



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

PAŹDZIERNIK 2001  
NR 3 (rok I)

## Od Redakcji

To już trzeci zeszyt *Medicus Mundi Polonia*. Zeszyt ten, podobnie jak poprzednie, jest drukowany w ilości 1.000 egzemplarzy. Kwartalnik otrzymały wszystkie zakony misyjne, około 50 ośrodków misyjnych za granicą, z którymi bliżej współpracujemy, kilkuset naszych byłych kursantów, kilkunastu uczestników kursów w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie oraz kilkadziesiąt osób, których zainteresowanie tropikiem jest nam znane. Otrzymaliśmy niewiele potwierdzeń, że instytucje i osoby, które otrzymują *Medicus Mundi Polonia*, są zainteresowane otrzymywaniem dalszych numerów. Redakcja prosi o zgłoszenie zainteresowania kwartalnikiem, gdyż nie jest wykluczone, że będziemy musieli ograniczyć wysyłkę na adresy niepewne i niepotwierdzone. Wiemy, że wielu studentów medycyny w kraju zainteresowanych jest treścią *Medicus Mundi Polonia* i zamierzamy dla nich przeznaczyć kilkaset zeszytów

Nie uległ zmianie cel wydawania kwartalnika, którym jest przekazywanie informacji istotnych dla ochrony zdrowia oraz rozpoznawania i leczenia chorób tropikalnych. Kwartalnik miałby służyć również integracji w kraju osób o doświadczeniu w zakresie chorób tropikalnych lub zainteresowanych tropikiem. W aktualnym numerze znajdziemy już kilku nowych autorów zamieszczonych tekstów. Redakcja oczekuje, że kwartalnik stworzy okazję bliższego kontaktu z Fundacją *Redemptoris Missio*, która potrzebuje jak najszybszego wsparcia, zarówno społeczeństwa, jak i osób związanych z medycyną.

Po dniu 11 września 2001 roku świat już nie jest taki sam. Zamieszczamy kilka artykułów nawiązujących pośrednio do

zaistniałych zmian: globalizacji, ochrony zdrowia w świecie. Przedstawiamy również w krótkim artykule *Medicus Mundi International* jako jedną z poważnych pozarządowych organizacji związanych z ochroną zdrowia w świecie. *Medicus Mundi Poland* jest członkiem *Medicus Mundi International*. Fundacja *Redemptoris Missio* ma starszą, już 50-letnią siostrę – CUAMM w Padwie, której poświęcony jest artykuł o posłudze leczniczej Kościoła.

Nadal nie określamy ceny prenumeraty, ale wobec ogólnych trudności ekonomicznych nie możemy gwarantować, że następne zeszyty będą również bezpłatne. Proszę nam nie brać za złe, że załączamy przekaz, który – jak oczekujemy – sprawi, że wydawanie kwartalnika nie będzie znaczącym obciążeniem finansowym dla Fundacji. Przypominamy, że mimo zmian w polityce podatkowej kwoty przekazane Fundacji można nadal odpisywać od podstawy podatku dochodowego do wysokości 10% dochodów.

Redakcja ponawia uprzejmą prośbę 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 trzeci numer *Medicus Mundi Polonia* Redakcja liczy na bliższy kontakt z czytelnikami.

## W numerze:

### Aktualności

z kraju, z Fundacji	2
z ośrodków misyjnych	3
z Medicus Mundi International	3
ze Światowej Organizacji Zdrowia	4
Jaki wpływ na zdrowie ma globalizacja?	4
Konferencja „Health Care for All” w Antwerpi	5

### Szkolenie:

książki, czasopisma, adresy internetowe z zakresu	
parazytologii	6
kongresy i konferencje	10
Kościół jako wspólnota promująca zdrowie	11
Posługa lecznicza Kościoła	12

# GRUŹLICA

str. 7, 8-9

## 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 22-24 czerwca 2001 w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie odbyło się seminarium nt. najważniejszych problemów medycznych na misjach dla misjonarzy przybywających do Polski na 3-miesięczny urlop. Natomiast w dniach 27-31 sierpnia 2001, również w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie, odbył się kurs „Zdrowie na misjach”, przeznaczony dla osób zamierzających wyjechać do krajów misyjnych.



W Komisji Episkopatu ds. Misji nastąpiły następujące zmiany: na miejsce dotychczasowego przewodniczącego Komisji Ks. Arcybiskupa Wojciecha Ziembę został powołany biskup tarnowski Ks. Wiktor Skworec; Dyrektorem Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie został Ks. Jan Wnęć, a Ks. Andrzej Halemba został delegatem ds. misjonarzy. Fundacja dziękuje Ks. Arcybiskupowi Wojciechowi Ziembie za dotychczasową opiekę i popieranie naszej działalności. Nowo powołanej Komisji Episkopatu ds. Misji Redakcja życzy „Szczęść Boże” i prosi o zycziwą pomoc.



W lecie 2001 roku odbyły się następujące praktyki studentów Wydziału Lekarskiego: w leprozorium w Puri (Indie) u Ojca Mariana Żelazka działały Anna Hącia, Irmina Wietlicka i Karolina Gerreth pod fachową opieką Dr Anny Terajkowskiej, a w szpitalu w Katondwe (Zambia) praco-

wały Alicja Woźniak i Magdalena Janowska pod fachową opieką dr Wandy Marczak-Malczewskiej z Zakopanego.

## Z FUNDACJI

Na posiedzeniu w dniu 18 czerwca 2001 powołana została nowa Rada Fundacji w następującym składzie: Ks. Dr Ambroży Andrzejak, misjolog\*; Dr hab. farm. Wanda Baer-Dubowska, Prorektor Akademii Medycznej w Poznaniu; Dr h.c. Wanda Błęńska; Ks. Andrzej Halemba, delegat Komisji Episkopatu ds. Misji; Prof. dr hab. Andrzej Łukaszyk, AM; Dr hab. med. Roman Meissner, AM; Prof. em. Zbigniew Pawłowski, AM (przewodniczący)\*; Ks. mgr Roman Ratajczak, Dyrektor Papieskich Dzieł Misyjnych Archidiecezji Poznańskiej; Lek. med. Norbert Rehlis (Prezes Zarządu)\*, Dr hab. med. Jerzy Stefaniak, kierownik Kliniki Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych AM; Ks. Prałat Aleksy Stodolny; Ks. Kanonik Wojciech Wolniewicz.

[Znakiem \* oznaczono Fundatorów Fundacji].



W dniu 27 sierpnia 2001 odbyła się audyencja u J.E. Księdza Kardynała Józefa Glempa, Prymasa Polski. Uczestniczyli w niej dr Andrzej Ryś, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, dr h.c. Wanda Błęńska, prof. Zbigniew Pawłowski, lek. med. Norbert Rehlis i Karen Zimnicka – asystentka

Ministra. Prof. Zbigniew Pawłowski oraz lek. med. Norbert Rehlis przedstawili bieżącą działalność Fundacji i plany na przyszłość. Ksiądz Prymas pozytywnie ocenił dotychczasową działalność Fundacji Redemptoris Missio, która spełnia pozytywną rolę, pomagając misjonarzom i angażując środowisko medyczne i akademickie w wielkie dzieło Kościoła, jakim jest służba najuboższym i chorym. Ksiądz Prymas zaproponował włączenie do programu jednej z Konferencji Episkopatu Polski tematu zaangażowania ludzi świeckich na rzecz żywienia ruchu misyjnego w Kościele, a w szczególności na polu służby leczniczej.



W dniach 2-7 lipca 2001 odbył się w Poznaniu kurs organizowany przez Fundację „Opieka zdrowotna w tropiku”. Kurs cieszył się dużym zainteresowaniem; udział w nim wzięło 40 lekarzy, studentów medycyny i misjonarzy. Kolejny kurs odbędzie się w pierwszym tygodniu lipca 2002. Sekretariat Fundacji przyjmuje już zgłoszenia na kolejny kurs w roku 2002. Z uwagi na znaczną liczbę kandydatów niewykluczone jest, że w roku 2002 odbędą się dwa kursy nt. opieki zdrowotnej w tropiku.



Pod koniec września 2001 lek. med. Norbert Rehlis, prezes Zarządu Fundacji, wyjechał do Divine World University w Madang (Papua Nowa Guinea) na okres kilku miesięcy. W tym czasie lek. med. Norbert Rehlis będzie prowadził zajęcia dydaktyczne na Uniwersytecie w Madang i badania naukowe w zakresie malarii.

*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, HCMTc, 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



W dniu 30 października 2001 minęła 90 rocznica urodzin Matki Trędotowych i Matki Fundacji Dr h.c. Wandy Błęńskiej. Z tej okazji w dniu 8 listopada odbyła się Msza Święta Pontyfikalna sprawowana przez Ks. arcybiskupa Juliusza Paetza i Ks. arcybiskupa seniora Mariana Przykuckiego, a następnie uroczysty koncert Fundacji z udziałem Piątkowskiej Szkoły Uspołecznionej im. Dr Wandy Błęńskiej i chóru Poznańskie Słowiki pod dyrekcją Prof. Stefana Stulgrosza.

## Z OŚRODKÓW MISYJNYCH

Zambia (ok. 10 mln. mieszkańców) zaliczana jest do jednych z najbiedniejszych krajów świata. Stan zdrowia ludności jest zły. Wiele osób, głównie dzieci, choruje na malarię, niedożywienie i biegunki, a wśród dorosłych największym problemem jest AIDS, gruźlica i schistosomoza. Aby poprawić wydajność opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia Zambii przeprowadza od kilku lat reformę zdrowia. Jednak robi to ociężale, nieudolnie, a często wręcz niekorzystnie dla pacjentów, m.in. ogranicza się pobyt pacjenta w szpitalu, zmniejsza się liczbę łóżek w szpitalach, nie patrząc na realne potrzeby, wzrastają opłaty za leczenie. W efekcie wielu biednych ludzi nie stać na leczenie w państwowych placówkach. Wiele leków pacjent musi kupić sam, nawet jeśli jest hospitalizowany! Natomiast placówek służby zdrowia jest wciąż zbyt mało, np. w województwie Chongwe (na obszarze o promieniu 250 km) jest tylko jeden szpital i cztery małe przychodnie.

W Zambii brakuje fachowego personelu medycznego – zatrudniani są m.in. kubańscy czy azjatyccy lekarze, którzy żądają za pracę bardzo wysokiego wynagrodzenia, podczas gdy zambijscy lekarze są wynagradzani bardzo słabo. Personel pielęgniarski zatrudniony w placówkach zdrowia jest również niewystarczający, pomimo że absolwentów szkół pielęgniarskich jest stosunkowo dużo.

Najtrudniej jest o personel medyczny w placówkach oddalonych od miast. Są to ośrodki medyczne, w których niejednokrotnie brakuje elektryczności, dostępu do mediów i telefonów. Państwowe dotacje na służbę zdrowia (zwłaszcza jeżeli chodzi o placówki misyjne) są coraz bardziej ograniczane, co wpływa niekorzystnie na ich funkcjonowanie. Są to najczęściej placówki prowadzone przez kościelne organizacje misyjne. Pracuje w nich wielu Polaków, którzy borykają się z wieloma problemami, niejednokrotnie funkcjonując jedynie dzięki „pomocy z zewnątrz”.

Rozwiązanie problemów służby zdrowia w krótkim czasie wydaje się niemożliwe. Stawia to tym większe wymagania ośrodkom misyjnym, które muszą rozwiązywać ciągle nowe problemy „zambijskiej rzeczywistości”. Pozostaje tylko czekać na poprawę ogólnej sytuacji w kraju, starając się w międzyczasie lepiej wykorzystać istniejące już możliwości, w tym i te, związane z pomocą medyczną z Polski, np. z Fundacji Redemptoris Missio, Medicus Mundi Poland.

*Siostra Franciszka Taul,  
Mpanshya, Zambia*

*Od Redakcji: Fundacja jest w stałym kontakcie ze sprawnie działającym Ośrodkiem Zdrowia w Mpanshya; niedawno wyjechała tam pielęgniarka Agnieszka Piechowiak.*

## Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

Medicus Mundi International (MMI) jest organizacją założoną w roku 1962 z myślą o koordynacji współpracy międzynarodowej z krajami Południa i Wschodu. Od ponad 20 lat MMI ma oficjalne relacje, jako organizacja pozarządowa (NGO), ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) (rezolucja eb 63 r. 27). MMI posiada swoje Oddziały w wielu krajach: w Belgii (Centralne Biuro MMI w Brukseli), Hiszpanii (aktualny Prezydent MMI, Ks. Prof. M. A. Argal pochodzi z Uniwersytetu w Nawarze), w Holandii (Memisa/Cordaird), w Szwajcarii (Medicus Mundi Switzerland). We Włoszech członkami MMI są: zakon Bonifratrów w Rzymie, która zarządza 200 szpitalami w 40 krajach i CUAMM (Collège Universitaire des Médecins Missionnaires) w Padwie. W Niemczech do MMI należą Action Medeor (organizacja wysyłająca leki) i AGEH (Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe). W Polsce do MMI należy Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” w Poznaniu. W Beninie MMI jest reprezentowane przez AMCES (Association des Oeuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales). MMI zajmuje się przede wszystkim rozwojem struktur prozdrowotnych w pełnej integracji z ogólnym rozwojem danego rejonu lub kraju. MMI udziela bezpośredniej i szybkiej pomocy tylko w krajach, w których działała przed powstaniem sytuacji kryzysowej.

MMI uczestniczyła w konferencji WHO/Unicef w Alma Ata w roku 1978 i od tego czasu dokłada starań o rozwój podstawowej opieki zdrowotnej (PHC – Primary Health Care). MMI ma swój wkład w utworzenie listy leków podstawowych (Essential Drugs); zaproponowała również wskaźniki niezbędne dla przygotowania oceny działalności szpitali. Wskaźniki te zostały rozpowszechnione przez WHO w 4 podstawowych językach. Ponadto MMI opracowała propozycje finansowania PHC. Z inicjatywy MMI Światowa Organizacja Zdrowia proponuje Zgromadzeniu Ogólnemu WHO w roku 2002 rezolucję odnośnie poprawy działania systemów ochrony zdrowia w krajach rozwijających się poprzez bliższą współpracę instytucji rządowych i pozarządowych. MMI opracowuje publikację pt. „Wskazówki dla wprowadzenia działalności kontraktowej na poziomie dyskrtyktu w ramach partnerskiej współpracy Ministerstw Zdrowia i organizacji pozarządowych”.

MMI wspólnie ze zrzeszonymi w tej organizacji oddziałami i instytucjami prowadzi około 900 projektów w ponad 100 krajach na 3 kontynentach półkuli południowej. Dostarczanie fachowego personelu (w przeszłości ponad 1.000 osób, obecnie około 200) nie jest teraz zadaniem pierwszoplanowym MMI. Obecnie kładzie się nacisk na współpracę z partnerami, na ich przygotowanie do samodzielnej pracy, popieranie ich wysiłków i wymianę, mającą na celu szkolenie. Priorytetowym zadaniem jest też wzmacnianie świeckich partnerów MMI z pozycji dialogu i w myśl zasad demokracji.

MMI ma wiele sukcesów, ale też napotyka na wiele trudności. Odgrywa znaczną rolę we współpracy Północ-Południe jako adwokat Południa, działając w ramach szeroko pojętej sprawiedliwości i solidarności. W czasie całej swojej działalności MMI kładła nacisk zarówno na poprawę zdrowia pojedynczych osób, jak i całych wspólnot. Znajduje to wyraz w publikacjach MMI oraz na kongresach i podczas seminariów przez nią organizowanych. MMI zachęca do otwartej współpracy potencjalnych partnerów w duchu dialogu na różnych poziomach w myśl zasady „w jedności siła”.

*Dr med. Edgar Widmer*

## ZE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

# Jaki wpływ na zdrowie ma globalizacja ?

*Od Redakcji: Nasilone protesty uliczne w czasie spotkania G8 w Genewie wykazały, że globalizacja jest procesem bardzo kontrowersyjnym; z jednej strony jest ona lekarstwem na upadającą ekonomię światową, a z drugiej grozi destrukcją wielu tradycyjnych wartości. Michael Hagman na łamach Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79, 902-903 uważa, że wpływ globalizacji na zdrowie publiczne w pewnych dziedzinach nie jest tak bardzo niekorzystny. Zeszyt 9 Biuletynu WHO jest prawie w całości poświęcony problemom globalizacji i zdrowia, z którymi osoby zainteresowane mogą się zapoznać.*

„Widzę globalizację jako moralnie neutralną ale nieuniknioną siłę, która stwarza zarówno możliwość pozytywnych inicjatyw, jak i wiele obaw”. „Ci, którzy uważają, że jest złym procesem, nie są w stanie go odwrócić, tak jak jest niemożliwym odwrócić przypyły morza. Globalizacja jest jak elektryczność; wkładanie palca do kontaktu może być groźne, ale używanie kontaktu dla ułatwienia sobie życia jest cudowne” (Dr Nils Daulaire, prezydent Global Health Council). „Są z pewnością dobre i złe strony globalizacji. Jest ona dla nas wszystkich wyzwaniem, aby pokierować ją w dobrym kierunku” (Dr David Heymann, WHO).

Pozytywną dla zdrowia publicznego stroną globalizacji jest fakt, że problemy zdrowia na świecie zajęły jedno z naczelných miejsc na posiedzeniach polityków.

„10 lat temu problemy zdrowia nie były jednym z głównych punktów obrad G8” (Dr Kelley Lee, London School of Hygiene and Tropical Medicine). „Obecnie zdrowie publiczne jest jednym z najpopularniejszych tematów obrad. Pozarządowe organizacje już zorientowały się, że zamiast wybrzydzać na globalizację, należy uczyć się, jak ją wykorzystywać, aby pomóc najuboższym” (Dr Nils Daulaire). Przekazanie 1 miliarda USD przez uczestników G8 sekretarzowi Narodów Zjednoczonych Kofi Annanowi jest tego przykładem.

## WIADOMOŚĆ O ISTOTNYM ZNACZENIU

Jedną z przyczyn politycznego zainteresowania sprawami zdrowia, jakie powoduje globalizacja, jest niewiarogodna szybkość, z jaką choroby zakaźne mogą rozszerzać się na świecie. „Proces globalizacji uświadomił światu, że pewne choroby zakaźne jednego kraju mogą być znaczącym ryzykiem dla pozostałej części świata. I to jest wiadomość, która będzie pomagała uzyskać poparcie dla zdrowia publicznego” (David Heymann, WHO).

AIDS, malaria, denga, żółta gorączka, zakażenie wirusem Zachodniego Nilu, choroba szalonych krów – aby wymienić tylko kilka przykładów – przypominają, że zdrowie publiczne w XXI-wiecznym globalnym miasteczku, jakim jest świat, jest poważnie zagrożone. „W zglobalizowanym świecie my wszyscy płynamy w jednym morzu mikroobów” (Dr Gro Harlem Brundtland, dyrektor generalny WHO). Ponadto wyzwaniem dla zdrowia publicznego są choroby niezakaźne, takie jak choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca lub schorzenia związane z paleniem papierosów; uważane kiedyś za problemy krajów bogatych, dzisiaj atakują kraje uboższe.

## CZARNA ŚMIERĆ

Globalne rozprzestrzenianie się chorób związane jest z podróżami. Związek podróży, zwłaszcza międzykontynentalnych, z przenoszeniem chorób zakaźnych był przyczyną powołania w roku 1851 First International Sanitary Conference w Paryżu i prekursorem powoływania takich światowych organizacji jak WHO. Już w XIV wieku dżuma (czarna śmierć) szła śladami ówczesnych dróg handlowych. W ubiegłym stuleciu podróże międzynarodowe i ryzyko epidemii wzrosło w sposób przedtem niewyobrażalny. Według dr Daulaire, ponad 700 milionów ludzi przekracza granice międzynarodowe każdego roku, a z nimi wiele zakażeń, które mogą być obecne u podróżujących.

Podróżnicy również penetrują coraz głębiej dziewicze ekosystemy, takie jak lasy tropikalne, gdzie mogą napotkać uprzednio nieznane mikroby. Od roku 1970 zidentyfikowanych zostało ponad 25 nowych czyn-

ników zakaźnych, w tym wirus Ebola, wirus Hanta, priony i oczywiście wirus HIV. A stare plagi jak gruźlica, cholera, malaria, przez dłuższy czas uważane za nieomal wyplenione, wracają na scenę świata po części dzięki podróżom. Ponadto niewłaściwe używanie antybiotyków spowodowało rozprzestrzenianie się szczepów lekoopornych, które mogą powodować choroby szczególnie kosztowne i trudne w leczeniu.

Szerzenie się chorób zakaźnych to tylko jeden aspekt globalizacji. Szkodliwe produkty i nieodpowiednie style życia, które z łatwością wkraczają na światowy rynek, sprzyjają takim chorobom niezakaźnym jak nowotwory, choroby serca lub cukrzyca. Według WHO, choroby niezakaźne i psychiczne, swego czasu główne przyczyny śmiertelności w krajach uprzemysłowionych, narastają w krajach rozwijających się. „W Indiach i Brazylii otyłość u 30-40% dorosłych z wyższej ekonomicznie i socjalnie sfery jest obecnie już porównywalna do sytuacji w USA i idzie w parze ze schorzeniami serca, nadciśnieniem i cukrzycą” (Dr K. Lee). Przejściu z pożywienia tradycyjnego, bogatego w ryby i jarzyny, na pożywienie typu „zachodniego”, pełnego tłuszczu, cukru i soli, towarzyszy wzrost przypadków nadciśnienia i cukrzycy u rodzimych Afrykańczyków” (Dr Derek Yach, WHO). Te same przyczyny dotyczą otyłości w rejonie Wschodnio-Śródziemnomorskim. WHO przewiduje, że udar mózgu stanie się chorobą dwukrotnie częstszą w krajach rozwijających się w ciągu najbliższych 20 lat. „Tylko w Chinach milion ludzi umiera rocznie z powodu udaru mózgu, głównie z powodu nadmiernego spożywania soli. Obniżenie spożywania soli mogłoby prawdopodobnie uratować tysiące ludzi w ciągu roku” (Dr D. Yach).

## PODWÓJNE ZAGROŻENIE ZDROWIA

Jeszcze większym zabójcą jest tytoń. Międzynarodowe kompanie papierosowe próbują wyrównać swoje straty w krajach bogatych przez zwiększony nacisk marketingowy i sprzedaż w krajach rozwijających się. Kraje te narażone są nie tylko na choroby zakaźne, ale również na niezakaźne. Według oceny WHO, w roku 2020 około 70% ze spodziewanych zgonów związanych z paleniem papierosów będzie miało miejsce w krajach rozwijających się. Ostatnie badania WHO i Banku Światowego wykazały obniżenie się barier w handlu światowym, przez co wzrosło znacznie konsumpcja papierosów, szczególnie w krajach biednych, gdzie poziom uświadczenia o szkodliwości palenia jest niewielki lub żaden. W efekcie szybko udzielających się zwyczajów konsumpcja papierosów staje się podobna w całym świecie, zwłaszcza wśród młodzieży, która jest głównym celem tytoniowej kampanii propagandowej.

Ale globalizacja sama w sobie stwarza liderom zdrowia publicznego nowe możliwości w walce z chorobami i niepotrzebnymi zgonami. W celu zahamowania ofensywy marketingu papierosów w październiku 2000 roku WHO podjęło negocjacje na skalę światową nad powołaniem w roku 2003 Framework Convention on Tobacco Control. Konwencja ta miała by na celu regulować między innymi reklamę papierosów, sposoby promocji palenia i opłaty podatkowe związane z papierosami.

## REJESTRACJA CHOROÓB

W celu ograniczenia szerzenia się chorób zakaźnych WHO aktualizuje 30-letni kod International Health Regulations (IHR), obecnie jedyne międzynarodowe porozumienie prawne dotyczące rejestracji epidemii. Zgromadzenie Ogólne krajów należących do WHO zażądało tej zmiany w

1995 roku. Obowiązująca w roku 1999 wersja IHR dotyczy rejestracji tylko 3 chorób: cholery, dżumy i żółtej gorączki. Negocjacje odnośnie nowego kodeksu IHR zaczęły się w roku 1995 i prawdopodobnie będą zakończone w roku 2004. Przygotowywany kodeks będzie obejmował wszystkie najpoważniejsze zagrożenia wywołane chorobami zakaźnymi a nie tylko wymienione trzy jednostki chorobowe.

Jest sprawą Kofi Annana znalezienie funduszy na zwalczanie AIDS, malarii i gruźlicy; inicjatywa ich zwalczania była możliwa dzięki bardziej globalnemu spojrzeniu na sprawy zdrowia publicznego. Liderzy najbogatszych krajów świata zobowiązali się zebrać miliard US\$ na Global Health Fund (GHF) dla rozwoju szczepionek, nowych sposobów leczenia i programów prewencyjnych. Pieniądze będą dysponowane przez niezależny zespół, reprezentujący różne instytucje: Narody Zjednoczone, WHO, rządy krajów, zarówno dających pieniądze, jak i korzystających z funduszy, oraz organizacje pozarządowe. GHF powinien zacząć działać z końcem tego roku. Po raz pierwszy konkretna suma pieniędzy została zebrana i będzie użyta docelowo na poprawę stanu zdrowia w świecie.

Innym pozytywnym skutkiem globalizacji jest rewolucja informatyczna; coraz częściej korzystają z niej służby zapobiegające szerzeniu się epidemii w świecie. Global Outbreak Alert and Response Network jest „siecią sieci” i została zapoczątkowana przez WHO w kwietniu roku 2000 w ramach współpracy technicznej dla mobilizacji i łączenia wysiłków instytucji zainteresowanych zwalczaniem epidemii, które grożą światu i poszczególnym krajom. Global Outbreak Alert and Response Network korzysta z już istniejących sieci, np. nadzoru nad grypą (FluNet) i cholera (Cholera Task Force) oraz z inicjatyw lokalnych, jak PACNET na Pacyfiku i EU Surveillance Network w Europie. Równocześnie „sieć sieci” obej-

muje takie technicznie ważne instytucje jak Instytut Pasteura we Francji, Centers for Disease Control and Prevention w USA oraz narodowe instytuty zdrowia publicznego w Japonii, Wielkiej Brytanii i innych krajach, jak też międzynarodowe organizacje jak Czerwony Krzyż, Lekarze bez Granic i International Rescu Committee. Częścią tej „sieci sieci” jest Global Public Health Information Network (GPHIN), internetowy system wczesnego ostrzegania, opracowany przy współpracy WHO i Health Canada. System ten bez przerwy bada „web sites i media wires” jak i internetowe dyskusje specjalistycznych grup, poszukując informacji dotyczących zagrożeń epidemiami. Następnie system ten przekazuje raporty do WHO celem szybkiej weryfikacji zagrożenia przez służby WHO w odpowiednich krajach.

### DOSTĘP DO INTERNETU

W czerwcu 2001 zapoczątkowano „Health InterNetwork”, który umożliwi pracownikom naukowym i lekarzom w krajach rozwijających się bezpłatny lub prawie bezpłatny dostęp do Internetu dla zapoznania się z czasopismami medycznymi i nowinami technicznymi, np. w zakresie komputerów i programów komputerowych. „Jest to cudowny przykład jak technologia informacyjna może zrównoważyć niektóre ujemne strony globalizacji” (Dr D.Yach).

Pozostaje jeszcze wiele do zrobienia, ale możliwości są ogromne. „Jeżeli zdrowie publiczne ma ulec poprawie w zglobalizowanym świecie, pracownicy sektora zdrowotnego powinni działać razem. Potrzeba do tego lepszej informacji, konkretnych sposobów działania i politycznej zgody na postawienie problemów zdrowia jeszcze wyżej w programach omawiających globalizację” (Dr K. Lee).

## Konferencja

„Health Care for All” w Antwerpii,

25-26 października 2001



(rycina wg Contact 2000 nr 171)

*Od Redakcji. Niedługo po ataku terrorystycznym na WCT w Nowym Jorku w Belgii odbyła się międzynarodowa konferencja nt. aktualnej sytuacji w zakresie zdrowia w świecie. W konferencji zorganizowanej przez rząd belgijski i Instytut Medycyny Tropikalnej w Antwerpii brał udział członek Komitetu Redakcyjnego Dr Edgar Widmer. Przesłał on Czytelnikom Medicus Mundi Polonia uwagi nt. konferencji wraz z szerokim spojrzeniem na aktualną sytuację w zakresie zdrowia mieszkańców globu.*

Świat jest nadal pod wrażeniem ataku terrorystycznego w dniu 11 września 2001 i wypowiedział wojnę pod wodzą USA terrorystom. Nikt nie wie, dokąd ta wojna zaprowadzi i czy sprawiedliwości stanie się zadość. Natomiast wiemy, że ogromne sumy pieniędzy są inwestowane kosztem innych pilnych potrzeb dla pomśczenia 5000 do 6000 osób zabitych w Nowym Jorku i w Waszyngtonie. Ponadto kilkadziesiąt przypadków węgla, które stanowią część codziennych informacji, trzyma świat w niepewności co dalej.

Mimo tej ogromnej tragedii konferencja pt. „Health Care for All” (Zdrowie dla Wszystkich), zorganizowana w Antwerpii przez rząd belgijski z okazji przewodniczenia Wspólnocie Europejskiej, wskazała na znacznie większą tragedię dzisiejszego świata. Aktualnie kryzys w zakresie ochrony zdrowia w świecie przybiera apokaliptyczne rozmiary i ma bezpośredni związek z ubóstwem miliardów ludzi.

Od kilku lat Bank Światowy zmienił swoją politykę; slogan „No Aid, but Trade” (Handel zamiast pomocy) został po 11 września 2001 zastąpiony przez dyrektora Wolfensona hasłem „The conquest of poverty is the quest for peace” (Zwalczanie ubóstwa jest podstawą pokoju). Już wcześniej, z początkiem nowego milenium, Wspólnota Europejska, agendy Narodów Zjednoczonych oraz wielka „ósemka” (G-8) dyskutowali szereg inicjatyw, takich jak powołanie Global Fund for AIDS, TB and Malaria

(Światowy Fundusz na potrzeby AIDS, gruźlicy i malarii), udostępnienie leków poprzez redukcję ich ceny, zniesienie długów krajów nierozwiniętych, poprawę warunków handlu światowego itd. Trzecia konferencja Narodów Zjednoczonych poświęcona krajom rozwijającym się, zorganizowana 16 maja 2001, uznała zwalczanie ubóstwa za podstawowy element programów realizowanych przez Narody Zjednoczone, biorąc pod uwagę fakt, że w ostatniej dekadzie liczba zbiedniałych krajów prawie podwoiła się. Stwierdzono przy tym, że zdrowie jest podstawowym warunkiem zwiększonych możliwości produkcji, która mogłaby zapobiec biedzie.

W Antwerpii właściwa opieka zdrowotna, w tym zwalczanie najgroźniejszych chorób zakaźnych, zostały uznane za podstawowe prawo każdego człowieka. Nawet posiadając bezpłatne leki przeciwwirusowe leczenie AIDS nie jest możliwe bez zorganizowanej infrastruktury służb medycznych. Stosowanie uniwersalnej strategii leczenia gruźlicy (Directly Observed Treatment Short-Course, tzw. DOTS) wymaga kontroli przez „obserwatorów”. Program WHO zwalczania malarii (Roll Back Malaria) na pierwszym miejscu stawia wzmocnienie służb medycznych.

Uczestnicy konferencji w Antwerpii zostali poinformowani, że nowo powstały Fundusz Światowy (Global Fund) powinien wynosić 10 miliardów dolarów. Odpowiedź na to wezwanie była dość słaba, jeśli wziąć pod uwagę sumy związane z zapewnieniem bezpieczeństwa po 11 września 2001, nie mówiąc już o aktualnych kosztach prowadzenia interwencji wojskowej. Pozyskano około 1,5 miliarda dolarów (trzy razy więcej Szwajcaria zapłaciła za reanimację Swissair – narodowej linii lotniczej). Niewykluczone jest jednak, że Fundusz Światowy uzyska dodatkowe pieniądze w ramach budżetów rządowych. Ustalono, że działalność Funduszu będzie opierać się na współpracy między jego Zarządem i krajami otrzymującymi pomoc, jak również na współpracy rządów krajów wspomaganych z instytucjami

sektora zdrowia, w tym także z instytucjami pozarządowymi. Oczekuje się, że Fundusz zacznie działać w styczniu 2002 roku i będzie w stanie przyspieszyć takie działania jak zobowiązania natury politycznej, przyjęcie strategii zmian w zakresie ochrony zdrowia, usprawnienie działania administracji i odpowiedniego kierowania sprawami związanymi z Funduszem.

Uzgodniono, że współpraca będzie oparta o wzajemne poszanowanie, zrozumienie, niezbędne uzupełnianie się, dialog i obopólne dzielenie się informacjami i kosztami. Obustronne porozumienia winny doprowadzić do starannie opracowanych kontraktów. Zasadą Funduszu jest równomierny rozdział pomocy, ale trzeba się liczyć z tym, że zdecentralizowany rozdział środków może prowadzić do nierównomiernego korzystania z pomocy, związanego z tym, że każda prowincja lub region może mieć odmienne kryteria w zakresie przygotowywania kadr, działalności leczniczej lub prewencyjnej, koncentrując się na pewnych zagadnieniach kosztem innych, mniej lokalnie istotnych.

Współdziałanie z sektorem prywatnym wymaga ustalenia kryteriów akredytacji, biorąc pod uwagę, że usługi zdrowotne, mające cele zarobkowe, mogą prowadzić do niesprawiedliwego rozdziału środków.

Jak zwiększyć krajowe budżety przeznaczone na problemy zdrowotne? Jest to możliwe przez:

- wpływy do kasy rządowej z Global Fund for AIDS, TB and Malaria,
- zwiększenie budżetów na problemy zdrowotne do 14% całego budżetu, np. kosztem wydatków na zbrojenia,
- zmniejszenie długów i kwot przeznaczonych na ich spłacanie,
- pomoc innych krajów, która powinna wynosić 0,7% ich dochodu narodowego,
- redukcję wydatków na zdrowie, którą można uzyskać przez negocjowanie ceny leków z przemysłem farmaceutycznym,
- zabezpieczenie trwałości funduszy, stabilności i kontynuacji działań przy jasno określonych zobowiązaniach międzysektorowych związanych z ochroną zdrowia, które powinno zapobiec marnowaniu funduszy lub ich niewłaściwemu użytkowaniu,
- demokratyczną kontrolę wydatków, warunkującą ich dobre wykorzystanie,
- uznanie za kapitał narodowy wartości kulturalnych i tradycyjnych służących przetrwaniu w trudnych warunkach życia,
- uznanie potencjału i zasobów ludzkich za najważniejszy kapitał społeczny.

### WAŻNOŚĆ ZASOBÓW LUDZKICH

Działalność zawodowa pracowników medycznych jest podstawą ochrony zdrowia, ale zależy ona też od wielu innych czynników. Wynagrodzenie, które jest podstawą wysokiej motywacji i sprawnego działania pracowników służby zdrowia, często bywa niedostateczne. Jest ono wynikiem słabych mechanizmów regulujących, wynikających z tego, że liberalne reformy ekonomiczne obniżają wartość działań społecznych kosztem promocji zachowań egoistycznych. Konieczny jest wielokierunkowy program

rehabilitacji pozycji pracownika publicznej służby zdrowia, obejmujący m.in. godziwe warunki życia i pracy, w tym odpowiednie wyposażenie miejsc pracy, zwłaszcza w leki, programy poprawiające jakość pracy, stałą pomoc i poparcie ze strony osób kontrolujących jakość pracy, partnerski system zarządzania, zachętę do pracy przez system nagradzania finansowego i zawodowego uzyskanych dobrych wyników.

Indywidualne kontrakty między pracodawcą a zatrudnionym pracownikiem służby zdrowia powinny regulować powyższe zasady poprzez dokładny opis ich obowiązków i godzin pracy, bez dodatkowych wynagrodzeń, przywłaszczania sobie leków, materiałów lub pieniędzy oraz bez kierowania pacjentów do swojej praktyki prywatnej.

Selekcja pracowników powinna uwzględniać dotychczasowe wyniki i być przeprowadzana w sposób jawny, dając równe szanse zatrudnienia wszystkim. Przygotowanie do pracy powinno prowadzić od podstawowego programu działania do szkolenia w zarządzaniu i w końcu do identyfikacji kultury zawodowej z zasadami, na których działa instytucja dająca pracę.

Brak pieniędzy jest główną przyczyną niewykorzystania zasobów ludzkich w krajach rozwijających się. W wielu krajach jest pod dostatkiem dobrze wyszkolonych pracowników, ale nie można ich zatrudnić z braku funduszy. W Ugandzie każdego roku setka lekarzy po studiach nie znajduje zatrudnienia i nie będzie mogła praktykować tego, czego nauczyła się na studiach. Sytuacja pielęgniarek jest podobna lub nawet gorsza, co sprawia, że marnuje się znaczna część pieniędzy inwestowanych w przygotowanie personelu medycznego. Z drugiej strony osoby, które mają pracę, są często sfrustrowane; nieobecność w pracy, korupcja, sprzeniewierzenie leków i pieniędzy są tego konsekwencją. W końcu „drenaż mózgów” prowadzi do znacznych strat w wielu krajach rozwijających się, gdyż tysiące afrykańskich lekarzy pracuje w krajach bogatych. Dlaczego w tej sytuacji pomoc z zewnątrz nie miałyby zwiększyć wynagrodzeń lokalnych lekarzy, których koledzy zarabiają zagranicą dziesięciokrotnie więcej?

Wielu uczestników konferencji proponowało rozwiązać tę niekorzystną sytuację przez inwestowanie w wynagrodzenia raczej niż w szkolenia. Reprezentant Konga zapytywał, dlaczego nie stworzyć wolnego rynku lekarzy, jak ma to miejsce w przypadku piłkarzy.

W każdym razie na konferencji było oczywiste, że czynnik ludzki jest problemem numer jeden w niedoskonałym systemie ochrony zdrowia i dlatego wymaga odpowiedniego rozwiązania.

Przedstawiciel Ruandy zauważył, że w jego kraju były już niepokoje wywołane brakiem podstawowej opieki zdrowotnej. Nie można wykluczyć, że niepokoje zamienią się w agresywną rewoltę lub działania terrorystyczne. Na zakończenie Dr Kyonga, były minister zdrowia Ugandy, a obecnie dyrektor Światowego Funduszu dla AIDS, TB i Malaria, słusznie zauważył, że sytuacja w zakresie zdrowia w świecie jest katastrofalna. Inny mówca stwierdził, że „świat potrzebuje obecnie socjalnie zarządzanej globalizacji”.

Dr Edgar Widmer  
Thalwil

## Szkolenie:

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

#### NOWE KSIĄŻKI

Principles and Practice of Clinical Parasitology. S. Gillespie i R.D. Pearson. Cena: 170.00 £. Wiley. [www.interscience.com](http://www.interscience.com)



Principles and Practice of Travel Medicine. J. Zuckerman. Cena: 150.00 £. Wiley. [www.interscience.com](http://www.interscience.com)



WHO/OIE Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: A Public Health Problem of

Global Concern. J. Eckert, M.A. Gemmell, F.X. Meslin i Z.S. Pawlowski. Cena: 40 Ecu. E-mail: [pub.sales@oie.int](mailto:pub.sales@oie.int)



Dogs, Zoonoses and Public Health. C.N.L. Macpherson. CABI. Cena: 110 \$. [www.cabi.org/bookshop](http://www.cabi.org/bookshop)

#### NOWE CZASOPISMA

HIV Medicine. [www.blackwell.science.com/hiv](http://www.blackwell.science.com/hiv)

#### ADRESY INTERNETOWE Z ZAKRESU PARAZYTOLOGII

(Opracowane przy współpracy Dr Enrico Brunetti, Uniwersytet w Pavii i mgr Pawła Sulimy, Akademia Medyczna w Poznaniu dla uczestników Kongresu EMOP8, Poznań, wrzesień 2000).

Identification and diagnosis of parasites of public health concern  
<http://www.dpd.cdc.gov/dpdx>

Peter Papas World of Parasites  
<http://www.biosci.ohio.edu/~parasite/home.html>

David Gibson's Parasitological URLs  
<http://dspace.dial.pipex.com/town/plaza/aaan18/urls.htm>

General information on parasitology  
[http://www.path.cam.ac.uk/~tjs16/General\\_Parasitology/Gen.Parasitology.htm](http://www.path.cam.ac.uk/~tjs16/General_Parasitology/Gen.Parasitology.htm)

Metin Korkmaz Parasitology Resources  
<http://bornova.ege.edu.tr/~mkorkmaz/linkmk3.htm>

Ecto and Endo-Parasites. Academic links in medical and veterinary parasitology  
<http://www.soton.ac.uk/~ceb/>

(dokończenie na str. 10)



AKTUALNY TEMAT: GRUŻLICA



# GRUŻLICA

*Od Redakcji: Po zakażeniach HIV i malarii gruźlica jest trzecią chorobą zakaźną, mającą poważne znaczenie w krajach misyjnych. Problemy gruźlicy przedstawia Dr med. Lucyna Majka z Katedry i Kliniki Ftyzjopneumonologii AM w Poznaniu. Jest ona wykładowcą na kursach w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie. W następnym zeszycie MMP Dr med. Szczepan Cofta przedstawi zasady leczenia gruźlicy.*

## DEFINICJA

Gruźlica jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie należące do kompleksu prątków gruźliczych (*Mycobacterium tuberculosis*). Narządem najczęściej objętym procesem chorobowym są płuca, ale w 1/3 przypadków zaatakowane są także inne narządy. Gruźlica jest chorobą wyleczalną w większości przypadków, jeżeli jest prawidłowo leczona i wywołana przez szczepy wrażliwe na leki. W przypadku nieleczenia, gruźlica w przeciągu 5 lat prowadzi do zgonu 50% chorych, 25% chorych pozostanie zdrowa dzięki siłom odpornościowym prowadzącym do samowyleczenia i 25% nadal będzie chorowało na gruźlicę.

## PRĄTKI – BAKTERIE, KTÓRE WYWOŁUJĄ GRUŻLICĘ

Gruźlicę wywołują prątki należące do kompleksu prątków gruźliczych (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*). Obok prątków gruźliczych do rodzaju *Mycobacterium* należy prątek trądu (*Mycobacterium leprae*) oraz gatunki prątków niegruźliczych (MOTT – *Mycobacteria other than tuberculosis*). Niektóre z nich (np. *M. avium intracellulare*) wywołują choroby, głównie u osób o obniżonej odporności, które nazywamy mikobakteriozami.

Do rodzaju *Mycobacterium* należy kilkadziesiąt prątków; większość żyje wolno w środowisku i nie jest patogenna dla ludzi. Na odróżnienie prątków od innych bakterii (w preparatach barwionych metodą Ziehl-Neelsena) pozwala kwasooporność ich błony komórkowej. Prątki charakteryzują się opornością na wiele czynników fizycznych i chemicznych (np. zamrożenie, wysuszenie, kwasy, detergenty) i wrażliwością na: promieniowanie UV – 5 min, temperaturę 100°C – 2 min, 60°C – 20 min, alkohol etylowy – 70-75%, formaldehyd. Stąd najłatwiejszą metodą zabicia prątków jest poddanie ich działaniu światła słonecznego lub lamp UV.

## JAK ZAKAŻAMY SIĘ GRUŻLICĄ?

Gruźlica jest zwykle przenoszona przez rozsiew bakterii uwalnianych przez chorych na zakaźną gruźlicę płuc, tzw. chorych prątkujących, czyli odkrztuszających prątki gruźlicy. Rzadko do zakażenia dochodzi na skutek spożywania mleka chorych krów, na drodze przyrannej lub wrodzonej.

Prątki gruźlicy są przenoszone w drobnych kropelkach płwociny, które powstają, kiedy chory na gruźlicę kicha, kaszle lub mówi. Kropelki płwociny wysychając tworzą tzw. „jądra kropelki”, które mają 1-5 mikronów średnicy i każde zawiera 2-3 bakterie. Do zakażenia (zwykle bezobjawowego) dochodzi, kiedy podczas wdychania do organizmu podanej osoby dostaną się „jądra kropelki”, zawierające prątki gruźlicy, a te dotrą do pęcherzyków płucnych. Tam prątki są pochłaniane przez makrofagi pęcherzykowe i mogą rozsiać się po całym organizmie, będąc przyczyną postaci zapalnych gruźlicy. Gruźlica, której towarzyszą objawy miejscowe i ogólne, może rozwinąć się zaraz po zakażeniu, ale w większości przypadków odpowiedź immunologiczna, która powstaje w 2-10 tygodni po zakażeniu, ogranicza dalsze namnażanie się i rozsiew prątków. Wówczas niektóre z bakterii mogą w organizmie człowieka pozostać uśpione i żywe przez dłuższy czas i spowodować powstanie choroby wiele lat po zakażeniu. Osoby z utajoną infekcją nie mają objawów czynnej gruźlicy i nie stanowią źródła zakażenia.

Prawdopodobieństwo, że osoba narażona na kontakt z prątkami gruźlicy ulegnie zakażeniu, zależy od stężenia zakażonych „jader kropelki” w powietrzu. To z kolei jest zależne od liczby bakterii

uwalnianych przez chorego na gruźlicę i od wentylacji w miejscu ekspozycji oraz częstotliwości możliwości zarażenia, która jest wysoka w kontaktach domowych.

Najbardziej „zakaźni” są chorzy na gruźlicę płuc, dróg oddechowych lub krtani, z prątkami w płwocinie i ze znacznym zaawansowaniem zmian radiologicznych klatki piersiowej. Rozprzestrzenianiu się zakażenia sprzyjają kaszel, nasilone wydechy i niezakrywanie przez chorego ust w czasie kaszlu i nosa w czasie kichania.

## NAJPROSTSZE METODY ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIU PRĄTKIEM GRUŻLICY

O możliwości zachorowania na gruźlicę płuc należy pamiętać w przypadku kaszlu trwającego ponad 3 tygodnie. W przypadku kaszlu należy dłonią zakrywać usta. Pomieszczenia mieszkalne powinny być nasłonecznione i często wietrzone. W przychodni lub szpitalu część przeznaczona dla chorych na gruźlicę powinna być dobrze wietrzona, a płwocina pobierana do badań wykrztuszana z dala od innych ludzi, np. na dworze. Ważne jest częste korzystanie z lamp z promieniowaniem UV (dobra lampa jest w stanie działać 5.000-10.000 godzin, czyli 7-14 miesięcy).

## NIE WSZYSCY ZAKAŻENI PRĄTKIEM GRUŻLICY CHORUJĄ NA GRUŻLICĘ

Zachorować na gruźlicę może tylko osoba zakażona prątkiem gruźlicy, ale jedynie 6-10% osób zakażonych prątkiem gruźlicy w przyszłości na gruźlicę zachoruje. Zakażenie prątkiem gruźlicy stwarza ryzyko zachorowania na gruźlicę, trwające całe życie, ale największe ryzyko zachorowania istnieje w pierwszych dwóch latach po zakończeniu styczności z chorym obficie prątkującym, później ryzyko zachorowania stopniowo maleje.

Ryzyko rozwoju choroby po zakażeniu jest uzależnione głównie od sił odpornościowych organizmu osoby zakażonej. Częściej chorują dzieci i osoby starsze, osoby ze współistniejącymi innymi chorobami (np. AIDS), osoby niedożywione, osoby poddane działaniu czynników toksycznych, np. palące papierosy lub narażone na pyły przemysłowe.

## JAKI JEST PRZEBIEG I OBJAWY GRUŻLICZY?

Gruźlica najczęściej dotyczy płuc, ale może dotyczyć każdego innego narządu. Objawy chorobowe wywołane przez gruźlicę są różnorodne i mogą być przewlekłe lub ostre. Najczęściej wyróżniamy objawy ogólnoustrojowe i związane z zajęciem narządem, np. układem oddechowym.

Pierwsze zakażenie prątkiem gruźlicy (tzw. gruźlica pierwotna) zwykle przebiega bezobjawowo, a jedynym świadectwem zakażenia jest zmiana (tzw. wiraż) śródskórny odczynu tuberkulinowego na dodatni. Czasem w tym okresie rozsiew dotyczy dużej liczby bakterii i może wówczas dojść do ostrej postaci choroby, tj. gruźlicy prosówkowej lub gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Gruźlica prosówkowa spowodowana jest przez masowy krwio-pochodny rozsiew prątków. Przebiega ona w sposób podostry z gorączką, utratą masy ciała, osłabieniem, bólami głowy i sztywnością karku (zajęcie opon mózgowo-rdzeniowych) oraz z bólami brzucha (zapalenie otrzewnej) lub ostry z wysoką gorączką, dusznością, krwiopluciem, niedokrwiistością i powiększeniem śledziony. W gruźlicy prosówkowej

(ciąg dalszy na str. 8-9)

# GRUŻLICA

(ciąg dalszy ze str. 7)

odczyn tuberkulinowy może być ujemny, a badanie radiologiczne klatki piersiowej może nie wykazywać zmian lub wykazuje tylko nieostro ograniczone punkcikowate zmiany w obu polach płucnych

Zwykle jednak gruźlica płuc przebiega w sposób przewlekły, dając objawy, które przedstawiono w tabeli. W większości krajów rozwijających się kaszel trwający powyżej 3 tygodni każe podejrzewać gruźlicę i podjąć badania w tym kierunku.

Gruźlica pozapłucna najczęściej dotyczy węzłów chłonnych: szyjnych (skrofuly), pachowych, przytchawiczych, opłucnej, nerek lub najądrza u mężczyzn i zapalenia jajowodów u kobiet (jedna z przyczyn niepłodności), kości i stawów (w tym kręgosłupa), opon mózgowo-rzemiennych, osierdzia, skóry i układu pokarmowego.

Podejrzanie gruźlicy u dzieci stawiane jest na podstawie kontaktu dziecka z osobą prątkującą i braku przyrostu masy ciała. W roku 1996 co 6 zachorowanie na gruźlicę w świecie dotyczyło dziecka. U dorosłych podejrzenie gruźlicy nasuwają wymienione wyżej objawy, kontakt z osobą prątkującą lub współistnienie chorób zmniejszających odporność, np. AIDS.

## BADANIE BAKTERIOLOGICZNE W KIERUNKU GRUŻLICY JEST PROSTE I WAŻNE

Ponieważ gruźlica jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterię – prątką gruźlicy, badaniem jednoznacznie potwierdzającym jej rozpoznanie jest badanie bakteriologiczne, pozwalające na stwierdzenie prątków gruźlicy w płwocinie lub innym materiale pobranym od chorego. Należy podkreślić, że brak prątków w badaniu bakteriologicznym nie wyklucza rozpoznania gruźlicy.

Każdy chory, u którego podejrzewamy gruźlicę, powinien oddać do badania bakteriologicznego próbkę płwociny odkrztuszaną rano przez 3 kolejne dni.

Najszerzej dostępną w każdym laboratorium metodą badania jest bakterioskopia bezpośrednia, polegająca na badaniu odpowiednio wybarwionego (metodą Ziehl-Neelsena) preparatu z płwociny (bądź innego materiału) pod mikroskopem immersyjnym. Jest to metoda szybka, tania i prosta. Pozwala ona na wykrycie osób prątkujących, tj. wysoce zakaźnych. Aby zwiększyć czułość metody, zwykle badamy 3 próbki płwociny pobrane przez 3 kolejne dni. Badanie wykrywa 90% chorych zakaźnych, którzy mają 5.000-10.000 prątków w 1 ml płwociny.

## JAK WYKONAĆ BARWIENIE PREPARATU METODĄ ZIEHL-NEELSENSA?

Potrzebne:

1. mikroskop immersyjny
2. szkiełka mikroskopowe
3. eza
4. pęseta
5. palnik
6. barwniki (jak niżej).

Należy:

1. rozetrzeć fragment materiału (płwociny) – głównie kłaczkę ropną – między dwoma szkiełkami mikroskopowymi
2. poczekać aż preparat wyschnie
3. zabarwić preparat fuksyną karbolową
4. podgrzewać preparat przez 3-5 minut
5. spłukać wodą
6. odbarwić preparat przez pokrycie 3% HCl-etanolem lub  $H_2SO_4$  na 3-5 sekund
7. zabarwić 0,3% błękitem metylenowym na 30-60 sekund
8. spłukać wodą
9. poczekać aż preparat wyschnie
10. oglądać pod mikroskopem immersyjnym (obiektyw 100x, okulary 6x lub 8x)

Prątki są widoczne na niebieskim tle jako czerwone, nieco zakrzywione laseczki, długości 2-4  $\mu m$  i szerokości 0,2-0,5  $\mu m$ .

Falszywie dodatnie wyniki bakterioskopii (chory *de facto* nie ma prątków w płwocinie) może mieć miejsce przy gromadzeniu się barwnika w zarysowaniach na szkiełku mikroskopowym, przy zanieczyszczeniu preparatu przez prątki niegruźlicze lub inne kwasooporne zanieczyszczenia (mikroorganizmy, cząstki pokarmów).

W krajach rozwijających się badania bakteriologiczne, polegające na hodowli prątków, wykonywane są jedynie w szpitalach referencyjnych i stąd mają ograniczone zastosowanie. Ponadto hodowla prątków na klasycznym podłożu (pożywka do hodowli Löwensteina i Jensena) trwać może 10-12 tygodni. Hodowla pozwala na wykrycie nielicznych prątków, np. 10 żywych bakterii w 1 ml płwociny.

Badanie radiologiczne klatki piersiowej jest wskazane ale nie zawsze niezbędne. Jest badaniem drogim, dostępnym tylko w szpitalach. Obraz radiologiczny klatki piersiowej bywa różnorodny i często niejednoznaczny. Stąd też badanie radiologiczne nie jest konieczne do rozpoznania gruźlicy, ale bywa bardzo pomocne w przypadkach wątpliwych (np. w przypadku niestwierdzenia prątków w badaniu bakteriologicznym). Typowym umiejscowieniem zmian radiologicznych u chorych na gruźlicę płuc są

Objawy ze strony układu oddechowego		Objawy ogólnoustrojowe	
Kaszel dłużej niż 3 tygodnie	• • •	Utrata masy ciała	• •
Odkrztuszanie płwociny	• • •	Gorączka i poty nocne	• •
Krwioplucie	• •	Zmęczenie	•
Ból w klatce piersiowej	•	Utrata apetytu	•
Duszność	•		
Zlokalizowany świst	•		
Częste przeziębienia	•		



szczytowe i tylne segmenty płatów górnych i szczytowe segmenty płatów dolnych. Zmiany radiologiczne często nie pokrywają się z objawami klinicznymi, np. chory z bardzo nasilonymi objawami klinicznymi może mieć minimalne objawy radiologiczne.

### ODCZYN TUBERKULINOWY (OT) TYLKO POTWIERDZA PRZEBYTE ZAKAŻENIE

Odczyn tuberkulinowy jest metodą rozpoznawania przebytego zakażenia prątkiem gruźlicy. Odczyn polega na śródskórnym podaniu oczyszczonej tuberkuliny (PPD-S-5) na dłoniową powierzchnię przedramienia i na ocenie powstałego nacieku po 48-72 godzinach.

Dodatni odczyn tuberkulinowy (wg American Thoracic Society) to naciek o średnicy:

- > 5 mm u osób zakażonych HIV, u osób które pozostawały w kontakcie z chorym prątkującym i u osób, u których stwierdza się zmiany radiologiczne mogące odpowiadać gruźlicy,
- > 10 mm u osób żyjących w rejonach o dużym rozpowszechnieniu zakażenia gruźlicą,
- > 15 mm we wszystkich innych okolicznościach.

Dodatni wynik odczynu tuberkulinowego informuje o przebyłym zakażeniu prątkiem gruźlicy i/lub zakażeniu prątkami niegruźliczymi.

Odczyn tuberkulinowy może być fałszywie ujemny przy zakażeniu wirusowym (szczególnie HIV), niedożywieniu, bardzo młodym lub zaawansowanym wieku, w chorobach nowotworowych, w czasie leczenia immunosupresyjnego (np. sterydy) i w ciężkich infekcjach bakteryjnych (także w gruźlicy).

### W ŚWIECIE MAMY OBECNIE EPIDEMIE GRUŹLICY

W roku 1993 Światowa Organizacja Zdrowia, kierując się danymi epidemiologicznymi, ogłosiła epidemię gruźlicy, która jest aktualnym i poważnym zagrożeniem dla ochrony zdrowia w świecie.

Jest wiele przyczyn narastania liczby zachorowań na gruźlicę w świecie. Są to m.in.:

1. niedostateczna świadomość choroby (zaniedbania diagnostyczne, złe leczenie, wzrost liczby prątków wieloopornych)
2. zmiany demograficzne (migracje ludności, wzrost liczby bezdomnych i uchodźców)
3. pandemia HIV
4. niewłaściwe trendy socjo-ekonomiczne.

Oto najważniejsze dane epidemiologiczne:

- 1/3 ludności świata (**ok. 2 miliardów ludzi**) jest zakażona prątkiem gruźlicy
- w tym roku umrze z powodu gruźlicy więcej ludzi niż w poprzednich latach
- gruźlica zabija więcej młodych i dorosłych ludzi niż jakakolwiek inna choroba zakaźna
- w większości przypadków **można tych zgonów uniknąć**.



### GDZIE JEST NAJWIĘCEJ GRUŹLICY ?

Na sytuację epidemiologiczną na świecie wpływ ma głównie sytuacja w 22 krajach, w których mieszka 80% chorych na gruźlicę. Ich wykaz, wg WHO Report 1999, przedstawia się następująco:

Kraj	Liczba przypadków na 100 000 mieszk.	Kraj	Liczba przypadków na 100 000 mieszk.
Kambodża	539	Etiopia	260
Zimbabwe	538	Bangladesz	246
Południowa Afryka	392	Nigeria	214
Afganistan	333	Wietnam	189
Uganda	320	Indie	187
Filipiny	310	Pakistan	181
Tanzania	308	Myanmar	171
Kenia	297	Tajlandia	142
Indonezja	285	Chiny	113
Peru	265	Federacja Rosyjska	106
Kongo	263	Brazylia	75

### SĄ CZTERY SZCZEGÓLNE TRUDNE PROBLEMY W ZWALCZANIU GRUŹLICY:

**1. Gruźlica wielolekooporna**, tj. gruźlica wywołana przez prątki odporne na podstawowe leki przeciwprątkowe np. izoniazyd i ryfampicynę, jest zjawiskiem częstym; występuje ona u 7-22% chorych na gruźlicę w Rosji, na Litwie, w Estonii, Argentynie i Republice Dominikany. Łącznie około 50 milionów ludzi jest zarażonych prątkami wielolekoopornymi. W tych przypadkach koszt leczenia może być nawet 100-krotnie większy.

**2. Gruźlica u osób bezdomnych lub uchodźców** jest wynikiem trudności w ich leczeniu związanych z przemieszczaniem się tych osób, łatwością rozprzestrzeniania prątków m.in. w zatłoczeniu, w jakim żyją uchodźcy. Trzeba wspomnieć, że wg TB Advocacy (1999) liczba bezdomnych i uchodźców wzrosła 9-krotnie w ciągu ostatnich 20 lat. W roku 1995 w San Francisco 30% osób bezdomnych było zarażonych gruźlicą, a w Londynie około 25%. Blisko 50% uchodźców w świecie jest zarażonych gruźlicą; każdego roku co najmniej 17.000 uchodźców ulega zachorowaniu.

**3. Gruźlica i kobiety.** Gruźlica częściej jest wykrywana i leczona u mężczyzn, głównie dlatego, że kobiety rzadziej szukają pomocy medycznej. Ponadto kobiety obawiają się często nieplodności i izolacji, odrzucenia i rozwodu. Nie bez wpływu jest też niedostateczna edukacja kobiet, prowadząca do braku informacji o objawach choroby i możliwościach jej leczenia.

**4. Gruźlica i AIDS.** W roku 1997 na 31 milionów osób zakażonych HIV 1/3 była uprzednio zakażona prątkiem gruźlicy. Zakażenie HIV osoby uprzednio zakażonej prątkiem gruźlicy zwiększa 30-krotnie ryzyko rozwoju gruźlicy. Prawdopodobieństwo rozwoju gruźlicy u osoby zakażonej HIV wynosi 7-10% w skali roku. Ponadto zakażenie HIV pogarsza przebieg gruźlicy, powodując wysoką śmiertelność; jest to tzw. „śmiertelny duet”. Współistnienie zakażenia HIV i M. tuberculosis znacznie pogorszyło światową sytuację epidemiologiczną gruźlicy w Afryce Środkowej, Azji Południowo-Wschodniej i w rejonie Pacyfiku. Gruźlica u osób zakażonych HIV powoduje częstsze występowanie postaci pozapłucnych i uogólnionych (nawet do 70%). W Afryce Centralnej 30-40% ludności (60-70% ludności miast) jest zakażonych HIV – w tych krajach jest też najwyższa w świecie zapadalność i umieralność z powodu gruźlicy. Często rozpoznanie gruźlicy pozwala na identyfikację osób zakażonych wirusem HIV; np. w Rwandzie wykazano, że 88% chorych na gruźlicę jest zakażonych HIV.

Dr med. Lucyna Majka

Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

## KOŚCIÓŁ JAKO WSPÓLNOTA PROMUJĄCA ZDROWIE

Od Redakcji: W czasopiśmie Contact 2000 nr 169, wydawanym przez World Council of Churches w Genewie, ukazał się pod powyższym tytułem artykuł E.A.Allena z Jamajki. Zaleca on, aby planując działania prozdrowotne, zadać sobie trzy pytania: jaka jest najczęstsza przyczyna chorób związanych z niewłaściwym trybem życia parafian, jakie są ich przyczyny związane z zachowaniem się (behaviour) i jakie zmiany w zachowaniu się należałoby wprowadzić, aby zmniejszyć zapadalność na te choroby. Część artykułu dotycząca zdrowego stylu życia zamieszczono w poprzednim numerze MMP. Obecnie podajemy krótki artykuł dotyczący zmiany zachowań przez wzajemną pomoc w małych grupach.

Jak dalece możemy sami zmienić nasze zachowanie? Przez podjęcie rezolucji? Było już wiele niezrealizowanych rezolucji. Zmienić przyzwyczajenia jest trudno. Każda osoba jest w stanie ustalić swój program zdrowego stylu życia. Ale bariery wewnętrzne, takie jak własna osobowość, ociężałość umysłowa, nawyki i sposób podchodzenia do rozwiązywania własnych problemów, sprawiają, że uzyskać zmiany zachowania jest niełatwo.

Małe grupy wzajemnie wspierających się osób pomagają liczyć jeden na drugiego, a tym samym są bardzo pomocnym sposobem dochodzenia do zmian zachowania. Wzajemna pomoc i aktywne postępowanie są najważniejszymi czynnikami, które budują motywację i ułatwiają pokonywanie trudności, związanych z odrzucaniem krótkotrwałych przyjemności dla długotrwałych korzyści.

Tworzenie duchowej łączności między członkami grup jest potężnym czynnikiem terapeutycznym i nakłaniającym do zmiany zachowania. Ta łączność budzi solidarność przez

dzielenie się trudnościami, wzajemną praktyczną pomoc oraz tworzenie wspólnego uczucia sympatii i empatii. Członkowie grup uczą się jeden od drugiego. Odnajdują sens wzajemnej afirmacji, akceptacji i wspólnoty. Oni także modlą się jeden za drugiego i wspólnie sobie pomagają. Odpowiedzialność rodzi się z wzajemnego porównania się, aby mieć odwagę wytrwać i, o ile jest to potrzebne, wzajemnego upominania się i konfrontacji w duchu miłości.

Współpracę można wzmacniać przez wspólne zajęcia, takie jak ćwiczenia fizyczne, planowanie diety, obserwacje zachowania się i modlitwy. Takie działania mogą być podejmowane dla organizowania:

- grup wzbogacających się wzajemnie: mężczyzn, kobiet, młodzieży, osób starszych, par małżeńskich, osób niezamężnych i rodziców;
- grup kryzysowych: dla alkoholików, osób rozdziałających się, rodziców mających trudności z dziećmi;
- grup dla odzyskania zdrowia: jak anonimowi alkoholicy, anonimowi narkomani lub



Zmieniać się w małych grupach  
(rycina wg Contact 2000 nr 169)

anonimowi „overeaters” (osoby obżerające się nadmiernie).

Działania mające na celu promocję ochrony zdrowia są bardzo ważne w czasie kryzysów. Osoby w sytuacji kryzysowej są bardziej podatne na choroby, zaburzenia psychiczne i trudności współżycia, ale kryzys może także motywować do zmiany zachowania.

### Ojcowie Werbiści zapraszają

do Domu Wypoczynkowego w Krynicy Morskiej. Dom „Bursztyn” im. Błogosławionego Józefa z Szantungu otwarty jest cały rok. Istnieje możliwość indywidualnego wypoczynku lub organizowania spotkań. Dogodna komunikacja autobusowa z Elblągiem dla tych, którzy nie wybierają się tam własnym samochodem.

Adres: ul. Gdańska 141, 82-120 Krynica Morska, tel./fax (055) 247-60-44.

## Szkolenie:

(ciąg dalszy ze str. 6)

Hardin Meta Directory. Microbiology and Infectious Diseases

<http://www.uiowa.edu/~hardin/md/micro.html>

American Society of Parasitologists

<http://www.museum.unl.edu/asp/>

American Society of Tropical Medicine and Hygiene

<http://www.astmh.org/>

International Commission on Trichinellosis

<http://www.krenet.it/ict>

Emerging Infectious Diseases

<http://www.cdc.gov/ncidod/eid>

Carlo de Negri Foundation - on line Atlas of Parasitology

<http://www.cdffound.to.it>

Tropical Diseases Webring Homepage

<http://www.myweb.worldnet.net/~ditjaste/ring-form.html>

List of journals with free online access

[http://www.faisoc.org/English/online\\_journals.htm](http://www.faisoc.org/English/online_journals.htm)

Free full-text journals

<http://www.freemedicaljournals.com/>

Amedeo (Parasitic Diseases)

<http://www.amedeo.com/medicine/pad.htm>

Research discussion in parasitology

<http://www.bio.net/hypermil/parasite/>

<http://www.emedicine.com>

<http://www.highwire.org>

<http://www.highwire.stanford.edu>

<http://cellsalive.net>

### KONFERENCJE I KONGRESY

■ 22-25 października 2001, Dakar, 6eme Congres International francophone de Medicine

Tropicale. Societe de Pathologie Exotique,

<http://www.pasteur.fr/socpatex>

■ 5-8 listopada 2001, Manila, 6th International

Symposium on Maritime Health,

[jrydeguz@compass.com.ph](mailto:jrydeguz@compass.com.ph)

■ 15-17 listopada 2001, Watykan, XVIth

International Conference, Council for Health

Pastoral Care, 00120 Vatican City

■ 6-7 grudnia 2001, Paryż, Instytut Pasteura.

Vaccines.

<http://www.pasteur.fr/conf/euroconf>

■ 28 stycznia – 29 marca 2002, Gorgas Course

in Clinical Tropical Medicine. Lima, Peru.

[www.gorgas.org](http://www.gorgas.org)

■ 11-14 lutego 2002, Agra, Indie. Conference

on Amoebiasis and the Biology of Entamoeba

histolytica. [www.indebo.com.ameba](http://www.indebo.com.ameba)

■ 11-14 marca 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 marca 2002, Atlanta GA, International Conference on Emerging Infectious Diseases. [www.cdc.gov/iceid](http://www.cdc.gov/iceid)

■ 24-27 kwietnia 2002, Basel, 12th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. <http://www.escmid.org>

■ 24-27 lipca 2002, Montpellier, Francja, 6th International Meeting on Molecular Epidemiology and Evolutionary Genetics of Infectious Diseases. <http://www.cemp.mpl.ird.fr>

■ 27 lipca 2002, Paryż, 12th International Congress of Virology, 10th International Congress of Bacteriology and Applied Microbiology, 10th International Congress of Mycology.

<http://www.iums-paris-2002.com>

■ Lipiec 2002 (dokładna data jeszcze nieustalona), 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>

■ 8-12 września 2002, Lizbona. 3rd European Congress on Tropical Medicine and International Health. [www.kit.de/tropical2002/](http://www.kit.de/tropical2002/)

■ 10-14 listopada 2002, Denver, Colorado USA. 51th Annual Meeting of American Society of Tropical Medicine and Hygiene.

<http://www.astmh.org/meetings.html>

## Posługa lecznicza Kościoła – CUAMM

(dokończenie ze str. 12)

### CUAMM

problemy rozważane podczas obchodów  
50 rocznicy, Padwa 25 listopada 2000  
(wg Medicus Mundi International Newsletter, 2001, nr 66)

#### ZDROWIE W AFRYCE

- 50 lat pracy nie poszło na marne i wskaźniki zdrowia wskazują na pewien postęp. Jednakże wzrasta przepaść między bogatymi i biednymi ludźmi w świecie, szczególnie w krajach rozwijających się. Rok 2000 był sygnałem alarmowym dla Afryki: śmiertelność wśród noworodków wzrosła, a historyczne plagi, jak niedożywienie, wysoka śmiertelność wśród matek, choroby zakaźne i pasożytnicze, są nadal powszechne.
- Wszystko to idzie w parze z epidemią HIV. Na samym kontynencie afrykańskim jest ponad 23 miliony zarażonych ludzi (z czego 1 milion to dzieci); w roku 1999 było 5,6 milionów nowo zarażonych, a 2,2 miliony ludzi zmarło (85% wszystkich zgonów na świecie z powodu AIDS). Liczba sierot przekracza 5% populacji. Średnia długość życia w wielu krajach obniżyła się o ponad 10 lat.
- Poprawa jakości życia, a nie tylko jego długości, wymaga niesienia większej i bardziej zróżnicowanej pomocy, poczynając od żywności, poprzez warunki mieszkaniowe, szkolnictwo oraz wzrost zarobków. Dostęp do świadczeń zdrowotnych jest nie tylko determinantem zdrowia, lecz prawem każdego człowieka.
- Niestety, obserwujemy postępujące pogorszenie systemu opieki zdrowotnej w Afryce. Skąpe środki finansowe przeznaczone na problemy zdrowotne (średnio mniej niż 5 US\$ na głowę w roku), wprowadzenie podatku pobieranego od osób korzystających z usług publicznych, redukcja pomocy międzynarodowej oraz szybkie rozprzestrzenienie się ekonomii rynkowej wraz z prywatyzacją stwarzają sytuację narastającej niesprawiedliwości społecznej. Wiele rodzin jest zmuszanych do naruszania swoich „głównych zasobów” (bydło, oszczędności, etc.) tylko dlatego, aby ich bliski chory mógł być leczony, co prowadzi do błędnego koła: bieda-choroba-bieda.

#### JAKIE SĄ NA TO ODPOWIEDZI?

- W ostatnich latach popularne są dwa hasła: „eliminowanie ubóstwa” (główny cel Wspólnoty Europejskiej oraz współpracujących z nią

Włoch) oraz „globalna solidarność” (pojęcie stworzone przez Papieża Jana Pawła II).

- Jedną z praktycznych konsekwencji tych haseł jest uznanie, że zabezpieczenie minimalnych usług socjalnych, nieodzownych dla zagwarantowania poszanowania ludzkiej godności oraz możliwości rozwoju, zależy od międzynarodowej solidarności. Kiedy zasoby danego państwa nie są wystarczające, aby utrzymać odpowiedni poziom zdrowia i edukacji, społeczność międzynarodowa nie może poprzestać na przesyłaniu pieniędzy do pojedynczych użytkowników, gdyż oznaczałoby to wykluczenie większości innych potrzebujących.

- Społeczeństwo międzynarodowe musi więc współdziałać z rządami krajów afrykańskich w celu osiągnięcia standardu wyznaczonego przez Bank Światowy, tj. 12 US\$ (obecnie 14,3 US\$) na głowę, w postaci podstawowych usług prewencyjnych i klinicznych dostępnych dla całej populacji. Rządy krajów afrykańskich muszą dawać swoją część, przede wszystkim przez zmniejszenie wydatków na sektor militarny.

- Współpraca w zakresie zdrowia musi zawsze wspierać system ochrony zdrowia w całości. Właśnie dlatego strategia SWAp (Sector Wide Approach) jest usprawiedliwiona, gdyż próbuje powrócić do pełnej odpowiedzialności w tworzeniu programów i określaniu priorytetów prozdrowotnych przez rządy oraz stymuluje i koordynuje działania wspomagające z zewnątrz z lokalnymi potrzebami. Jest to trudny i złożony proces, który wymaga, aby wszyscy partnerzy, rządy lokalne oraz instytucje darczyńców, mogły przewyciężyć dotychczasowe formy indywidualnej pomocy, prowadzące niekiedy do niewydajności oraz zniekształceń systemu pomocy. To jest ewoluujący proces, w którym każdy jest powołany do sprawdzenia swych własnych sił oraz wypracowania najbardziej racjonalnych rozwiązań dostosowanych do realnych lokalnych potrzeb, ale nie może też zapominać o tym, że nie ma żadnych rozwiązań oczywistych i uniwersalnych.

#### WSPÓŁPRACA – CZAS I METODY

- Międzynarodowa solidarność jest często wzywana do zareagowania w sytuacjach katastrofalnych i w potrzebach wymagających nagłej interwencji. Jednakże ten typ interwencji musi być ograniczany, gdyż występowanie takich sytuacji przybiera charakter chroniczny, np. w niektórych częściach Afryki. Emocje odciągają uwagę od podstawowych problemów, narastają mechanizmy korupcji, a wprowadzane rozwiązania stają się przyradowe i stwarzają ryzyko utraty równowagi systemów społecznych i zdrowotnych zamiast je wzmacniać.

- Współpraca w zakresie zdrowia musi posiadać określone cele średnio- i długoterminowe. Realizowanie problemów nie może być planowane na przeciąg tylko kilku lat. Wiadomo przecież, że lokalne zasoby nie są wystarczające oraz że nie zmienią się tak szybko.

- Integracja publicznego oraz prywatnego zaangażowania oraz zasobów jest niezwykle ważna w celu zapewnienia dostępności usług dla wszystkich ludzi. Opieka zdrowotna musi pozostać wspólną troską. Oczekuje się, że każde państwo znajdzie odpowiednie rozwiązania w kontekście własnego kraju w celu wzmocnienia promocji oraz koordynacji sektora prywatnego, przede wszystkim w sektorze niekomercyjnym, proporcjonalnie do tego, na ile ten sektor ma swój wkład w osiąganiu wspólnych celów.

- Jednym z głównych celów oraz kryteriów współpracy jest stwarzanie jak największej liczby lokalnych zasobów, a w szczególności ludzkiego zaangażowania. Wzrost kompetencji oraz poprawa zdolności zarządzania są dwoma głównymi składnikami siłami w umacnianiu systemu zdrowia.

- Papież przypomina nam, że: „wiele populacji nie ma możliwości uzyskania lekarstw, które są podstawowe i najbardziej potrzebne” (11 lutego 2000). W rzeczywistości ograniczenia te sięgają jeszcze dalej: z powodu ubóstwa całe społeczności są odcięte od dostępu do nowych technologii, a niektóre instytucje naukowe nie są zainteresowane problemami, które nie pociągają za sobą odpowiednich ekonomicznych korzyści. Mniej niż 10% wydatków jest przeznaczonych na leczenie chorób, które są w 90% przyczyną śmiertelności lub niesprawności. Zapalenie płuc, biegunki, gruźlica oraz malaria otrzymują mniej niż 1% dostępnych funduszy.

- W przypadku AIDS międzynarodowa uwaga jest skierowana nie dalej niż tylko na brak skutecznych środków zapobiegania dostępnymi po przystępnej cenie. Afryka nie może korzystać z ogólnodostępnych leczniczych oraz prewencyjnych środków z powodu wysokich kosztów leków oraz mechanizmów ochronnych (patenty), które stworzył przemysł farmaceutyczny. Pierwszy raz w historii ludzkości postęp medyczny nie służy szerokim rzeszom potencjalnych użytkowników, jak to miało miejsce w przypadku odkrycia antybiotyków oraz szczepionek.

Paradoksalnie, wyzwanie umożliwienia dostępu biednym do osiągnięć nauki może mieć pozytywny wynik też dla krajów bogatych, gdyż umożliwia wyjście ze spirali wzrastających kosztów leczenia. Zasoby finansowe są ograniczone dla wszystkich, ale „globalna solidarność” nawołuje do akceptowania ich sprawiedliwego podziału.

Kościół i jego zaangażowanie w sprawy zdrowia:

## Posługa lecznicza Kościoła – CUAMM

*Redakcja przekazuje informacje o działalności CUAMM – Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari w Padwie – z okazji jej 50-lecia. Ta włoska instytucja jest starszą siostrą Fundacji Redemptoris Missio i warto zapoznać się z jej historią i doświadczeniem. Tekst wg „Health Development”, kwartalnika CUAMM, suplement do numeru 2, 1999. Tłum. mgr Elwira Sierant).*

CUAMM został powołany do życia w Padwie w roku 1950. U podłoża jego powołania leżą procesy dekolonizacji, poparcie Watykanu dla pomocy medycznej dla krajów misyjnych i oraz powołanie Światowej Organizacji Zdrowia i UNICEF. W 1959 roku CUAMM został formalnie zatwierdzony przez Władze diecezjalne; przedstawiciel biskupa został dyrektorem CUAMM. Od roku 1957 CUAMM wysłał lekarzy do krajów misyjnych, zwłaszcza Afryki, i przyjmuje studentów, nie tylko zresztą afrykańskich, na doszkalanie we Włoszech. W latach siedemdziesiątych CUAMM zmienia kierunek swojej działalności i w miejsce pomocy indywidualnej realizuje programy ogólnokrajowe (Uganda, Tanzania, Mozambik). W tym czasie CUAMM bierze aktywny udział w pomocy rządu włoskiego dla krajów rozwijających się. W nawiązaniu do II Soboru Watykańskiego za czasów Papieża Jana XXIII zostały ustalone zasady kierujące działalnością CUAMM. Podstawą jej działalności jest „wiera, ale nie tylko polegająca na respektowaniu zbioru dogmatów i wierzeń, ale przede wszystkim na akceptacji sposobu życia według zasad ewangelicznych. Nie ma sensu mówić o miłości do biednych, dopóki nie zwalczą się niesprawiedliwości, która powoduje biedę, zwłaszcza w krajach rozwijających się” (Dr A. Dal Ago).

W roku 1975 została opracowana strategia CUAMM oparta o następujące zasady:

1. Każde działanie dotyczące współpracy powinno mieć na celu poprawę ogólnych warunków życia w sposób autonomiczny i niezależny od czynników zewnętrznych. Poprawa w zakresie sektora zdrowia nie powinna być prowadzona w izolacji od innych problemów, ale stanowić integralną część ogólnego rozwoju.

2. Aby być autonomicznym i niezależnym, każdy proces, mający na celu rozwój, powinien być realizowany przy udziale miejscowej ludności, która ponosi część odpowiedzialności za jego wprowadzanie. W każdym przypadku w sprawach jej dotyczących powinna ona być konsultowana. W wyniku tego każda zagraniczna pomoc powinna mieć charakter użytecznego i koniecznego działania wspomagającego, prowadzonego przez określony czas, i nie powinna prowadzić do wprowadzania obcego modelu rozwoju.

3. Każdy akt współpracy powinien być prowadzony w duchu równości i solidarności i mieć wszelkie znamiona sprawiedliwości społecznej w rozumieniu narodowym i międzynarodowym, mimo tego, że praca niekiedy będzie musiała być prowadzona w pewnych warunkach historycznych, z którymi trudno się zgodzić. Zasady równości i solidarności są jedyną podstawą pokoju i w swej naturze są przeciwne jakiegokolwiek dyskryminacji i eksploatacji, tak osób indywidualnych, jak i grup społecznych.

4. Interwencje CUAMM w zakresie sektora zdrowia powinny:

- być zintegrowane z planami rozwoju lokalnej populacji jako część ogólnego planu rozwoju danego kraju;
- powinny być oferowane usługi nieodpłatne, dostępne dla wszystkich, zwłaszcza najbardziej biednych i potrzebujących;
- powinno być dane pierwszeństwo podstawowej opiece zdrowotnej (a nie medycynie elit lub pojedynczych przypadków chorobowych) ze szczególnym uwzględnieniem najbardziej poważnych i rozprzestrzenionych lokalnych problemów zdrowotnych, przynajmniej przy tym równe proporcje prewencji i leczenia, opiece nad matką i dzieckiem, szkoleniu w zakresie zdrowia i higieny populacji;
- wprowadzać lokalne działania tylko zgodnie z instrukcjami i programami krajowymi;
- CUAMM powinien w sposób maksymalny wykorzystywać lokalne możliwości i zasoby, zarówno w zakresie wiedzy zawartej w medycynie tradycyjnej, jak i w używaniu lokalnej technologii i materiałów; import materiałów powinien być ograniczony, gdyż może on prowadzić do uzależniania od dostawców z zewnątrz w miejsce pomocy, która miałaby promować samowystarczalność.

5. Tam gdzie jest to możliwe i po uzgodnieniu z lokalną ludnością i władzami, powinno czynić się wszelkie wysiłki dla planowania i wprowadzania zintegrowanych programów współpracy, w ramach której wraz z działaniem w sprawach dotyczących zdrowia idzie w parze działanie mające na celu rozwój innych dziedzin ogólnego rozwoju. To może być osiągnięte poprzez współpracę z krajowymi i międzynarodowymi organizacjami, mającymi podobne cele działania.

Począwszy od roku 1976 podjęto różne formy szkolenia studentów i lekarzy: konfe-

rencje, spotkania, seminaria, tygodniowe i miesięczne kursy w zakresie medycyny tropikalnej.

W roku 1983 Papież Jan Paweł II pochwalił działania CUAMM, mówiąc: „Jesteście inspirowani ideałami sprawiedliwości społecznej na polu narodowym i międzynarodowym, ideałami, które są podstawą pokoju; będziecie pomagać każdej cennej lokalnej inicjatywie, zarówno przez koordynację pracy szpitali misyjnych z narodowymi programami zdrowia, jak też przez działanie bezpośrednie w strukturach publicznych poszczególnych krajów zgodnie z poprzednio ustalonymi uzgodnieniami”.

W roku 1984 CUAMM tworzy nowy statut, określając się jako „International College for Health Cooperation in Developing Countries” z następującymi celami:

- CUAMM zamierza, w duchu Ewangelii i jako organizacja niedochodowa, przyczynić się do procesu rozwoju każdego człowieka, a w szczególności potrzebującego pomocy.
- CUAMM popiera niezależność rozwoju i autonomię populacji Trzeciego Świata oraz afirmuje wartości międzynarodowej solidarności, sprawiedliwości i pokoju.

Począwszy od roku 1987 CUAMM wszedł w trudny okres działania. Zmniejszyła się pomoc rządowa Włoch dla krajów rozwijających się. Bank Światowy wprowadził 4 zasady polityki zdrowotnej: 1) kazać ludziom płacić za opiekę w uspołecznionej służbie zdrowia, 2) wprowadzić ubezpieczenia społeczne, 3) popierać rozwój prywatnego sektora zdrowia i 4) zdecentralizować zarządzanie i administrację. Dopiero po kilku latach, w 1993 roku Bank Światowy stwierdza, że ekonomia rynkowa nie może być w pełni zastosowana do problemów zdrowotnych. CUAMM rozważa problem „Zdrowia i rynku” i próbuje dostosować się do zachodzących zmian ekonomicznych, preferując projekty samofinansujące się.

Aktualnie budżet CUAMM jest wspierany w 30% przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych, 25% przez Komisję Episkopatu, w 20% przez osoby prywatne, w 15% przez agencje międzynarodowe i w 10% przez Wspólnotę Europejską Wydatki dotyczą projektów pomocy – 85%, administracji – 8%, szkolenia – 5% i łączności – 2%.

*(dokończenie na str. 11)*