



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 TROPIKALNEJ I „INTERNATIONAL HEALTH”, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB MISYJNYCH OŚRODKÓW MEDYCZNYCH

LUTY 2002  
Nr 4 (rok II)

Od Redakcji

Oddajemy do druku czwarty zeszyt *Medicus Mundi Polonia*. Zeszyt, podobnie jak poprzednie, jest drukowany w liczbie 1.000 egzemplarzy. Kwartalnik nadal otrzymują instytucje odpowiedzialne za misje, zakony misyjne, około 50 ośrodków misyjnych za granicą, z którymi bliżej współpracujemy, kilkuset naszych byłych kursantów, uczestników kursów nt. ochrony zdrowia w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie i w Akademii Medycznej w Poznaniu. Ostatnio rozestaliśmy kilkadziesiąt zeszytów do Bibliotek Wydziałów Lekarskich w kraju, aby dać możliwość studentom medycyny w Polsce zapoznania się z tematyką przedstawianą na łamach kwartalnika.

Redakcja prosi o zgłaszanie instytucji i osób, które mogą być zainteresowane otrzymywaniem kwartalnika. Osoby, które już otrzymują *Medicus Mundi Polonia* proszone są o uwagi odnośnie tematów i problemów poruszanych na łamach czasopisma. Dążymy do tego, aby spełniał on oczekiwania czytelników. Do tej pory zajmowaliśmy się najważniejszymi problemami zdrowotnymi na misjach: HIV, malaria, gruźlica. W planach mamy zaburzenia psychiczne, choroby skóry, zorganizowaną opiekę nad matką i dzieckiem. Będziemy kontynuować również omawianie spraw dotyczących sprawowania opieki medycznej w ośrodkach misyjnych, które omawiane są często na konferencjach Papieskiego Biura ds. zdrowia w Watykanie, Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie, Medicus Mundi International w Brukseli. Zaglądamy też do publikacji Rady Kościołów (World Council of Churches, WCC) w Genewie i Niemieckiego Instytutu dla ds. misji medycznych (DIFÄM) w Tübingen. Redakcji zależy na tym, aby spoglądać na sprawy dotyczące posługi leczniczej na misjach z możliwie jak najszerszej perspektywy i w duchu dialogu ekumenicznego. Posługa

lecznicza nie może stawiać barier religijnych, rasowych, kulturowych czy politycznych. Jeszcze raz prosimy o uwagi nt. kwartalnika.

Wydawanie i wysyłka *Medicus Mundi Polonia* pociąga za sobą określone koszty. Za kwoty, które kwartalnik kosztuje, można by zwiększyć pomoc Fundacji dla misji. Nie podjęliśmy jeszcze decyzji, aby wprowadzić odpłatność za prenumeratę kwartalnika wychodząc z założenia, że pociągałaby ona za sobą pewne ograniczenia, których chcielibyśmy uniknąć. Proszę Fundacji wybaczyć, że dołącząc do każdego zeszytu przekaz pocztowy. Dokonane wpłaty będą potwierdzeniem zainteresowania się kwartalnikiem i równocześnie życzeniem otrzymywania dalszych zeszytów. Gdyby z tych czy innych względów wpłaty były utrudnione lub niemożliwe Redakcja prosi uprzejmie o potwierdzenie chęci dalszego otrzymywania *Medicus Mundi Polonia* chociażby na zwykłej karcie pocztowej.

Dla tych osób, które nie mają czasu lub chęci czytać wstępów od Redakcji, ponawiamy w skrócie nasze życzenia i prośby.

**Redakcja *Medicus Mundi Polonia* prosi uprzejmie o:**

- zgłaszanie osób, które mogą być zainteresowane otrzymywaniem kwartalnika,
- partycypowanie, w miarę możliwości, w kosztach jego druku i wysyłania,
- nadsyłanie uwag dotyczących treści kwartalnika tak, aby spełniał on w jak najszerszym zakresie oczekiwania osób pracujących na misjach lub przygotowujących się do tego zadania,
- podawanie nowego adresu w przypadku jego zmiany.

Oddając do rąk Czytelników czwarty zeszyt *Medicus Mundi Polonia* Redakcja liczy na bliższy kontakt z Czytelnikami.

## W numerze:

### Aktualności

z kraju, z Fundacji	2
ze Światowej Organizacji Zdrowia	3
z ośrodków misyjnych	3
Co nowego w zakresie malarii ?	5
Gruźlica – leczenie, zapobieganie, zwalczanie	7

## GRUŹLICA c.d. MALARIA

Ryzyko szczepień przeciwko żółtej gorączce	11
Szkolenie:	
książki, czasopisma	10
kongresy i konferencje	11
Postuga 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

**Ogólnopolski Kongres Misyjny Zakonów i Zgromadzeń** odbędzie się w Gdańsku z bardzo bogatym programem:

- 27-28 kwietnia 2002 w uroczystość Św. Wojciecha – Spotkanie młodzieży
- 14-16 maja 2002 – Sesja naukowa w Uniwersytecie Gdańskim
- 1 czerwca 2002 – Dzień misyjny dzieci
- 9-16 czerwca 2002 – Spotkania problemowe w kościołach Gdańska
- 15 czerwca 2002 – Święcenia kapłańskie
- 15 czerwca 2002 – Ogólnodiececezjalny festyn misyjny
- 16 czerwca 2002 – Charytatywny koncert misyjny
- 20 października 2002 – Rozstrzygnięcie konkursów dla szkół
- 16 listopada 2002 – Misyjny Dzień Służby Ołtarza

kwiecień-październik 2002 wystawy misyjno-etnograficzne

List pasterski Arcybiskupa Metropolity Ks. Tadeusza Gocłowskiego w sprawie kongresu zostanie odczytany w którąś z niedziel Wielkiego Postu.

Bliższe informacje osiągalne są w Sekretariacie Ogólnopolskiego Kongresu Misyjnego Zgromadzeń i Zakonów. Kuria Metropolitalna Gdańsk, ul. Cystersów 15, 80-330 Gdańsk, tel. 0 58 552 00 51, fax 552 27 75, e-mail: kuria@gsd.gda.pl



W okresie międzywojennym **na misjach pracowało** 210 siostr zakonnych i 263 ojców i braci zakonnych, razem 473 mi-

sjonarek i misjonarzy. Według danych z dnia 23 października 2001 na misjach pracowało 1955 Polaków w tym: 265 kapłanów diecezjalnych – Fidei Donum, 2 Biskupów Fidei Donum, 26 misjonarzy świeckich, ale aż 1034 kapłanów zakonnych, 5 biskupów zakonnych, 68 braci zakonnych, 3 kleryków zakonnych oraz 541 siostr zakonnych.

Ich praca jest możliwa dzięki zaangażowaniu całego społeczeństwa oraz wielu instytucji kościelnych i świeckich. W liście pasterskim z dnia 15 lutego 2002 Arcybiskupa Metropolity Gdańskiego Ks. Tadeusza Gocłowskiego znajdujemy taką opinię:

»Wyjeżdżający na misje zakonnicy i zakonnice winni ściślej współpracować z biskupami, kapłanami i Ludem Bożym poszczególnych diecezji. Tylko bliskość zakonów Ludowi Bożemu jest w stanie uczynić z nich jeszcze bardziej sprawne narzędzie w ewangelizowaniu świata. Gdy dadzą się poznać, dotknąć, zobaczyć, gdy przemówią, będą mogli zyskać nowych, młodych ludzi do swoich szeregów, ludzi sympatyzujących z nimi, wraz z całym parafiami; osoby modlące się i sponsorów, którzy zechcą wspierać ich dzieła. Zakonnicy, jeżeli idą głosić Ewangelię, to dlatego, że są posłani przez Kościół lokalny, nasz polski. Skoro tak, to my w Polsce jesteśmy za nich odpowiedzialni (encyklika „Redemptoris Missio”)«.



W dniu 30 października 2001 Dr h.c. Wanda Błęńska ukończyła 90 lat i przebywała w Indiach z wizyta u Ojca Mariana Żelazka. Z okazji Jej jubileuszu Fundacja Redemptoris Missio i Władze Akademii Medycznej zorganizowały w Auli

Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu uroczysty koncert.



W dniu 30 stycznia 2002 odbył się w Sali Kongresowej w Warszawie uroczysty koncert z okazji nominowania do nagrody Nobla Ojca Mariana Żelazka, misjonarza z Puri, Indie, wieloletniego przyjaciela Fundacji Redemptoris Missio (patrz *Medicus Mundi Polonia* nr 2). Kandydaturę Ojca Mariana Żelazka poparło dwoje polskich laureatów Nagrody Nobla, 27 członków Parlamentu Rzeczypospolitej Polskiej i 3 członków Parlamentu Indii, 10 wybitnych polityków polskich i 6 indyjskich, 3 wybitnych przedstawicieli sztuki w Polsce, 98 profesorów wyższych Uczelni w Polsce, 7 przedstawicieli Episkopatu Polski i 1 przedstawiciel Episkopatu Indii oraz oczywiście przedstawiciele Fundacji „Redemptoris Missio”.

## ZE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA WHO

Ukazała się drukiem publikacja pt. „Communicable Diseases 2000”, która określa główne zadania WHO w zwalczaniu chorób zakaźnych u progu 21. wieku. W latach 1950-tych panował znaczny optymizm odnośnie kontroli wielu chorób zakaźnych w świecie. Istotnym postępowaniem była globalna likwidacja ospy prawdziwej i likwidacja polio na kontynencie amerykańskim, znaczne zmniejszenie zapadalności na odrę, tężec noworodków i trąd.

*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

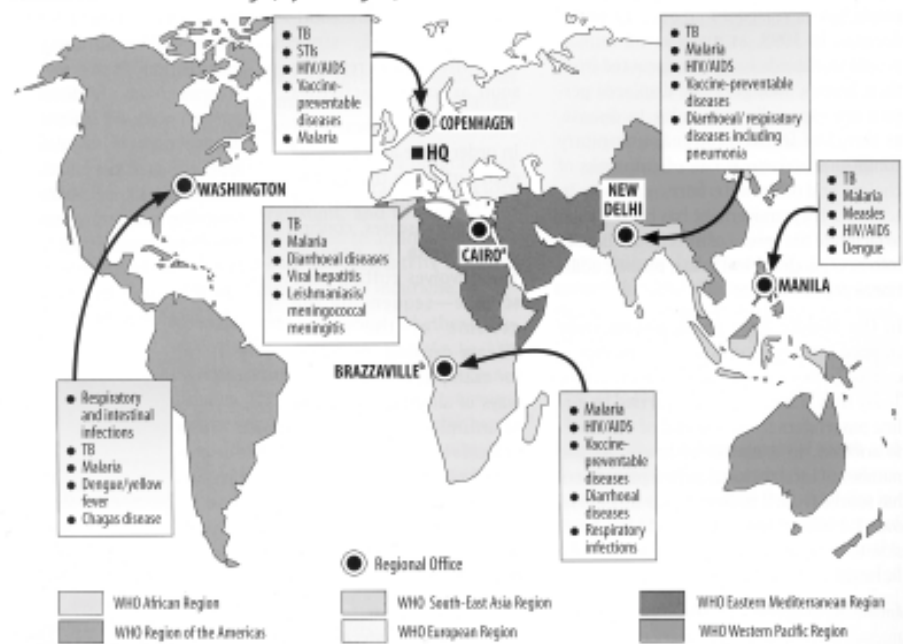
Z drugiej strony niekorzystny wpływ na sytuację w zakresie chorób zakaźnych miało pojawienie się HIV i blisko 30 innych „nowych” zakażeń oraz wzrost zapadalności na gruźlicę, malarię i dengę. Wśród przyczyn, które są odpowiedzialne za tę niekorzystną sytuację należy wymienić: pogłębiającą się biedę w wielu krajach rozwijających się, w tym proces urbanizacji i dużą liczbę uchodźców, zmiany klimatyczne na kuli ziemskiej, wzrost zakażeń odzwierzęcych (m.in. BSE i Ebola), obniżenie sprawności działania służb zdrowia w wyniku niestabilnej sytuacji politycznej, konfliktów zbrojnych, klęsk żywiołowych, globalizację transportu i handlu, wzrastającą oporność na leki bakteriobójcze i insektycydy.

Mapa przedstawia główne problemy w zakresie chorób zakaźnych w poszczególnych regionach WHO.

Co można zrobić obecnie ?

- wprowadzić wypróbowane, skuteczne i tanie sposoby zwalczania chorób zakaźnych np. stosowanie moskitier oraz szybkie rozpoznawanie i leczenie chorych na malarię lub stosowanie skojarzonego leczenia gruźlicy (DOTS) i trądu;
- wzmocnić infrastrukturę służby zdrowia w krajach rozwijających się;
- dążyć do likwidacji drakunkulozy w świecie i znacznej redukcji zapadalno-

Main infectious disease challenges, by WHO region, 2000



a. Regional Office moving from Alexandria to Cairo during 2000  
b. Regional Office temporarily located in Harare until further notice

Główne choroby zakaźne w regionach ŚOZ

(Źródło: Communicable Diseases 2000 WHO, Geneva)

ści na trąd, filariozę limfatyczną, chorobę Chagasa i onchocerkozę;

- usprawnić system wczesnego ostrzegania przed nieoczekiwanym wybuchem epidemii, powstawaniem ognisk „nowych” zakażeń i narastającej lekooporności w niektórych chorobach bakteryjnych;
- inwestować w dalszy rozwój prostych metod diagnostycznych, nowych leków i szczepionek.

Jest oczywiste, że skuteczne zwalczanie chorób zakaźnych zależy nie tylko od organizacji międzynarodowych, instytutów badawczych, ministerstw zdrowia, ale przede wszystkim od edukacji sanitarnej populacji na terenach endemicznych, technicznych możliwości przestrzegania higieny dla wszystkich obywateli i odpowiedniej informacji pracowników medycznych i paramedycznych.

# AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

## Z OŚRODKÓW MISYJNYCH

Redakcja podaje do wiadomości sprawozdanie z posługi medycznej w Katondwe w Zambii. Sprawozdanie przygotowała absolwentka Wydziału Lekarskiego AM w Poznaniu, wysłana przez Fundację Redemptoris Missio do Katondwe Mission Hospital (Zambia) na czas urlopu kierującej szpitalem Dr Mirosławy Góry – tj. w okresie od 23.06. do 29.09.2001.

W czerwcu tego roku wyjechałyśmy (Wanda Marczak-Malczevska – lekarz pediatra i Alicja Woźniak – lekarz stażysta) na ponad 3 miesiące do szpitala misyjnego w Katondwe. Zastąpiłyśmy doktor Mirosławę Górę, prowadzącą na stałe szpital, która była w tym czasie w Polsce na urlopie. Dla doktor Malczewskiej był to już trzeci pobyt jako lekarza-wolontariusza w Katondwe, dla mnie pierwszy.

Katondwe to wioska położona ok. 300 kilometrów na wschód od Lusaki, na granicy z Mozambikiem, w dolinie rzeki Luangua.

Panuje tam suchy klimat podrównikowy z porą deszczową od listopada/grudnia do marca/kwietnia.

Pacjenci szpitala pochodzą w większości z okolicznych wiosek (w tym również z Mozambiku), ale zdarzają się i tacy, którzy przyjeżdżają specjalnie z Lusaki lub innych odległych miast.

W skład szpitala wchodzi następujące oddziały: położniczy z salą porodową, kobiece połączone z dziecięcym (najliczniejszy), męski i izolacyjny, oprócz tego – sala operacyjna (doktor Góra jest chirurgiem), sala zabiegowa, sala opatrunkowa, gabinet lekarski, przychodnia, w której przyjmuje felczer, pracownia rtg, sala z aparatem usg, laboratorium, sterylizatornia, apteka, kostnica, kuchnia, archiwum, pomieszczenia administracyjno-biurowe, świetlica i kaplica. W szpitalu pracuje kilkadziesiąt osób – lekarz, kilkanaście pielęgniarek, położna, felczer, laboranci, technik farmaceutyczny, technik rtg, pracownicy administracyjni, kierowca, salowe, kucharki, praczki.

Zwykle na wszystkich oddziałach jest w sumie 50-60 pacjentów, z czego ponad połowę stanowią dzieci, drugą dużą grupą są chorzy na AIDS. Większość pacjentów zgłaszała się do szpitala z malarią, oczywiście nie wszyscy z nich wymagali przyjęcia.

(dokończenie na str. 4)

# AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

## Z OŚRODKÓW MISYJNYCH

(dokończenie ze str. 3)

Wśród dzieci częste były również zapalenia oskrzeli i płuc, robaczyce, biegunki o różnej etiologii oraz niedokrwistości, najczęściej na podłożu malarii. Zdarzały się zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, bilharczoza, kwashiorkor, urazy (najczęściej złamania, oparzenia lub pogryzienia przez psy), odra (niektóre dzieci prześlizgują się przez sito szczepień), chłoniak Burkitta, niedokrwistość sierpowato-krwinkowa, kiła wrodzona u noworodków i oczywiście wiele innych jednostek, w tym niestety AIDS. U dorosłych, obok malarii, dominowały choroby związane z AIDS – gruźlica, zapalenia płuc, przewlekłe biegunki, mięsak Kaposiego, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Oprócz tego zdarzały się wirusowe zapalenia wątroby, złamania i inne urazy, dość powszechne są choroby weneryczne, u kobiet – poronienia i porody przedwczesne, byli też pacjenci z nadciśnieniem, cukrzycą, zaćmą lub jaskrą oraz wieloma innymi chorobami.

Wracając do malarii, jest ona coraz częściej oporna na leczenie chlorochiną, lekiem drugiego rzutu jest Fansidar, ale nierzadko zdarza się, że trzeba kończyć, a czasem nawet zaczynać leczenie od chininy. Malaria jest szczególnie niebezpieczna u dzieci, u których częściej dochodzi do poważnych niedokrwistości, gdzie wymagana jest transfuzja. Inną groźną postacią jest malaria mózgową, którą zawsze trzeba różnicować z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.

Drugą chorobą wśród naszych pacjentów, a nawet pierwszą jeśli chodzi o śmiertelność wśród dorosłych, jest AIDS. Oczywiście leki przeciwtretowirusowe nie są jeszcze dostępne w Zambii, nawet dla ciężarnych, przez co odsetek matek rodzących zakażone dzieci jest wysoki.

Chorzy z okolic Katondwe, oprócz opieki szpitalnej – gdy ich stan się pogarsza, mają zapewnioną opiekę w ramach programu Home Base Care (HBC). Jest to zespół wyjazdowy, w skład którego wchodzi pielęgniarki, felczer, pracownik socjalny i prowadząca to siostra zakonna – Caroline. Odwiedzają oni swoich podopiecznych i przywożą im w zależności od potrzeby podstawowe produkty żywnościowe, leki, organizują transport z i do szpitala, pomagają rodzinom zajmującym się sierotami.

Ocenia się, że około 25% całej populacji Zambii jest zarażone wirusem HIV, jest to więc już problem nie tylko medyczny, ale również społeczny (rośnie liczba sierot i rodzin, których żywiciele nie są już w stanie utrzymać, w zakładach pracy – w tym w szkołach – brakuje pracowników). Oczywiście na szeroką skalę prowadzony jest program edukacji na temat HIV/AIDS, ale na jego efekty trzeba chyba jeszcze trochę poczekać.

Wracając do szpitala, opiszę niektóre z problemów z jakimi się on najczęściej boryka. Na pierwszym miejscu jest chyba zaopatrzenie w leki. Większość kupowanych jest w Lusace, ale część z nich jest droga i nie zawsze dostępna w hurtowniach, nie mówiąc o tym, że czasem są one wątpliwej jakości. Poza tym są leki,



Domowa opieka nad chorym...

(Contact 2000)

których zawsze brakuje w szpitalu, na przykład niektóre antybiotyki, leki przeciwgrzybicze czy insulina. Oczywiście zdarzają się też leki „z darów”, ale wcale nie tak często i nie zawsze trafione. Kolejnym problemem są braki personelu – szczególnie pielęgniarek, które bardzo niechętnie przyjeżdżają do pracy do szpitala „w środku buszu”. Zdarzały się dyżury, na których na cały szpital przypadała tylko jedna pielęgniarka, która nie była w stanie przygotować i podać leki 60 pacjentom, jednocześnie przyjmując nowych, a czasem jeszcze nadzorując rodzającą.

W czasie naszego pobytu musiałyśmy wysłać kilku chorych samochodem szpitalnym do kliniki uniwersyteckiej w Lusace. Są to cztery godziny jazdy, z czego część po wyboistej, nieutwardzonej drodze. Również całe zaopatrzenie dla szpitala przywożone jest ze stolicy.

Katondwe, tak jak cała okolica nie jest jeszcze zelektryfikowane, szpital posiada więc własne baterie słoneczne i agregator, który włączany jest codziennie od 18.00 do 22.00 (w tym czasie mogą też korzystać z elektryczności w domach pracownicy szpitala).

W Zambii nie ma powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w związku z tym wszyscy pacjenci płacą za pobyt w szpitalu. Nie są to może wysokie kwoty dla nas, ale dla części ludzi z wiosek na pewno tak. Z opłat zwolnione są tylko dzieci poniżej 5 roku życia, ludzie powyżej 65 roku życia oraz chorzy na wybrane choroby m.in. na gruźlicę, cukrzycę i padaczkę. W szpitalu w Katondwe (w przeciwieństwie do szpitali publicznych) nie zdarza się jednak, że ktoś nie zostanie przyjęty, ponieważ nie ma pieniędzy. W takiej sytuacji pacjent lub jego rodzina mogą przynieść warzywa, owoce, złowione ryby, lub popracować trochę na rzecz szpitala – na przykład w ogrodzie przyszpitalnym.

Napiszę teraz o czymś, co bardzo mi się podoba, a co jest normą w szpitalu w Katondwe (i innych afrykańskich, nie tylko zambijskich szpitalach): chory prawie zawsze jest w szpitalu z kimś z rodziny. Dzieci są z matkami (rzadziej z ojcami) 24 godziny na dobę, dziecko, które leży samo musi być sierotą. Może jest to jeden z powodów, dlaczego prawie wcale nie boją się one szpitala ani „białych fartuchów”? Również dorosłym pacjentom zwykle towarzyszy ktoś z rodziny i nikt nie robi z tego powodu problemu. Przez trzy miesiące mojego pobytu nie zauważyłam „obrazka” tak częstego w polskich szpitalach – samotnego, przestraszonego, starszego człowieka, o którym „zapomniała” rodzina.

Byłyśmy trochę za krótko, żeby poznać lokalny język – Chinyanja. Nauczyłam się zaledwie kilku podstawowych wyrażenia ogólnych i medycznych i najczęściej, gdy pacjent nie znał angielskiego, musiałyśmy prosić o tłumaczenie kogoś z personelu. Podobno jednak Chinyanja wcale nie jest trudny – tak twierdzą cztery polskie siostry zakonne pracujące w Katondwe (w tym doktor Góra).

Na zakończenie chciałabym napisać, że praca w Katondwe wiele mnie nauczyła – nie mam na myśli wyłącznie spraw czysto merytorycznych.

Alicja Woźniak

# CO NOWEGO W ZAKRESIE MALARII ?



*Od Redakcji: wracamy do malarii, gdyż ukazało się kilka nowych artykułów nt. nowych leków przeciwko malarii i zapobiegania zarażeniu.*

## MALARIA W USA

Według *Tropical Medicine and Hygiene News*, 2001, 50: 2, str. 29

Centers for Disease Control w Atlanta GA zarejestrowało w USA w roku 1996 – 1.392 przypadków malarii, a w roku 1997 – 1544 przypadków (wzrost w porównaniu do roku 1996 – 19,3%, a wobec lat poprzednich – 38,0%). Wykrywano wszystkie 4 gatunki malarii. Zarejestrowano 11 zgonów z powodu malarii. Większość zarażonych nie przestrzegała zaleceń ds. chemioprophylaktyki podawanych przez CDC. Zarażenie *Plasmodium* w 16 przypadkach nastąpiło wewnątrz USA, a to przez transmisje poprzez łożysko (6 przypadków), przetoczenie zarażonej krwi (2), podawanie płynów z heparyną dożylnie (2), transplantację narządów (1), używanie niesterylnej igły (1), ukłucie przez zarażonego komara w laboratorium (1). W 3 przypadkach nie można było ustalić źródła zarażenia. Bliższe informacje są dostępne na stronach internetowych:

[www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5001a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5001a1.htm) oraz [www.cdc.mmwr/preview/mmwrhtml/ss5001a2.htm](http://www.cdc.mmwr/preview/mmwrhtml/ss5001a2.htm).

## MALARONE W LECZENIU MALARII

W *The Medical Letter*, 2001, 23: 1-2

ukazał się artykuł nt. Malaronu, który został zatwierdzony do stosowania w USA przez Food and Drug Administration tak dla leczenia malarii jak i chemioprophylaktyki. Malarone jest lekiem skojarzonym i zawiera Atowakwon i proguanil. Atowakwon depolaryzuje mitochondria pasożyta i hamuje wewnątrzkomórkowy transport elektronów. Tego rodzaju działanie nie było obserwowane w dotychczas stosowanych lekach przeciwmalarycznych. Oczekuje się, że stosowanie atowakwonu nie będzie wzbudzało oporności pasożyta na ten lek. Proguanil hamuje jeden z enzymów pasożyta (dihydrofolate reductase) i potęguje działanie atowakwonu. Oba preparaty działają na stadia krwinkowe i pozakrwinkowe *P.falciparum*, na stadia krwinkowe *P.vivax* i *P.ovale*, ale nie działają na ich stadia pozakrwinkowe. Malarone działa również na *P.malariae*.

W chemioprophylaktyce Malarone stosuje się w następujących dawkach: dla dorosłych 1 kapsułka dziennie zawierająca 250 mg Atowakwonu i 100 mg proguanilu. Dawki dla dzieci ważące 11-20 kg – 62,5mg/25 mg dziennie; 21-30 kg – 125mg/50mg dziennie, 31-40 kg – 187,5 mg/75 mg dziennie i ponad 40 kg 250 mg/100 mg dziennie. Lek w postaci pediatrycznej zawiera 62,5 mg atowakwonu i 25 mg proguanilu. Malarone podaje się raz dziennie o tej samej godzinie w czasie posiłku. Absorbując atowakwonu ułatwia spożywanie posiłku bogatego w tłuszcze lub popijanie leku mlekiem.

Podawanie profilaktyczne Malaronu zaczyna się na 1-2 dni przed wyjazdem w rejon malaryczny i kontynuuje się przez tydzień po jej opuszczeniu. Koszt Malaronu w porównaniu do innych leków jest wysoki; zabezpieczenie 2 tygodniowego wyjazdu kosztuje w Szwajcarii 145,80 CHF w porównaniu do meflochiny – 47,05 CHF i doksycykliny 33,45 CHF, a ceny we frankach francuskich wynoszą odpowiednio 936,00, 272,50 i 208,80 FRF, we frankach belgijskich – 3494, 1127 i 2106 BEF, a w US 86,24, 65,76 i 4,40 \$. Nie ma jeszcze pełnych danych odnośnie do skuteczności Malaronu jako leku profilaktycznego i chociażby z uwagi na znaczny koszt Malaronu meflochina pozostaje lekiem częściej używanym. Szereko stosowana w Europie kombinacja chlorochiny i proguanilu wychodzi z użycia z powodu jej niezadawalającej skuteczności.

W leczeniu malarii u osób dorosłych i ważących ponad 40 kg podaje się 4 kapsułki jednorazowo przez 3 kolejne dni, u pacjentów ważących 11-20 kg – jedną kapsułkę, 21-30 kg – 2 kapsułki, 31-40 kg – 3 kapsułki dziennie przez 3 kolejne dni. Równoczesne stosowanie tetracyklin, metoklopramidu lub rifampicyny zmniejsza skuteczność działania atowakwonu o 40-50%, ale leki te nie mają wpływu na działanie proguanilu. Dotychczasowe trzy serie badań klinicznych wykazały, że Malarone jest skuteczniejszy od meflochiny (100% versus 86%), od amodiachiny (98% v.81%) i od pirymetaminy z sulfadoksyną (100% v. 88%). W innych 3 seriach badań Malarone okazał się równie skuteczny jak chinina z tetracykliną, jak pirymetamina z sulfadoksyną i jak halofantren.

Uważa się, że proguanil jest bezpieczny w ciąży, ale nie ma tej pewności odnośnie do atowakwonu. Na ogół Malarone jest tolerowany dobrze. Sporadycznie zdarzają się bóle brzucha, nudności, wymioty, biegunki, bóle głowy, zmiany skórne, ale nie występują one częściej w wyższych dawkach Malaronu stosowanych w leczeniu malarii.

## JOURNAL OF TRAVEL MEDICINE, 2001, 8: suplement 3

jest w całości poświęcony zapobieganiu malarii u osób podróżujących.

W artykule B.A.Connor (strony S57-S64) podane są następujące zalecenia eksperta ds. profilaktyki przeciwmalarycznej.

Ponieważ nie ma leku w 100% skutecznego przeciwko zarażeniu *Plasmodium* unikanie kontaktu z komarami jest konieczne niezależnie od stosowania leków przeciwmalarycznych. Przeniesienie malarii przez komary odbywa się w porze od zmierzchu do poranka. W tym czasie wskazane jest ograniczenie aktywności w środowisku narażonym na ukłucie komarów np. wracać do hotelu w rejonie wolnym od malarii przed zachodem słońca z jednodniowej wycieczki na tereny malaryczne.

**Wskazania, jak ochronić się przed komarami można streścić następująco:**

1. Nosić ubranie z długimi rękawami i długie spodnie.
2. Stosować repelenty zawierające dwuetylotoluamidynę (DEET) na nieośnioną skórę.
3. Spryskać ubranie insektycydami („knock-down”) zawierającymi piretrynę.
4. Po zachodzie słońca spryskać insektycydami (np. „Raid”) pomieszczenie w którym się przebywa i sypialnię.
5. Spać w pomieszczeniach klimatyzowanych lub dobrze zabezpieczonych siatką.
6. Używać moskitiery dobrej jakości i o odpowiednio małych oczkach impregnowanej dodatkowo piretryną i właściwie założonej (podłożonej pod materac).
7. Używać skuteczne przeciwko komarom trociczki lub świece oraz podłączone do kontaktu elektrycznego aparaty wydzielające piretroidy.

**PODSTAWOWY SCHEMAT STOSOWANIA CHEMIOPROFILAKTYKI**

- A. Ryzyko malarii wymagające stosowania chemioprophylaktyki:  
**NIE MA RYZYKA** – nie brać leków  
**JEST RYZYKO** – brać leki w zależności od leko-oporności:
- B. W rejonie, w którym malaria nie jest oporna na podawanie chlorochiny:  
**CHLOROCHINA**,  
 W razie nietolerancji lub przeciwwskazań do stosowania chlorochiny:  
**MEFLOCHINA**  
**DOKSYCYKLINA**  
**ATOVAKWON/PROGUANIL**
- C. W rejonie, w którym malaria jest oporna na podawanie chlorochiny:  
**MEFLOCHINA**  
**DOKSYCYKLINA**  
**ATOVAKWON/PROGUANIL**
- D. W rejonie, w którym malaria jest oporna na podawanie meflochiny:  
**DOKSYCYKLINA**  
**ATOVAKWON/PROGUANIL**

Informacje o regionach malarycznych jest osiągalna w internecie na [www.cdc.gov/travel/regionalmalaria/index.htm](http://www.cdc.gov/travel/regionalmalaria/index.htm)

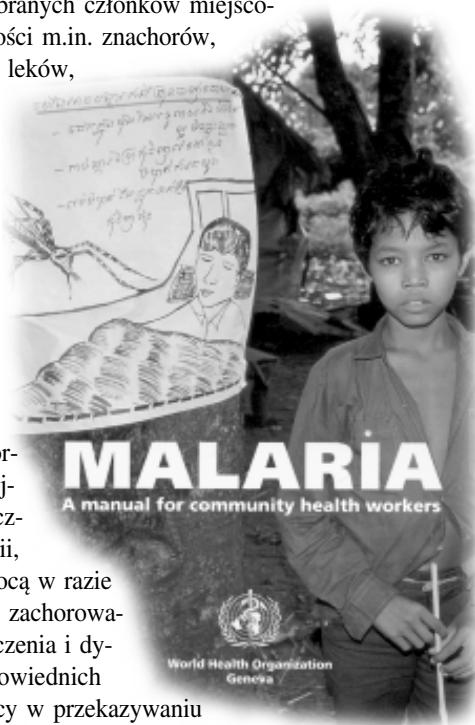
**CZYNNIKI MAJĄCE WPLYW NA WYBÓR LEKU PRZECIWMALARYCZNEGO**

	CHLOROCHINA	MEFLOCHINA	DOKSYCYKLINA	MALARONE
Podawanie leku	1xtygodniowo	1xtygodniowo	codziennie	codziennie
Przed wyjazdem	7-14 dni	7-14 dni	1-2 dni	1-2 dni
Po powrocie	4 tygodnie	4 tygodnie	4 tygodnie	1 tydzień
Odstawienie leku z powodu nietolerancji	?	2-5%	?	<1%
<b>Przeciwwskazania:</b>				
Padaczka, drgawki	nie	tak	nie	nie
Zaburzenia przewodzenia serca	nie	tak	nie	nie
Depresja, zaburzenia psychiczne	nie	tak	nie	nie
Nadwrażliwość na światło	nie	nie	tak	nie
Zakażenia grzybicze	nie	nie	+/-	nie
Ciąża	nie	nie	tak	?
Dzieci	nie	nie	tak	nie
Niewydolność wątroby	tak	nie	tak	nie
Niewydolność nerek	nie	nie	tak	tak

**DOMOWA OPIEKA NAD CHORYMI NA MALARIĘ**

Na terenach endemicznych dla malarii dostęp do szpitala jest często utrudniony: i daleko, i drogo, i niechętnie. Większość zgonów z powodu malarii zdarza się w domu. W związku z tym Tropical Disease Research przy WHO (TDR) powołał TDR Task Force on Malaria Home Management (TDR News, 2000, nr 63, strona 11). To grono specjalistów będzie opracowywać optymalne metody:

- informowania i edukacji rodzin i społeczności o możliwościach zapobiegania oraz wczesnego rozpoznawania (zwłaszcza ciężkich przypadków malarii) i leczenia malarii (najlepiej w pierwszym dniu po wystąpieniu gorączki u dziecka),
- szkolenia wybranych członków miejscowej społeczności m.in. znachorów, sprzedawców leków, pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, lokalnych komitetów zajmujących się sprawami zdrowia. Szkolenie powinno dotyczyć informowania miejscowej społeczności o malarii, służenia pomocą w razie podejrzenia o zachorowanie, zabezpieczenia i dystrybucji odpowiednich leków, pomocy w przekazywaniu ciężko chorych do szpitali, prowadzenia podstawowej dokumentacji i mobilizacji miejscowej społeczności do podjęcia niezbędnych kroków profilaktycznych,



- regularnego sprawdzania, czy osoby odpowiedzialne za malarię na danym terenie wypełniają swoje obowiązki, organizowanie dla nich okresowych szkoleń, dostarczanie niezbędnej pomocy logistycznej, aby mogli pracować skutecznie,
- sprawdzania dostępności leków przeciwmalarycznych dla wszystkich tych, którzy wymagają leczenia,
- upewnienia się, czy zostały wykorzystane wszystkie możliwości pomocy dla zainteresowanych społeczności ze strony lokalnych władz i osób cieszących się autorytetem, organizacji pozarządowych, osób zajmujących się prywatnie leczeniem,
- zabezpieczenia dostępu do opieki specjalistycznej w przypadkach ciężkiej malarii,
- wykonywania badań mających na celu ocenę możliwości domowego leczenia malarii na danym terenie.

Nie ulega wątpliwości, że w zwalczaniu malarii mobilizacja lokalnej społeczności może mieć zasadnicze znaczenie i być znaczącą pomocą dla rejonowych czy też narodowych programów skierowanych przeciwko malarii.

Od Redakcji: w uzupełnieniu wiadomości z poprzedniego numeru dr med. Szczepan Cofta przedstawia problem leczenia, zapobiegania i zwalczania gruźlicy. Dr med. Szczepan Cofta jest adiunktem Katedry i Kliniki Ftyzjopneumonologii AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.



## LECZENIE, ZAPOBIEGANIE I ZWALCZANIE

*Gruźlica zagraża 1/3 światowej populacji. Rozprzestrzenianiu się gruźlicy sprzyjają zmiany polityczne w Europie Wschodniej po roku 1990, szerzenie się zakażeń HIV i szybki wzrost populacji ludzi. O ile nie będzie skutecznego zwalczania choroby to w roku 2020 liczba zarażonych w świecie może wzrosnąć do 1 biliona, a liczba zgonów do 70 milionów.*

Według Światowej Organizacji Zdrowia (2002) gruźlica powoduje w świecie rocznie 1,66 mln zgonów i 35,79 mln lat niepełności (DALY). W roku 2000 zarejestrowano 8,7 mln nowych przypadków, śmiertelność z powodu gruźlicy w skali światowej wynosiła 23%. Zakażonych gruźlicą jest w świecie 32% populacji. Corocznie zaraża się około 1% populacji, z tego choruje na gruźlicę 5-10% zarażonych. Oblicza się, że człowiek prątkujący zaraża średnio około 10-15 osób ze swojego otoczenia. Odsetek ludzi zarażonych gruźlicą wynosi w Afryce 35%, w Amerykach – 18%, w rejonie Śródziemnomorskim – 29%, w Europie – 15%, w południowo-wschodniej Azji – 44% i w rejonie zachodniego Pacyfiku – 35%.

Sytuację w zakresie gruźlicy znacznie pogarsza jej współwystępowanie z zakażeniem HIV; oblicza się, że takich przypadków jest w świecie dodatkowo 1,5 mln rocznie. Zarażenie HIV pacjentów z dodatnim odczynem tuberkulinowym często doprowadza do uczynienia się gruźlicy i odwrotnie u osób zarażonych HIV gruźlica przyspiesza rozwój objawowego AIDS.

### PODSTAWOWE ZASADY LECZENIA

W leczeniu gruźlicy konieczne jest:

1. stosowanie kilku, a co najmniej 2 leków, na które jest potwierdzona wrażliwość,
2. leczenie długotrwałe, trwające co najmniej 6 miesięcy,
3. zagwarantowanie pewności pobierania leków.

Podstawą leczenia jest leczenie przeciwprątkowe, jednak jednocześnie należy pamiętać o prowadzeniu leczenia ogólnego. Leczenie chirurgiczne – o dość istotnym znaczeniu w przeszłości – ma obecnie marginalną rolę, a to dzięki dużej skuteczności leczenia farmakologicznego.

### Leczenie przeciwprątkowe

Leczenie przeciwprątkowe polega na podawaniu przez okres co najmniej 6 miesięcy skojarzonych leków przeciwprątkowych: w fazie początkowej podaje się 3 lub 4 leki, w fazie podtrzymującej 2 leki (najczęściej ryfampicynę – RMP i izoniazyd – INH). Leki włącza się w sposób empiryczny bezpośrednio po ustaleniu rozpoznania w czasie, gdy w badaniach bakteriologicznych identyfikuje się lekowrażliwość. Jeśli w trakcie tych badań potwierdzona zostanie oporność na leki, sposób leczenia powinien zostać zmodyfikowany. Podstawowe leki oraz sposób prowadzenia leczenia i dawki leków przedstawione są w tabelach 1, 2 i 3.

Tabela 1. Leki główne i uzupełniające stosowane w leczeniu gruźlicy

Leki główne	Leki uzupełniające
Izoniazyd (INH) *** ‘ ‘ ‘	Cyklokseryna (CS)
Ryfampicyna (RMP) ** + ‘ ‘ ‘	Etionamid (ETA)
Pirazynamid (PZA) * +	Kanamycyna
Streptomycyna (SM) * ‘	Kapreomycyna (CAP)
Etambutol (EMB) ‘	Amikacyna
	Kwas para-aminosalicylowy (PAS)
	Klofazymina
	Chinolony
	Makrolidy
	Tioacetazon

- \* – leki główne bakteriobójcze wg siły działania (\*\*\*, \*\*, \*)  
(zabijające prątki aktywne metabolicznie i szybko namnażające się w ognisku chorobowym)
- + – leki główne wyjątkujące  
(działające na prątki o zwolnionym bądź zahamowanym metabolizmie – żyjące wewnątrzkomórkowo bądź w kwaśnym środowisku zmian serowatych)
- ‘ ‘ – leki zapobiegające oporności nabytej wg siły działania (‘ ‘ ‘, ‘ ‘)

Tabela 2. Dawki leków podstawowych stosowanych w leczeniu gruźlicy (pobierane 1 raz dziennie rano)

Izoniazyd (INH)	5mg/kg/dzień	300mg dziennie
Ryfampicyna (RMP)	10mg/kg/dzień	600mg dziennie
Pirazynamid (PZA)	25mg/kg/dzień	maksimum 2g/dzień
Streptomycyna (SM)	0,75-1g/dzień domięśniowo	
Etambutol (EMB)	15-20mg/kg/dzień	

Tabela 3. Najczęściej stosowane schematy leczenia gruźlicy

<b>I. przez okres 6 miesięcy (w przypadku dobrego nadzoru)</b>
• FAZA POCZĄTKOWA
– 4 leki przez 2 miesiące (np. RMP, INH, PZA oraz SM lub EMB) lub
– 3 leki przez 3 miesiące (np. RMP, INH, EMB)
• FAZA PODTRZYMUJĄCA
– 2 leki (RMP, INH)
– przez następne 4 miesiące po początkowym leczeniu 4 lekami lub
– przez następne 6 miesięcy po początkowym leczeniu 3 lekami;
– u pacjentów HIV pozytywnych przez następne 6 miesięcy i co najmniej przez 6 miesięcy po wyjąłowaniu płwociny.
<b>II. przez okres 9-12 miesięcy:</b>
– INH i RMP (99% skuteczności).
<b>III. przez okres 12-18 miesięcy:</b>
– INH i tioacetazon 150mg/dzień (najtańszy schemat) (80-90% skuteczności).

W fazie podtrzymującej możliwe jest zastosowanie leczenia przerywanego, które zapewni łatwość kontroli nad leczeniem.

(ciąg dalszy na str. 8)

# GRUŹLICA

(ciąg dalszy ze str. 7)

Po 2 lub 3 miesiącach fazy leczenia intensywnego można w następnych miesiącach stosować:

- izoniazyd (INH) (300mg), ryfampicynę (RMP) (600mg) i streptomycynę (SM) (0.75-1g domięśniowo) 2x w tygodniu przez 6 miesięcy lub
- izoniazyd (INH) (900mg), ryfampicynę (RMP) (600mg) 2 x w tygodniu przez 8 miesięcy.

W praktyce mamy nieraz do czynienia ze sytuacjami szczególnymi, na przykład ze współistnieniem chorób nerek, wątroby, a także z przypadkami gruźlicy występującej w czasie ciąży lub u pacjentów zarażonych HIV. Sytuacje te wymagają leczenia specjalistycznego. W zakażeniu HIV fazę podtrzymującą wydłuża się do 9-12 miesięcy. Podobnie w rzadko występującej gruźlicy pozapłucnej – leczenie jest kontynuowane przez 9-12 miesięcy.

Istotnym problemem jest występowanie gruźlicy lekoopornej na jeden bądź więcej leków przeciwpłatkowych. W przypadku występowania oporności w stosunku do izoniazylu (INH) oraz ryfampicyny (RMP) mówimy o wielolekooporności. Zasadami, którymi kierujemy się w leczeniu tego typu gruźlicy jest:

- stosowanie co najmniej 4 leków jednocześnie, w tym 3 leków, dla których potwierdzono wrażliwość w hodowli;
- włączenie do leczenia pochodnych chinolonów oraz innych leków uzupełniających;
- bezwzględnie wskazane leczenie nadzorowane;
- wskazane rozważenie postępowania chirurgicznego, które może odegrać istotną rolę;
- jeden z leków stosowany jest w formie pozajelitowej.

Kortykosteroidy w leczeniu gruźlicy stosuje się wyjątkowo. Znajdują one jednak zastosowanie w gruźlicy z wysiękiem opłucnowym, gruźlicy prosówkowej, często w gruźlicy pozapłucnej (np. osierdzia) oraz w gruźlicy o ciężkim przebiegu.

## Efekty uboczne leczenia przeciwpłatkowego

Podczas leczenia przeciwpłatkowego należy pamiętać o mogących wystąpić działaniach ubocznych, a mianowicie o:

- odczynie toksycznym ze strony wątroby (hepatotoksyczność) (INH, RMP, PZA);
- podwyższenie stężenia transaminaz we krwi (podwyższenie AspAt, AlAt u 20-40% pacjentów),
- ostre powikłania u ok. 6% pacjentów,
- zapalenie wątroby częstsze u osób starszych oraz z uprzednią patologią wątroby,
- najczęściej ujawnia się w pierwszych 4 tygodniach leczenia,
- wymagane monitorowanie tzw. prób wątrobowych przez pierwsze dwa miesiące co 2 tygodnie, a następnie co miesiąc,
- wysypkach skórnych (INH, RMP);
- neuropatiach (INH)
- wskazane ew. podawanie witaminy B6 (pirydoksyny 25-50mg/dziennie) u osób ze szczególnym ryzykiem powstania neuropatii. Do nich zalicza się alkoholików, osoby niedożywione, chorych HIV dodatnich, pacjentów z uprzednio przebytą neuropatią;
- toksyczność w stosunku do nerwu wzrokowego (EMB);

- nefrotoksyczność ??? i ototoksyczność ??? (SM);
- podwyższenie stężeń kwasu moczowego, dolegliwości stawowe (PZA).

Zwykle efekty uboczne są bardziej nasilone u osób z infekcją HIV.

W czasie leczenia niezbędne są:

- badanie krwi (AspAt, AlAt, bilirubina, kwas moczowy, kreatynina, morfologia krwi) – co 2 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące, następnie co miesiąc;
- obserwacja ewentualnych objawów toksycznych – ocena kliniczna po dwóch tygodniach leczenia, a następnie co miesiąc.

## Monitorowanie skuteczności leczenia

W trakcie leczenia ważnym elementem jest ocena, czy wdrożone leczenie jest skuteczne. Ocena powinna być:

1. kliniczna:
  - poprawa kliniczna następuje zazwyczaj po 2-3 tygodniach: ustępuje podwyższona temperatura, poprawia się samopoczucie, zmniejsza się intensywność kaszlu;
2. radiologiczna:
  - poprawa radiologiczna następuje między 2 a 4 miesiącem, a stabilizacja radiologiczna między 3 a 6 miesiącem;
3. bakteriologiczna – najlepszym wykładnikiem skuteczności leczenia chorych na gruźlicę jest eliminacja prątków w płwocinie. Do eliminacji prątków w płwocinie dochodzi w 90% przypadków w ciągu 3 miesięcy. Po jej uzyskaniu niezbędne są kontrole po 6 i 12 miesiącach. W przypadku braku wyjałowienia po 3 miesiącach wskazana jest terapia nadzorowana, natomiast w przypadku braku wyjałowienia po 6 miesiącach wskazane rozważenie innych przyczyn braku skuteczności terapii.

W przypadku leczenia przebiegającego bez powikłań pacjent wymaga obserwacji przez 2 lata. W przypadku wystąpienia powikłań obserwacja powinna być dłuższa.

Analizując przyczyny niepowodzeń w leczeniu gruźlicy należy rozważyć następujące okoliczności:

- nie przyjmowanie leków lub przyjmowanie ich nieregularne, względnie przerywanie leczenia;
- niepożądane działania leków;
- lekooporność
  - pierwotna, występująca u chorych wcześniej nie leczonych,
  - nabyta, powstała w czasie leczenia przeciwpłatkowego;
- ciężki stan chorego związany z późnym rozpoznaniem.

## Leczenie ogólne

Leczenie ogólne polega na:

1. leczeniu chorób towarzyszących (np. zmniejszających odporność),
2. zakazie picia alkoholu i palenia papierosów,
3. zachowaniu oszczędzającego trybu życia,
4. zapewnieniu odpowiedniej diety,
5. leczeniu objawowym:
  - przeciwkaszlowym (dla ochrony otoczenia przed rozsieciem),
  - rozszerzającym oskrzela,
  - ewakuacji ewentualnego płynu z jamy opłucnowej.



## ZAPOBIEGANIE GRUŻLICY

Najważniejszymi elementami zapobiegania zachorowaniu na gruźlicę są:

1. skuteczne leczenie wiążące się z eliminacją źródeł zakażenia;
2. badanie osób z otoczenia chorych;
3. prowadzenie szczepień ochronnych;
4. chemioprophylaktyka.

Kluczową rolę w zapobieganiu gruźlicy odgrywa skuteczne leczenie. Wyleczenie jednej osoby w krajach ubogich bądź rozwijających się zapobiega zakażeniu 10-15 innych osób. Dla zapobieżenia transmisji ważne jest przypomnienie, że gruźlica szerzy się drogą zakażenia kropelkowego: podczas kaszlu, kichania, mowy – istotne dla przecięcia tej drogi zakażenia jest wpajanie pewnych życiowych zwyczajów higienicznych, na przykład zasłaniania rękami ust podczas kaszlu, częstego mycia rąk i twarzy, zakładania masek ochronnych w przypadku kontaktu z osobami chorymi.

Dla zakażenia zazwyczaj niezbędna jest długa ekspozycja, a ryzyko zakażenia zależy od ilości wydalanych w płwocinie zarazków. Prątki są niszczone w świetle nadfioletowym, także w świetle słonecznym. Większość pacjentów nie jest zakaźna już po 2 tygodniach leczenia.

Tam, gdzie jest to możliwe, warto wprowadzać badania bakteriologiczne płwociny oraz badania radiologiczne w otoczeniu osób chorych na gruźlicę. Postępowanie to może w istotny sposób przyczynić się do zmniejszenia zachorowalności na gruźlicę poprawiając w znaczący sposób sytuację zdrowotną wielu społeczeństw.

Od wielu lat dostępna jest szczepionka BCG (*Bacillus Calmette-Guerin*) z *Mycobacterium bovis*. Jest ona żywą szczepionką atenuowaną. Celem podawania jest wywołanie w organizmie odporności bez ryzyka zachorowania.

Skuteczność szczepienia poddawana jest krytyce i pozostaje przedmiotem kontrowersji. Jednakże niezaprzeczalnym skutkiem prowadzenia szczepień przeciwko gruźlicy jest zmniejszenie ilości ostrych jej postaci, szczególnie dotyczących wieku dziecięcego, przede wszystkim gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Mimo zastrzeżeń szczepienia są kontynuowane w 64 krajach jako obowiązkowe, a w następnych 118 są zalecane. Szczepionka jest bezpieczna, a powikłania poszczepienne występują zasadniczo rzadko.

Rola szczepień przeciwko gruźlicy maleje wraz ze zmniejszeniem zapadalności: w krajach o niskiej zapadalności brak dowodów, by powtórne szczepienie dzieci z ujemnym odczynem tuberkulinowym było uzasadnione; nie ma jednak wątpliwości, że w krajach i w grupach osób o dużym ryzyku zakażenia i zachorowania szczepienia winny być kontynuowane.

Wskazaniami są objęci mieszkańcy krajów, w których istnieje duże ryzyko zakażenia, a także narażony personel medyczny z ujemnym odczynem tuberkulinowym.

Przeciwwskazania dotyczą osób z dodatnim odczynem tuberkulinowym, w immunosupresji, na przykład występującej w AIDS. Stwierdzona infekcja wirusem HIV nie stanowi przeciwwskazań do szczepienia.

Chemioprophylaktyka polega na podawaniu leków przeciwprątkowych u osób, u których istnieje duże ryzyko rozwoju gruźlicy. Nie jest więc równoznaczna z leczeniem infekcji,

lecz – jak potwierdzono w licznych badaniach – pozwala na zmniejszenie rozwoju choroby dzięki postępowaniu profilaktycznemu.

Korzystna jest ona u pacjentów z dużym ryzykiem zachorowania na gruźlicę, jednak zawsze konieczne jest rozważenie relacji między stopniem ryzyka ujawnienia się infekcji oraz ewentualnymi toksycznymi powikłaniami chemioprophylaktyki.

Sytuacje, w których powinna ona być rozważana są następujące:

- obecność w bliskim otoczeniu chorego na gruźlicę (ryzyko zakażenia 0,5% / rok);
- dodatni odczyn tuberkulinowy przy dużym ryzyku ujawnienia choroby np. w infekcji HIV (ryzyko zakażenia 5-10%/ rok); i AIDS, cukrzycy, przewlekłej kortykosteroidoterapii lub leczenia immunosupresyjnego, chorób hematologicznych, niedożywienia, niewydolności nerek;
- osoby zakażone w ciągu ostatniego roku;
- konwersja odczynu tuberkulinowego (to jest powiększenie się jego średnicy o 10 mm, a w grupach zwiększonego ryzyka zachorowania – o 5mm);
- przebyta nie leczona gruźlica w wywiadzie;
- dodatni odczyn tuberkulinowy ze starymi zmianami gruźliczymi na zdjęciu radiologicznym klatki piersiowej;
- dodatni odczyn tuberkulinowy u osób poniżej 35 roku życia.

Warto zauważyć, że:

- u ok. 7-10% pacjentów z dodatnim odczynem tuberkulinowym rozwija się czynna gruźlica;
- ryzyko rozwoju gruźlicy w przypadku kontaktu domowego z chorobą wynosi w ciągu pierwszego roku 2-4%;
- ryzyko rozwoju gruźlicy u osób HIV pozytywnych wynosi ok. 8% w ciągu roku.

W związku z dostępnością skutecznych leków przeciwprątkowych usprawiedliwione jest przyjęcie postawy wyczekującej u zdrowego człowieka, który winien być poddawany systematycznej kontroli klinicznej, a więc badaniu lekarskiemu, sprawdzaniu odczynu tuberkulinowego, badaniu radiologicznemu.

Chemioterapię prowadzi się zasadniczo podając przez 6 miesięcy izoniazyd (INH), 300mg dziennie w jednej rannej dawce. W przypadku infekcji HIV prowadzi się 12 miesięczną kurację. W przypadku złej tolerancji INH możliwe jest prowadzenie chemioprophylaktyki przy użyciu ryfampicyny (RMP) lub chinolonów przez okres 9-12 miesięcy.

Warto zaznaczyć, że masowe programy chemioprophylaktyki są nieskuteczne i niewskazane. Decyzję o chemioprophylaktyce zawsze należy podejmować indywidualnie biorąc pod uwagę wszystkie przesłanki ją sugerujące oraz przemawiające przeciwko niej.

## ZORGANIZOWANE ZWALCZANIE GRUŻLICY

Jednym z istotnych elementów zwalczania gruźlicy jest włączenie się poszczególnych krajów i społeczeństw w struktury sprawdzonych programów eliminacji gruźlicy, proponowane przez światowe bądź kontynentalne organizacje koordynujące te działania.

Warunkami skuteczności są:

- zapewnienie zwartych krajowych bądź regionalnych sposobów zwalczania infekcji gruźlicy;
- kontrola częstych miejsc szerzenia zakażenia: skupisk migrantów oraz najuboższych, schronisk dla bezdomnych, więzień;

(ciąg dalszy na str. 10)

- zapewnienie bezpłatnego dostępu do metod diagnostycznych;
- zapewnienie bezpłatnego dostępu do terapii;
- szczepienie wszystkich osób poniżej 15 bądź 20 roku życia bez uprzedniego wykonania odczynu tuberkulinowego;
- szczepienia noworodków oraz dzieci.

W ostatnich latach szeroki zasięg objął program określany jako DOT (Directly Observed Treatment), a następnie jako DOTS (Directly Observed Treatment, Short – course).

DOTS to system leczenia nadzorowanego gruźlicy preferowany przez Światową Organizację Zdrowia. Jest kompleksową strategią, jakiej służby medyczne powinny użyć dla zwalczania epidemii gruźlicy. DOTS czyni system zdrowia (a nie pacjenta) odpowiedzialnym za osiągnięcie wyleczenia. Gwarantuje kontynuację leczenia po kilku tygodniach, kiedy pacjenci zaczynają się czuć lepiej i powstaje pokusa odstawienia leków. W systemie tym leczonych jest obecnie na świecie około 10% pacjentów z gruźlicą. DOTS prowadzony jest w około 80 spośród 216 krajów.

Polega on na bezpośredniej obserwacji pobierania przez pacjentów leków przeciwprątkowych przez wyszkolone służby medyczne, poddaniu pacjentów rejestracji z dokumentacją przebiegu leczenia, a także oceny mikroskopowej płwociny podejrzanych o gruźlicę oraz będących w trakcie leczenia.

Korzyści płynące z programu to:

1. leczenie pacjentów z gruźlicą;
2. zapobieganie nowym zachorowaniom;
3. zmniejszanie ryzyka powstawania gruźlicy lekoopornej;
4. tani koszt sześciomiesięcznego leczenia pacjenta (wynosi 11-40 USD; przedłużenie życia o 1 rok kosztuje 1-5 USD);
5. hospitalizacja nie wymagana;
6. przedłużanie życie pacjentów z infekcją HIV;
7. przywracanie do pracy zarobkowej;
8. ochrona przed zachorowaniami będącymi skutkiem migracji;
9. stymulacja możliwości ekonomicznych krajów;
10. potwierdzona skuteczność.

## PERSPEKTYWY SKUTECZNEGO ZWALCZANIA GRUŹLICY

Choć gruźlicy nie uda się zapewne wyeliminować w najbliższych kilku dziesięcioleciach, podejmowane są nieustanne próby

Tabela 4. System DOTS bezpośredniego kontrolowanego krótkoterminowego leczenia pacjentów z gruźlicą.

DIRECTLY (bezpośrednio)	Stworzenie bezpośrednich środków ułatwiających identyfikację chorego	MIKROSKOP dla potwierdzenia bądź wykluczenia infekcji
OBSERVED (obserwowane)	Pacjenci powinni być obserwowani podczas spożywania leków przez przygotowanych do tego paramedyków	OBSERWATORZY Nadzorujący spożywanie leków
TREATMENT (leczenie)	Pacjenci muszą przebyć pełne monitorowane leczenie	DOKUMENTACJA Jako dokument prowadzonego leczenia
SHORT-COURSE (krótkoterminowe)	Prawidłowa dostępność i dawkowanie leków przeciwprątkowych musi przebiegać w sposób intensywny	LEKARSTWA Zapewnienie dostępu do właściwych leków

mające na celu optymalizację postępowania w gruźlicy. Polegają one przede wszystkim na:

1. stworzeniu lepszych narzędzi diagnostycznych, m.in. rozwinięciu diagnostycznych testów serologicznych oraz nowych metod hodowli;
2. optymalizacji terapii, m.in. przez wprowadzenie leków wieloskładnikowych oraz ich form o przedłużonym działaniu, a także form nie wymagających spożywania jednorazowo dużej ilości tabletek;
3. przygotowaniu nowych leków (np. Rifapentine), które oddalają niebezpieczeństwo powstawania postaci lekoopornych gruźlicy;
4. poszukiwaniu nowej szczepionki.

Zwalczanie gruźlicy należy, obok malarii i zakażeń HIV, do priorytetowych zadań ochrony zdrowia. Przeznaczone na to są dość duże środki materialne, jednakże skuteczność działania będzie w dużej mierze zależać od działania służby zdrowia i poziomu edukacji w krajach, w których gruźlica występuje często.

*Dr med. Szczepan Cofta*

## Szkolenie:

### Biblioteka niebieskiego kufra

Światowa Organizacja Zdrowia, doceniając znaczenie dostępu do podstawowej informacji medycznej na poziomie „dystryktu” w krajach rozwijających się, zorganizowała tzw. „BLUE TRUNK LIBRARY” (biblioteka niebieskiego kufra). Mini-biblioteka zawiera około 100 książek dotyczących podstawowych problemów medycznych i zdrowia publicznego zapakowanych w niebieski metalowy kuferek, dla ułatwienia transportu. Cena biblioteki – 2.000 US\$. Do stycznia 2001 roku bibliotekę zakupiło 833 instytucji i zainteresowanych osób w 34 krajach świata.

Okolo 300 bibliotekarzy zostało przeszkolonych w prowadzeniu biblioteki. Osoby zainteresowane Blue Truck Library uzyskują bliższe informacje od Mrs Edith Certain, Library and Information Networks for Knowledge, WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland lub pod: [certain@who.int](mailto:certain@who.int)

### Nowe wydawnictwa

The use of essential drugs. 9<sup>th</sup> Report of the WHO Expert Committee. Technical Report Series Nr 895. WHO Geneva 2000.

Home-based long-term care report of a WHO study group. Geneva 2000.

R.Macintyre: Mortal men: living with asymptomatic HIV. 1999. Rutgers, New Brunswick, New Jersey. USA.

Bas de Gaay & Berma Klein Goldewijk. God and the Goods. Global economy in a civilizational perspective. 1998. World Council of Churches, Geneva.

# RYZIKO SZCZEPIEŃ PRZECIWKO ŻÓLTEJ GORĄCZCE

*Od Redakcji: Zaobserwowane ostatnio przypadki groźnych objawów poszczepiennych mogą wzbudzić pewien niepokój lekarzy decydujących o szczepieniu i skłaniają do systematycznych obserwacji osób szczepionych. Należy oczekiwać na wyniki dalszych badań.*

Zapadalność na żółtą gorączkę wynosi w Afryce ponad 200.000 przypadków rocznie, a w Ameryce Południowej – 1.000 – 20.000 rocznie; w Afryce umiera średnio 23% przypadków, a w Ameryce Południowej – 65%. Epidemie występujące w latach 1990-tych w Nigerii, Kamerunie, Ghanie, Liberii, Gabonie, Senegal, Beninie i w Kenii znacznie przyczyniły się do wzrostu zapadalności na żółtą gorączkę w Afryce.

Szczepionka przeciwko żółtej gorączce jest jedną z najczęściej używanych w świecie szczepionek, uważanych zresztą za bardzo skuteczne, działające przez 10 lat i rzadko powodujące objawy uboczne. Trzy artykuły w Lancecie omawiają objawy obserwowane ostatnio po szczepieniu (Martin M i wsp., Lancet, 2001; 359: 98-104; Vasconcelos PFC i wsp. Lancet 2001; 358: 91-97; Chan RC i wsp. Lancet 2001; 358: 121-122). W sumie zgłoszono 7 przypadków poważnych objawów związanych ze szczepieniem. Cztery przypadki pochodziły z USA, jeden z Australii i dwa z Brazylii: odpowiednio były to szczepionki 17D-204, 17D-204 oraz 17DD. W USA i Australii objawy pojawiały się w 2-5 dni po szczepieniu. Wszyscy pacjenci w USA mieli powyżej 62 lat, a pacjent z Australii miał 56 lat. U wszystkich wystąpiła gorączka, a po niej trombocytopenia, limfopenia, wyraźna hiperbilirubinemia, spadek ciśnienia krwi oraz niewydolność nerek lub zaburzenia oddychania. Szczep wirusa żółtej gorączki wyizolowano z surowicy 2 pacjentów z USA i z płynu

mózgowo-rdzeniowego jednego pacjenta z USA. U jednego pacjenta w biopsji mięszu wątroby 28 dni po szczepieniu wykazano badaniem immunohistochemicznym antygeny wirusa. U pacjenta z Australii wirusa wykazano w surowicy krwi i wielu narządach wewnętrznych. W 2 przypadkach w Brazylii wystąpiła gorączka, myalgia, wymioty oraz żółtaczka i wybroczyny krwawe w wielu narządach. Pacjenci z Brazylii byli w wieku 5 i 22 lat. Wirusa wyizolowano z krwi i wielu organów wewnętrznych. Żaden z wymienionych pacjentów nie był w stanie immunosupresji.

Omawiane szczepionki posługiwały się szczepem wirusa 17D. W rejonach endemicznych zastosowano około 300 milionów dawek szczepionki, a w USA blisko 8 milionów osób podróżujących poddano szczepieniu. W Brazylii w ciągu ostatnich 4 lat szczepiono 54 miliony ludzi, z tego objawy obserwowano w 2 ww. przypadkach. Objawy uboczne szczepienia były znane od dawna, ale na ogół były one łagodne, podobne do objawów „grypowych”. Sporadyczne przypadki zapalenia mózgu obserwowano u bardzo małych dzieci; stąd szczepienia nie zaleca się w wieku poniżej 9 miesięcy. Ostatnio obserwowane poważne objawy występowały w USA u ludzi starszych (częstość 3,5/100.000 osób 65-75 letnich). W sprawie ew. zauważonych objawów poszczepiennych należy kontaktować się:

[www.vaers.org](http://www.vaers.org) lub [info@vaers.org](mailto:info@vaers.org).

## Sakolenie:

Rob van Drimmelen. Faith in a global economy. 198. World Council of Churches., Geneva.



Szukając nowych publikacji warto przejrzeć Internet: <http://w3.whosea.org/rdocl> lub skontaktować się z [austinm@who.ch](mailto:austinm@who.ch) i [publications@wcc-coe.org](mailto:publications@wcc-coe.org)

### Kursy

Opieka Zdrowotna w Tropiku, kurs organizowany przez Fundację i Klinikę Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych AM w Poznaniu odbędzie się w dniach 8- 13 lipca 2002 w Poznaniu. Kurs przeznaczony jest dla osób pracujących lub zamierzających pracować w ośrodkach medycznych w krajach tropikalnych. W czasie kursy będą poruszone kluczowe zagadnienia z zakresu zdrowia w tropiku. Kurs łączy elementy różnych specjalności takich jak medycyna tropikalna, international health, parazytologia, epidemiologia, jadłowite i trujące zwierzęta, kulturoznawstwo, oświata zdrowotna, organizacja i zarządzanie w służbie zdrowia. Biuro Fundacji udziela bliższych informacji

i przyjmuje zgłoszenia na kurs. Liczba miejsc jest ograniczona.

### Konferencje i Kongresy – 2002/2003

24-27 marca 2002, Atlanta GA, International Conference on Emerging Infectious Diseases. [www.cdc.gov/iceid](http://www.cdc.gov/iceid)



24-27 kwiecień 2002. 12<sup>th</sup> European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Mediolan. [www.ecsmid.org](http://www.ecsmid.org) lub [www.akm.ch/eccmid2002](http://www.akm.ch/eccmid2002)



Czerwiec 2002. Gdańsk. Iszy Kongres Zakonów i Zgromadzeń Misyjnych (patrz wiadomości z kraju).



6-13 lipca 2002. Barcelona. 14<sup>th</sup> Conference on AIDS. [www.aids2002.com](http://www.aids2002.com)



24-27 lipca 2002. Montpellier, Francja. 6<sup>th</sup> International Meeting on Molecular Epidemio-

logy and Evolutionary Genetics of Infectious Diseases. [www.cemp.mpl.ird.fr](http://www.cemp.mpl.ird.fr)



4-10 sierpnia 2002. Vancouver. Kanada. 10<sup>th</sup> International Congress of Parasitology (ICOPA). [www.biology.ualberta.ca/courses.hp/ttp4.hp/home/htm](http://www.biology.ualberta.ca/courses.hp/ttp4.hp/home/htm)



8-12 września 2002. Lizbona. 3<sup>rd</sup> European Congress on Tropical Medicine. [www.kit.de/tropical2002](http://www.kit.de/tropical2002)



10-14 listopada 2002. Denver, Colorado, USA. 51<sup>th</sup> Meeting of the American Society of Tropical Medicine and Hygiene. [www.astmh.org](http://www.astmh.org)



7-11 maj 2003. New York City. 8<sup>th</sup> Conference of the International Society of Travel Medicine. [www.istm.org](http://www.istm.org)



3-7 grudnia 2003. Philadelphia, Penn. USA. 52<sup>th</sup> Meeting of the American Society of Tropical Medicine and Hygiene. [www.astmh.org](http://www.astmh.org)

Kościół i jego zaangażowanie w sprawy zdrowia:

## Posługa lecznicza Kościoła

*W dniach 15-17 listopada 2001 odbyła się w Watykanie XVI konferencja Papieskiego Biura ds. Zdrowia. Szersze sprawozdanie z tej konferencji ukaże się na łamach Medicus Mundi Polonia po otrzymaniu zeszytu Dolentium Hominum, zawierającego oficjalne sprawozdanie i wnioski z obrad. Na konferencji Dr Edgar Widmer wygłosił referat nt. Zdrowie i sprawowanie władzy. Referat ten będzie drukowany w najbliższym tonie Annales Misiologicae Posnanienses. Poniżej podajemy podsumowanie tego referatu.*

### ZDROWIE I SPRAWOWANIE WŁADZY

»Mówiąc o zdrowiu, sprawowaniu władzy i działaniach, które należałoby rozwijać w odniesieniu do szpitali i ośrodków zdrowia należy wskazać, że jądrem narodowego systemu ochrony zdrowia w krajach rozwijających się powinien być okręgowy system zdrowotny (District Health System, DHS). Szpital okręgowy jest pierwszym ośrodkiem referencyjnym podstawowej opieki zdrowotnej w terenie. Większość instytucji medycznych związanych z Kościołem jest częścią tego peryferyjnego systemu: w wielu krajach Afryki na południe od Sahary reprezentują one niekiedy aż 40% całości ośrodków medycznych. Na osobach prowadzących te instytucje ciąży wielka odpowiedzialność za integrację jej działalności z DHS za którą kryje się ogromny potencjał znaczącej poprawy wydajności służb ochrony zdrowia.

Należy jednak stwierdzić, że sprawowanie władzy powinno być nie tylko siłą połączoną z intelektem, ale również powinno ono być połączone z możliwością uzyskiwania wspólnego porozumienia. Władzę należy się dzielić i sprawować ją zależnie od kompetencji w imię określonych wartości i zasad. Jaka jest wizja Kościoła w sprawach zdrowia: czy istnieją akty dotyczące „posługi leczniczej” (Missio and Politics Sta-

tements, Uganda) lub diecezjalna koncepcja ochrony zdrowia?

Czy władza jest dzielona z krajowym zespołem pozarządowych instytucji zajmujących się zdrowiem?

Jak znaczną rolę pełni koncepcja zdrowia z punktu widzenia duszpasterskiego i charyzmy?

Jaka jest relacja do standardów etycznych, praw człowieka i krajowego programu ochrony zdrowia?

Czy zwraca się uwagę na profesjonalne medyczne kierowanie szpitalem i socjalne zobowiązania wobec personelu?

Jakie są trudności finansowe, współudział finansowy społeczności i uwarunkowania związane ze sponsorowaniem Szpitali?

Wiele aspektów sprawowania władzy jest szeroko przedstawiona w oryginalnym artykule w tym sugestia rezygnowania z rozkazywania, a podjęcia próby wspólnych rozważań mających na celu uzyskanie wspólnego stanowiska.

W konkluzji właściwe i demokratyczne sprawowanie władzy jest drogą do prawdziwej i pełnej służby medycznej w interesie pojedynczych osób i społeczności i posiada ogromny potencjał, który mógłby być wykorzystany dla poprawy skuteczności działania systemu ochrony zdrowia w krajach rozwijających się.«

*Dr Edgar Widmer*

## District Health System Okręgowy System Zdrowotny