaniedbywanych chorób tropikalnych (neglected tropical diseases – NTD). Artykuł został opublikowany ostatnio w Am.J.Trop.Med.Hyg., 2012, 87 (1): 3-10.

Czterech jeźdźców Apokalipsy jechało na 4 koniach: karym, białym, gniadym i siwym (Ryc. 1). Różne są interpretacje Apokalipsy. Nawiązując do obecnych czasów autor, znany specjalista zdrowia publicznego, wiąże 4 jeźdźców z 4 aktualnymi plagami: zarazy, śmierci, głodu i wojny.

Zaraza. Infekcje tropikalne należą do najbardziej pospolitych chorób najbiedniejszej, aż 1,4 miliardowej części populacji w świecie, tzw. „miliarda na dnie", żyjącego – wg standardów Banku Światowego – za mniej niż 1,25 US$ dziennie. Globalną liczbę przypadków podaje tabela 1. W rzeczywistości liczba pojedynczych zakażeń i zarażeń, w efekcie zjawiska częstego poliparazytyzmu, przekracza 3-4 miliardy. Zwalczanie większości wymienionych zakażeń i zarażeń, za wyjątkiem malarii *P. falciparum*, jest zaniedbywane i należy do NTD. Termin ten został wprowadzony do literatury medycznej w roku 2005 na oznaczenie grupy przewlekłych zakażeń i zarażeń, znacznie upośledzających stan zdrowia, oszpecających i/lub społecznie stygmatyzujących. WHO określa ich liczbę na 17, a na łamach czasopisma PLoS pisze się o blisko czterdziestu NTD. Ich wspólnym rezultatem jest bieda, spowodowana niekorzystnym wpływem na rozwój fizyczny i intelektualny dzieci, nieprawidłowy przebieg ciąży i niską wydajność pracy rolników.

Tabela 1. Przybliżona liczba globalnych chorób tropikalnych w milionach przypadków

askaroza	807
trichuroza	604
ankylostomoza	576
schistosomoza	391-587
ameboza w tym *E.dispar*	480
malaria	216
limfatyczna filarioza	115
denga	70-500
jaglica	40
strongyloidoza	30-100
onchocerkoza	26
zakażenia przywrami wątrobowymi	24
paragonimoza	23
dur brzuszny	22
leiszmanioza	12
choroba Chagasa	10
zakażenia przywrami jelitowymi	7
paradury	5
cholera	3-5
fascioloza	3
trąd	<0,5
RAZEM	**3,5-4,2 miliarda**

Śmierć. NTD są znaczącą przyczyną globalnej liczby przedwczesnych zgonów. Ich liczbę podaje tabela 2. Ocenia się, że rocznie 1,5 miliona ludzi ginie z powodu NTD. Jest to liczba, która przekracza śmiertelność z powodu zakażeń układu oddechowego i zbliża się do 1,8 miliona ludzi, którzy w roku 2010 zmarli z powodu AIDS.

(ciąg dalszy na str. 14)

Interesujące przypadki chorób tropikalnych...

(ciąg dalszy ze str. 10)

larwami muchówek należy ochrona mechaniczna przed ukłuciami owadów w postaci moskitier i siatek w oknach, odpowiedniej odzieży i obuwia oraz unikanie suszenia ubrań bawełnianych na wolnym powietrzu.

W Klinice Chorób Tropikalnych w Poznaniu hospitalizowano ostatnio kilkoro pacjentów, u których rozpoznano tropikalne muszyce skóry. W badaniu przedmiotowym u pacjentów, po powrocie z Ameryki Południowej i Afryki, stwierdzono typowe zmiany skórne w postaci guzków zapalnych z charakterystycznym otworem na szczycie. Wszyscy pacjenci zostali poddani zabiegowi chirurgicznemu, podczas którego usunięto żywe larwy muchówek należące do rodzaju *Dermatobia* spp. oraz *Cordylobia* spp.

Problemy skórne należą do najczęściej występujących dolegliwości u osób powracających z tropiku i mimo że najczęściej diagnozuje się grzybice, zapalenia mieszków włosowych czy wyprysk potnicowy, pasożytnicze choroby skóry, w tym tropikalne muszyce, muszą być uwzględniane w diagnostyce różnicowej.

PROGRAM VII OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI CHOROBY TROPIKALNE I PASOŻYTNICZE. MEDYCYNA PODRÓŻY

SESJA JUBILEUSZOWA 50-LECIA KATEDRY I KLINIKI CHORÓB TROPIKALNYCH I PASOŻYTNICZYCH UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. K. MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

09.00-09.15 Uroczyste powitanie zaproszonych gości — *Prof. Jerzy Stefaniak i Dr med. Elżbieta Kacprzak*
Stół Prezydialny: JM Rektor UMP – Prof. Jacek Wysocki
Dziekan WL II – Prof. Zbigniew Krasiński
Prof. dr h.c. Zbigniew Pawłowski
Prof. Wanda Kocięcka
Dyrektor SK im. H. Święcickiego – Dr Krystyna Mackiewicz
Prof. Jerzy Stefaniak

09.15-10.00 Okolicznościowe wystąpienia zaproszonych gości.

10.00-10.30 Jubileusz 50-lecia Katedry i Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu — *Prof. Roman Meissner (Poznań)*

10.30-10.50 Listy z podróży… wspomnienia i refleksje — *Aleksander Machalica*

10.50-11.05 Przerwa / sesja plakatowa / wystawy fotograficzne

SESJA I: Medycyna podróży

Przewodniczący: Prof. Jacek Wysocki
Prof. Eskild Petersen
Prof. Janusz Ślusarczyk

11.05-11.25 Szczepienia przed podróżą. Czy tylko przeciw chorobom tropikalnym? — *Prof. Jacek Wysocki (Poznań)*

11.25-11.45 Malaria in Europe with special emphasis on the risk of reintroducing *Plasmodium vivax* — *Prof. Eskild Petersen (Aarhus, Dania)*

11.45-12.05 Profilaktyka wirusowych zapaleń wątroby u dorosłych przed podróżą — *Prof. Janusz Ślusarczyk (Warszawa)*

12.05-12.20 Środowiskowe uwarunkowania rozwoju wektorów chorób transmisyjnych w Afryce Zachodniej — *Prof. Elżbieta Lonc, Katarzyna Rydzanicz (Wrocław)*

12.20-12.45 Przerwa / sesja plakatowa / wystawy fotograficzne

SESJA II: Epidemiologia i medycyna tropikalna

Przewodniczący: Prof. Piotr Kurnatowski (Łódź)
Prof. Anna Okulewicz (Wrocław)
Prof. Anna C. Majewska (Poznań)

12.45-13.00 Mikrosporydia – małe, tajemnicze i zabójcze patogeny — *Prof. Anna C. Majewska (Poznań)*
13.00-13.15 Wybrane aspekty grzybic endemicznych — *Prof. Piotr Kurnatowski (Łódź)*
13.15-13.30 Czy gady egzotyczne mogą stanowić zagrożenie epidemiologiczne? — *Prof. Anna Okulewicz (Wrocław)*
13.30-13.45 Epidemiologia chorób i urazów wśród żołnierzy biorących udział w operacjach wojskowych — *Płk. prof. Krzysztof Korzeniewski, Dr Bartosz Morawiec (Gdynia)*
13.45-14.00 Leiszmaniozy skórne u turystów po powrocie z krajów tropikalnych — *Prof. Romuald Olszański (Gdynia)*

14.00-14.50 Lunch / sesja plakatowa / wystawy fotograficzne

SESJA III: Diagnostyka różnicowa chorób tropikalnych

Przewodniczący: Dr hab. Małgorzata Paul (Poznań)
Dr med. Wacław L. Nahorski (Gdynia)
Prof. Romuald Olszański (Gdynia)

14.50-15.05 Zagrożenia chorobami egzotycznymi w peruwiańskich Andach — *Dr hab. Małgorzata Paul (Poznań)*
15.05-15.20 Bąblowice wątroby — *Prof. Jerzy Stefaniak (Poznań)*
15.20-15.35 Pasożytnicze guzy wątroby naciekające duże żyły — *Prof. Jerzy Polański, Dr med. Małgorzata Polańska-Płachta (Warszawa)*
15.35-15.50 Nowe oblicza malarii wywołanej przez *Plasmodium vivax — Dr med. Wacław L. Nahorski (Gdynia)*
15.50-16.10 Nowe możliwości diagnostyczne w ocenie przebiegu klinicznego malarii — *Dr Karolina Mrówka (Poznań)*
16.10-16.15 Podsumowanie i zakończenie konferencji *Prof. Jerzy Stefaniak i Dr med. Elżbieta Kacprzak (Poznań)*

16.15-16.30 Przerwa / sesja plakatowa

SESJA SATELITARNA: Medycyna podwodna, zwierzęta jadowite, rośliny trujące

Przewodniczący: Dr med. Marek Popielarz (Poznań)
Dr hab. Tomasz Banasiewicz (Poznań)
Dr med. Norbert Rehlis (Poznań, Port Moresby, Papua Nowa Gwinea)

16.30-16.50 Nurkowanie rekreacyjne i nie tylko. Aspekty medyczne — *Dr med. Marek Popielarz (Poznań)*
16.50-17.10 Jak postępować w przypadku ukąszeń przez zwierzęta jadowite w tropiku — *Dr hab. Małgorzata Paul (Poznań)*
17.10-17.30 Niebezpieczne i trujące rośliny krajów egzotycznych — *Dr Karol Węglarski (Poznań)*
17.30-17.50 Medyczne przygotowanie uczestników wypraw trekkingowych i survivalowych planujących wyjazd do strefy tropikalnej — *Dr hab. Tomasz Banasiewicz (Poznań)*
17.50-18.20 Film pt: Niebezpieczne zwierzęta zatoki Bootless Bay w Papui Nowej Gwinei — *Dr med. Norbert Rehlis (Poznań, Port Moresby, Papua Nowa Gwinea)*

NTD – czterech jeźdźców Apokalipsy

(ciąg dalszy ze str. 11)

Tabela 2. Przybliżona liczba zgonów na świecie z powodu chorób tropikalnych

malaria	665 000
schistosomoza	280 000
dur brzuszny	217 000
cholera	120 000
ankylostomoza	65 000
wścieklizna	55 000
leiszmaniozy	51 000
ameboza	40 000
denga	21 000
choroba Chagasa	14 000
trichuroza	10 000
zarażenie przywrami drogą pokarmową	7 000
trąd	6 000
RAZEM	**1,5 miliona**

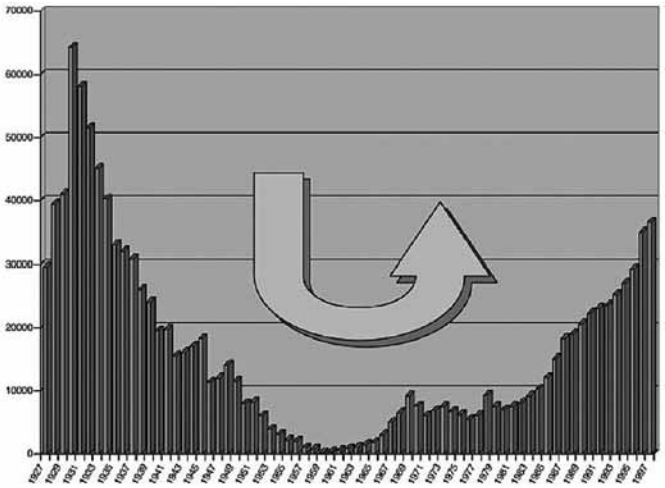
Głód. NTD, upośledzając zdrowie, działają negatywnie na sposób odżywiania się społeczności dotkniętych chorobami, prowadząc niekiedy do klęski głodu. Jej mechanizmy, razem z wpływem konfliktów zbrojnych, są podane w tabeli 3. Do najważniejszych należą słoniowacizna (filarioza), ślepota (jaglica i onchocerkoza), niedokrwistość (malaria, zarażenie tęgoryjcem, schistosomoza).

Tabela 3. Głód i wojny: zwiększanie się częstości występowania chorób tropikalnych wynikiem niedoboru pożywienia i konfliktów zbrojnych

Redukcja produkcji rolnej
Pozostawienie odłogiem terenów uprawnych
Światowy kryzys żywnościowy
Redukcja poziomu edukacji i zarobków w przyszłości
Wzrost ignorancji i stygmatyzacji społecznej
Obniżenie stanu zdrowia matek i dzieci

Wojna. Wojny są bezpośrednio przyczyną zakażeń i zarażeń. W czasie II wojny światowej w rejonie Pacyfiku zachorowało na malarię ponad 500.000 żołnierzy amerykańskich, na dengę – 100.000, na filariozę i niedokrwistość wywołaną zarażeniem tęgoryjcem po 10.000. NTD są często powodowane niszczeniem infrastruktury ochrony zdrowia w rejonach konfliktów. Przykładem jest nawrót śpiączki afrykańskiej w Angoli, Kongu, Sudanie (Ryc. 2). Pytaniem – bez racjonalnej jeszcze odpowiedzi – jest, na ile bieda, wywołana NTD, jest przyczyną konfliktów i sprzyja ich utrzymywaniu się.

Zwalczanie NTD. W ciągu ostatnich dwóch dziesięcioleci masowe stosowanie leków pozwoliło na zmniejszenie zapadalności na limfatyczną filariozę w Chinach, onchocerkozę w Mali, w Senegalu i w Ameryce Łacińskiej oraz jaglicę w wielu krajach dotkniętych tą chorobą. W kolejce do likwidacji masowych zarażeń czekają geohelmintozy i schistosomoza. Znaczną pomocą w kontroli tych chorób były darowizny leków przekazywane przez koncerny farmaceutyczne lub ich pozyskiwanie po niskiej cenie. Należy tu podkreślić dużą aktywność wielu organizacji międzynarodowych, rządowych, pozarządowych (w tym np. Fundacji Gatesa). Potrzeby finansowe i organizacyjne są jednak ogromne. Optymizmem napawa zaangażowanie w projekty masowego stosowania chemioterapii na terenie wzrastających potęg ekonomicznych (Chiny, Indie, Brazylia, a ostatnio Nigeria). Szansę całkowitej likwidacji w niektórych krajach mają limfatyczna filarioza, jaglica, onchocerkoza i trąd. W pewnych NTD (śpiączka afrykańska, choroba Chagasa, kala-azar) znane i dostępne są już „narzędzia i sposoby" zwalczania, ale w znacznej części NTD (np. zarażenia tęgoryjcem, schistosomoza), głównie z uwagi na szybką re-inwazję, nie ma jeszcze opracowanych skutecznych narzędzi zwalczania. Potrzeba dalszych badań naukowych i nowoczesnych technologii nie tylko w zakresie nowych leków, ale również testów diagnostycznych i szczepionek.



Ryc. 2. Liczba nowych przypadków śpiączki afrykańskiej w Afryce, w latach 1927-1997, wg Simarro i wsp. 2008

W dalszym ciągu artykułu autor opisuje szczegółowo sytuacje w zakresie zwalczania niektórych NTD w wybranych krajach. Każdy, kto jest zainteresowany tym tematem, powinien zapoznać się bliżej z ww. artykułem. Dużo miejsca autor, pracujący w Sabin Vaccine Institute i w Texas Children's Hospital Center for Vaccine Development, poświęca produkcji nowych szczepionek.

Jest faktem, trochę zaskakującym, że w artykule tego rodzaju nie ma mowy o edukacji, jako ważnym czynniku w zwalczaniu NTD, edukacji nie tylko zaatakowanych, zmarginalizowanych populacji, ale również i osób decydujących o lokalnej polityce zdrowotnej i ekonomicznej.

Wybrał i tłumaczył:
prof. Zbigniew Pawłowski

Współzakażenie prątkiem gruźlicy i wirusem HIV – trudności w diagnostyce i leczeniu

Gruźlica jest chorobą o charakterze układowym, wywoływaną przez prątki z rodzaju *Mycobacterium*. Minęło 120 lat od odkrycia przez dr Roberta Kocha czynnika etiologicznego gruźlicy. Wydaje się, że świat medyczny poczynił wielki postęp w kontrolowaniu tej choroby. Z drugiej strony, do dnia dzisiejszego używa się metod diagnostycznych opracowanych przez dr Kocha. W leczeniu zaś podaje się leki sprzed 40 lat. Szacuje się, że dziś na gruźlicę umiera blisko 160 osób na godzinę! Gruźlica odpowiada za 1/4 zgonów osób zakażonych HIV. W tej grupie pacjentów doszło do sytuacji, gdzie ewolucja bakterii wyprzedziła postęp w leczeniu i w części przypadków mówić można o nieuleczalnej gruźlicy.

Na początku należy wyjaśnić pewne nieścisłości związane z gruźlicą. Po pierwsze pojęcie zakażenia prątkiem gruźlicy i zachorowania na gruźlicę to nie to samo. W naukowych opracowaniach związanych z gruźlicą populację ludzi dzieli się tradycyjnie na trzy grupy: osoby niezainfekowane, osoby zakażone prątkiem i osoby chore na gruźlicę. Ryzyko, że u osoby zakażonej rozwinie się choroba waha się między 5-10%; jest znacznie wyższe u pacjentów zakażonych HIV. Druga nieścisłość dotyczy przekonania, że gruźlica przestała być problemem globalnym. Okazuje się, że z 7 miliardów ludzi – 2,3 miliarda zakażonych jest prątkiem i u około 9 milionów osób rocznie rozwija się choroba. Ponadto, gruźlica powoduje rocznie od 1,4-2 milionów zgonów. Trzecia nieścisłość dotyczy metod diagnostycznych choroby – uważa się, że zdiagnozowanie zakażenia nie stanowi problemu. Do dyspozycji w rzeczywistości są dwa testy – próba Mantoux i test wykorzystujący reaktywność na antygeny prątka (interferon gamma blood test). Skórny test z tuberkuliną (TST, próba Mantoux) jest mało czuły i mało specyficzny. Diagnostyka choroby w wielu przypadkach opiera się na badaniu mikroskopowym plwociny, na metodzie opracowanej przez dr Kocha. U pacjentów zakażonych HIV czułość tego badania jest niska, oceniana na 40%. Hodowla próbki plwociny jest uważana za złoty standard diagnostyki, ale jest technicznie trudna i wymaga wiele czasu. Wydaje się, że lepszą metodą jest Xpert MTB/Rif assay oparty na technice PCR, dzięki któremu w przeciągu dwóch godzin można potwierdzić diagnozę i określić lekooporność prątków. Po wprowadzeniu tej metody spodziewano się istotnego postępu nad kontrolą gruźlicy, zwłaszcza w krajach rozwijających się. Problemem okazał się jednak wysoki koszt badania.

Dr Robert Koch przy pracy (źródło: Internet)

Gruźlica i wirus HIV działają w sposób synergistyczny. Pacjenci zakażeni HIV są bardziej predysponowani do zachorowania na gruźlicę ze względu na ich upośledzony stan odporności. Zakażenie HIV jest uważane za najważniejszy czynnik ryzyka przejścia zakażenia prątkiem w stan choroby. Bardzo trudna jest diagnostyka gruźlicy u tych pacjentów. Często próbki plwociny wypadają ujemnie, a 1/3 chorych nie prezentuje żadnych zmian na zdjęciu rentgenowskim klatki piersiowej. Często gruźlica lokalizuje się poza płucami, co dodatkowa utrudnia diagnozę. Gruźlica jest częstą przyczyną śmierci u pacjentów z AIDS, zwłaszcza jeśli choroba jest w zaawansowanym stadium i nie wdrożono leczenia przeciwretrowirusowego.

Dzięki wczesnej diagnozie i wdrożeniu leczenia u pacjentów z HIV można ograniczyć rozwój objawowej gruźlicy i zmniejszyć liczbę zgonów z jej powodu. Szybka diagnoza i leczenie zabezpiecza przed ewolucją choroby, ponadto, przez obniżenie zakaźności pacjenta, zmniejsza transmisję na inne osoby. Postęp choroby można ograniczyć również przez leczenie samego zakażenia prątkiem. Ważne jest jednak wykluczenie już rozwiniętej gruźlicy po to, aby nie generować oporności bakterii przez stosowanie zbyt mało intensywnego leczenia.

Problemem jest fakt, że na chwilę obecną nie ma powszechnie akceptowanego, czułego sposobu postępowania dotyczącego diagnostyki gruźlicy u chorych z HIV.

→

Współzakażenie prątkiem gruźlicy i wirusem HIV – trudności w diagnostyce i leczeniu

(ciąg dalszy ze str. 15)

Badania z udziałem CDC, USAIDS, ministerstw zdrowia poszczególnych krajów opracowały algorytm, który może rozwiązać ten problem. Pacjentów należy pytać o trzy objawy – kaszel, gorączkę, nocne poty trwające dłużej niż 3 tygodnie – pozwalają one zakwalifikować pacjentów do odpowiednich grup diagnostycznych. Pacjenci, którzy nie podają żadnego z ww. objawów, są uważani za wolnych od choroby. Można im zaproponować profilaktykę przeciwgruźliczą, jeśli są do niej wskazania. Pacjenci prezentujący przynajmniej jeden z ww. objawów wymagają dalszych badań.

Należy zaznaczyć, że do tej pory screening w kierunku gruźlicy odbywał się na podstawie zaleceń WHO z 2007 roku, w których sugerowano pytać tylko o kaszel. Czułość pojedynczego objawu określono na 33%, podczas gdy czułość kombinacji ww. objawów wynosi 93%. To samo badanie dowiodło, że płynne hodowle z dwóch próbek plwociny pacjentów z HIV są ponad dwukrotnie bardziej czułe w rozpoznawaniu gruźlicy niż badania mikroskopowe plwociny, zalecane przez WHO. Problem jednak stanowi skala trudności technicznych i warunki, jakie należy spełnić, prowadząc płynne hodowle prątków.

Pacjenci zakażeni prątkiem, u których nie rozwinęła się jeszcze objawowa gruźlica, mogą zostać poddani prewencyjnej, 6-miesięcznej terapii izoniazydem. Badania przeprowadzone przed wdrożeniem powszechnej terapii antyretrowirusowej dowodziły, że terapia izoniazydem zmniejsza o 64% ryzyko rozwoju objawowej gruźlicy.

W 2008 roku WHO rekomendowało terapię izoniazydem u wszystkich osób HIV-pozytywnych, żyjących w krajach z endemiczną gruźlicą. Uważa się, że sama terapia antyretrowirusowa zmniejsza ryzyko rozwoju objawowej gruźlicy i działa synergistycznie z izoniazydem. Badania przeprowadzone w Botswanie pokazały, że 36-miesięczna terapia złożona z ART i izoniazydu jest o 74% bardziej skuteczna w zapobieganiu rozwojowi gruźlicy niż półroczna terapia – jednak tylko u pacjentów, u których próba tuberkulinowa wypadła pozytywnie. Takie obserwacje mają istotne znaczenie w zapobieganiu rozwojowi gruźlicy wśród mieszkańców krajów o wysokim rozpowszechnieniu zakażeń HIV. Okazało się, że 36-miesięczna terapia złożona z izoniazydu i ART, wdrożona przy liczbie limfocytów CD4<250/μl, jest bardziej skuteczna w ograniczeniu występowania objawowej gruźlicy, niż ART rozpoczynana przy liczbie limfocytów <350/μl.

Na podstawie przeprowadzonych badań pojawiły się nowe wytyczne WHO dotyczące rozpoznawania, leczenia i kontroli gruźlicy wśród pacjentów zakażonych HIV.

Pacjenci z HIV/AIDS powinni być monitorowani w kierunku gruźlicy na podstawie nowego algorytmu, uwzględniającego pytanie o 4 podstawowe objawy – kaszel, gorączkę, utratę masy ciała i nocne poty. Jeśli osoby badane nie prezentują żadnego z tych objawów, można przyjąć za mało prawdopodobne, że chorują na gruźlicę i zaproponować im profilaktykę opartą na izoniazydzie.

Pacjenci z HIV/AIDS, którzy prezentują ww. objawy, są podejrzani o zakażenia prątkiem i powinni być dalej oceniani pod kątem gruźlicy i innych chorób.

Pacjenci z HIV/AIDS, którzy mają pozytywny lub niewiadomy wynik próby Mantoux i na podstawie ww. objawów są klasyfikowani jako grupa z małym prawdopodobieństwem gruźlicy, powinni otrzymywać izoniazyd przynajmniej przez 6 miesięcy.

Kiedy to możliwe, pacjenci z HIV/AIDS powinni otrzymywać profilaktykę izoniazydem przynajmniej przez 36 miesięcy, niekiedy do końca życia. Kiedy to możliwe, próba Mantoux powinna być wykorzystywana dla oceny pacjentów, którzy mogliby odnieść korzyść z długotrwałego pobierania izoniazydu.

Międzynarodowa strategia kontroli gruźlicy znana jest pod akronimem DOTS – directly observed treatment, short course – to znaczy, że pacjenci z gruźlicą powinni być poddani efektywnemu leczeniu, bezpośredniemu nadzorowi nad przyjmowaniem leków, oraz standaryzowanej obserwacji, ocenie i raportowaniu. Uważa się, że strategia DOTS mogła od 1990 roku uratować życie 7 milionom ludzi na świecie. Rozpowszechnienie nowych zakażeń i śmiertelność z powodu gruźlicy spadły od momentu wprowadzenia strategii DOTS. Efekty leczenia są jednak niezadowalające. Wpływa na to wiele czynników, między innymi: niewystarczające zasoby i zaangażowanie do wprowadzania strategii DOTS na terenach krajów rozwijających się; skupienie na leczeniu choroby a nie zakażenia; epidemia HIV, wpływająca na pojawianie się lekoopornych szczepów oraz niedostateczne uwzględnienie społecznych uwarunkowań sprzyjających transmisji zakażenia.

WHO wzywa do ulepszenia skryningu i diagnostyki gruźlicy, uwzględniając zastosowanie najnowszych technik wykrywania choroby. Ponadto, konieczne jest wdrożenie leczenia przypadków zakażeń prątkiem gruźlicy. W sytuacji dużego rozpowszechnienia zakażenia HIV wprowadzenie profilaktyki izoniazydem może przynieść duże korzyści w zapobieganiu objawowych przypadków gruźlicy. W końcu konieczne są dalsze prace nad ulepszeniem szczepionki przeciw gruźlicy, nad krótszą i bardziej skuteczną terapią przeciwgruźliczą oraz nad nowymi testami diagnostycznymi.

Tłumaczenie i opracowanie:
lek. Szymon Nowak

Źródło: „CDC Ground Rounds: the TB/HIV Syndemic"; CDC Report (MMWR); 2012, 61(26);484489; www.cdc.gov

Konsekwencje kliniczne niedoboru jodu w świecie

Katarzyna Łącka

Katedra Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, email: kktlacka@gmail.com

Jod jest pierwiastkiem niezbędnym dla prawidłowego rozwoju człowieka. Jest on podstawowym substratem w syntezie hormonów tarczycy (HT): tyroksyny (T_4) i trijodotyroniny (T_3), które warunkują prawidłowe funkcjonowanie wielu narządów i układów. Hormony tarczycy wpływają bowiem na:

- wzrastanie → ich brak prowadzi do niskiego wzrostu;
- rozwój mózgu i obwodowego układu nerwowego → ich brak objawia się upośledzeniem umysłowym i zmianami neurologicznymi;
- przemianę materii → ich brak prowadzi do wystąpienia zaparć i otyłości;
- gospodarkę lipidową → brak HT jest przyczyną wysokiego stężenia cholesterolu we krwi z wszystkimi tego konsekwencjami, a więc chorobą wieńcową serca, zawałem serca, nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami rytmu, zmianami w EKG.

Ponadto niedobór hormonów tarczycy prowadzi do: 1) wystąpienia zmian skórnych (skóra bardzo sucha, łuszcząca, objaw „brudnych łokci i kolan"); 2) zaburzeń nastroju, pamięci; 3) dolegliwości stawowych, niekiedy rozpoznawanych jako zapalenie stawów czy tzw. reumatyzm; 4) obniżonej odporności.

Szczególnie ważne dla rozwoju człowieka, zwłaszcza dla rozwoju mózgu, jest prawidłowe stężenie hormonów tarczycy w życiu płodowym i pierwszych trzech latach życia.

Występowanie jodu w środowisku

Jod występuje głównie w morzach i oceanach, ale także w glebie, słodkich zbiornikach wodnych, powietrzu, żywności. Największe stężenie jodu obserwuje się na terenach nadmorskich, gdzie stwierdza się stałe jego nasycenie korelujące z wysokim stężeniem w glebie, powietrzu i żywności. Najniższe stężenie występuje w okolicach górskich. Zawartość jodu w glebie na terenach jego niedoboru wynosi ok. 10 mg/KG, podczas gdy w glebach nadmorskich jego stężenie wynosi do 1g/KG. Z kolei w wodach gruntowych stężenie jodu wynosi poniżej 2 mg/L na terenach niedoboru jodu, natomiast na terenach nadmorskich od 5 do 10 mg/L.

Metabolizm jodu

Jod dostarczany jest do organizmu drogą pokarmową, oddechową (nad morzem, w pobliżu tężni) lub przez skórę. Główną drogą jest droga pokarmowa wraz z przyjmowaniem pożywienia (mleko, jaja, ryby morskie, sól jodowana, witaminy z zawartością jodu, preparaty jodowe). Dzienne spożycie jodu u dorosłego człowieka powinno być w granicach 120-250 μg.

Niedostateczna podaż jodu do organizmu prowadzi do upośledzenia biosyntezy hormonów tarczycy i w konsekwencji do chorób z niedoboru jodu (IDD **I**odine **D**eficiency **D**isorders), do których należą między innymi wole, wrodzona niedoczynność tarczycy, kretynizm endemiczny.

Ocena stężenia jodu i jego metabolizmu w ustroju

Kryterium dostatecznej podaży jodu jest utrzymanie stężenia jodków w surowicy na poziomie ok. 23,6 nmol/l (0,3 μg/100mL). Pośrednim wykładnikiem prawidłowej suplementacji jodem jest dzienne jego wydalanie z moczem w granicach 100-150 μg/L.

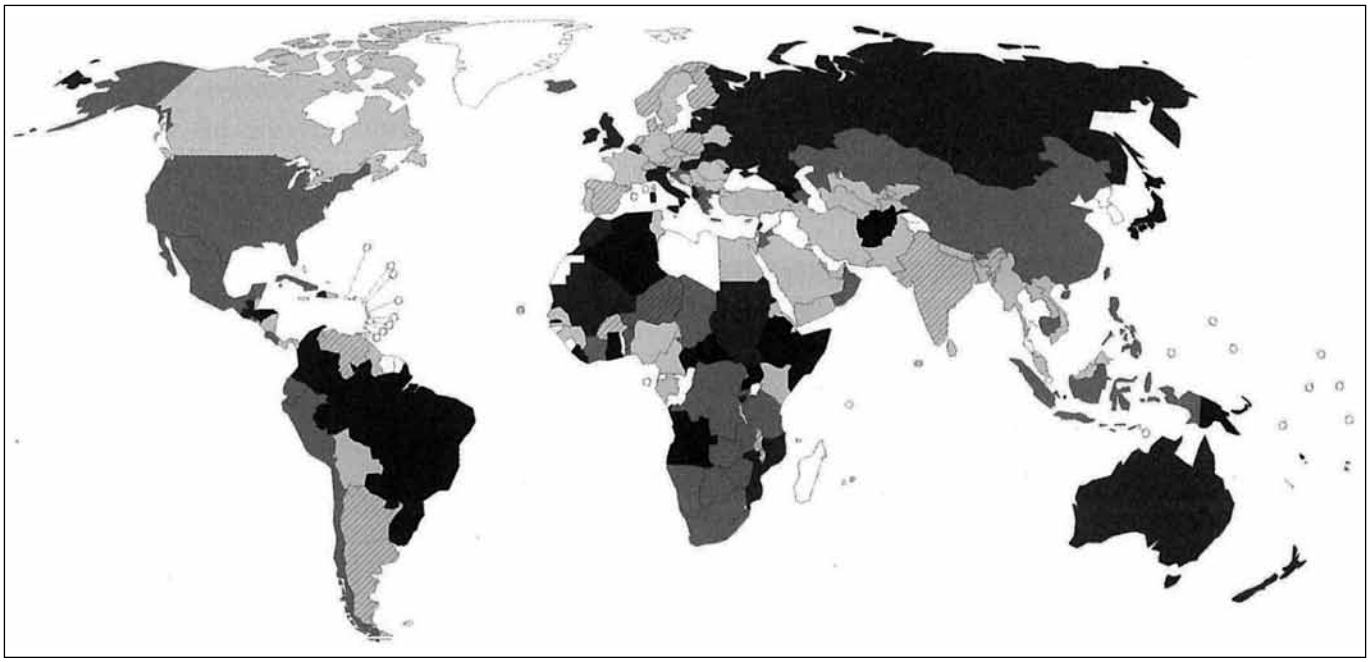
Dla oceny stężenia jodu w ustroju ludzkim wykorzystuje się badanie jego stężenia we krwi oraz badanie stężenia w próbce moczu lub jego wydalania w dobowej zbiórce moczu. Niestety, oznaczenia te nie są szeroko stosowane na świecie, nawet w krajach bogatych, stąd pośrednimi badaniami oceniającymi stopień niedoboru jodu jest ocena stężenia TSH w surowicy, stężenia tyreoglobuliny (Tg) w surowicy oraz badanie ultrasonograficzne tarczycy (USG).

Występowanie niedoboru jodu na świecie

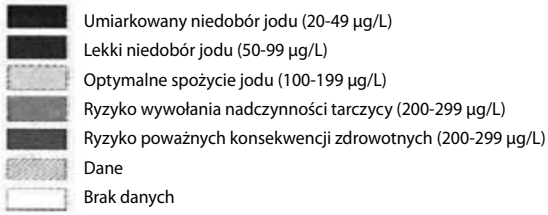
Około 1,5 miliarda ludzi (tj. ok. 28,9% populacji na świecie) narażonych jest na pojawienie się chorób z niedoboru jodu. Spośród nich u około 655 milionów mieszkańców (12%) stwierdza się wole endemiczne. Z kolei występowanie kretynizmu na obszarach endemii jodu obserwuje się aż u 15% mieszkańców. Dane te, dzięki zakrojonej na szeroką skalę walce z niedoborem jodu, ulegają zmianom.

Zgodnie z kryteriami podanymi przez WHO, w zależności od stężenia jodu w moczu *(UIC – urinary iodine concentration)*, niedobór jodu dzieli się na: ciężki (UIC<20 μg/L), umiarkowany (UIC: 20-49 μg/L) i lekki (UIC: 50-99 μg/L). Z kolei o prawidłowej suplementacji jodem świadczy wartość UIC w granicach 100-199 μg/L. Przy wartościach UIC wahających się od 200-299 μg/L rozpoznaje się nadmiar jodu, znacznie zwiększający ryzyko wystąpienia nadczynności tarczycy (iodine-induced hyperthyroidism). Tabela 1 przedstawia liczbę ludności z nieprawidłowym indeksem jodowym w poszczególnych regionach na świecie.

(ciąg dalszy ze str. 17)



Ryc. 1. Występowanie niedoboru jodu na świecie na podstawie danych z 2011
(Źródło: *Anderson M, Karumbunathan V, Zimmermann MB: Globar iodine status In 2011 and trends over the past decade. J Nutr 2012, Febr 29 Epub ahead of print)*



Tab. 1. Odsetek ludności z nieprawidłowym indeksem jodowym (UI<100µg/L) w różnych regionach świata (dane wg WHO z 2011)

	Liczba krajów	Dzieci w wieku szkolnym		Ogółem	
		%	Liczba (mln)	%	Liczba (mln)
Afryka	10	39,3	57,9	40,0	321,1
Ameryka	2	13,7	14,6	13,7	125,7
Region wschodnio-śródziemnomorski	4	38,6	30,7	37,4	199,2
Europa	11	43,9	30,5	44,2	393,3
Azja Południowo-Wschodnia		31,8	76,0	31,6	541,3
Kraje Zachodniego Pacyfiku	5	18,6	31,2	17,3	300,8
Ogółem	**32**	**29,8**	**240,9**	**28,5**	**1881,2**

Choroby z niedoboru jodu (IDD)

Spośród chorób powstających w wyniku nieprawidłowej podaży jodu u ludzi należy wymienić: wole (czyli powiększenie tarczycy), wrodzoną niedoczynność tarczycy, kretynizm endemiczny, zmiany neurologiczne i upośledzenie umysłowe.

W zależności od okresu życia w wyniku niedoboru jodu mogą wystąpić następujące zmiany:

u płodu:	poronienie, porody martwe, wzrost umieralności okołoporodowej i noworodków, kretynizm endemiczny
u noworodków:	wole jawna lub subkliniczna niedoczynność tarczycy
u dzieci	młodzieńcza niedoczynność tarczycy upośledzenie rozwoju umysłowego lub/i fizycznego
u dorosłych:	wole i jego powikłania niedoczynność tarczycy endemiczne upośledzenie umysłowe spadek płodności

Wole endemiczne

Wole endemiczne jest to powiększenie tarczycy związane z nieprawidłową suplementacją jodem, w następstwie

czego dochodzi do jego niedoboru. O wolu endemicznym mówimy wówczas, gdy jego częstość występowania w populacji jest wyższa niż 5% ogółu społeczeństwa zamieszkującego dany teren.

Spośród czynników wolotwórczych należy wymienić: niektóre leki, np. leki tyreostatyczne i sole litu oraz pokarmy np. kapusta, brukselka i kalafior, soja, proso, maniok.

Kapusta, brukselka, kalafior zawierają tioglikozydy, które znacznie obniżają przyswajanie jodu z układu pokarmowego. Tioglikozamidy znajdują się ponadto w rzepie, orzeszkach ziemnych i gorczycy.

Z kolei proso, główny składnik diety na obszarach wiejskich w krajach tropikalnych, jest bogate w C-glikozyloflawony, wykazujące efekt wolotwórczy i antytarczycowy, podobny do leku methimazolu stosowanego w leczeniu nadczynności tarczycy. Wydaje się więc być pewnym czynnikiem sprawczym powstawania wola.

Innym substratem znajdującym się w pożywieniu powszechnie spożywanym na obszarach endemicznych w krajach tropikalnych jest maniok (tapioka), którego spożycie w nadmiarze prowadzi do wola i przewlekłego zapalenia trzustki. Maniok zawiera glukozyd cyjanogenny, który poprzez hydrolizę w jelicie uwalnia cyjanek, który ogranicza wchłanianie jodu z pokarmu.

Tab. 2. Występowanie wola w poszczególnych regionach świata (%) w roku 1993 i 2003

	1993	2003	
Afryka	15,6	28,3	(+81%)
Ameryka	8,7	4,7	(-46%)
Europa	11,4	20,6	(+81%)
Azja południowo-wschodnia	13,0	15,4	(+19%)
Zachodni Pacyfik	9,0	6,1	(-32%)
Ogółem	**12,0**	**15,8**	**(+32%)**

Kretynizm endemiczny

Kretynizm endemiczny jest wynikiem uszkodzenia rozwoju i funkcji układu nerwowego. Wyróżnia się kretynizm myxedematyczny (wrodzona niedoczynność tarczycy z niedoboru jodu) i kretynizm neurologiczny (1908, McCarrison).

Postać myxedematyczna charakteryzuje się obecnością objawów wrodzonej niedoczynności tarczycy, z niskim wzrostem i upośledzeniem psycho-motorycznym, jednak bez objawów głuchoty.

Z kolei postać neurologiczna kretynizmu endemicznego charakteryzuje się zaburzeniami neuro-motorycznymi, upośledzeniem umysłowym znacznego stopnia oraz głuchotą. Zazwyczaj występuje prawidłowy wzrost i wiek kostny odpowiedni do wieku. Objawy niedoczynności tarczycy występują jedynie u około 10% chorych, a stężenie tyroksyny we krwi jest prawidłowe lub nieznacznie obniżone.

Sugeruje się, że ta postać jest wypadkową obecności niedoczynności tarczycy u matki i płodu.

Objawy neurologiczne w przebiegu chorób z niedoboru jodu

Hormony tarczycy są niezbędne dla rozwoju obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego. Ich brak lub niedobór powoduje nieprawidłowe dojrzewanie komórek nerwowych i gleju oraz zmniejszenie liczby połączeń synaptycznych. Indukują one proliferację neuronów, inicjują procesy różnicowania neuronów, regulują proces różnicowania i migracji komórek nerwowych, stymulują rozwój i formowanie zakończeń nerwowych: aksonów, dendrytów oraz połączeń synaptycznych, regulują kształt, stabilizację oraz transport aksonalny oraz stymulują mielinizację i dojrzewanie neuronów.

Zmiany neurologiczne, rozwijające się w wyniku niedoborów hormonów tarczycy, mogą przebiegać w sposób łagodny i objawiać się niewielkimi deficytami neurologicznymi i zaburzeniami zachowania, ale również znacznie nasilonymi zmianami w postaci upośledzenia umysłowego, dysfunkcji nerwów czaszkowych, objawów móżdżkowych, (zaburzenia koordynacji, dysdiadochokineza, drżenie zamiarowe, mowa skandowana), objawach piramidowych i pozapiramidowych.

Ich względny lub bezwzględny niedobór w życiu płodowym oraz w I. i II. roku życia prowadzi do wielu zmian: zaburzenia nerwów czaszkowych (III, IV, VI, VIII, IX), zmian w słyszeniu dźwięków wysokiej częstotliwości i w rozumieniu mowy oraz w poruszaniu gałkami ocznymi.

Zapobieganie i leczenie

Zapobieganie chorobom z niedoboru jodu polega na polepszeniu diagnostyki i wczesnym wykrywaniu tych chorób oraz zastosowaniu określonych preparatów leczniczych.

Do realizacji pierwszego z celów konieczne jest wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wrodzonej niedoczynności tarczycy u każdego noworodka oraz zastosowanie szeroko w praktyce badań diagnostycznych w postaci badania klinicznego i biochemicznego tychże chorób.

Dieta i suplementacja jodem

Zapobieganie polega na wdrożeniu do powszechnego stosowania soli jodowanej i prawidłowej suplementacji jodem.

Aby zapobiec wystąpieniu kretynizmu endemicznego, należy podawać preparaty jodowe przyszłym matkom jeszcze przed zajściem w ciążę. Rozpoczęcie tego leczenia w 2-3 miesiącu trwania ciąży lub później nie poprawia stanu klinicznego niemowląt urodzonych przez te kobiety.

Przyjmuje się, że stężenie TSH w surowicy w sposób bezpośredni odzwierciedla stężenie hormonów tarczycy w mózgu.

O prawidłowej suplementacji jodem na obszarach jego niedoboru można mówić, gdy u dzieci i dorosłych częstość występowania wola jest mniejsza niż 5%, średnie stężenie jodu w moczu większe niż 100 μg/L oraz średnie stężenie Tg w surowicy mniejsze niż 10 ng/ml. Ponadto stężenie

→

Najnowszy raport ONZ o aktualnej sytuacji epidemiologicznej zakażeń HIV/AIDS

18 lipca 2012 agencja UNAIDS opublikowała Raport „Together we will end the AIDS". Raport podaje, że w 2011 roku kraje nisko i średnio rozwinięte zainwestowały na rzecz walki z AIDS łącznie ponad 8,6 miliarda US$, to jest o 11% więcej niż rok wcześniej; 81 krajów podniosło, od 2005 roku, o ponad 50% własne nakłady na rzecz walki z wirusem. Świadczy to o zwiększeniu odpowiedzialności i przewodnictwa przez kraje rozwijające się, w walce z epidemią AIDS, targającą ich społecznościami. Z drugiej strony, pomoc międzynarodowa dla zwalczania HIV/AIDS nie zmieniła się od 2008 roku – i pozostaje na poziomie 8,2 miliarda US$ rocznie, w tym 48% wkładu Stanów Zjednoczonych.

Raport informuje, że w 2011 roku zarażonych wirusem HIV było na świecie 34,2 miliona osób, w tym 2,5 miliona to nowe przypadki zakażeń. 56 krajów osiągnęło stabilny poziom pojawiania się nowych przypadków zakażeń HIV. W ciągu ostatniego 10-lecia liczba nowych przypadków na świecie spadła o 20%. Aż 1,7 miliona osób zmarło z powodu powikłań związanych z objawowym AIDS. Więcej niż 8 milionów ludzi na świecie przyjmowało leki w ramach wysoko skutecznej terapii antyretrowirusowej; liczba ta wzrosła o 1,2 miliona w porównaniu z rokiem 2010. Ma to znaczenie nie tylko dla poprawy i przedłużenia życia osób zakażonych, ale również może wpływać na zmniejszenie liczby nowych zakażeń. W raporcie czytamy również o spadku zakażeń wśród dzieci – o 24% w porównaniu z rokiem 2009, w 2003 roku zarejestrowano 570 000 zakażeń wśród dzieci, a w 2011 było ich 330 000 przypadków. Podane wyniki wskazują na pozytywną tendencję, która – przy niegasnących wysiłkach – może prowadzić do realizacji planowanego zatrzymania nowych zakażeń wśród dzieci i do objęcia leczeniem 15 milionów zakażonych osób.

Raport ukazał się tuż przed rozpoczęciem konferencji na temat HIV/AIDS w Waszyngtonie, pierwszym tak dużym spotkaniem od 20 lat. Organizowane jest ono w dwa lata po zniesieniu ograniczeń dla podróżnych zakażonych HIV wjeżdżających na teren USA. Na świecie nadal 46 krajów utrzymuje restrykcje wjazdu nosicieli HIV na swój teren.

Pełną treść Raportu można przeczytać na stronach UNAIDS – www.unaids.org

Oprac. lek. Szymon Nowak

Konsekwencje kliniczne niedoboru jodu w świecie

(ciąg dalszy ze str. 19)

TSH powyżej 5 U/L w badaniach przesiewowych noworodków stwierdza się u mniej niż 3% noworodków urodzonych o czasie, średnie stężenie tyreoglobuliny we krwi pępowinowej wynosi 24 ng/ml oraz średnie stężenie jodu w moczu jest większe niż 100 μg/L.

Leczenie L-tyroksyną

Leczenie chorób z niedoboru jodu obejmuje, obok preparatów jodowych, stosowanie preparatów L-tyroksyny, najlepiej pod kontrolą odpowiednich parametrów biochemicznych, takich jak stężenie TSH w surowicy czy zawartość jodu w moczu.

Leczenie L-tyroksyną od czasu urodzenia, niestety, nie zapobiega występowaniu objawów kretynizmu neurologicznego.

Zakończenie

Niedobór jodu pozostaje nadal wielkim wyzwaniem dla poprawy zdrowia publicznego; stanowi bowiem jedną z częstszych przyczyn upośledzenia umysłowego, które można zlikwidować w wyniku profilaktycznych działań diagnostycznych i leczniczych. Niestety, w związku z różnymi ograniczeniami ekonomicznymi, kulturowymi i politycznymi problem chorób z niedoboru jodu nadal nie został do końca rozwiązany.

Dla poprawy sytuacji związanej z występowaniem tych chorób, zwłaszcza w krajach rozwijających się, organizowanych jest wiele akcji, takich jak Narodowe Programy Koordynujące legislację soli jodowanej, edukację mieszkańców. Dla tych celów konieczne są odpowiednie środki finansowe, które są zabezpieczane przez WHO, ICCIDD i programy narodowe. Dzięki temu obserwuje się stałe zmniejszanie liczby krajów, w których stwierdza się niedobór jodu; i tak, według danych WHO, w roku 2003 zarejestrowane były 54 kraje z obszarami niedoboru jodu, natomiast w roku 2011 ich liczba zmniejszyła się do 32.

Jedną ze światowych organizacji zajmującą się eliminacją niedoborów jodu oraz promowaniem zdrowych nawyków żywieniowych, jest Międzynarodowa Rada ds. Kontroli Zaburzeń Niedoboru Jodu ICCIDD (International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders), która powstała w 1985 roku. Rada ta publikuje biuletyn (kwartalnik), w którym zawarte są najnowsze dane związane z aktualnym stanem niedoborów jodu na świecie i ich zwalczaniem.

Prof. Katarzyna Łącka

Obrzezanie HIV dodatnich mężczyzn a transmisja onkogennych typów HPV

Lancet Infectious Diseases w jednym z zeszytów z 2011 roku opublikował wyniki ciekawych badań, dotyczących wpływu obrzezania mężczyzn na ryzyko transmisji onkogennych typów wirusa HPV na kobiety. Badania przeprowadzono w latach 2003-2007 na populacji ugandyjskiej, przy okazji prowadzenia obserwacji w kierunku wpływu obrzezania na transmisję wirusa HIV.

Human Papilloma Virus (HPV) jest odpowiedzialny za rozwój kłykcin kończystych i dysplazji nabłonka szyjki macicy, predysponującej do rozwoju raka szyjki macicy, który jest trzecim co do częstości nowotworem złośliwym występującym u kobiet (w ujęciu światowym). Aż 85% raków szyjki macicy dotyka kobiety z krajów rozwijających się. Kobiety zarażone wirusem HIV wykazują większą podatność na zakażenie HPV, jednocześnie są predysponowane do szybszego rozwoju zmian nowotworowych szyjki macicy na podłożu dysplazji wywoływanej przez HPV. Od pewnego czasu wiadomo, że obrzezanie zmniejsza ryzyko zarażenia mężczyzn wirusem HIV. WHO rekomenduje obrzezanie jako zabieg wchodzący w skład profilaktycznego postępowania w walce z epidemią zakażeń HIV.

Do badań nad wpływem obrzezania na transmisję onkogennych typów HPV zostali zakwalifikowani mężczyźni nieobrzezani, w wieku od 15-49 lat. Partnerki tych mężczyzn zostały również zaproszone do badania – zostały one 3-krotnie poddane testom na obecność HPV w nabłonku szyjkowym podczas trwania analizy – na wstępie, po roku i na zakończenie badań, tj. po dwóch latach. W sumie w teście uczestniczyło 922 mężczyzn, którzy zostali podzieleni na dwie grupy – badawczą (skierowaną do obrzezania na wstępie) oraz kontrolną (której zaproponowano zabieg po 24 miesiącach – czyli po zakończeniu badań).

Zakażenie HPV, dla potrzeb analizy, zostało zdefiniowane jako wykrycie nowego genotypu wirusa, w sytuacji, kiedy kobieta we wcześniejszym badaniu nie była zakażona lub była zakażona HPV o innymi genotypie.

W grupie badawczej ostatecznie znalazło się 193 mężczyzn wraz z 211 partnerkami, a w grupie kontrolnej 155 mężczyzn wraz z 171 partnerkami. Więcej kobiet współżyjących z mężczyznami z grupy badawczej zgodziło się uczestniczyć w badaniu. Niewspółmierność liczby mężczyzn i kobiet w poszczególnych grupach badawczych wynikała ze związków poligamicznych.

Rozpowszechnienie występowania zakażeń wysoko onkogennymi typami HPV na wstępie badań było nieistotnie wyższe wśród kobiet z grupy badawczej. Występowanie zakażenia onkogennymi typami HPV po 2 latach trwania obserwacji było na takim samym poziomie wśród kobiet z obu grup. Również występowanie zakażenia nieonkogennymi typami HPV plasowało się na podobnym poziomie.

W dyskusji zawarto kilka ważnych wniosków. Podsumowano, że obrzezanie mężczyzn HIV dodatnich nie wpływa na zmniejszenie ryzyka transmisji wysoko onkogennymi typami HPV wśród kobiet współżyjących z tymi mężczyznami. Aczkolwiek badania te pozostają w opozycji do innych, w których dowiedziono, że obrzezanie mężczyzn HIV ujemnych zmniejsza ryzyko takiej transmisji. Autorzy sugerowali, że takie wyniki mogą mieć związek z ogólnie większym odsetkiem występowania zakażeń HPV wśród mężczyzn HIV dodatnich.

Światowa Organizacja Zdrowia i UNAIDS apelują o powszechną dostępność obrzezania dla mężczyzn, także HIV dodatnich. Autorzy zgadzają się z takim stanowiskiem, ze względu na ryzyko zjawiska stygmatyzacji. Podnoszą także wartość propagowania bezpiecznych zachowań seksualnych, zwłaszcza wśród mężczyzn obrzezanych, zarażonych wirusem HIV. Konkludują jednak jednoznacznie, że obrzezanie mężczyzn HIV dodatnich nie chroni kobiet ani przed zakażaniem HPV, ani przed zakażeniem HIV, co stoi w opozycji z obrzezaniem mężczyzn HIV ujemnych, które jest postępowaniem potrzebnym i pożądanym – zmniejsza bowiem ryzyko transmisji HPV, HIV, rzęsistkowicy oraz bakteryjnej waginozy – czego dowiedziono w innych badaniach.

Oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: Tobian i wsp.; „Circumcision of HIV-infected men and transmission of human papillomavirus to female partners: analyses of data from a randomised trial in Rakai, Uganda"; Lancet Infectious Diseases; 2011; 11:604-12

Materiał genetyczny wirusa japońskiego zapalenia mózgu znaleziony u komarów we Włoszech!

Włoscy naukowcy donoszą, że przeprowadzone badania w kierunku obecności flawiwirusów u komarów występujących w wiejskich okolicach Modeny i Bolonii przyniosły zaskakujące wyniki. W latach 2010-2011 zbierano próbki komarów, określano ich przynależność rodzajową i sekwencjonowano z otrzymanych prób materiał genetyczny flawiwirusów. Znaleziono RNA dwóch patogenów, które wcześniej już notowano na terenie Europy (wirus ISF oraz Usoto virus – USUV). Jednak w jednej z próbek, pochodzącej od komarów z rodzaju *Culex*, zsekwencjonowano RNA

→

Choroba Marburska w Holandii – lato 2008

W sierpniowym numerze Lancet Infectious Diseases opublikowano opis śmiertelnego przypadku gorączki krwotocznej wywołanej przez wirus Marburg, zawleczonej do Holandii przez turystkę wracającą z wycieczki do Ugandy.

41-letnia kobieta została przyjęta do szpitala 5 lipca 2008 z trwającą trzy dni gorączką, dreszczami, bólem mięśni, bólem głowy, które rozwinęły się 4 dni po powrocie z tropiku. W chwili przyjęcia kobieta prezentowała bradykardię 80/min, przy temperaturze 40ºC. Poza tym bez odchyleń. W badaniach laboratoryjnych leukopenia, trombocytopenia i podwyższone enzymy wątrobowe. Wysunięto podejrzenie duru brzusznego i włączono leczenie ceftriaksonem.

W ciągu kolejnych dwóch dni u pacjentki rozwinęły się wymioty, biegunka, a badania dodatkowe sugerowały niewydolność wątroby. Wykluczono zakażenie wirusami stricte hepatotropowymi. Wysunięto podejrzenie zakażenia wirusem z grupy wywołujących gorączki krwotoczne i pacjentkę poddano całkowitej izolacji w szpitalu w Leiden, gdzie zastosowano protokół opracowany na wypadek wysokiego zagrożenia epidemiologicznego – osobny pokój z podciśnieniem, śluza oraz wszelkie sposoby ochrony osobistej pracowników z kontaktu, w tym specjalne kombinezony, rękawice, maski. W momencie przyjęcia na oddział w Leiden pacjentka prezentowała suchy kaszel, postępującą duszność, ból brzucha, gorączkę 40ºC, bradykardię 72/min, ciśnienie 88/48 mmHg oraz wylewy podspojówkowe, wybroczyny na podniebieniu, skórze twarzy i tułowiu. W badaniach laboratoryjnych Aspat 10500 U/l, Alat 6300 U/l, LDH 15500 U/l, APTT 101 s. Badanie (RT)-PCR wypadło dodatnio w kierunku zakażenia wirusem Marburg.

Po przyjęciu do szpitala w Leiden stan pacjentki dramatycznie się pogorszył. Wpadła w głęboki wstrząs, wymagający przetoczenia ponad 13 litrów płynów pierwszego dnia i włączenia wysokich dawek norepinefryny i epinefryny. W ciągu kolejnych dwóch dni przetoczono 40 jednostek świeżo mrożonego osocza, 6 jednostek trombocytów i 9 jednostek masy erytrocytarnej. Wdrożono ciągłą żylno-żylną hemofiltrację, z powodu bezmoczu i narastającej niewydolności wątroby. Nigdy nie wystąpił jawny krwotok. Rozpoznano rozwinięty obrzęk mózgu.

Dnia 10 lipca stan pacjentki uległ poprawie, jednak doszło do nagłego poszerzenia źrenic, które nie reagowały na światło. Przezczaszkowy doppler wykazał objawy wklinowania. Pacjentka zmarła dobę później.

Z danych z wywiadu wynikało, że pacjentka mogła mieć kontakt z wirusem podczas zwiedzania jednej z jaskiń w Marabagambo, zamieszkiwanych przez nietoperze *Rousettus aegyptiacus*. Nie było informacji o możliwym bezpośrednim kontakcie z nietoperzem.

Cały, bardzo ciekawy artykuł, przeczytać można na stronach Lancet Infectious Diseases po wykupieniu dostępu elektronicznego.

Oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: „Acute liver failure, multiorgan failure, cerebral oedema, and activation of proangiogenic and antiangiogenic factors in a case of Marburg haemorrhagic fever"; J. Van Paassen i wsp.; Lancet Infectious Diseases; 2012; 12:635-42

Materiał genetyczny wirusa japońskiego zapalenia mózgu znaleziony u komarów we Włoszech!

(ciąg dalszy ze str. 21)

jednakowe z materiałem wirusa japońskiego zapalenia mózgu (JEV).

Wyniki porównano z materiałem wirusa występującego na endemicznych terenach Azji. Okazał się identyczny. Wykluczono też możliwość zanieczyszczenia prób obcym materiałem podczas pracy w laboratorium. Nigdy wcześniej bezpośrednio nie dowiedziono obecności wirusa JEV u komarów w Europie. W 1996 roku Mani i wsp. donosili jedynie o stwierdzeniu przeciwciał anty-JEV u ptaków. Skąd wirus mógł znaleźć się we Włoszech? Mówi się o znaczeniu migracji ptactwa wodnego.

Autorzy podkreślą konieczność przeprowadzenia dalszych badań i określenia ryzyka transmisji wirusa we Włoszech i innych krajach Europy. Wirus japońskiego zapalenia mózgu powoduje rocznie od 30-50 tys. przypadków zapalenia mózgu na całym świecie. Większość przebiega bezobjawowo. 30% spośród pacjentów, którzy prezentują objawy, umiera, a u kolejnych 30% choroba pozostawia trwałe następstwa neurologiczne.

Oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: „Japanese encephalitis virus RNA detected in Culex pipiens mosquitoes in Italy"; P. Ravanini i wsp.; Eurosurveillance 2012; vol. 17, issue 28.

Czerwiec 2012 – Szczyt +20 w Rio de Janeiro.
Co dalej w kwestii zdrowia międzynarodowego?

W połowie czerwca 2012 roku odbyła się Konferencja Organizacji Narodów Zjednoczonych poświęcona sprawom zrównoważonego rozwoju. Na spotkaniu akredytowanych zostało 191 przedstawicieli Państw Członkowskich, w tym wielu z najwyższego szczebla władzy. Data Szczytu została wybrana nieprzypadkowo – spotkanie miało miejsce w 20. rocznicę Konferencji w Rio, na której uchwalono Agendę 21, zawierającą plan działania Narodów Zjednoczonych, stojących wtedy u progu XXI wieku. W tym roku mija również 10. rocznica Szczytu Ziemi w Johannesburgu, na którym dyskutowano postęp założeń ustalonych w 1992 roku w Brazylii. Komentatorzy śledzący tematykę zdrowia międzynarodowego otwarcie przyznają, że Szczyt w Rio to fiasko, choć oczekiwano przyjęcia dokumentu końcowego dorównującego rangą Agendzie 21. Przedstawiamy kilka punktów poświęconych zdrowiu międzynarodowemu, które znalazły się na stronach wypracowanego dokumentu końcowego. Z doniesień prasowych wynika, że to jednak nie sprawy zdrowia wzbudzały wśród obradujących największe kontrowersje. Scysje dotyczyły głównie spraw rozwoju technologicznego i transferu nowoczesnych technologii do krajów rozwijających się. Emocje wzbudzały też sprawy zmian klimatycznych i niespełnione oczekiwania organizacji zaangażowanych w ochronę przyrody. Wróćmy jednak do kwestii zdrowia.

Zauważono, że zdrowie społeczeństwa jest jednym z najważniejszych wskaźników zrównoważonego rozwoju. Podkreślono, że nieustanny rozwój jest niemożliwy przy tak dużym rozpowszechnieniu chorób zakaźnych i niezakaźnych. Wyrażono przekonanie, że praca nad społecznymi i środowiskowymi uwarunkowaniami zdrowia jest niezbędna dla kreowania ekonomicznie produktywnego i zdrowego społeczeństwa. Ustalono, że uniwersalny dostęp do ochrony zdrowia jest nieodłączną częścią zrównoważonego rozwoju.

Wezwano do wzmocnienia systemów ochrony zdrowia. Ważnym ustaleniem było zauważenie, że HIV, AIDS, malaria, gruźlica, grypa, polio i inne choroby zakaźne wymagają zwiększonej uwagi. Zobowiązano się podwoić starania, dla zwiększenia dostępności środków profilaktyki zakażeń HIV, leczenia, opieki oraz ograniczenia transmisji wirusa HIV z matki na dziecko. Wzmocnienia wysiłków wymaga też walka z malarią, gruźlicą i zaniedbywanymi chorobami tropikalnymi.

Zaakcentowano, że plagą XXI wieku są choroby cywilizacyjne. Zgodnie ustalono, że należy wdrożyć rozwiązania dla profilaktyki, leczenia i opieki dla chorych na choroby niezakaźne, przede wszystkim cierpiących na nowotwory, choroby sercowo-naczyniowe, przewlekłe choroby układu oddechowego i cukrzycę. Zobowiązano się rozważyć wielosektorowe rozwiązania na poziomie politycznym mające ograniczyć rozpowszechnienie chorób niezakaźnych.

Wezwano do ściślejszej współpracy politycznej na poziomie lokalnym i międzynarodowym dla wzmocnienia systemów ochrony zdrowia przez zwiększenie nakładów finansowych oraz rozwój i szkolenie kadr medycznych. Podkreślono konieczność poprawy dystrybucji i dostępu do bezpiecznych, efektywnych leków, szczepionek i technologii medycznych. Podkreślono ważną pozycję Światowej Organizacji Zdrowia i zadeklarowano jej pełne wsparcie.

Zauważono konieczność systematycznego przeglądu trendów populacyjnych i rozważania ich na poziomie lokalnym i międzynarodowym, uwzględniając je w strategiach i polityce rozwojowej. Związane z tym jest wezwanie dla pełnej realizacji założeń uchwalonej w Pekinie Platformy Działania oraz Programu Działania Międzynarodowej Konferencji na rzecz Populacji i Rozwoju – założenia dotyczyły seksualności i zdrowia reprodukcyjnego oraz wszelkich praw człowieka związanych z tą dziedziną.

Zobowiązano się również wzmocnić wysiłki na rzecz redukcji śmiertelności matek i dzieci. Zadeklarowano poparcie dla równości płci, ochrony praw kobiet, mężczyzn i młodzieży w aspekcie wolnych i odpowiedzialnych decyzji dotyczących seksualności, włączając w to dostęp do ochrony zdrowia reprodukcyjnego oraz wolność od przymusu, przemocy i dyskryminacji. Zobowiązano się do skutecznej kontroli nad jakością opieki zdrowotnej w materii zdrowia reprodukcyjnego, dostępności do pełnej informacji i pomocy w zakresie planowania rodziny.

W kwestii wody i warunków sanitarnych potwierdzono, że czysta woda pitna jest niezbędna do zrównoważonego rozwoju i jest powiązana z wieloma innymi kluczowymi problemami ocierającymi się o proces zrównoważonego rozwoju. Zaakcentowano, że dostęp do czystej wody pitnej to podstawowe prawo każdego człowieka. Mowa była już o tym 10 lat temu na konferencji w Johannesburgu i w ramach *Millenium Declaration*. Podtrzymano dążenie do zmniejszenia o połowę liczby ludności bez dostępu do czystej wody pitnej i odpowiednich warunków sanitarnych. Termin realizacji założonych celów to rok 2015.

Z powyższych rozważań wynika, że nie podjęto niczego, co byłoby zaskakującym przełomem w dążeniu do zrównoważonego rozwoju, jeśli chodzi o kwestie zdrowia międzynarodowego. Problemy, które były aktualne 10 lat temu, okazują się być cały czas aktualne. Stale akcentowane są zagadnienia, ale z samych ustaleń de facto mało wynika. Komentatorzy po zakończonym Szczycie wielokrotnie podkreślali, że Rio +20 należy uznać za wielką porażkę. Ponoć to problemy strefy Euro zdołały przyćmić kwestie poruszane na spotkaniu w Brazylii. Dla Czytelników zainteresowanych całością ustaleń polecam lekturę ponad 50-stronnicowego dokumentu końcowego, który można znaleźć na oficjalnych stronach Szczytu: www.uncsd2012.org

Tłum. i oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: www.uncsd2012.org , www.unesco.pl

Kursy organizowane przez szwajcarski Instytut Medycyny Tropikalnej i Zdrowia Publicznego w Bazylei*

19 Międzynarodowy Krótki Kurs „Travellers' Health" 28 stycznia – 1 lutego 2013, Bazylea, Szwajcaria*

Kurs porusza kwestie medycyny podróży i jest prowadzony pod patronatem WHO. Składa się z trzech podstawowych modułów:

a) porady udzielane przed podróżą – w tym ocena ryzyka, zalecane szczepienia, profilaktyka chorób tropikalnych oraz higiena tropikalna;

b) problemy zdrowotne za granicą – najczęstsze problemy zdrowotne pojawiające się podczas podróży i ich następstwa;

c) opieka nad pacjentem powracającym z tropiku – w tym diagnostyka różnicowa chorób importowanych z tropiku.

Na zakończenie kursu przeprowadzony zostanie test wiadomości; uczestnicy otrzymają certyfikat. Koszt to 1 100 franków szwajcarskich. Kurs jest skierowany do lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów i innych osób zainteresowanych medycyną podróży. Język wykładowy to angielski.

Więcej informacji pod adresem: www.swisstph.ch

Diploma of Advanced Studies (DAS) „Health Care and Management in Tropical Countries (HCMTC)" 11 marca – 14 czerwca 2013, Bazylea, Szwajcaria*

HCMTC jest kursem trwającym 14 tygodni, organizowanym raz w roku przez Szwajcarski Instytut Medycyny Tropikalnej i Zdrowia Publicznego w Bazylei. Celem kursu jest umożliwienie zdobycia umiejętności i wiedzy niezbędnych do pracy w grupie zarządzającej sprawami zdrowia na danym terenie, w trudnych warunkach, jakimi są kraje tropikalne.

Program Kursu obejmuje cztery podstawowe obszary, z którymi zetkną się uczestnicy:

a) wprowadzenie do opieki zdrowotnej i zarządzania;

b) pojęcia i metody badawcze – podstawy statystyki, podstawy epidemiologii oraz użytkowania oprogramowania przydatnego w tej dziedzinie, wprowadzenie do medycyny opartej na dowodach naukowych, ponadto w skład tego modułu wchodzą ćwiczenia terenowe na szwajcarskiej wsi;

c) problemy zdrowotne – wprowadzenie do parazytologii lekarskiej, podstawy pracy w laboratorium, zagadnienia związane z ochroną zdrowia – płeć a zdrowie, zmiany klimatu a zdrowie, HIV/AIDS, zaniedbywane choroby tropikalne, malaria, gruźlica, biegunki, podstawy opieki nad zdrowiem dzieci w tropiku, dermatologia w tropiku, choroby przewlekłe, wypadki, zdrowie psychiczne, zwierzęta jadowite oraz zagadnienia związane ze zdrowiem reprodukcyjnym, m.in. planowanie rodziny, bezpieczne macierzyństwo, problemy zdrowotne w ciąży, zagrożenia dla noworodków;

d) zarządzanie w ochronie zdrowia i komunikacja – wprowadzenie do systemów ochrony zdrowia, promocja zdrowia, marketing, wprowadzenie do zagadnień ekonomicznych w ochronie zdrowia, dostęp do niezbędnych leków, koszty podstawowej opieki zdrowotnej, wzmacnianie systemów ochrony zdrowia, zarządzanie zasobami ludzkimi.

Łączna liczba godzin – 625. Zajęcia mają charakter wykładów, ćwiczeń praktycznych, ćwiczeń terenowych, pracy w grupach, autoprezentacji etc.

Kurs ma charakter modułowy, w tygodniu będzie odbywać się 20-30 godzin zajęć. Organizatorzy zakładają, że w ciągu 14 tygodni nie jest możliwe przekazanie pełnej wiedzy, podkreślą że konieczne jest samokształcenie z udziałem zalecanej literatury i dedykowanych programów komputerowych.

Kurs przeznaczony jest dla lekarzy, pielęgniarek, położnych, farmaceutów, weterynarzy, osób związanych z zarządzaniem w ochronie zdrowia. W trakcie trwania zajęć przewiduje się różne formy sprawdzania nabytej wiedzy. Po odbyciu kursu uczestnicy otrzymają certyfikat.

Organizatorzy od kandydatów wymagają co najmniej dwuletniego doświadczenia w pracy, bardzo dobrej znajomości języka angielskiego potwierdzonej np. certyfikatem TOEFL. Przewidziano również niewielką liczbę stypendiów dla słuchaczy z krajów rozwijających się.

Koszt kursu to 7 000 franków szwajcarskich.

Więcej informacji pod adresem www.swisstph.ch

Intensywny kurs „Health District Management: Priority Setting, Planning and Programme Design" 12 listopada – 30 listopada 2012, Ifakara, Tanzania

Kurs jest przede wszystkim zaadresowany dla uczestników, którzy ukończyli „Health Care and Management in Tropical Countries (HCMTC)" lub inny pokrewny, ale także dla specjalistów pracujących na polu planowania projektów i zarządzania. Podstawowym celem kursu jest zapoznanie się z najważniejszymi zasadami strategii programowych i planowania projektów oraz zarządzania w odniesieniu do warunków lokalnych, narodowych i międzynarodowych. Kurs skupiał się będzie także na praktycznych aspektach planowania i realizacji, przy użyciu technik symulacyjnych i pracy z komputerem. Kurs składa się z dwóch podstawowych części:

a) polityka zdrowotna i jej priorytety – po tej części kursu uczestnik powinien umieć między innymi krytycznie odnieść się do uwarunkowań ekonomicznych i planowania tworzenia systemów zdrowotnych;

b) planowanie i tworzenie programów – uczestnicy będą pracować w zespole i tworzyć program zdrowotny

* Swiss Tropical and Public Health Institute
Socinstrasse 57, P.O. Box
4002 Basel, Switzerland
T: +41 61 284 83 60, F: +41 284 81 06
courses-tph@unibas.ch, www.swisstph.ch

Godne uwagi rozprawy naukowe

Ostatnio ukazały się dwa interesujące opracowania naukowe, dostępne w sekretariacie Fundacji. Jedno dotyczy samej Fundacji, a drugie tematyki podróży i Trzeciego Świata w nawiązaniu do twórczości Ryszarda Kapuścińskiego.

W 2011 ukazała się **praca magisterska Moniki Boruckiej pt. „Geneza i działalność Fundacji Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio"**. Promotorem przewodu magisterskiego był ks. dr Wojciech Kluj OMI z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Jest to też miejsce zatrudnienia mgr Moniki Boruckiej.

Praca magisterska kolejno omawia okoliczności powstania Fundacji w roku 1992, ikony Fundacji (dr h.c. Wanda Błeńska, ojciec Marian Żelazek), przełomowe momenty w historii Fundacji i jej działalność. Polegała ona na przygotowywaniu misjonarzy, studentów i wolontariuszy do pracy w tropiku, organizowaniu pomocy medycznej i materiałowej dla misji. Opisane są szczegółowo akcje Fundacji, jak np. „Ołówek dla Afryki", „Daj im szanse" (program edukacyjny), „Pomoc dla dzieci z Afganistanu", „Puszka dla Maluszka", „Opatrunek na Ratunek", „Stop Malaria Now". Podano, że w swej działalności Fundacja współpracowała z Medicus Mundi International i z Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari (CUAMM) w Padwie. Obszernie omówiono propagowanie wiedzy o misjach i misjonarzach na dorocznych koncertach Fundacji, w licznych wydawnictwa i filmach Fundacji, na wielu wystawach i spotkaniach.

Działania Fundacji są okresowo publikowane w postaci kalendarium w Annales Misiologici Posnanienses, ale praca magisterska p. Moniki Boruckiej zebrała dostępne dane i opracowała w sposób zwarty, dający pełen obraz działania Fundacji w minionym 20-leciu. Rozprawa ta posłużyła jako podstawa do oficjalnego raportu Fundacji za lata 1992-2012.

Nieco starsza (2008) i też na ogół mało dostępna, jest **rozprawa doktorska Agnieszki Wioletty Kamińskiej pt. „Europejczyk w podróży. Odmienność i tożsamość jako kategorie opisu świata w reportażowej twórczości Ryszarda Kapuścińskiego"**. Przewód doktorski miał miejsce w Instytucie Filologii Polskiej Uniwersytetu w Białymstoku pod kierunkiem prof. Jolanty Sztachelskiej. Obszerne opracowanie, liczące 291 stron maszynopisu, przedstawia działalność literacką Ryszarda Kapuścińskiego jako „tłumacza kultur", „Latającego Holendra" literatury, pisarza odzwierciedlającego „rzeczywistość" na innych kontynentach, reportażystę traktującego podróż jako intelektualną przygodę. Jakby na marginesie twórczości Ryszarda Kapuścińskiego doktorantka omawia szeroko niezwykle ciekawe problemy i tematy. Między innymi są to: „Homo viator – człowiek w ruchu"; „Zmysły, śmierć i magia"; „Inicjacja pozaeuropejska"; „Władza i społeczeństwo – zwierciadło, w którym przegląda się demokracja"; „Indywidualizm – wróg plemiennego ładu"; „Kim jest 'inny'?". Odpowiedź na to ostatnie pytanie jest szczególnie ważna dla wszystkich podróżujących do krajów o odmiennych warunkach, nie tylko klimatycznych i sanitarnych, ale przede wszystkim kulturowych.

Rozprawa kończy się pytaniem o przyszłość Europy. Jeśli ma ona być pomyślna, to trzeba się nauczyć poznawać obce kultury, rozumieć je i współżyć z nimi. Oczywiście jest możliwy konflikt – zderzenie wielkich kultur. Kapuściński pisze „Od tego, która z tych opcji zwycięży, zależeć będzie, w jakim świecie będziemy żyli". Autorka pisze »to, co teraz przeżywa „Trzeci Świat" (wojny plemienne, ubóstwo, brak jednoczących idei) swego czasu przeszła Europa. Jej się udało. Warto wierzyć, tak jak Ryszard Kapuściński, że problemy Afryki, Azji i Ameryki Łacińskiej można pokonać. Potrzeba tylko chęci zmian i pomocy krajów rozwiniętych«. I do tej konkluzji prowadzi cała omawiana praca doktorska Agnieszki Wioletty Kamińskiej.

Opracował prof. Zbigniew Pawłowski

oraz przygotowywać propozycje; po zakończonym kursie uczestnik powinien między innymi umieć zdefiniować cele populacyjne i sformułować obiektywnie program, uwzględniając kontekst narodowych celów rozwoju.

Kurs skierowany jest do lekarzy, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz specjalistów związanych z zarządzaniem w ochronie zdrowia. Na zakończenie odbędzie się egzamin, złożony z trzech części, po którym uczestnicy otrzymają certyfikat.

Od kandydatów organizatorzy wymagają co najmniej 3-letniego doświadczenia w pracy, ukończonego kursu HCMTC oraz bardzo dobrej znajomości języka angielskiego potwierdzonej np. certyfikatem TOEFL. Koszt kursu to 3 850 franków szwajcarskich, nie przewiduje się stypendiów. Kurs będzie miał miejsce w Ifakarze, w Tanzańskim Centrum Szkoleniowym Zdrowia Międzynarodowego.

Więcej informacji pod adresem www.swisstph.ch

Redakcja Medicus Mundi Polonia pragnie podziękować Instytutowi Medycyny Tropikalnej i Zdrowia Publicznego w Bazylei za informacje na temat organizowanych kursów przesłane prof. Zbigniewowi Pawłowskiemu.

„Tropik" na półkach Biblioteki Głównej

Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu od wielu lat współpracuje z Katedrą i Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych oraz z jej byłym Kierownikiem – prof. dr hab. Zbigniewem Pawłowskim i z jej obecnym Kierownikiem – prof. dr hab. Jerzym Stefaniakiem. Pracownicy i doktoranci szczególnie często odwiedzali Filię Nr 2 Biblioteki, mieszczącą się w szpitalu klinicznym przy ul. Przybyszewskiego, z której korzystali też uczestnicy wielu kursów parazytologicznych. Czekał tam na nich specjalistyczny księgozbiór, złożony z pozycji książkowych i czasopism, którego większość stanowiły dary od prof. Zbigniewa Pawłowskiego. W Bibliotece Głównej udostępniany był natomiast zbiór płyt CD z zakresu parazytologii, przekazany Bibliotece po zakończeniu VIII European Multicolloquium of Parasitology, które odbywało się w Poznaniu w 2000 roku.

W związku z przeniesieniem Biblioteki Głównej do nowego obiektu na ul. Przybyszewskiego 37A specjalistyczny księgozbiór został scalony i obecnie dostępny jest w znacznie szerszym zakresie – codziennie do godziny 24.00.

Kolekcja obejmuje przede wszystkim unikalną na terenie Polski literaturę obcojęzyczną z dziedziny medycyny tropikalnej i parazytologii oraz literaturę polsko- i obcojęzyczną z zakresu chorób zakaźnych i innych dziedzin medycyny. Składa się ona z publikacji książkowych, broszur, czasopism i biuletynów oraz dokumentów elektronicznych w postaci płyt CD/DVD, które zostały przypisane do różnych kolekcji.

Książki i broszury zlokalizowane są w Czytelni Ogólnej w działach: Choroby zakaźne i tropikalne, Medycyna transportu i podróży, Mikrobiologia, Parazytologia, Promocja Zdrowia, Wirusologia, Zdrowie Publiczne.

Czasopisma i biuletyny informacyjne zgromadzone zostały w Czytelni Czasopism na specjalnie wydzielonym regale „Medycyna tropikalna i parazytologia". Dzięki darom prof. Z. Pawłowskiego uzupełnione zostały zasoby już posiadanych przez Bibliotekę periodyków, ale także poszerzony został wachlarz tytułów. Dokumenty na nośnikach elektronicznych przechowywane są w kolekcji Zbiorów Specjalnych i udostępniane po zamówieniu u dyżurnego bibliotekarza. Pełen wykaz przyjętych przez Bibliotekę darów, wraz z informacją o przynależności do określonej kolekcji, znajduje się w Czytelni Ogólnej.

W pomieszczeniach Filii Nr 2 od wielu lat prowadzone były różnego rodzaju szkolenia z zakresu medycyny tropikalnej i parazytologii. Do dnia dzisiejszego w ciągu całego roku akademickiego dwa razy w tygodniu odbywają się tam zajęcia dla studentów, prowadzone przez pracowników Kliniki.

mgr Krystyna Nyga, mgr Joanna Kosicka

Posługa Lecznicza Kościoła

(ciąg dalszy ze str. 28)

Ostatnio eksperci ds. AIDS zwracają większą uwagę na współpracę z instytucjami religijnymi, znachorami i liderami mniejszych społeczności. Lokalne uwarunkowania kulturalne i normy socjalne powinny być uwzględniane w zwalczaniu AIDS. Przedstawianie wyłącznie naszych ogólnych norm moralnych może nie być skuteczne. Wyjątkiem są tu gwałty i uwodzenie dzieci, które w żadnym przypadku nie mogą być moralnie akceptowane. Idealne byłoby, aby osoby o odmiennych własnych poglądach na seksualność przyjęły za „swoje" konieczność zmiany swoich zachowań seksualnych na bardziej bezpieczne.

Skuteczna prewencja zakażeń HIV wymaga zmiany dotychczasowych strategii, biorąc pod uwagę uzyskane do tej pory wyniki. W naszym przekonaniu potrzebne jest działanie antropologów we wprowadzaniu prostych, niekosztownych, kulturalnie akceptowanych rozwiązań w miejsce wielomiliardowych nakładów na badania biomedyczne, na przemysł farmaceutyczny i szpitale. Zachodzi konieczność zaproponowania alternatywy dla dotychczasowego-„zachodniego" podejścia do zwalczania AIDS. Pracując w wysoce skutecznym programie „Youth Alive" w Ugandzie jako medyczny antropolog, zorientował się, że AIDS często wiąże się z rozpadem rodziny, alkoholizmem, uwodzeniem nieletnich, niskim poczuciem własnej wartości i nadużyciami seksualnymi. Program Youth Alive nie uzyskuje odpowiednich funduszy na swoją działalność, gdyż nie stawia prezerwatyw na pierwszym miejscu. W społecznościach afrykańskich na ogół wzrostowi stosowania prezerwatyw w populacji nie towarzyszy spadek zapadalności na AIDS. Promocja użycia prezerwatyw okazała się skuteczna w przypadkach skomercjalizowanego seksu, np. w Tajlandii i Kambodży. Teoretycznie stosowanie prezerwatyw powinno być skuteczne również w innych sytuacjach. Tymczasem okazało się, że w Afryce nie jest. Wiąże się to z tzw. wyrównaniem ryzyka (risk compensation); przekonanie o bezpiecznym

→

seksie zwiększa gotowość podjęcia ryzykownych decyzji. Już od roku 2005 roku wiadomo, że tajlandzki model 100% używania prezerwatyw wykazał na płaszczyźnie populacji niedostateczną skuteczność mechanicznych „technologii" bez równoczesnych zmian w zachowaniu seksualnym.

W Afryce HIV szerzy się nie tyle w grupach ryzyka, ile w szerokiej populacji, w której regularnie korzysta się z 2 lub więcej partnerów seksualnych. Na przykład w Botswanie przyznawało się do tego 43% mężczyzn i 17% kobiet. W Malawi, chociaż liczba kontaktów seksualnych „poza małżeńskich" tylko nieco przekracza dwa na rok, tworzy się gęsta sieć wzajemnych kontaktów, obejmująca 2/3 populacji, zwiększająca zapadalność. Autor opisuje szczegółowo sytuację w Ugandzie, gdzie zmniejszono rozmiary epidemii AIDS, przekonując znaczną część populacji, że każdy ma możliwość uniknięcia zakażenia, albo przez powściągliwość seksualną, lub przez utrzymywanie relacji seksualnych z jednym partnerem. Jednakże promocja używania prezerwatyw i łatwiejszy dostęp do wykonania testów na HIV sprawiła, że w Ugandzie ostatnio narasta odsetek kontaktów pozamałżeńskich. Nacisk na wierność małżeńską i abstynencję uległ zmniejszeniu. Sprzyja temu też szerzący się pogląd, że AIDS stał się chorobą, która można skutecznie leczyć; strach przed zakażeniem stał się mniejszy. Podobna sytuacja, jak w Afryce, wytworzyła się w Indiach.

Doświadczenie z Ugandy nie jest jedyne; w 8 krajach afrykańskich, w których zanotowano spadek zapadalności, okazało się, że równocześnie zwiększyła się przeciętna liczba osób przyznających się tylko do jednego partnera. Raport UNAIDS z roku 2009 podkreśla, że wierność jednemu partnerowi i unikanie przypadkowych kontaktów powinno znaleźć się na pierwszym miejscu w programach zwalczania AIDS w południowej Afryce, a stosowanie prezerwatyw powinno być dodatkowym jego wsparciem i zabezpieczeniem. Nie jestem wrogiem stosowania prezerwatyw i uważam, ze powinny być dostępne dla tych, którzy nie będą lub nie chcą praktykować wzajemnej wierności seksualnej. Wydaje się, że liberałowie i konserwatyści doszli już do wniosku, że samo stosowanie prezerwatyw nie rozwiąże afrykańskich problemów dotyczących seksualności, takich jak seks między pokoleniami (cross-generational sex), równość płci, przemoc w rodzinie, gwałt i seks pod przymusem.

Mgr Jacques Suaudeau, konsultant Papieskiej Rady ds. Zdrowia, omawia stanowisko Kościoła w odniesieniu do HIV/AIDS. Problem nie może być zredukowany tylko do zaburzenia odporności osoby zakażonej i leczenia lekami antywirusowymi. Ma on wymiary socjalne i moralne, wymagające zarówno udzielenia pomocy osobom zakażonym, jak i zapobiegania zakażeniom. Kościół troszczy się o osoby chore na AIDS, broni je przed jakąkolwiek dyskryminacją, stara się o medyczną opiekę nad nimi w centrach diagnostycznych i terapeutycznych, niekiedy mobilnych. Szczególnie ważne jest leczenie HIV-pozytywnych ciężarnych, które może zapobiec przenoszeniu zarażenia na potomstwo. W zakresie zapobiegania epidemii w populacji Kościół uważa, że nie może ono ograniczać się do czysto medycznych, mechanicznych, komercyjnych aspektów; stosowanie ich ma znaczenie chwilowe. Trwałe rezultaty może dać tylko zmiana zachowań seksualnych narażonej na zakażenie populacji (wierność małżeńska, unikanie seksu przygodnego) oraz wzrost poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie i zdrowie otoczenia. Dopuszczalne stosowanie prezerwatyw w małżeństwach, w których jeden z partnerów jest zakażony, może ulec modyfikacji wobec spostrzeżenia, że wczesne leczenie i kontrolowanie osoby zakażonej zmniejsza jej zaraźliwość dla partnera. Jednakże w tych przypadkach konieczny jest dostęp do leków i środków diagnostycznych. Oryginalny tekst w języku francuskim szczegółowo omawia nauczanie Kościoła w sprawie HIV/AIDS (str. 35-53).

Na dalszych stronach omawianego zeszytu *Dolentium Hominum* Prof. M. C. Marazzi z Uniwersytetu LUMSA we Włoszech pisze o prowadzonym przez nich programie DREAM (Drug Resorce Enhancement against AIDS and Malnutrition). Program prowadzony jest w 10 krajach afrykańskich. Poza terapią antywirusową program obejmuje edukację zdrowotną, pomoc w zakresie odżywiania, szkolenie personelu medycznego oraz informacje nt. opieki, adresowane do chorego i jego rodziny. Mgr T. Antrella, specjalista w psychiatrii socjalnej z Paryża omawia szczegółowo rolę edukacji seksualnej w dobie AIDS. Obszerny artykuł (str. 57-63) w języku francuskim wykracza poza tematykę naszego kwartalnika. Na dalszych stronach *Dolentium Hominum* omawiane są różne aspekty bioetyczne, ekonomiczne, organizacyjne związane z programami AIDS, w tym szeroki, globalny dostęp do leków przeciwwirusowych. Mowa jest też o watykańskiej Fundacji Dobrego Samarytanina oraz o programach zwalczania AIDS w Angoli, Kamerunie, Wietnamie, Brazylii, na Białorusi i na Papua Nowej Gwinei.

Z zeszytem nr 77 *Dolentium Hominum* powinien zapoznać się każdy bliżej zainteresowany pandemią HIV/AIDS.

Wybrał i tłumaczył:
prof. Zbigniew Pawłowski

Posługa lecznicza Kościoła

Ostatni zeszyt nr 77 *Dolentium Hominum* (nr 2 z 2011 r.) zawiera sprawozdanie z sympozjum nt. „Troska o człowieka głównym motywem w zapobieganiu i leczeniu HIV/AIDS". Sympozjum miało miejsce w Watykanie w dniach 27 i 28 maja 2011. Zeszyt *Dolentium* zawiera 21, długo oczekiwanych, wypowiedzi autorytetów chrześcijańskich w sprawie postępowania w epidemii AIDS w świecie. Zainteresują one niewątpliwie tych wszystkich, którzy zajmują się tym zagadnieniem lub mają na co dzień styczność z pacjentami z AIDS. Można tylko żałować, że część wypowiedzi drukowana jest w języku włoskim, poza półwyspem apenińskim, na ogół mało znanym. Z tego względu przedstawienie treści zeszytu może być niepełne, ponieważ oparte jest głównie na streszczeniach angielskich.

Arcybiskup Zygmunt Zimowski, przewodniczący Papieskiej Rady ds. Zdrowia, otwiera konferencję i podsumowuje wypowiedzi 23 autorytetów. Stwierdza on, że – jak wynika z dyskusji nad bioetycznymi problemami związanymi z HIV/AIDS i wobec postępów w leczeniu tego zespołu – jedyna prawdziwa prewencja powinna polegać na zmianach zachowania seksualnego. Jej skuteczność została już wykazana w Ugandzie. Przesłanie Kościoła do wszystkich ludzi dobrej woli, wykraczając poza fachową retorykę dotyczącą prewencji, mówi „tak" życiu szlachetnemu i ludziom, respektującym własne ciało i ciało innych osób (str. 12). Uczestnicy sympozjum mówili o AIDS z punktu widzenia ich specjalności (badań medycznych, teologii, edukacji, farmacji, ochrony zdrowia), ale przecież AIDS wyraża się wieloma formami cierpienia osób zarażonych i ich rodzin; ludzie mogą znaleźć ulgę jedynie zawierzając się Chrystusowi. Wpływ Kościoła poprzez jego instytucje, troszczące się o zdrowie, ma duże znaczenie w zwalczaniu i leczeniu AIDS. Należy oczekiwać, że organizacje międzynarodowe i rządy docenią to znaczenie (str. 99).

Mgr nuncjusz Silvano Tomasi, stały obserwator Stolicy Apostolskiej przy agencjach Narodów Zjednoczonych w Genewie, podkreśla, że instytucje kościelne od drugiej połowy lat 80. miały bezpośredni kontakt z Dr Jonathanem Mannem, dyrektorem programu AIDS w WHO, w Genewie. Podobny kontakt był utrzymywany po utworzeniu w roku 1995 szerszego programu – UNAIDS. W 2006 roku Caritas International był organizatorem wspólnego spotkania USAIDS i WHO oraz przedstawicieli 70 kościelnych organizacji w sprawie HIV/AIDS. Przybliżyło ono stanowisko Kościoła wobec działań organizacji międzynarodowych. Poza spotkaniami „na szczycie" odbyło się szereg konferencji lokalnych w RPA, spotkania episkopatów krajów afrykańskich, na Madagaskarze, w Indiach, w Kenii, w Tajlandii i w Myanmar. Caritas International opracował wytyczne „Pastoral Training for Response to HIV/AIDS", tłumaczone na wiele języków. Z pewnym niepokojem Kościół obserwował, że w roku 2008 jedynie 5,4% funduszy przeznaczonych na zwalczanie HIV/AIDS trafiało do organizacji religijnych oraz że promocja i szeroki dostęp do prezerwatyw był uważany za podstawę zapobiegania szerzeniu się AIDS. Kościół konsekwentnie uważał, że zwalczanie epidemii HIV powinno być oparte na zmianie zachowań seksualnych na bardziej moralnie odpowiedzialne. Kościół nigdy nie uważał AIDS za karę za grzechy, był przeciwny izolacji i marginalizacji chorych oraz uważał, że kraje rozwinięte niedostatecznie finansowo angażują się w rozpoznawanie, leczenie i zwalczanie HIV/AIDS. Psychiczne wsparcie chorych jest niedostateczne. Kościół jako społeczność związana wspólną wiarą, nadzieją i miłością, uważa, że każdy ma prawo do godnego życia (str. 21-24).

Dr Edward Greek z The New Paradigm Fund w Waszyngtonie przedstawia ewolucję poglądów na prewencję szerzenia się HIV. Szczyt zapadalności na AIDS mamy już poza nami. Niemniej 2,7 miliona ludzi zaraża się co roku. W wielu krajach, zwłaszcza południowej Afryki, zapadalność utrzymuje się na wysokim poziomie i daleko jeszcze do końca epidemii. Wysiłek organizacji międzynarodowych doprowadził do tego, że ponad 5 milionów ludzi otrzymuje leki przeciwwirusowe. Liczba leczonych z trudem ulega zwiększeniu, między innymi z powodów finansowych. Idea, że można powstrzymać AIDS masowym leczeniem jest ponętna, ale naiwna.

Jedyną drogą powstrzymania szerzenia się AIDS jest zmniejszenie liczby nowych przypadków. W tym względzie, mimo że minęło już 30 lat od początku pandemii, nasze doświadczenie w poza-lekowej prewencji jest niewielkie, a znajomość dróg szerzenia się zakażenia, zwłaszcza w Afryce, pozostaje niedostateczna. Zwyczaje kontaktów seksualnych i środowisk narkomanów pozostały niezmienione. Swój wpływ na to ma niewątpliwie panująca na zachodzie liberalizacja seksualna. Promowane są technologie tylko redukujące ryzyko, a nie technologie unikania lub eliminacji ryzyka zarażenia. W zapobieganiu główną rolę odgrywają technologie biomedyczne, a nie dążenie do zmiany zachowań seksualnych. Doświadczenie dotychczasowe uczy, że istnieją różne sposoby transmisji HIV, wymagające odmiennych strategii zapobiegania. W Afryce HIV szerzy się poprzez kontakty heteroseksualne. Na zmniejszenie zapadalności wpływ mają obrzezanie mężczyzn i zmniejszenie liczby partnerów seksualnych (Uganda, Southern Africa Developent Commission, 2006). Strategie zapobiegania i odpowiednie fundusze nie powinny być skierowane tylko do grup wysokiego ryzyka, ale również obejmować ogół populacji.

Do grup ryzyka należą prostytutki, homoseksualiści i narkomani. Zwalczanie szerzenia zakażeń HIV powinno polegać nie tylko na zmniejszeniu ryzyka zakażenia, ale również na zmniejszaniu liczby osób w ww. grupach ryzyka (ograniczenie prostytucji, pomoc narkomanom).

(ciąg dalszy na str. 26)