



ISSN 1641-604 X

MEDICUS  
MUNDI

# Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

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

CZERWIEC 2001  
NR 2 (rok I)

## Od Redakcji

Blisko 800 egzemplarzy pierwszego numeru *Medicus Mundi Polonia* wyszło „w świat”. Kwartalnik otrzymały wszystkie zakony misyjne, około 50 ośrodków misyjnych, z którymi bliżej współpracujemy, kilkuset naszych byłych kursantów oraz kilkadziesiąt osób, których zainteresowanie tropikiem jest nam znane. Również Ojciec Święty Jan Paweł II otrzymał do śniadania w dniu 19 maja 2001 kopię *Medicus Mundi Polonia*, doręczoną Mu przez uprzejmość kardynała Etsou Nzabi Bamungwabi, Arcybiskupa Kinsbasa, zaproszonego do Watykanu na spotkanie z Papieżem. Prof. Pawłowski spotkał kardynała z okazji konferencji *Medicus Mundi International* w Brukseli.

Nie uległ zmianie cel wydawania kwartalnika, którym jest przekazywanie informacji istotnych dla ochrony zdrowia oraz rozpoznawania i leczenia chorób tropikalnych. Kwartalnik ma służyć również integracji w kraju osób o doświadczeniu w zakresie chorób tropikalnych lub zainteresowanych tropikiem i przybliżać im problemy medyczne, z jakimi stykają się osoby związane z ośrodkami misyjnymi prowadzącymi działalność medyczną. Z drugiej strony, Redakcja oczekuje, że poprzez kwartalnik osoby te będą miały okazję bliższego kontaktu z Fundacją *Redemptoris Missio*, która potrzebuje jak najszerszego wsparcia, zarówno społeczeństwa, jak i osób związanych z medycyną.

Redakcja otrzymała dotąd niewiele potwierdzeń o otrzymaniu kwartalnika i o zainteresowaniu otrzymywaniem dalszych numerów. Mimo to wysyłamy numer 2 *Medicus Mundi Polonia* na wszystkie dotychczasowe adresy, pozostawiając otwartą decyzję, czy w przyszłości będziemy kontynuować wysyłkę do osób lub instytucji, które nie wyraziły zainteresowania kwartalnikiem. Mamy zamiar umożliwić szerszy kontakt z *Medicus Mundi Polonia* za pomocą Internetu. Zmniejszyłoby to koszt wydawania kwartalnika. Nadal nie określamy ceny prenumeraty, ale podajemy do wiadomości, że kwoty przekazane Fundacji można odpisywać od podstawy podatku dochodowego do wysokości 10% dochodów.

Redakcja prosi uprzejmie o:

- zgłaszanie osób, które mogą być zainteresowane otrzymywaniem *Medicus Mundi Polonia*,
- partycypowanie, w miarę możliwości, w kosztach druku i wysyłki kwartalnika,
- nadsyłanie wiadomości, które wzbogaciłyby treść wydawnictwa i zwiększyły zainteresowanie Czytelników kwartalnikiem oraz
- podawanie nowego adresu w przypadku jego zmiany.

Oddając do rąk Czytelników drugi numer *Medicus Mundi Polonia*, Redakcja liczy na bliższy z Nimi kontakt.

## W numerze:

### Aktualności

z kraju	2
z Fundacji	
z ośrodków misyjnych	2
z <i>Medicus Mundi International</i>	3
ze Światowej Organizacji Zdrowia	3
„Ekumeniczny” zdrowy styl życia	4
Akademicki Ruch Misyjny	5

## MALARIA i HIV/AIDS c.d.

### Szkolenie:

kursy, książki,	
szkolenie indywidualne przy pomocy CD-romów,	
kongresy i konferencje	5
Aktualny temat: malaria i HIV/AIDS c.d.	6
Postępa lecznicza Kościoła	12

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

**Biuro Fundacji:** Akademia Medyczna, ul. Dąbrowskiego 79, p. 503, Kolegium Prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, tel. +48 61 8477 458 wew.195, fax +48 61 8477 490; e-mail: medicus@eucalyptus.usoms.poznan.pl

**Centrum Wolontariatu Fundacji:** ul. Grunwaldzka 89, 60-311 Poznań, tel. +48 61 8621 321

<http://www.usoms.poznan.pl/medicus>

Konto bankowe: Bank Zachodni SA, I Oddział w Poznaniu nr rachunku 11201492-3740-137-3000

# AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

## Z KRAJU

W dniu 2 czerwca 2001 odbyła się w Poznaniu krajowa konferencja nt. zasad zapobiegania i leczenia malarii u osób podróżujących do rejonów endemicznych. Organizatorami konferencji były Klinika Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych AM w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Parazytologiczne i Medicus Mundi Poland. Udział w konferencji wzięło około 80 osób, m.in. Prof. D. Bradley w London School of Hygiene and Tropical Medicine. Wnioski z konferencji zostały przekazane Radzie Sanitarnej-Epidemiologicznej Ministerstwa Zdrowia.



W dniu 16 maja 2001 w Centrum Formacji Misyjnej odbyła się uroczystość zakończenia dorocznego kursu formacyjnego dla misjonarzy. Fundacja „Redemptoris Missio” brała udział w przygotowaniu misjonarzy pod względem medycznym do pracy w trudnych warunkach klimatycznych i sanitarnych. W drugiej połowie maja 2001 przyszli misjonarze udali się do Watykanu po błogosławieństwo Ojca Świętego Jana Pawła II.



10 lutego 2001 odbyła się w Warszawie jubileuszowa sesja naukowa Fundacji Polskiej Rouala Follereau nt. „Hospicjum. Trudna próba wierności”. Sesja została przygotowana z okazji IX Światowego Dnia Chorego, którego inicjatorem jest Ojciec Święty Jan Paweł II oraz 10-lecia Konserwatorium Etyki „Medycyna na miarę człowieka”. Sesję otworzył i prowadził Dr Kazimierz Szałata z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, inicjator Konserwatorium. Tematy wykładów: „Dziesięć lat refleksji nad trudnymi problemami etyki lekarskiej” (Dr K. Szałata), „Posłanie Ojca Świętego na Światowy Dzień Chorego” (Ks. J. Jachimczak), „Reanimacja, uporczywa terapia, a odpowiedzialność moralna lekarza” (Prof. T. Widom-

ska-Czekajka), „Lekarz domowy wobec problemów osoby ciężko chorej w stanie terminalnym” (Dr E. Teslar, Paryż), „Potrzeby duchowe osoby ciężko chorej” (Claude Reinhart), „Cierpiącym ciałem i duszą – nasza opieka i miłość” (Zespół Prof. A. Saulskiene z Wilna), „Czy lekarz może być przyjacielem pacjenta?” (Dr h.c. W. Błęńska). W sesji uczestniczyło około 120 osób. Adres Zarządu Polskiej Fundacji R. Follereau: ul. Sienkiewicza 11, 05-220 Zielonka, tel./faks 022 674 68 51.



Dnia 24 kwietnia 2001 odbyło się w Warszawie sympozjum pt. „Maryja w kulturze i w kulcie afrykańskim. Sprawozdanie z tego sympozjum przygotowane przez Ks. Ambrożego Andrzejaka publikujemy na stronie 5.



Rektor Akademii Medycznej w Poznaniu podpisał umowę o współpracy z Divine Word University w Madang, Papua Nowa Guinea. Umowa niewątpliwie zbliży Uczelnię, jak również i Fundację, z potrzebującą pomocy ludnością tej ogromnej wyspy, która z misjonarzami zetknęła się po raz pierwszy w latach 1930-tych.

## Z FUNDACJI

Na posiedzeniu Rady Fundacji w dniu 20 kwietnia 2001 powołano nowy Zarząd Fundacji w składzie: lek. med. Norbert Rehlis – prezes, mgr Wojciech Owczarzak – wiceprezes, członkowie Zarządu Ks. Waldemar Babicz, mecenas Jerzy Pomin i Pan Sławomir Ast.



W dniu 18 czerwca 2001 przewidziane jest zebranie Rady Fundacji w nowym składzie.

## Z OŚRODKÓW MISYJNYCH

Wraz z podziękowaniem za wyróżnienie Medalem im. Karola Marcinkowskiego, skierowanym na ręce Pana Prof. dr hab. Leona Drobnika, Rektora Akademii Medycznej w Poznaniu, O. Marian Żelazek, misjonarz-werbiista z Puri, Indie, przesłał ujmującą opowieść o Bijuli Pradhan. Ojciec Marian jest wieloletnim przyjacielem Fundacji i gospodarzem studenckich praktyk wakacyjnych. Każdy kontakt z Nim wzbogaca nas wszystkich. Redakcja dziękuje Pani Redaktor Faktów AM Dr Anicie Magowskiej za wyrażenie zgody na zamieszczenie w MMP opowieści, która została przetłumaczona z języka angielskiego i wydrukowana na łamach miesięcznika Fakty AM rok 2, nr 6/7/8 (18-20) 2001.



JM Rektor AM prof. Leon Drobnik wręcza Medal im. Karola Marcinkowskiego Ojcu Marianowi Żelazkowi (fot. Z. Kołtuniak)

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

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

**Sekretarz Redakcji:** Lek. med. Nobert Rehlis, HCMT, prezes Fundacji

**Rada Redakcyjna:** Ks. Ambroży Andrzejak (Poznań), Dr h.c. Wanda Błęńska (Poznań), Dr Mirosława Góra (Zambia), Ks. lek. med. Jan Jaworski (PNG), Dr Anita Magowska (Poznań), Dr Wanda Marczak-Malczewska (Zakopane), Mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), Lek. med. Rafał Sadowski (Kraków), Dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), Dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria).

**Wydawca i dystrybucja:** Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” – Medicus Mundi Poland, pokój 503, Kolegium Prof. Adama Wrzoska, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań, tel. 061+8477458 w. 195, faks 061+8477490, e-mail: medicus@eucalyptus.usoms.poznan.pl.

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

**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 w Banku Zachodnim S.A., I Oddział w Poznaniu, nr r-ku 11201492-3740-137-3000, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplenia skromnych zasobów finansowych Fundacji.

**Przygotowanie:** Wydawnictwo Kontekst, Poznań. e-mail: wyd\_kontekst@poczta.onet.pl

# AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

## Moje doświadczenie z Bijuli

Nazywa się Bijuli Pradhan. Jest samotną kobietą napiętowaną trędem. Kiedy miała 7 lat, rodzice odkryli białe miejsca na jej ciele, widomy dowód straszliwej choroby. Od tej chwili jej przeznaczeniem stał się świat przekłęty przez bogów i ludzi. Miała 7 lat. Ojciec wziął ją, jak mały ludzki tłumoczek, i położył w małym pokoju w domu trędowatych. „Ojciec opuścił pokój, zamknął drzwi za sobą, zostawiając mnie samą” – wspomina teraz 56-letnia Bijuli – „Krzyczałam, krzyczałam, aż całkiem zabrało mi tchu”.

Mata trędowata dziewczynka rosła i tak samo wzrastała jej choroba. Dzisiejsze skuteczne leki przeciw trądowi były wtedy niezbyt znane. Żarłoczne prątki trądu wnikały w jej życie, niszcząc palce u nóg i rąk, powodując ubytki w jej kruchym ciele.

Dzisiaj w swojej chatce porusza się na czworakach. Nie może powstać. Do drzwi zbliża się przeważnie czołgając, wita mnie siadając z godnością na zdeformowanych nogach, w jedynej ludzkiej postawie jaką ocaliła z trądu. Nigdy nie widziałem Bijuli uśmiechniętej i nie potrafię wyobrazić sobie uśmiechu na jej twarzy. Jest spokojną, cierpiącą damą. Zdarzają się jednak chwile, kiedy opamiętanie przechodzi w ataki rozgoryczenia i opuszczenia, wtedy wali głową w podłogę swojej chaty prosząc Boga o miłosierdzie i wybawienie z beznadziejnej sytuacji. Moja obecność pomaga jej odzyskać spokój.

Podczas mojego pięcioletniego pobytu w obozie koncentracyjnym w Dachau i Mauthausen-Gusen wiele razy byłem świadkiem podobnych scen doświadczenia rezygnacji i opuszczenia przez współwięźniów, w których ich umysły pogrążyły się w stan odrętwienia, niekiedy nieodwracalnie. Z Bijuli było i jest pomyślniej. Ma kogoś, kto staje przy niej i opiekuje się nią. I ona to odczuwa.

W liczącej 640 mieszkańców osadzie trędowatych w Puri istnieje Korunalaya-Leprosy Care Centre i wypełnia po prostu testament naszego Pana, Jezusa Chrystusa, prowadząc Kuchnię Miłosierdzia, pozwalającą opiekować się większością pozbawionych środków do życia trędowatych, zaopatrywać ich w żywność, odzież, dawać schronienie i różne rzeczy wspólnego oraz osobistego użytku. Takich pacjentów jest 70, wśród nich Bijuli.

Ona modli się nieco egoistycznie, żeby ojciec i siostry opiekujący się nią nie umarli, żeby żyli dłużej niż ona. Obawia się, że ich przedwczesna śmierć pozbawiłaby ją pełnej miłości opieki, którą się cieszy. Właśnie, pełnej miłości Bijuli! Nazywam ją też moją „sympatią”! „Zaczynamy zdawać sobie sprawę, że także sam Bóg przez Swego Syna, Jezusa Chrystusa, kocha ciebie, trędowatą dziewczynę”. To On sprawia, że Dobroczynicy wpłacają na fundusz apostołatu trędowatych, to On daje odwagę i ochronę ojcu i siostrze, aby mogli z oddaniem i radością być narzędziami dobroci wobec ciebie.

O. Marian Żelazek S.V.D.  
– Korunalaya-Leprosy Care Centre

## Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

W dniu 17 maja 2001 odbyło się w Brukseli doroczne posiedzenie Zarządu MMI, na którym Medicus Mundi Poland reprezentował Prof. Zbigniew Pawłowski. Zarząd MMI podkreślił w swoim dorocznym sprawozdaniu pozytywną opinię o zorganizowanym przez Medicus Mundi Poland posiedzeniu Zarządu MMI w Poznaniu w czerwcu 2000 roku. Wzorem spotkania poznańskiego, po posiedzeniu Zarządu MMI odbyła się sesja naukowa, zorganizowana przez Dr T. Pulsa z Memisa, Holandia nt. ekonomicznych podstaw świadczenia usług medycznych w krajach rozwijających się. Niewykluczone, że następne posiedzenie Zarządu MMI odbędzie się w Beninie.

## ZE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

W dniach 14-22 maja 2001 odbyło się w Genewie Zgromadzenie Ogólne WHO. Mental Health jest problemem priorytetowym WHO w tym roku. Zakażenia HIV uznano za pandemię i stwierdzono, że dostęp do skutecznych leków jest prawem każdego chorego. Wnioskowano o specjalne fundusze dla zwalczania AIDS i gruźlicy oraz postulowano rozszerzenie badań problemów społecznych związanych z profilaktyką AIDS. Mówiono o zrewidowaniu programu „essential drugs”, zapewniającej lepszą dostępność leków, zabezpieczenie ich dobrej jakości i skuteczności, obniżenie ceny leków podstawowych, zwalczanie leków „fałszywych”. W związku z globalizacją chorób zakaźnych (grypa, HIV/AIDS, BSE) uznano za potrzebne wzmocnienie wymiany informacji i rewizję istniejących International Health Regulations.

### Komunikaty ŚOZ o występujących epidemiach (WER, Internet)

Na wiosnę ognisko dżumy wystąpiło w rejonie Petauke, Zambia: 23 przypadki i 3 zgony. Ostatni przypadek zanotowano 15 marca 2001.



Na wiosnę wystąpiły epidemie meningokokowego zapalenia opon mózgowych w rejonie na południe od Sahary. Odnotowano następującą liczbę przypadków: Burkina Faso (10.897 przypadków, 1.525 zgonów), Benin (odpowiednio 7.532, 300), Republika Środkowoafrykańska (odpowiednio 1.816, 343), Czad (odpowiednio 5.780, 607), Niger (odpowiednio 4.014, 321) oraz Etiopia (odpowiednio 4.138, 242). W rejon epidemiczny dostarczono ponad 1.000.000 dawek szczepionek. W czasie epidemii należy unikać przebywania w miejscach zatłoczonych. Profilaktycznie podaje się sulfadiazynę, a zapalenie meningokokowe opon mózgowych leczy się penicyliną.



W Bangladeszu w rejonie Meherpur notowano epidemie ostrego zespołu objawów neurologicznych. Bliższych szczegółów brak.



W maju i w czerwcu zanotowano 27 przypadków i 4 zgony z powodu ostrej choroby krwotocznej w Kosowie.



W pierwszych miesiącach 2001 notowano ogniska żółtej gorączki w Peru, w Brazylii i na Wybrzeżu Kości Słoniowej.



Oficjalnie 28 lutego 2001 powiadomiono o zakończeniu epidemii Ebola w Ugandzie. Zmarły 224 osoby, w tym pracownik służby zdrowia, który pierwszy rozpoznał epidemię. W zwalczaniu epidemii brało udział ponad 20 organizacji pozarządowych. W jej likwidacji istotną rolę odegrała czynna współpraca ugandyjskich służb ochrony zdrowia i ludności Ugandy. Po raz pierwszy wirusologiczne laboratorium diagnostyczne było dostępne w kraju, w którym wystąpiła epidemia. Zagrożenie świata epidemią chorób wysoce zakaźnych było tematem Zgromadzenia Ogólnego ŚOZ, które odbyło się w Genewie w maju 2001. Łącznie po dzień dzisiejszy zanotowano 1.500 przypadków gorączki Ebola i ponad 1.000 zgonów.



Według ŚOZ na trąd w roku 2000 zachorowało 680.000 osób. 70% ogółu przypadków występuje w Indiach, Nepalu i w Myanmar. Sytuacja w Afryce jest niejasna z uwagi na mniejsze zainteresowanie trędem w czasie pandemii AIDS. Na kontynencie południowo-amerykańskim 80% przypadków występuje w Brazylii.

Redakcja uznała za wskazany przedruk dwóch tabel z artykułu „The Church as a health promoting community. The Jamaican experience” przygotowanego przez E. Anthony Allen, konsultanta Rady Ministrów na Jamajce. Artykuł ukazał się w kwartalniku Contact, wydawanym przez World Council of Churches w Genewie, nr 169, kwiecień-czerwiec 2000, s. 10-15. Jak widać z artykułu, promocja zdrowego stylu życia jednostki i społeczności ma charakter ekumeniczny.

## PROMOCJA ZDROWIA

### DZIAŁANIA W KIERUNKU PROMOCJI ZDROWIA W SPOŁECZNOŚCI:

- ustalenie strategii postępowania, edukacja jak utrzymać dobre samopoczucie, spotkania nt. zdrowia, „ewangelizacja zdrowotna”, programy w szkołach, promowanie „bezpiecznego środowiska”, grupy wzajemnej pomocy, doradztwo duchowe, kluby zainteresowań;
- tworzenie współpracujących sieci, pozyskanie środków masowego przekazu.

### DZIAŁANIA PROMUJĄCE MACIERZYŃSTWO I OPIEKĘ NAD DZIECKIEM

- dla każdego dziecka, w każdej rodzinie: nadzór nad okresem ciąży, poród przy asyście odpowiednio przygotowanych osób, karmienie piersią, szczepienia, nauczanie higieny i zabezpieczanie dostępu do środków higieny, wydłużanie okresów między porodami do dwóch (i powyżej) lat, monitorowanie dorastania dzieci i młodzieży, poświęcając im czas, uczucie i słowa zachęty.



- świeckie doradztwo prawne
- doradztwo duchowe
- grupy kryzysowe
- praktyka w zakresie: pierwszej pomocy, dbania o higienę osobistą, opieki nad chorym w domu
- leczenie naturalne: zioła, prawidłowe odżywianie, masaże
- porady w sprawach osobistych
- dostępność usług klinicznych.

## REHABILITACJA

- rehabilitacja i opieka paliatywna dla osób: niepełnosprawnych, z wylewami, chorobami serca, problemami ze wzrokiem, chorobami umysłowymi, z uzależnieniami, skutkami urazów, artretyzmem, rakiem, zakażeniem HIV
- pomaganie ofiarom wypadków, katastrof
- grupy pomocy dla powracających do zdrowia
- nauczanie praktyczne umiejętności rehabilitacyjnych.
- doradztwo psychologiczne i duchowe
- grupy wzajemnej pomocy.

## TEST POPRAWNYCH PRZYWCZYKAJEŃ ZDROWOTNYCH

### Jak wygląda Twoje życie?

- Czy ćwiczysz regularnie przynajmniej przez 30 minut 3 razy w tygodniu?

# „Ekumeniczny” zdrowy styl życia

## ZWALCZANIE UBÓSTWA I PRZEMOCY

- czysta woda, odpowiednie składowanie odpadów, zwalczanie komarów malarycznych, higiena domostw oraz żywności, pomoc w rozładowywaniu konfliktów, edukacja w zakresie przemocy w rodzinie, kluby młodzieżowe, akcje społeczne, mentoring, duma rasowa, relacje policja a obywatele, polityka, nabywanie umiejętności zarobkowania, popieranie sprawiedliwości.

## WSPÓŁPRACA SPOŁECZNOŚCI (LOBBYING)

- na rzecz programów regionalnej / naturalnej promocji zdrowia, „obszary zieleni”, ochrona środowiska, działania na rzecz biednych, dzieci, ludzi starszych, niepełnosprawnych, upośledzonych, dobry poziom świadczonych usług,
- działania przeciw przemocy i komercyjnemu promowaniu niezdrowego stylu życia.

## PREWENCJA

- wczesne wykrywanie zagrożeń
- edukacja zdrowotna
- badania masowe (wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca, rak sutka i prostaty, problemy dentystyczne i okulistyczne, etc.)
- dostępność porad przez telefon (samobójstwo, niebezpieczeństwo zakażenia HIV, przemoc w rodzinie, depresja)
- nauki przedmażeńskie
- wczesne i ogólnodostępne leczenie
- pracownicy kościelnej i społecznej służby zdrowia

- Czy jesz 7-10 porcji owoców i/lub warzyw dziennie?
- Czy pijesz 1 szklankę chudego mleka lub mleka sojowego niskotłuszczowego dziennie?
- Czy unikasz jedzenia tłustych mięs?
- Czy jesz produkty zastępujące mięso (np. produkty sojowe, produkty strączkowe)?
- Czy korzystasz w pełni z pełnohodźwicznych i naturalnych węglowodanów?
- Czy uzupełniasz braki organizmu w multiwitaminy oraz minerały?
- Czy unikasz tłuszczów z wyłączeniem „zdrowych tłuszczów” (np. oliwa, orzeszki ziemne, ryby, olej lniany)?
- Czy unikasz spożywania cukru i soli, z wyłączeniem tych, które występują naturalnie w pożywieniu?
- Czy używasz ziołowych przypraw dla poprawy smaku i zdrowia?
- Czy pijesz 6-8 szklanek wody dziennie?
- Czy poddajesz się corocznym lekarskim badaniom okresowym?
- Czy regularnie korzystasz z rozrywki i rekreacji?
- Czy masz swoje hobby?
- Czy znajdujesz czas na dobrą zabawę?
- Czy regularnie wypoczywasz?
- Czy dbasz o swój rozwój intelektualny?
- Czy poświęcasz uwagę życiu duchowemu (np. modlitwie, przebywaniu w koleżeńskej grupie, medytacji, czy umiesz przebaczać)?
- Czy znajdujesz czas na życie towarzyskie (np. rodzina, przyjaciele, telefonowanie, składanie wizyt, rozrywka)?
- Czy pomagasz innym w swojej społeczności?
- Czy spędzasz regularnie czas na łonie natury (np. ogródek, zwierzęta domowe, spacer, zażywanie kąpieli w morzu)?
- Czy regularnie dbasz o ochronę środowiska i unikasz działań, które prowadzą do jego zniszczenia?

Ks. Ambroży Andrzejak przekazał do druku w MMP sprawozdanie z interesującego spotkania misjologów Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

## AKADEMICKI RUCH MISYJNY

# Maryja w kulturze i w kulcie afrykańskim

„Oto błogostawić Mnie będą odtąd wszystkie pokolenia, gdyż wielkie rzeczy uczynił Mi Wszemchnocny”

Łk. 1, 48-49.

Naukowe Koło Misjologów Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego (UKSW) zorganizowało 24 kwietnia 2001 roku sympozjum o tematyce maryjnej w kulturze niektórych krajów Afryki i Madagaskaru. Sympozjum odbyło się w Warszawie na Bielanych, ul. Dewajtis 5.

Ks. Prof. dr hab. Władysław Kowalak SVD, kierownik misjologii UKSW, serdecznie powitał uczestników sympozjum i wprowadził w jego tematykę. Program sympozjum obejmował 4 sesje.

Dr hab. Eugeniusz Sakowicz, UKSW, ukazał „Maryję w teologii i tradycji islamskiej”. Dr hab. Ryszard Vorbrich z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu przedstawił „Kobietę kameruńską w pracy i w rodzinie”, a Ks. dr Jarosław Różański OMI, UKSW, opiekun naukowy Koła Misjologów „Kobietę kiryjską między tradycją a nowoczesnością”. Ożywiona dyskusja zakończyła sesję pierwszą i drugą.

„Życie codzienne, kultura i sztuka ludów Afryki” to temat wystawy, którą otwarł i wygłosił słowo wstępne do uczestników Ks. prof. dr hab. Roman Bartnicki, rektor UKSW. W ten sposób rozpoczęła się trzecia sesja, podczas której zostały odczytane referaty: „Trójca Święta i Maryja w koncepcjach afrykańskich” Ks. bp. dra Stanisława Lukumwena z Demokratycznej Republiki Kongo i „Maryja podczas pobytu Świętej Rodziny w Egipcie w kazaniach koptyjskich” O. dr Abulif Malik Awada z Egiptu.

Czwarta sesja zaczęła się odczytaniem referatu Ks. dr Wojciecha Kluję OMI z Madagaskaru „Maryja w tradycji i kulcie malgaskim”. Dr Krzysztof Błażewicz z Uniwersytetu Warszawskiego przedstawił „Kult maryjny w Kościele Etiopskim”, ilustrując go przeżroczami z ikonografii etiopskiej. Na zakończenie sympozjum wyświetlono w Auli UKSW film „Dzieci Afryki”, a zespół „Friends of Light” z Kongo, DRK, zaprezentował koncert pieśni tradycyjnych i maryjnych w języku lingala.

Sympozjum miało charakter interdyscyplinarny i międzynarodowy. Było też swojego rodzaju przygotowaniem uczestników do prowadzenia dialogu międzyreligijnego. Wzięli w nim udział studenci, misjologowie, przyjaciele misji „Ad gentes”, misjonarze i misjonarki, a wśród nich Dr h.c. Wanda Błęńska, Matka Trędowatych. Sympozjum zostało przygotowane przez Koło Naukowe Misjologów UKSW. Opiekunem Koła jest Ks. dr Jarosław Różański OMI. Koło to kontynuuje dziedzictwo Akademickiego Koła Misyjnego Uniwersytetu Warszawskiego z lat 1927-1939 i Studenckiego Koła Misyjnego Akademii Teologii Katolickiej w Warszawie, które zainicjował Ks. doc. dr hab. Feliks Zapłata SVD (1912-1982). Jest pilną potrzebą, by w każdym środowisku akademickim powstały Koła Misjologiczne i promieniowały kulturą misyjną „aż po krańce ziemi” (Dz 1,8). Działalność Fundacji Redemptoris Missio, utworzonej 28 maja 1992 roku przy Akademii Medycznej w Poznaniu, jest przykładem działalności w środowisku akademickim.

Ks. Ambroży Andrzejak

## Szkolenie:

### Kursy, książki, CD-Romy, konferencje

#### KURSY

#### KURS ORGANIZOWANY W POZNANIU PRZEZ FUNDACJĘ W DNACH 2-7 LIPCA 2001

Lista uczestników na kurs pt. „Opieka Zdrowotna w Tropiku” organizowany przez Fundację „Redemptoris Missio” w Poznaniu jest już zamknięta. Fundacja dokłada starań, aby osoby, które nie zakwalifikowały się na kurs lipcowy, mogły zgłosić się na dodatkowy kurs z końcem sierpnia lub z początkiem września 2001. Organizator kursu, lek. med. Norbert Rehlis, prosi uprzejmie o kontakt z Biurem Fundacji.

#### KURSY ORGANIZOWANE PRZEZ FUNDACJĘ W WARSZAWIE PRZY WSPÓŁPRACY Z CENTRUM FORMACJI MISYJNEJ

Na terenie Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie odbędą się jeszcze w tym roku dwa kursy: w dniach 22-25 czerwca 2001 seminarium na tematy medyczne dla misjonarzy przyjeżdżających do Polski na urlop oraz w dniach 27-31 sierpnia 2001 kurs dotyczący najważniejszych problemów zdrowotnych na misjach w krajach tropikalnych dla kandydatów na misjonarzy. Rekrutację na ww. kursy prowadzi Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie ul. Byszevska 1 tel./fax (022) 679 32 35.

**LISTA SZKÓŁ I INSTYTUTÓW TROPICALNYCH, W KTÓRYCH SZKOLENIE JEST AKCEPTOWANE DLA UZYSKANIA „CERTIFICATE IN CLINICAL TROPICAL MEDICINE AND TRAVELLERS HEALTH”** Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Tropikalnej i Higieny (ASTMH) określiło kryteria, upoważniające

do przystąpienia do egzaminu na w/w certyfikat: (1) Ukończenie kursu w ośrodkach medycyny tropikalnej: Aga Khan University, Bernhard Nocht Institute, Case Western Reserve University, Gorgas Memorial Institute University of Alabama, Humbolt University, John Hopkins University, Liverpool School of Tropical Medicine, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Tulane University, Uniformed Services University of Health Sciences, University of Virginia, West Virginia University. (2) Dwa miesiące pracy z pacjentami w tropiku lub krajach rozwijających się. (3) Prawo wykonywania zawodu lekarza w USA i Kanadzie lub odpowiedni ekwiwalent z innych krajów.

Egzamin dla uzyskania certyfikatu odbędzie się 10 listopada 2001 w Atlancie, przed kongresem ASTMH. Koszt egzaminu 445 USD przy wpłacie przed 1 sierpnia 2001 i członkostwie ASTMH. Bliższe wiadomości astmh@astmh.org

#### NOWE KSIĄŻKI

A. Andrzejak i F. Lenort (red.) *Annales Missiologicae Posnanienses*, tom 11, 2000, kontynuacja przedwojennych Roczników Misjologicznych wydawanych w Poznaniu. Wydawca: Wydział Teologiczny Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

H. Mehlhorn (ed.) *Encyclopedic Reference of Parasitology*. Wydanie drugie. Dwa tomy. Springer. 2001. Koszt 599 DM.

T. Bader, *Viral Hepatitis: Practical Evaluation and Treatment*. Hogrefe & Huber Publishers. 2000

J.I. Ravdin, *Amoebiasis*. Imperial College Press, 2000

M.D. Seear, *Manual of Tropical Pediatrics*. Cambridge University Press, 2000

S. Witter i wsp. *Health Economics for Developing Countries: A practical guide*. MacMillan Education Ltd. 2000

#### CD

**Topics in International Health:** zestaw 12 dysków CD-ROM, przeznaczonych do interaktywnego samokształcenia się w najważniejszych tematach z zakresu medycyny tropikalnej, został przygotowany przez Welcome Trust i jest rozprowadzany przez CABI Publishing, Wallingford, Oxon OX10 8DE, UK (<http://www.cabi.org/catalog/cdrom>).

Aktualnie dostępne są następujące opracowania:

- Acute Respiratory Infections
- Diarrhoeal Diseases
- HIV/AIDS
- Leishmaniasis
- Leprosy
- Malaria 2 ed.
- Nutrition
- Schistosomiasis
- Sickle Cell Disease
- STDs (Sexually Transmitted Diseases)
- Trachoma
- Tuberculosis

Koszt zakupu 1 dysku dla celów prywatnych to 55 USD, dla instytucji – 195 USD.

Z początkiem roku akademickiego Fundacja zamierza udostępnić w Poznaniu możliwość korzystania z dysków dla celów samokształcenia się. Osoby zainteresowane proszone są o zgłoszenie w Fundacji.

(ciąg dalszy na str. 11)

AKTUALNY TEMAT: HIV/AIDS



# HIV / AIDS – ciąg dalszy

*Od Redakcji: Problemy związane z HIV/AIDS, zwłaszcza w Afryce, są nadal priorytetowe dla zdrowia w tropiku. Ostatnio odnotować można trzy bardziej pomyślne wiadomości: (i) zaistniała możliwość obniżenia ceny leków przeciwko HIV/AIDS w Afryce z ponad 10.000 USD na osobę na rok do 600 USD, a może nawet poniżej tej sumy (WHO Press Release 14.02.2001); (ii) nastąpiło znaczne upowszechnienie zapobiegania perinatalnym zakażeniom HIV (H.M. Coovadia, Prevention and treatment of perinatal HIV-1 infections in the developing world, Current Opinion in Infectious Diseases, 2000, 13: 247-251) oraz (iii) wystąpiło zahamowanie dalszego szerzenia się HIV w Ugandzie (AIDS in Africa, UNAIDS, 2000).*

## ZAPOBIEGANIE I LECZENIE PERINATALNYCH ZAKAŻEŃ HIV-1

Długotrwałe leczenie matek HIV+ lekami antywirusowymi niewątpliwie zapobiega przenoszeniu zakażenia na potomstwo, ale jest w krajach rozwijających się nadal mało realne. Należy dodać, że niepełne lub krótkotrwałe podawanie leków może prowadzić do wytwarzania oporności na dany lek. Nie można też nie brać pod uwagę objawów ubocznych leczenia, takich jak niedokrwistość, zapalenie trzustki, toksyczne uszkodzenie wątroby, obwodowa neuropatia. Objawy te mogą wystąpić nawet po krótkotrwałym podawaniu leku. Trzeba tu przypomnieć, że 95% przypadków HIV w świecie ma miejsce w krajach rozwijających się, a 70% przypadków zachorowań notuje się w krajach afrykańskich na południe od Sahary, w których sieć placówek lecznictwa nie jest w stanie zabezpieczyć odpowiedniego standardu postępowania diagnostycznego i leczniczego w AIDS.

Zakażenie przenosi się z matki na noworodka w następujących proporcjach: u matek karmiących piersią: w ostatnich tygodniach ciąży około 26%, w czasie porodu – 50%, w czasie karmienia piersią ponad 18 miesięcy – 33-50%; u matek nie karmiących piersią: w czasie ciąży – 35% i w czasie porodu 65%. Z zestawienia tego wynika, że długotrwałe karmienie piersią, ponad 6 miesięcy, znacznie zwiększa możliwość zakażenia niemowlęcia, oraz że co najmniej połowa zakażeń ma miejsce w czasie porodu.

Leczenie przeciwwirusowe Zidovudiną (AZT) w 14-34 tygodniu ciąży może redukować ryzyko zakażenia noworodka o 75%, ale skuteczność leczenia zależy w dużym stopniu od stanu zdrowia ciężarnej (niedokrwistość, awitaminoza A, powikłania ciążowe, poród przedwczesny). W krajach afrykańskich stosuje się AZT najczęściej w dawce dziennej = 600 mg doustnie od 36 tygodnia ciąży począwszy. W Tanzanii, Ugandzie i Republice Południowej Afryki kurację AZT uzupełnia się lamiwidyną (3TK) w dawce dziennej 300 mg. Stosowane często w Europie i USA cięcie cesarskie redukuje przenoszenie HIV o 50%, ale cięcie cesarskie nie może być szerzej stosowaną metodą rozwiązania w krajach rozwijających się z uwagi na koszt, możliwości techniczne, dość wysoką śmiertelność matek i znaczną częstość powikłań związanych z zabiegiem. Należy tu podkreślić, że w Afryce, na południe od Sahary, tylko 63% ciężarnych ma kontakt z ośrodkami zdrowia, a tylko 42% porodów odbywa się pod okiem lekarza lub położnej. Pozostaje podawanie leków przeciwwirusowych w czasie porodu, najczęściej jest to AZT w dawce doustnej 300 mg co 3 godziny. W Ugandzie z powodzeniem stosowano jednorazowo 200 mg Nevirapiny. Po porodzie AZT stosuje się w dawkach jak w czasie ciąży przez jeden lub więcej tygodni. Leczy się również noworodki podawaniem AZT w dawce doustnej 4 mg/kg i 3TC w dawce 2 mg/kg 2x dziennie przez tydzień. W Ugandzie podaje się AZT w dawce dwukrotnie wyższej, tj. 2 x dziennie przez tydzień, lub Nefirapinę 2 mg/kg w ciągu 72 godzin po porodzie. Tego rodzaju postępowanie jest finansowo możliwe i w miarę skuteczne (30-50%).

Przenoszenie zakażenia poprzez karmienie piersią jest odpowiedzialne za znaczną część zakażeń (30-50%), zwłaszcza przy karmieniu ponad 6 miesięcy i przy stanach zapalnych sutka lub pęknięciach brodawki. Decyzja o zaprzestaniu karmienia piersią jest trudna i nadal kontrowersyjna w krajach rozwijających się, w których możliwości karmienia sztucznego są ograniczone, a niemowlę nie posiadające odporności, jaką daje na-

turalne karmienie, pozostaje prawie bezbronny wobec zakażeń z otoczenia. Lokalne wskazania postępowania prewencyjnego lub leczniczego mogą różnić się znacznie, chociażby z uwagi na dostępność leków, i zmieniać w miarę uzyskiwania nowych danych z badań, które w krajach rozwijających się trudno jest prowadzić w sposób obiektywny i wiarygodny.

## AIDS W AFRYCE: UGANDA VERSUS REPUBLIKA POŁUDNIOWEJ AFRYKI

Sytuacja HIV/AIDS w Ugandzie. Podaje się na przykład, że można w Afryce zredukować częstość zakażenia się HIV, a to dzięki wczesnemu podjęciu działań prewencyjnych, determinacji władz w realizacji dobrego programu zwalczania AIDS od roku 1992, szerokiej edukacji dotyczącej zapobiegania HIV i poparci finansowemu działania (roczny koszt programu ocenia się na 74-121 milionów USD). Częstość zakażeń HIV u ciężarnych w Kampali wynosiła 11% w 1985 roku, 31% w 1990 i od roku 1993 spadała do 14% w roku 1998. Jeszcze korzystniejszą sytuację stwierdzono u ciężarnych poniżej 20 roku życia: 28% HIV+ w 1991 i 6% w 1998. Podobnie obserwowano spadek nowych zakażeń HIV na prowincji. Wśród mężczyzn, pacjentów poradni wenerologicznych, odsetek HIV+ wynosił w 1989 – 42%, w 1992 – 46%, ale w 1998 – 30%; u kobiet odpowiednio: w 1989 – 62%, w 1997 – 37%. Niestety, wśród rekrutów w Kampali odsetek HIV+ zwiększył się z 16% w 1992 do 27% w 1996. Liczbę dorosłych i dzieci HIV+ ocenia się na 820.000 (8,3% populacji dorosłej); liczba zgonów na AIDS w roku 1999 wynosiła 110.000. Liczbę dzieci, które straciły matkę lub oboje rodziców, ocenia się na 1.700.000 (1999). Epidemia HIV/AIDS ma negatywny wpływ na poziom edukacji w Ugandzie: 81.000 z 5.000.000 dzieci szkoły podstawowej utraciło nauczyciela, 47% domów, w których żyją sieroty, nie ma pieniędzy na posyłanie dzieci do szkół, w porównaniu do 10% domów, w których rodzice żyją.

Podobnie „korzystną” sytuację odnośnie HIV/AIDS obserwuje się w Zambii (UNAIDS „Report on the global HIV/AIDS epidemic” 2000). Na przestrzeni lat 1990-1996 znacznie zmniejszył się odsetek dziewcząt, podejmujących współzycie płciowe przed ślubem i odsetek seksualnie aktywnych niezamężnych młodych kobiet (52% > 35%).

Mimo, że sytuacja ekonomiczna w Republice Południowej Afryki (RPA) jest dużo lepsza niż w Ugandzie (dochód narodowy na głowę mieszkańca RPA – 3.210 USD w 1997 versus 330 USD w Ugandzie w 1999), a odsetek niepiśmiennych mniejszy (18% w RPA versus 38% w Ugandzie), HIV/AIDS szerzy się w RPA nadal. Jedną z przyczyn jest brak zrozumienia groźby zakażeń HIV w populacji i u władz RPA; plan zwalczania HIV ustalono dopiero w latach 1994/1995 i rozszerzono go w roku 1997. Szczególnie trudna sytuacja jest wśród młodych mężczyzn, pracujących w kopalniach, dość dobrze wynagradzanych, ale nieżonatych lub przebywających z dala od rodziny. W Natalu odsetek zarażonych prostytutek wzrósł z 50% w roku 1997 do 61% w roku 1998. Odsetek HIV+ ciężarnych wynosił średnio 1% w roku 1990 i 19% w roku 1998, w tym odsetek ciężarnych poniżej 20 roku życia wzrósł z 2% w roku 1991 do 20% w roku 1996. Ogólną liczbę zarażonych HIV ocenia się na 4.100.000 (20% populacji dorosłej). Liczba zgonów na AIDS w roku 1999 wynosiła 250.000. Liczba dzieci, które utraciły matkę lub rodziców ocenia się na 420.000. Około 100.000 spośród 8.000.000 dzieci szkolnych straciło nauczyciela w roku 1999. Obłożenie łóżek szpitalnych chorymi na AIDS waha się od 26% do 70% dla dorosłych i 26%-30% dla dzieci.

AKTUALNY TEMAT: MALARIA



# MALARIA – ZIMNICA

Na podstawie Handbook of malaria in the tropics (Eds. G. Carosi i F. Castelli) Organizzazione per la Cooperazione Sanitaria Internazionale, Bolonia, 1997, Expert Committee on Malaria Technical Report Nr 892, WHO Geneva 2000 i licznych pozycji aktualnego piśmiennictwa nt. malarii opracował Prof. Zbigniew Pawłowski. Tekst był już częściowo przedstawiany na seminarium dla misjonarzy w CFM w czerwcu 2000.

## MALARIĘ WYWOŁUJE PASOŻYTNICZY PIERWOTNIK – PLASMODIUM

U człowieka występują 4 gatunki Plasmodium: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* i *P. ovale*. Te gatunki pasożytów występują wyłącznie u człowieka; gryzonie, małpy i niektóre ptaki mają własne gatunki Plasmodium. Wszystkie Plasmodia odbywają część swojego rozwoju u niektórych gatunków komarów z rodzaju *Anopheles*. W jelicie komara zarażonego krwią człowieka, zawierającą gametocyty Plasmodium, w ciągu 8-30 dni rozwijają się gamety; z ich połączenia powstaje zygota (ookineta) i sporocysta, po pęknięciu której około 1.000 sporozoitów poprzez jamę ciała komara przedostaje się do jego ślinianek. W czasie ukłucia komara wraz z jego śliną sporozoity, będące postacią zakaźną, wnikają do krwi człowieka. W ciągu 1/2 godziny sporozoit dostaje się do wątroby, w której mnoży się, dając w ciągu 6-15 dni od 2.000 do 40.000 postaci potomnych tzw. merozoitów pozakrwinkowych. Po pęknięciu komórki wątroby merozoity dostają się do krwi, atakują krwinki czerwone i rozpoczynają wielokrotnie powtarzający się cykl krwinkowy Plasmodium. Każdy cykl trwa 48 lub 72 godziny (*P. malariae*), w czasie których powstaje kilkanaście lub kilkadziesiąt merozoitów potomnych, atakujących nowe krwinki czerwone. Niezależnie od tego, po 10-30 dniach w krwinkach wytwarzają się tzw. gametocyty, które będą mogły zapoczątkować cykl płciowy Plasmodium, o ile dostaną się wraz z krwią do komara.

Najgroźniejszym gatunkiem Plasmodium jest *P. falciparum*, a to z uwagi na znaczną liczbę wytwarzanych merozoitów wątrobowych (do 40.000 z jednego sporozoitu), na krótki okres wylegania choroby, szybkie namnażanie się pasożyta w krwinkach czerwonych oraz na tendencję do zacopowywania drobnych naczyń krwionośnych przez zarażone krwinki, zawierające późne postacie rozwojowe pasożyta (schizonty) i na znaczną liczbę potomnych merozoitów krwinkowych (do 36), a w związku z tym wysoką parazytemię, niekiedy przekraczającą 5% zarażonych krwinek.

## SZERZENIE SIĘ MALARII W DUŻEJ MIERZE ZALEŻY OD ZWYCZAJÓW KOMARA I ŚRODOWISKA WODNEGO

Nie każdy komar przenosi malarię. Spośród około 300 gatunków komarów rodzaju *Anopheles* tylko 30 gatunków ma większe znaczenie w przenoszeniu Plasmodium; u innych gatunków komarów Plasmodium nie rozwija się lub gatunki te nie atakują człowieka. Człowieka kluje tylko samica komara, której krew jest niezbędna dla produkowania 100-200 jaj co 2-4 dni. Komary mnożą się szybko, gdyż samica komara w dogodnych warunkach aktywnie żyje przez kilka tygodni. W czasie suszy lub zimy samice komara przeżywać wiele miesięcy w stanie uśpienia w miejscach

„zacisznych” (pod strzechą, w piwnicy, w dziupli drzew). Rozwój jaj komara następuje tylko w wodzie, gdzie w ciągu 2-3 dni wylęgają się żarłoczne larwy komara. W zależności od temperatury otoczenia w ciągu 7-20 dni z jaj, poprzez stadia larwy i poczwarki, rozwijają się dorosłe komary.

Poszczególne gatunki komara mają swoje ulubione miejsca rozrodu: wodę stojącą lub płynącą, czystą lub zawierającą wiele cząstek organicznych, słodką lub słoną (w deltach rzek), rozległe zbiorniki wody (np. bagna) lub niewielkie zbiorowiska, jak np. zagłębienia skał, drzew, liści, odciski racic, puszek po Coca-Coli, porzucone opony. Stąd też na danym terenie występuje zwykle tylko kilka gatunków komarów rodzaju *Anopheles* dostosowanych do środowiska; znajomość gatunków i zwyczajów komarów jest bardzo ważna dla skutecznego zwalczania malarii.

Zależność rozmnażania się komarów od środowiska wodnego powoduje, że mogą one pojawiać się sezonowo, np. w porze deszczowej lub w czasie lata. Niektóre gatunki komarów żywią się prawie wyłącznie krwią ludzką i dlatego przebywają w otoczeniu człowieka, dość często wewnątrz domu; ułatwia to ich zwalczanie poprzez opryskiwanie domostw środkami owadobójczymi o długotrwałym działaniu. Inne gatunki komarów mogą odżywiać się krwią człowieka i zwierząt (np. bydła) i mogą przebywać zarówno w domu, jak i w oborze; gatunki te odgrywają mniejszą rolę w przenoszeniu malarii, ale trudniej jest je zwalczać.

## MALARIĘ PRZENOSZĄ NIE TYLKO KOMARY

Człowiek może zarazić się malarią poprzez przetaczanie zarażonej krwi oraz wielokrotne używanie tych samych niesterylizowanych strzykawek lub igieł, np. przez narkomanów lub w czasie akcji masowego szczepienia tą samą igłą. Przetaczanie krwi w tropiku niesie za sobą znaczne ryzyko nabycia nie tylko malarii, ale również wirusów żółtaczki zakaźnej i HIV. Piód może ulec zarażeniu Plasmodium, ale zdarza się to nieczęsto poza tropikiem, gdyż u zdrowej ciężarnej ochronne przeciwciała łatwiej przenikają poprzez łożysko niż zarażone krwinki; u ciężarnych w krajach rozwijających się Plasmodium częściej przenika do płodu.

## OBJAWY MALARII MOGĄ BYĆ NIECHARAKTERYSTYCZNE

Malaria wyraża się klinicznie w 3 postaciach: (i) niedokrwiistości, będącej wynikiem rozpadu zarażonych i niezarażonych krwinek czerwonych oraz upośledzonego krwiotworzenia, (ii) malarii mózgowej, powstającej w związku z zacopowywaniem drobnych naczyń krwionośnych mózgowia przez zarażone *P. falciparum* krwinki, prowadzącym do rozlanego

(ciąg dalszy na str. 8-9)

(dokończenie ze str. 6)

## POSTĘPOWANIE W PRZYPADKACH EKSPOZYCJI NA ZAKAŻENIE HIV

Według ostatniego opracowania, podanego przez dr Vinicio Manfrin z Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari (CUAMM) w Padwie, zakażenia HIV związane z zawodem są rzadkie, ale możliwe. Przyjmuje się, że ryzyko zakażenia wynosi 1-3 przypadków na 1.000 ekspozycji. Ekspozycja zależy od charakteru rany (nacięcie, ukłucie, głębokość, rozległość), umożliwiającej wtargnięcie wirusa i od kontaktu z materiałem zakaźnym, zawierającym większą lub mniejszą ilość wirusa. Możliwe są również zakażenia dospojówkowe. Dotychczas opisano 120 udo-

kumentowanych przypadków zakażeń zawodowych i podobną liczbę zakażeń prawdopodobnych.

Każda rana powstała w czasie zabiegu powinna być odkażona i odpowiednio zabezpieczona, a zanieczyszczone spojówki oka przemyte obojętym płynem. Decyzja o wszczęciu profilaktycznego podawania leku jest trudna i powinna być w każdym przypadku rozważona indywidualnie. Chociaż uważa się, że podawanie samego AZT redukuje ryzyko zakażenia o 81%, to jednak zaleca się podawanie co najmniej 2 leków przeciw-wirusowych. Leki powinny być podane do 4 godzin po ekspozycji (optimalnie po 2 godzinach). Dlatego też jest mało czasu na próbę potwierdzenia zakażenia badaniem laboratoryjnym, jednakże powinno ono być wykonane w dniu ekspozycji i powtórzone po miesiącu.



## MALARIA – ZIMNICA

(ciąg dalszy ze str. 7)

zapalenia mózgu i zespołu ciężkiej malarii oraz (iii) innych niecharakterystycznych objawów, takich jak gorączka, bóle głowy, hipoglikemia, obniżona liczna płytek krwi, nudności, wymioty.

U dorosłych osób nieodpornych objawy malarii mogą wystąpić najwcześniej w 7 dni po zarażeniu, tj. w czasie pierwszego rozpadu zarażonych krwinek czerwonych. Początkowe objawy wyrażają się nieregularną gorączką, złym poczuciem własnym, bólami mięśni, dreszczami, potami, nudnościami, rzadziej wymiotami i czasem biegunką; są więc niecharakterystyczne i podobne do wielu zakażeń wirusowych. Po tym okresie wstępnym w ciągu kilku dalszych dni występują typowe napady malarii: gwałtowne dreszcze, trwająca kilka godzin wysoka gorączka (do 40°-42° C.) z suchą skórą, a następnie zlewne poty połączone ze spadkiem ciepłoty ciała. W przypadku inwazji *P. vivax* i *P. ovale* napady gorączki pojawiają się co 48 godzin, a w przypadku inwazji *P. malariae* – co 72 godziny. W przypadku inwazji *P. falciparum* napady gorączki są zwykle gwałtowniejsze i często nieregularne.

Przedstawione wyżej „książkowe” objawy malarii występują coraz rzadziej. W rzeczywistości każdy pacjent choruje na malarię na „swoją” sposób, zwłaszcza o ile posiada już pewien stopień odporności lub brał leki przeciwmalaryczne. Niekiedy będą to tylko bóle głowy i mięśni i/lub złe poczucie, niekiedy nawracające dreszcze lub stany podgorączkowe nie sugerujące „typowej” malarii.

### OBJAWY MALARII ZALEŻĄ OD ODPORNOŚCI

O przebiegu malarii decydują: gatunek pasożyta, intensywność inwazji i przede wszystkim odporność osoby zarażonej, która utrudnia mnożenie się pasożyta w krwinkach czerwonych. Odporność narasta w sposób naturalny w miarę ekspozycji na malarię w czasie pobytu na terenach endemicznych; zależy ona też od ogólnego stanu zdrowia i schorzeń towarzyszących. Ostatnio stwierdzono, że zakażenie HIV niekorzystnie wpływa na występowanie objawowej malarii oraz jej przebieg i na odwrót.

Badania nad szczepionką przeciwko malarii są zaawansowane, ale nie należy oczekiwać, aby szczepionka była szeroko dostępna przed rokiem 2010.

W miarę nabywania odporności w przypadkach malarii nie leczonej – o ile chory przeżyje – napady gorączki są coraz mniej dokuczliwe i coraz bardziej nieregularne, aż w końcu ustępują w ciągu około miesiąca. W przypadku inwazji *P. falciparum* wznowy napadów malarii mogą pojawiać się w ciągu roku; w inwazjach *P. vivax* i *P. ovale* do 5 lat (wiąże się to z przetrwałymi w wątrobie postaciami pasożyta), a w inwazjach *P. malariae* do końca życia.

Wytwarzająca się w wyniku zarażenia *Plasmodium* odporność jest niepełna i nietrwała, a ponadto zwykle ukierunkowana na dany gatunek pasożyta. W mniej przeżyta malaria pozostawia na 1-2 lat pewien stan odporności powodujący, że w wyniku ponownego zarażenia objawy zimnicy są mniej dokuczliwe, trwają krócej i mijają szybciej; często ograniczają się do niecharakterystycznych napadów gorączki przy ogólnym złym poczuciu, bólach głowy i/lub mięśni. Te poronne kliniczne formy malarii są trudne do rozpoznania i wymagają różnicowania z zakażeniami wirusowymi, przewlekłym zapaleniem nerek lub płuc.

Osoby nieuodpornione, które przybywają na tereny malaryczne po raz pierwszy (misjonarze, turyści), są szczególnie narażone na malarię o cięższym przebiegu klinicznym w początkowym okresie ich aklimatyzacji lub po powrocie do kraju, o ile pobyt w tropiku był krótki. Stąd w początkowym okresie pobytu w strefie malarycznej ważne jest unikanie ekspozycji na zarażenie i profilaktyczne pobieranie leków przeciwmalarycznych. W okresie późniejszym zwykle wystarcza dostosować swoje zachowanie i ewentualne pobieranie leków do rad osób doświadczonych na miejscu. Odporność nabyta przeciwko malarii utrzymuje się do 2 lat i tak np. studenci studiujący w Polsce po powrocie w rejon malaryczny mogą tam zachorować na malarię. Odporność wrodzona populacji na terenach malarycznych jest często wynikiem długoletniej naturalnej selekcji i zależy od wielu przekazywanych genetycznie czynników, uniemożliwiających pasożytowi wnikanie do krwinek czerwonych i dalszy w nich rozwój.

### MALARIA O CIĘŻKIM PRZEBIEGU MOŻE BYĆ ŚMIERTELNA W CZASIE KILKU DNI

U osób z niepełną odpornością w ciągu kilkunastu dni inwazji *P. falciparum*, które atakuje wszystkie krwinki czerwone, a nie tylko młode – jak *P. vivax*, liczba krwinek zarażonych może przekraczać 5%. Wówczas malaria staje się groźną chorobą, prowadzącą do ostrej niedokrwistości, niedotlenienia tkanek i do tzw. malarii mózgowej. W tej ciężkiej postaci malarii mogą wystąpić: objawy ze strony mózgowia (drgawki, zaburzenia świadomości), nerek (krwiomocz, bezmocz), wątroby (żółtaczka), przewodu pokarmowego (biegunki), układu naczyniowego (krwawienia z nosa, z przewodu pokarmowego, wylewy krwi do jam ciała, wstrząs) oraz zaburzenia metaboliczne (niedocukrzenie krwi, kwasica, mocznica, zaburzenia elektrolitowe).

Kliniczny przebieg ciężkiej malarii ma charakter toksyczny i podobny jest do posocznicy (sepsis). W mechanizmie patogenetycznym pierwszoplanową rolę odgrywa TNF alfa. W przypadkach malarii źle rokuje: zaburzenia świadomości, 3 lub więcej napadów drgawek w ciągu jednego dnia, zaburzenia oddychania, objawy krwawienia i wstrząsu. W tych przypadkach liczba krwinek czerwonych zarażonych *P. falciparum* może przekraczać 5%, poziom glukozy spada poniżej 40 mg/dL, hematokryt wykazuje niskie wartości < 20%, a ciepłota ciała może przekraczać 40° C, występuje hemoglobinuria, wymioty i biegunki.

Przypadki ciężkiej malarii, w tym malarii mózgowej, nie leczone odpowiednio wcześniej kończą się zgonem w 50% przypadków. W Polsce malarię powinno się leczyć w ośrodkach klinicznych medycyny tropikalnej (Gdynia, Poznań), mających doświadczenie w leczeniu malarii i zapas odpowiednich leków przeciw pasożytniczych. Często niezbędne jest leczenie w oddziałach intensywnej terapii internistycznej technicznie lepiej przygotowanych do leczenia ciężko chorych z objawami i zaburzeniami wielonarządowymi. W tropiku zachodzi niekiedy potrzeba szybkiego przetransportowania chorego z ciężką postacią malarii do większego szpitala.

### Z POWODU MALARII NAJCZĘŚCIEJ GINĄ MAŁE DZIECI, KOBIETY CIĘŻARNE I OSOBY NIEUODPORNIONE

Malaria jest szczególnie groźna w tropiku dla dzieci do 5 lat. W wieku do 3 lat giną one często wśród objawów szybko postępującej niedokrwistości, a w wieku 3 lat i powyżej – z powodu malarii mózgowej. U dzieci w tropiku gorączka jest objawem często występującym i w tylko w 1/3 przypadków jest wynikiem zarażenia *Plasmodium*. Niemniej, przy braku innego rozpoznania w rejonach endemicznych dla malarii dzieciom gorączkującym podaje się leki przeciwmalaryczne. Śmiertelność dzieci do 5 lat nie leczonych w czasie zachorowania na malarię waha się od 10-30%.

Kobiety ciężarne, zwłaszcza w pierwszej ciąży, chorują na malarię częściej i gwałtowniej: aż 10% ciężarnych może ginąć z powodu nieleczonej malarii. Kobietom ciężarnym, jako grupie szczególnie narażonej, podaje się często profilaktycznie leki przeciwmalaryczne np. chlorochinę lub chlorochinę oraz proguanil w I trymestrze ciąży i ewentualnie meflochinę w II i III trymestrze. W ciąży z dziećmi do lat 8 nie należy podawać doksycykliny. Zakażenie ciężarnej *Plasmodium* odbija się niekorzystnie również na przebiegu ciąży (poronienia, porody niewczesne lub przedwczesne) i na rozwoju i kondycji zdrowotnej płodu, a następnie niemowlęcia (niska waga urodzeniowa). Niemowlęta do 6 miesięcy życia karmione piersią są zwykle zabezpieczone przed malarią przez przeciwciała matczyne.

Osoby nie posiadające odporności, np. misjonarze wyjeżdżający na kilka lat w rejony malaryczne, powinny brać leki profilaktyczne przez 1-3 miesiące, a następnie korzystać z rady miejscowych lekarzy.

### WCZESNE ROZPOZNANIE I LECZENIE MALARII RATUJE ŻYCIE

Rozpoznawanie malarii na podstawie mało charakterystycznych objawów klinicznych jest często źródłem pomyłek nawet u osób, które napady malarii przeżyły wielokrotnie. Malarię rozpoznaje się stwierdzając na rozmazie krwi badaniem mikroskopowym charakterystyczne postacie wewnątrzkrwinkowe *Plasmodium*. Rozmaz krwi umożliwia rozpoznanie gatunku pasożyta i ocenę intensywności inwazji, co ma znaczenie przy wyborze leczenia. Większość ośrodków medycznych w tropiku ma duże doświadczenie w rozpoznawaniu malarii na podstawie rozmazu krwi; w Polsce praktyczne doświadczenie w laboratoryjnym rozpoznawaniu malarii, poza wyspecjalizowanymi ośrodkami, może być niedostateczne. Należy również zaznaczyć,

**PAMIĘTAJ O RYZYKU ZACHOROWANIA NA MALARIĘ W CZASIE POBYTU W TROPIKU I PO POWROTCIE DO KRAJU**



że zdarzają się przypadki, gdy na rozmarze jest bardzo mało pasożytów, które uchodzą uwagi badającego; dlatego przy utrzymującym się podejrzeniu o malarię badania mikroskopowe powtarza się kilkakrotnie. Ostatnio wprowadzono do rozpoznawania malarii proste testy oparte na wykrywaniu specyficznych białek, wchodzących w skład antygenów pasożyta. Testy pozwalają w ciągu kilku minut po nasączeniu paska bibuły badaną krwią przekonać się, czy pacjent choruje na malarię. Test kosztuje kilka dolarów, ale ma również słabe strony: paski bibuły nie powinny być wystawiane na działanie wysokich temperatur, a ponadto niektóre czynniki zewnętrzne, np. temperatura pomieszczenia, mają wpływ na wynik badania. Jedna trzecia osób nie mających jakiegokolwiek doświadczenia w medycznych testach diagnostycznych odczytuje ich wynik w sposób niepoprawny. Cechy te utrudniają znacznie szersze stosowanie testu, zwłaszcza w tropiku i przez osoby nie-doświadczonych. Niekiedy wykonuje się odczyn serologiczny w kierunku malarii, ale dodatni wynik mówi tylko o tym, że istnieją w badanej krwi swoiste przeciwciała i wskazuje na zakażenie przebyte, które może nie mieć związku z aktualną chorobą. Odczyn serologiczny może być ujemny we wczesnym okresie malarii, na którą pacjent choruje po raz pierwszy. W ośrodkach klinicznych wykonuje się test PCR; jest on bardzo pomocny w rozpoznaniu, a nawet wykrywaniu szczepów opornych na leki, ale nie jest niezawodny. Test PCR jest kosztowny i może być wykonywany w wyspecjalizowanych laboratoriach.

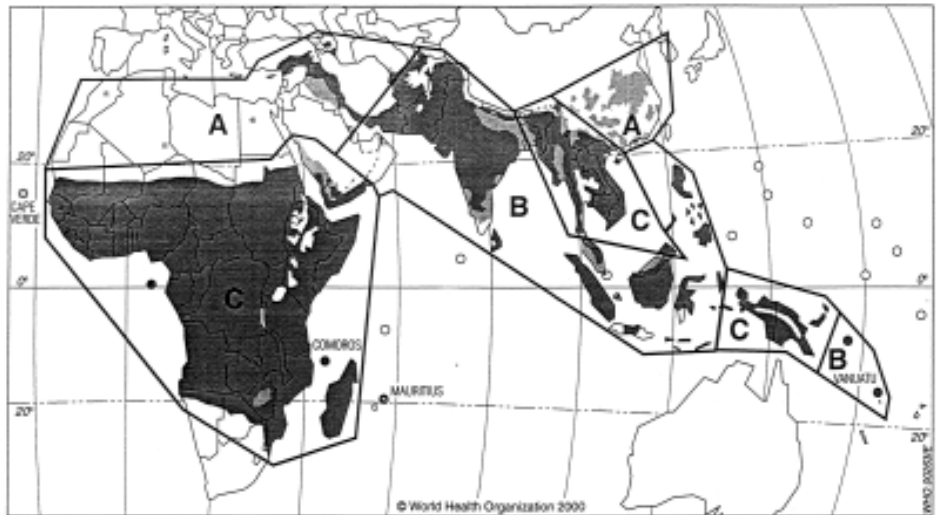
Leczenie malarii rozpoznanej lub podejrzewanej w sposób uzasadniony należy wdrożyć bez zwłoki. Wybór leku w zasadzie jest sprawą lekarza, w dużym stopniu zależy jednak od dostępności leków, lokalnego doświadczenia w leczeniu malarii oraz miejscowej lekooporności na leki przeciwmalaryczne. W ośrodkach misyjnych, które pracują z dala od lekarza, zasady ewentualnego postępowania w przypadku podejrzenia o malarię powinny być uzgodnione wcześniej z najbliższym ośrodkiem służby zdrowia.

Kilkanaście lat temu lekiem z wyboru w leczeniu malarii była chlorochina (Aralen, Avloclor, Nivaquine, Resochin, Arechin) w dawce 2 tabletki po 600 mg, po 6 godzinach dalsze 2 tabletki, przez następne dni raz dziennie po 2 tabletki. Chlorochina utraciła swoje uniwersalne zastosowanie w miarę jak pasożyt, głównie *P. falciparum*, uzyskiwał odporność na ten lek. Leko-odporność jest często niepełna i przy braku pod ręką innych leków często korzysta się nadal z chlorochiny. Leki nowszej generacji, takie jak meflochina (Lariam, Mephaquin, Eloquin), pyrimetamina z sulfadoksyną (Fansidar), halofantren oraz różne postacie artemizyny mają określone przeciwwskazania i mogą powodować objawy uboczne. Wobec tego, przy stosowaniu tych leków należy kierować się wskazaniami lekarza lub danymi zawartymi w informacji dołączonej do leku. W ciężkich przypadkach malarii, zwłaszcza u pacjenta nieprzytomnego, leki przeciwmalaryczne (chinina, chinidyna) podaje się dożylnie.

## WŁAŚCIWYM POSTĘPOWANIEM MOŻNA ZNACZNIE ZMNIJSZYĆ RYZYKO NABYCIA MALARII

W indywidualnych przypadkach ryzyko nabycia malarii zmniejsza się poprzez:

- unikanie kontaktu z komarem-przenosicielem *Plasmodium*, zwłaszcza od zmroku do świtu, a w niektórych okolicach tylko w porze deszczowej lub krótko po niej. Kontakt z komarem uniemożliwia się poprzez właściwe ubranie w godzinach wieczornych: długie rękawy, długie spodnie, grubsze skarpetki. Komary oddala stosowanie co 3-4 godziny repelentów, najczęściej zawierających DEET, IR 3535 lub BAYREPEL, na odkryte części ciała: twarz, kark, dłonie i stopy. Ważna jest dbałość o zwalczanie komarów we wnętrzach domów poprzez umieszczanie siatek w oknach i w drzwiach wejściowych, przeglądanie ścian i sufitów – zwłaszcza w łazienkach – w poszukiwaniu komarów, używanie wewnątrz pomieszczeń środków owadobójczych (palenie trociczków, włączanie elektrycznych rozpylaczy). Klimatyzacja pomieszczeń nie sprzyja komarom. Gdy pomieszczenia są nieuszczelnione, jedynym wyjściem jest spanie pod moskitierą. Moskitiera powinna być szczelna i właściwie założona: włożona ze wszystkich stron



## ZALECENIA CHEMIOPROFILAKTYKI MALARII WG STREF GEOGRAFICZNYCH (INTERNATIONAL TRAVEL AND HEALTH, WHO, GENEWA, 2001)

Strefa • Charakterystyka ryzyka •  
Zalecana chemioprophylaktyka\*

### A Ryzyko ogólne niskie lub sezonowe.

Nie ma ryzyka w wielu miejscach (np. w miastach). *P. falciparum* nie występuje lub jest podatne na chlorochinę. Chlorochina lub niezalecana w przypadku bardzo małego ryzyka

### B Małe ryzyko w większości miejsc.

Chlorochina podana sama zabezpiecza przeciwko *P. vivax*. Chlorochina + proguanil dają pewien stopień protekcji przeciwko *P. falciparum* i może zmniejszyć objawy chorobowe, o ile wystąpią mimo chemioprophylaktyki chlorochina + proguanil.

Meflochina na drugim miejscu lub niezalecana w przypadku bardzo małego ryzyka.

### C Ryzyko wysokie w większości miejsc

w Afryce, za wyjątkiem terenów położonych wysoko. Ryzyko małe w Azji lub Ameryce, ale wysokie w części Amazonii.

Oporność na sulfadoksynę – pirymetaminę częsta w Azji, zmienna w Afryce i Ameryce meflochina i doksycyklina – pogranicze Tajlandii, Myanmar/Kambodża lekami z wyboru doksycyklina na drugim miejscu.

Chlorochina + proguanil na trzecim miejscu lub niezalecana w przypadku bardzo małego ryzyka.



Rejon, gdzie malaria została zwalczona lub nigdy nie występowała

Rejony z ograniczonym ryzykiem

Rejony, na których ma miejsce przenoszenie malarii

\* Dokładne zalecenia odnośnie dawkowania leków, stosowania leków u ciężarnych, przeciwwskazania do leczenia, stosowanie leków „w kieszeni” – patrz International Travel and Health, WHO Genewa 2001. Niezależnie od stosowanej chemioprophylaktyki ochrona przed ukłuciem komarów powinna być stosowana we wszystkich sytuacjach, nawet wówczas gdy bierze się leki profilaktyczne.

pod materac tak, aby uniemożliwić przyleganie jej do śpiącej osoby. Dobrze jak moskitiera jest nasączana środkiem owadobójczym permetryną lub etofenoproks raz na kilka miesięcy. Każdorazowo przed spaniem należy sprawdzić, czy do wnętrza moskitiery nie przedostał się komar;

- stosowanie profilaktycznych leków przeciwmalarycznych. W profilaktyce malarii nie ma leku w pełni skutecznego i całkowicie bezpiecznego. Nie ma też jednej recepty na ich stosowanie; właściwy wybór leków zależy od gatunku pasożyta występującego w danym rejonie, jego podatności na poszczególne leki oraz od osobniczej wrażliwości osoby leczonej na leki, nie wspominając o dostępności potrzebnych preparatów. Leczenie profilaktyczne powinno być stosowane regularnie w początkowym okresie pobytu podczas braku odporności na nabycie malarii. Przy dłuższych pobytach w tropiku i nabraniu pewnej odporności na malarię leczenie profilaktyczne stosuje się okresowo np. w czasie lub bezpośrednio po porze deszczowej lub

(ciąg dalszy na str. 10-11)



## MALARIA – ZIMNICA

(ciąg dalszy ze str. 9)

sporadycznie, najczęściej z chwilą wystąpienia objawów wskazujących na malarie lub w czasie innych chorób, np. wirusowych, zmniejszających odporność.

Istnieją cztery podstawowe leki profilaktyczne: chlorochina, proguanil, meflochina i doksycyklina. Chlorochina w dawce 600 mg tygodniowo jest nadal skuteczna w zapobieganiu inwazji *P. vivax*, *P. ovale* i *P. malariae* za wyjątkiem Papua Nowej Gwinei, Miramar (Burma) i części Indonezji. Chlorochina może być stosowana przez dłuższy okres czasu (np. rok) i zazwyczaj jest dobrze tolerowana; pierwszym objawem intoksykacji chlorochiną jest utrata zdolności odróżniania barw. Często razem z chlorochiną, podawaną raz na tydzień, stosuje się proguanil podawany codziennie w dawce 200 mg. Lek pod nazwą Savarine łączy 100 mg chlorochiny i 200 mg proguanilu i jest podawany codziennie. Ostatnio zaleca się stosowanie codzienne Malaronu, który jest połączeniem proguanilu (100 mg) z atokwanonem (250 mg). Firma Glaxo-Wellcome dostarcza nieodpłatnie rocznie milion dawek Malaronu, głównie do państw afrykańskich, w ramach programu ochrony zdrowia dziecka. Meflochina w dawce 250 mg raz tygodniowo jest najskuteczniejszym lekiem profilaktycznym; tylko sporadycznie obserwuje się szczepy pasożyta odporne na meflochinę w Azji (związana na granicy birmańsko-tajlandzkiej) i w Afryce Zachodniej. Meflochina jednakże nie powinna być stosowana u osób z zaburzeniami neuro-psychofizycznymi i u dzieci ważących mniej niż 15 kg. W niektórych przypadkach lek jest źle tolerowany. Meflochina może być stosowana przez dłuższy czas, jest jednak bardzo kosztowna. Doksycyklina (vibramycyna) jest jedynym lekiem, na który nie zaobserwowano oporności pasożyta. Jest ona stosowana codziennie w dawce 100 mg/dobę. Nie może być stosowana u dzieci do 5 lat i w ciąży oraz przez okres dłuższy niż 8 tygodni. Doksycylinę, która zapobiega również cholerze i niektórym biegunkom, do niedawna stosowano tylko w Tajlandii, Kambodży i w Miramar, gdzie występują szczepy odporne na wszystkie inne leki; obecnie jest ona podawana również w Afryce. Podawanie pyrimetaminy i sulfadoksyny (Fansidar) jako leku profilaktycznego jest coraz rzadziej praktykowane z uwagi na szczepy odporne w Azji i w Południowej Ameryce oraz częściowo w Afryce, jak również na możliwość występowania groźnych powikłań skórnych. Halofantren, chinina, amodiachina, pochodne artemizyny z wielu względów nie są stosowane w profilaktyce malarii. W niedługiej przyszłości zostanie wprowadzone na rynek nowe leki, np. połączenie chlorproguanilu z dapsonem (LAPDAP).

Zalecenia odnośnie wyboru leków często zmieniają się w miarę wprowadzania nowych preparatów lub obserwowania narastającej wrażliwości na dany lek, stąd potrzeba śledzenia aktualnych zaleceń co najmniej raz na rok.

### MALARIA JEST JEDNĄ Z NAJWAŻNIEJSZYCH W ŚWIECIE CHOROÓB PASOŻYTNICZYCH

Malaria zabija rocznie między 1,5 a 2,7 milionów ludzi na świecie, a choruje na nią każdego roku między 300 a 500 milionów ludzi. Malaria jest siódmą w świecie przyczyną zgonów i drugą z kolei przyczyną zachorowań na choroby zakaźne i niezakaźne. Aż 90% zachorowań i zgonów ma miejsce w Afryce. Z pozostałych 10% dwie trzecie zachorowań przypada na 6 krajów: Indie, Brazylię, Sri Lankę, Wietnam, Kolumbię i wyspy Solomona. O znacznej różnicy w zapadalności na malarie świadczy fakt, że w Afryce Zachodniej ekspozycja na ukłucie zarażonego komara wynosi średnio 1 x dziennie, a w Azji średnio 1 x na rok. Podobnie zgony w powodu malarii w Afryce następują w 1 przypadku na 100 zachorowań, a w Azji 1 raz na każde 10.000 zachorowań. Powodem wysoce niekorzystnej sytuacji w zakresie malarii w Afryce są: dość powszechna obecność złośliwego gatunku *Plasmodium falciparum*, lokalne konflikty i wojny, zmiany klimatyczne zachodzące w świecie (ulewne deszcze, wyższa średnia temperatura) i degradacja środowiska naturalnego sprzyjająca komarom, migracje ludności na szeroka skalę, a przede wszystkim bieda. W ostatnim dziesięcioleciu sytuacja zdrowotna w zakresie malarii w Afryce uległa pogorszeniu. W Afryce na południe od Sahary malaria stanowi częstokroć 10% ogółu przyjęć do szpitala i 30% porad ambulatoryjnych. Oczekuje się, że realna poprawa w zwalczaniu malarii na tym kontynencie będzie możliwa w ciągu najbliższych 30 lat. Wśród 125 milionów turystów odwiedzających rocznie kraje malaryczne co najmniej 10.000 choruje na malarie po powrocie do Europy lub USA i Kanady.

W Polsce występują gatunki komara *Anopheles*, mogące przenosić malarie. Jednakże średnia temperatura otoczenia nie pozwala na przeniesienie

malarii złośliwej, wywołanej przez *P. falciparum*. Można się tym pasożytem zarazić jedynie w promieniu około 5 km wokół portów lotniczych poprzez ukłucie zarażonego w innym kraju komara, który przyleciał do kraju samolotem (airport malaria). Komary w Polsce mogą przenosić *P. vivax* przez około 100 dni w miesiącach letnich. Po I i II wojnie światowej w Polsce wybuchały epidemie malarii *P. vivax* wywołane masowym przemieszczaniem się ludności i znacznego stopnia zniszczeniem środowiska. Dzięki skutecznej akcji zwalczania Polska została uznana za wolną od rodzimej transmisji malarii w roku 1963. Obecnie rejestruje się w kraju rocznie kilkadziesiąt przypadków malarii zalewanej z rejonów malarycznych; zgony z powodu malarii występują w Polsce sporadycznie i niekiedy dotyczą misjonarzy.

### ZWALCZANIE MALARII W ZNAJCZNEJ MIERZE ZALEŻY OD AKTYWNOŚCI LOKALNEJ SPOŁECZNOŚCI

Zwalczanie malarii w skali globalnej wymaga ogromnych nakładów finansowych, woli politycznej rządzących i spokoju społecznego w krajach malarycznych, współpracy służby zdrowia z lokalnymi społecznościami oraz postępu w badaniach pasożyta, komara i ludzi chorych lub narażonych na zarażenie.

W wielu krajach malaria została zlikwidowana w miarę radykalnej zmiany środowiska i dostępności opieki zdrowotnej (południowe stany USA) lub dzięki zorganizowanej działalności służb epidemiologicznych i medycznych (Europa). W Afryce, zwłaszcza równikowej, nie ma możliwości likwidacji malarii poprzez programy prowadzone centralnie.

#### 'PARTNERSHIPS FOR CHANGE' & COMMUNICATION Guidelines for Malaria control



Division of Control of Tropical Diseases  
World Health Organization

Developed in collaboration with  
Malaria Consortium U.K.



W obecnej chwili zwalczanie malarii ogniskuje się wokół następujących działań: (i) likwidacja miejsc lęgowych komarów w otoczeniu człowieka, (ii) opryskiwanie domów środkami owadobójczymi (DTT może znów okazać się niezastąpiony), (iii) stosowanie moskitier i (iv) wczesne wykrywanie i leczenie chorych na malarie. Nie ma jednej skutecznej metody zwalczania malarii. Dobór kilku metod zależy od aktualnej sytuacji na określonym terenie i w dużej mierze od aktywności lokalnej społeczności, a tym samym od działalności lokalnych liderów społeczności, np. misjonarzy. Wstępem do lokalnego zwalczania malarii jest ustalenie, jaka jest częstość występowania malarii i jej sezonowość, kto najczęściej ginie z powodu malarii, jakie na danym terenie występują gatunki *Plasmodium* (informacje miejscowej służby zdrowia), jakie są zwyczaje miejscowych komarów (informacja miejscowej ludności). Zbieranie tych informacji powinno iść w parze z edukacją społeczności i próbami pozyskania jej dla idei wspólnego zwalczania malarii na danym terenie poprzez przekonanie, że ludność sama może dużo zrobić dla siebie też w zakresie malarii. Kolejnym zadaniem jest ustalenie, co może być wspólnie zrobione, np. udostępnienie laboratoryjnego badania w kierunku malarii, zaopatrzenie w leki przeciwmalaryczne, profilaktyczne podawanie leków ciężarnym, wczesne rozpoznawanie i leczenie malarii u dzieci do lat 5, zwalczanie komarów w otoczeniu przez likwidację niektórych miejsc lęgowych, opryskiwanie domów środkami przeciwko owadom, stosowanie moskitier. Istnieją bardzo dobre poradniki Światowej Organizacji Zdrowia jak organizować zwalczanie malarii na poziomie lokalnej społeczności. Tego rodzaju działanie, niezależnie od ochrony zdrowia, ma szereg cech społecznie pozytywnych, takich jak wzmocnienie poczucia jedności społeczności, wykazanie możliwości skutecznego wspólnego działania. Misjonarz nie może stać obok najważniejszych problemów zdrowotnych parafian i w przypadkach malarii może być jednym z liderów akcji jej wspólnego zwalczania na swoim terenie.

Prof. zw. em. Zbigniew S. Pawłowski

## Posługa lecznicza Kościoła

(dokończenie ze str. 12)

przyłączenia się do wysiłków WHO w celu promowania programu Zdrowie dla Wszystkich podczas swej wypowiedzi na Konferencji w Watykanie w 1997 roku zatytułowanej „Kościół i zdrowie w świecie, oczekiwania i nadzieje na progę 2000 roku”. Dr Nakajima, ówczesny Dyrektor Generalny WHO, na tejsze konferencji podkreślił, jak bardzo cennie są działania instytucji kościelnych na rzecz zdrowia, oraz że świat potrzebuje takiego holistycznego podejścia w rozwiązywaniu problemów zdrowia. „Unirsi per fare meglio”.

Od 26 do 28 maja 2000 roku miało miejsce ważne spotkanie Międzynarodowego Stowarzyszenia Katolickich Instytucji Opieki Zdrowotnej (AISAC – Associazione Internazionale Istituti Sanitari Cattolici). Spotkaniu przewodniczył Arcybiskup Javier Lozano Barragan oraz Biskup Jose Redrado. Delegatami z kontynentu byli wielebny Michael Place, Catholic Health Association of the United States, Francis Sullivan z Australian Catholic Health Care Association, wielebny P. Jose Anadon Martinez z Kolumbii, prezydent SELARE of CELAM z Ameryki Południowej, wielebny P.L. Gregotsch z Wiednia wraz z dr Salvador Rofes (Hiszpania), delegaci z Europy, dr Douglas Ross z Afryki Południowej wraz z wielebnym Edwardem Philips z Nairobi jako delegaci z Afryki oraz wielebny James Culas z Indii, reprezentujący Azję. Spotkanie zostało zorganizowane przez Pontyfical Council for Health Pastoral Care (Radę Pontyfikatu ds. Duszpasterskiej Opieki Zdrowotnej) jako kontynuacja posiedzenia mającego miejsce rok wcześniej. Założeniem tego spotkania było reaktywowanie międzynarodowej współpracy wielu istniejących na całym świecie katolickich instytucji zajmujących się opieką zdrowotną, tj. 5200 szpitali, 12200 hospicjów, 17200 ośrodków zdrowia. AISAC powinien mieć swój wkład w globalną sieć opieki zdrowotnej organizowaną przez NGO oraz musi być aktywnie obecne wszędzie tam, gdzie są podejmowane decyzje dotyczące międzynarodowych programów zdrowia.

Wszyscy delegaci kontynentalni zostali wybrani jako Członkowie Zarządu AISAC. Ojciec Pierluigi Marchesi, poprzedni Generał Bonifratrów, został jego Przewodniczącym. Medicus Mundi był jedyną organizacją pozakościelną i brał udział w roli obserwatora na spotkaniu, jak to podkreślono w liście zapra-

szającym, w związku ze swym zaangażowaniem w program „Zdrowie dla Wszystkich”.

Cele AISAC zostały ujęte w referacie Ojca Marchesi jak następuje: „z uwagi na fakt wzrastającej współzależności spraw związanych ze zdrowiem i wzrastającego tempa ich zmian w nawiązaniu do postanowień z Alma Ata, jak również ze względu na konsekwencje, jakie niesie proces globalizacji dla opieki zdrowotnej, katolicki świat odczuwa potrzebę, aby mieć swój udział w odpowiedzi na nowe wyzwania. Promocja zdrowia oraz zaangażowanie w nieustanny rozwój krajów są istotnymi zagadnieniami wymuszającymi postępowania oparte na prawach człowieka i wartościach etycznych”. Po uznaniu, że rządy ponoszą odpowiedzialność za formułowanie polityki zdrowotnej i organizowanie usług zdrowotnych, społeczeństwo, w czasie wzrastających tendencji demokratycznych, odgrywa wciąż ważną rolę w ich realizacji.

NGO, a wśród nich instytucje misyjne i przykościelne, będą nadal miały swój wkład w realizację tego rodzaju działania, zwłaszcza gdy dotyczy one będą większego zaangażowania w sprawy solidarności postępowania i wartości etyczne. W swej encyklice „Sollicitudo socialis” papież Jan Paweł II definiuje solidarność nie jako zwykłe współdziałanie, ale jako pewną determinację, aby poświęcać siebie dla wspólnego dobra ogółu, za które jesteśmy współodpowiedzialni.

AISAC zachęca katolickie instytucje opieki zdrowotnej, aby zweryfikowały swoją prawną tożsamość tak, aby umożliwiła ona ich przyszłą akredytację w obrębie narodowego programu ochrony zdrowia. Przy współpracy z rządami złożony publiczno-prywatny oraz niedochodowy system opieki zdrowotnej powinien być jasno określony. W szczególności w odniesieniu do krajów rozwijających się Rada Pontyfikatu ds. Duszpasterskiej Opieki Zdrowotnej i AISAC wspierają wniosek Medicus Mundi dotyczący „kontraktowania”. Dosłownie cytując: „Wniosek Medicus Mundi International zabiega o ulepszenie opieki zdrowotnej poprzez kontrakty z niedochodowymi NGO, które wypełniają uznawaną za bardzo istotną misję w publicznej służbie zdrowia i ochronie zdrowia.

Wniosek zaprezentowany na Ogólnym Zgromadzeniu WHO jest oficjalnie poparty przez Stolicę Apostolską poprzez Radę Pontyfikatu ds. Duszpasterskiej Opieki Zdrowotnej i zawiera w streszczeniu następujące zalecenia:

- klasyfikacja instytucji opieki zdrowotnej według ich możliwości działania, a nie według stanu posiadania,

- oparcie definicji oferowanych usług o możliwości dotarcia do całej populacji danego regionu, nie dyskryminując nikogo ze względu na płeć, rasę, religię i status społeczny,
- precyzyjne zdefiniowanie zasad współpracy między władzami lokalnego i narodowego programu zdrowia a społecznymi usługami NGO,
- włączenie do kontraktu między partnerami porozumienia dotyczącego kryteriów właściwej oceny jakości i wydajności sprawowanej opieki zdrowotnej.

Delegaci z Afryki, przedstawiając swój raport na ww. spotkaniu, nie mogli podać ogólnej sytuacji dotyczącej kościelnych instytucji opieki zdrowotnej na swoim kontynencie. W związku z tym rozdałem listę z adresami współpracujących afrykańskich Agencji Przykościelnych Usług Zdrowotnych, tak jak to zostało zebrane przez MMI, z apelem o współpracę z tymi instytucjami chociażby, a może właśnie i dlatego, że pracują one w duchu eklezjalizmu. Wyjaśniłem także, że szpitale peryferyjne nie powinny już dłużej pracować wśród własnych czterech ścian, ale powinny stać się częścią systemu District Hospital Concept, a także, że proponowane przez MMI „kontraktowanie” jest ważnym narzędziem w osiągnięciu tego celu.

Mogę również wspomnieć z okazji Jubileuszu 75-lecia MEMISA, że to Encyklika „Maximum illud” Benedykta XV zapoczątkowała w 1921 roku medyczną pracę misyjną kościoła katolickiego. Poza MEMISA w tym samym roku zostały założone także inne organizacje: Instytut Niemieckiej Misji Medycznej w Würzburgu, Katolicki Zarząd Misji Medycznej (Catholic Medical Mission Board) w Nowym Jorku, Congregation of the Medical Mission Sisters, Fundacja Ad Lucem we Francji / Kamerunie oraz Szwajcarska Misja Medyczna Towarzystwa Lekarzy, obecnie zwana Solidarmed. Wszystkie te instytucje w ten czy w inny sposób współpracują z Medicus Mundi International.

Dzisiejszym wyzwaniem jest koordynacja działań w obrębie Kościoła w celu wzięcia udziału w podejmowaniu na narodowym i międzynarodowym szczeblu decyzji dotyczących zdrowia i jakości życia, w tym sensu życia, etyki, ludzkiej godności i sprawiedliwości oraz dostępności, ciągłości i jakości oferowanych usług leczniczych i prozdrowotnych.

Dr Edgar Widmer

(dokończenie ze str. 5)

### KONFERENCJE I KONGRESY

- 3-14 września 2001 Twentieth European Course in Tropical Epidemiology (ECTE 2001) Swiss Tropical Institute, Basel faks 41 61 271 79 51
- 6-9 września 2001 XIX Zjazd Polskiego Towarzystwa Parazytologicznego w Łodzi; pkurna@katedra.dofa.am.lodz.pl, tel. (042) 636-61-81
- 6-8 września 2001, Le Pharo, Marseille-Armees, Les diarrhees et communications libres tout theme de medecine tropicale, imtssa/asom@worldnet.fr

- 10-12 września 2001, Leeds, UK, British Society for Parasitology: 12th Malaria Meeting, <http://www.biology.leeds.ac.uk/malaria.htm>
- 22-25 październik 2001, Dakar, 6eme Congres International francophone de Medicine Tropicale. Societe de Pathologie Exotique. <http://www.pasteur.fr/socpatex>
- 5-8 listopad 2001, Manila, 6th International Symposium on Maritime Health, [jrydeguz@compass.com.ph](mailto:jrydeguz@compass.com.ph)
- 11-15 listopad 2001, Amer. Soc. Trop. Med. Hyg. 50th Annual Meeting, Atlanta, GA USA [astmh.org](http://astmh.org)
- 15-17 listopad 2001, Watykan, XVIth International Conference, Council for Health Pastoral Care, 00120 Vatican City

- 11-14 marzec 2002, Singapur, 10th International Congress on Infectious Diseases, <http://www.meet-in-singapore.com.sg> lub [www.isid.org](http://www.isid.org)
- 24-27 kwiecień 2002 12th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Basel. <http://www.escmid.org>
- dokładna data jeszcze nieustalona – lipiec 2002 XIV Conference on AIDS, Barcelona, <http://www.aids2002.com>
- 4-10 sierpnia 2002, Vancouver, Kanada, X International Congress of Parasitology (ICOPA), <http://www.biology.ualberta.ca/courses.hp/ttp4.hp/home/htm>

**Szkolenia:**

Kościół i jego zaangażowanie w sprawy zdrowia:

## Posługa lecznicza Kościoła

**Od Redakcji: na Jubileuszowej Konferencji przedstawiciele Episkopatów w ramach 75-lecia MEMISA w dniach 2-4 października 2000 (patrz Medicus Mundi Polonia nr 1) dr Edgar Widmer przedstawił w imieniu Medicus Mundi International niżej zamieszczony referat nt. aktualnych problemów posługi leczniczej Kościoła. Tekst tłumaczyła mgr Erwina Sierant**

Już od starożytności religia i zdrowie, kapaństwo i posługa lecznictwa łączyły się ze sobą. W ósmym wieku p.n.e. Hezjod zwraca naszą uwagę na to, jak grecki bóg Asklepios był wychowywany przez Centaura Chirona. Zdobył on wiedzę o tym, jak przygotowywać leki, jak posługiwać się nożem oraz słowem w celach leczniczych. Nauczył się także jak używać słowa i noża w odpowiednim momencie, a wszystko w sposób holistyczny – całościowy. Od 600 roku p.n.e. świątynia w Epidaurus stała się najważniejszym modelem starożytnego centrum zdrowia. To właśnie stąd religia połączona z działaniami prozdrowotnymi dotarła do Koryntu, na wyspę Kos, a ostatecznie w 290 roku p.n.e. na wyspę Tybr w Rzymie. W 529 roku n.e. cesarz Justynian zamknął w Atenach ostatnią z pogańskich świątyń-szkół. Było to w czasie, kiedy św. Benedykt rozpoczął budowę klasztoru na Monte Cassino. Podejście lekarzy szkół Eskulapa przeistoczyło się z magicznego i tajemniczego rozumienia choroby w racjonalne do niej podejście; w ten sposób medycyna stała się samoistną dyscypliną, chociaż nadal pozostała ściśle związana ze świątynią, a później z kościołem (najpierw z klasztorami, a następnie z biskupami, którzy zakładali szpitale przy swoich katedrach). To właśnie zakonnicy ocalili starożytną wiedzę medyczną, bez nich teksty greckich i rzymskich lekarzy zaginęłyby na zawsze. Zastosowanie tej pogańskiej wiedzy zostało przyjęte przez Kościół tylko ze względu na miłosierdzie dla chorych. Potwierdzenie tego faktu możemy znaleźć w mającym 1100 lat medycznym kodeksie niemieckiego klasztoru „Lorscher Arzneibuch”. Warto również wspomnieć, że wiele z tych szpitali zostało poświęconych Duchowi Świętemu. Był On uważany za Ducha jednoczącego ciało i duszę, jednostkę i społeczność. Było to podejście holistyczne. To właśnie chrześcijaństwo wprowadziło pojęcie solidarności w świecie, ponieważ prawdziwie chrześcijańska wiara jest ściśle związana z dobroczynnością (In Fide et Caritate). Wiele kongregacji specjalizuje się w pracach szpitalnych. Należy tu wspomnieć choćby 400-letni Szpitalny Zakon Bonifratrów z 200 szpitalami w 40 krajach, członka stowarzyszenia Medicus Mundi International. Kościół postrzegał chorobę z jednej strony jako konsekwencję grzechu pierworodnego, ale z drugiej strony choroba była uważana jako szansa współuczestnictwa w cierpieniach Chrystusa. Co więcej, uzdrowienie było uważane za pojednanie się z Bogiem.

Po Rewolucji Francuskiej nauki stały się domeną także świeckich. Do niedawna medycyna skupiała swoją uwagę wyłącznie na ciele, do czasu kiedy próbowano bardziej szczegółowo

zdefiniować stan zdrowia. Na 33 Zgromadzeniu Ogólnym ŚOZ w 1980 roku dr Abdul Rahman Al Awadi, Minister Zdrowia z Kuwejtu, stwierdził, że fizyczne, socjalne i psychiczne dobre samopoczucie nie jest jedynym kryterium zdrowia, lecz należy do definicji dodać także dobre samopoczucie duchowe.

W 1983 roku Watykan zwołał posiedzenie dotyczące zdefiniowania zdrowia dla potrzeb duszpasterstwa. Spotkanie zostało zorganizowane przez Cor Unum. Jego wnioski były punktem wyjścia dla motta przewodniego: „Dolentium Hominum”, dzięki któremu, dwa lata później, została założona Rada Pontyfikatu ds. Zdrowia Duszpasterskiego (Pontifical Council for Health Pastoral Care). Wspomniane posiedzenie zasugerowało zmianę z „duszpasterstwo chorych” na „duszpasterstwo promujące zdrowie”, odwołując się do mowy św. Mateusza o Sądzie Ostatecznym, wskazującej jasno na obraz społeczności Kościoła, działającej aktywnie w służbie wszystkim ludziom, przyczyniającej się do „dobrego poziomu życia” ogółu. W 1985 roku na Posiedzeniu Kościoła Tanzanii, dotyczącym podstawowej opieki zdrowotnej (Primary Health Care – PHC), stwierdzono: „W świetle powszechnego głoszenia Ewangelii, Kościoły wyrażają troskę o wszystkich ludzi, szczególnie najsłabszych członków społeczności, aby umożliwić im odgrywanie większej bezpośredniej roli w propagowaniu i ochronie własnego zdrowia”. Stwierdzono także, że troska Kościoła o zdrowie ludzi pokrywa się z założeniami PHC wg deklaracji WHO z Alma Ata 1978.

Seminarium zorganizowane przez Medicus Mundi International (MMI) oraz Christian Medical Commission (CMC) Światowej Rady Kościołów w Genewie, goszczonych przez Szpitalny Zakon Bonifratrów (Fatebenefratelli) w Rzymie w 1984 roku, zatytułowane „Wzmocnienie koordynacji działań prozdrowotnych przez lokalne organizacje nierządowe (NGO) w kierunku Zdrowie dla Wszystkich”, zgromadziło koordynujące te sprawy Agencje Kościelne związane ze służbą zdrowia z wielu krajów Afryki. Seminarium to potwierdziło jednogłośnie w sprawie potrzeby współpracy NGO oraz rządów i sugerowało zrezygnowanie z prostej formy współpracy i wymiany informacji, a nawiązanie prawdziwego porozumienia, dotyczącego wspólnych akcji na wszystkich szczeblach: narodowym, regionalnym i lokalnym, a także niezwłoczne wprowadzenie w życie idei podstawowej opieki zdrowotnej – PHC. W tym czasie District Health Concept (opieka zdrowotna na szczeblu dyskrtyktu) nie była jeszcze znana. Dopiero w 1987 roku WHO zorganizowało konferencję w Harare i ponownie zdefiniowało rolę

peryferyjnych szpitali w ochronie zdrowia na terenie własnych okręgów.

Wiele szpitali misyjnych lub przykościelnych zapewnia podstawową opiekę zdrowotną i ma jasno zdefiniowaną etyczną postawę jako szpitale niedochodowe. W roku 1992 Bank Światowy wypowiedział się na temat „Lepsze zdrowie dla Afryki”. W roku 1998 Bank Światowy wraz z WHO zaprosił partnerów z krajów rozwijających się na spotkanie w Dakarze poświęcone tematowi: „Propozycja kontraktów jako narzędzia wprowadzające w życie narodowy program ochrony zdrowia w krajach afrykańskich”, ale wielkie niedochodowe środowisko pozarządowych organizacji (NGO) nie zostało zaproszone do dyskusji. Jego istotna rola jako partnerów istotnych dla rozwoju tych krajów nie została wzięta pod uwagę ani nie została oficjalnie uznana, chociaż NGO odgrywają dominującą rolę w wielu dziedzinach narodowych programów ochrony zdrowia. Jeśli kontraktowość jest uważana jako środek dla zapewnienia lepszego zaspokajania niezbędnych potrzeb opieki zdrowotnej całej populacji, wtedy co najmniej byłoby logiczne, aby uznać potencjalne korzyści z zakontraktowania tych prywatnych organizacji, które potwierdziły, że są kompetentne i zaangażowane oraz udowodniły, że są zdolne do samofinansowania i które dodatkowo popierają te same założenia podstawowej opieki zdrowotnej (PHC), jakie były proponowane przez narodowe programy zdrowia.

W związku z powyższym Medicus Mundi International (MMI) w 1991 roku zdecydował się wystąpić z oświadczeniem do Ogólnego Zgromadzenia WHO (World Health Assembly) z wnioskiem o lepszą integrację szpitali NGO z programem „District Health Concept” poprzez odpowiednio zdefiniowane kontrakty i porozumienia. Przyjęcie takiego oświadczenia pomogłoby promować zagadnienia podejmowane przez WHO. Oczywiście takie rozwiązanie jest możliwe jedynie wówczas, kiedy państwa członkowskie udzieliłyby swego poparcia. W związku z tym MMI ma nadzieję, że uzyska poparcie dla swojej inicjatywy od europejskich rządów, a w szczególności tych państw, w których MMI ma swoich współpracujących lokalnych partnerów. Stolica Apostolska wykazała swe ogromne zainteresowanie poparciem oświadczenia. W celu wzmocnienia działalności wielu przykościelnych szpitali, Stolica Apostolska zachęciła biskupów, aby Konferencje Episkopatów udzielały im także swego poparcia.

Pamiętamy także, że Ojciec Święty sam zachęcił Międzynarodowe Katolickie Organizacje, zajmujące się sprawami zdrowia, do

(dokończenie na str. 11)