



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

MAJ 2002
Nr 5 (rok II)

Od Redakcji

Oddajemy do druku piąty zeszyt *Medicus Mundi Polonia*. Z uwagi na 10-tą rocznicę powstania Fundacji i zwiększone zapotrzebowanie ze strony czytelników zeszyt 5 jest drukowany w zwiększonym nakładzie 1.500 egzemplarzy. Kwartalnik nadal otrzymują instytucje odpowiedzialne za misje, zakony misyjne, około 50 ośrodków misyjnych za granicą, z którymi bliżej współpracujemy, kilkaset naszych byłych kursantów, uczestników kursów nt. ochrony zdrowia w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie i w Akademii Medycznej w Poznaniu.

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. Z drugiej strony koszt wydawania *Medicus Mundi Polonia* i jego wysyłki jest niemałym obciążeniem finansowym Fundacji. Stąd gorąca prośba do osób, które otrzymują *Medicus Mundi Polonia* – prosimy na załączonej kartce pocztowej powiadomić nas czy mamy kontynuować wysyłkę kwartalnika. Nadal nie wyznaczamy ceny za prenumeratę, ale proszę nie zapominać, że konto bankowe Fundacji jest otwarte.

Do tej pory zajmowaliśmy się najważniejszymi problemami zdrowotnymi na misjach: HIV, malaria, gruźlica. Dzisiaj przedstawiamy jako temat wiodący choroby skóry w tropiku. W przygotowaniu są choroby psychiczne, opieka nad matką i dzieckiem oraz niektóre ważniejsze choroby zakaźne. 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 Światowej Rady Kościołów (World Council of Churches, WCC) w Genewie i Niemieckiego Instytutu ds. Misji Medycznych (DIFAM) w Tübingen. Redakcji zależy na tym, aby spoglądać na sprawy dotyczące posługi leczniczej na misjach z możliwie jak najszerzej perspektywy i w duchu dialogu ekumenicznego i międzyreligijnego. Posługa lecznicza nie może stawiać barier religijnych, rasowych, kulturowych czy politycznych. Jeszcze raz prosimy o uwagi nt. kwartalnika. Zamierzamy kontaktować się regularnie co 3 miesiące.

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

Redakcja *Medicus Mundi Polonia* prosi uprzejmie o:

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

Oddając do rąk czytelników piąty zeszyt *Medicus Mundi Polonia* Redakcja liczy na bliższy kontakt z czytelnikami.

W numerze:

Aktualności

z kraju, ze Światowej Organizacji Zdrowia	2
z ośrodków misyjnych	3
Choroby zakaźne i pasożytnicze powracają...	4
HIV/AIDS narasta we Wschodniej Europie...	4
Choroby skóry w tropiku	5

Szkolenie:

kursy, kongresy i konferencje	10
Posługa lecznicza Kościoła	11
10 lat Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”	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 w maju i w czerwcu 2002 z bardzo bogatym programem (**patrz: *Medicus Mundi Polonia* zeszyt 4**). Fundacja „Redemptoris Missio” bierze udział w następujących częściach programu:

- 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 – Ogólnodiecezjalny festyn misyjny,
- 16 czerwca 2002 – Charytatywny koncert misyjny,
- kwiecień–październik 2002 – Wystawy misyjno-etnograficzne.

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



Z inicjatywy Fundacji zorganizowana została w dniach 14 marca – 16 kwietnia 2002 r. wyprawa 6 chirurgów Akademii Medycznej w Poznaniu do Republiki Środkowej Afryki. Szczegóły o „Operacji Bangassu, 2002” w następnym numerze *Medicus Mundi Polonia*.

ZE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA (WHO)

Co hamuje postęp w realizacji idei „zdrowie dla wszystkich”?

Od Redakcji: Dr Ala Alwan, dyrektor Management of Noncommunicable Diseases, WHO Genewa i Dr P. Hornby z Centre of Planning and Management, Keele University, UK opublikowali interesujący artykuł w Bull. WHO 2002, 80 (1) 56 pt. „The implications of health sector reform for human resources development”. Pewne uwagi zawarte w tym artykule dotyczą również naszego kraju.

Zdaniem autorów, w wielu krajach wschodniego śródziemnomorskiego rejonu WHO, mimo pewnych postępów w ochronie zdrowia, nie osiągnięto zamierzonego „zdrowia dla wszystkich”. Na przeszkodzie w wielu krajach stoi głównie brak adaptacji tradycyjnego systemu opieki zdrowotnej do nowoczesnych wymagań. Potrzebne są reformy narodowych programów ochrony zdrowia oraz bardziej aktywne zaangażowanie się w ich realizację towarzystw naukowych i instytucji akademickich oraz menadżerów służby zdrowia.

Autorzy wymieniają trudności w następującej kolejności:

1. Brak narodowego programu rozwoju sektora zdrowia.
2. Nie ma warunków wstępnych dla rozwoju kadry medycznej. Dane nt. zasobów osobowych są niekompletne, nierzeczywiste lub zbierane tylko dla potrzeb ad-

ministracyjnych. Na zbieranie danych brak pieniędzy lub odczuwany jest niedostatek mechanizmów koordynacji i współpracy między instytucjami przygotowującymi kadry.

3. Programy nauczania w akademickich instytucjach krajowych są dalekie od potrzeb krajowych. Programy są opracowywane bez uwzględniania potrzeb rozwoju krajowej służby zdrowia, intencji osób dbających o taki program i oczekiwań społecznych. Edukacja akademicka często ogranicza się do nauczania opieki klinicznej bez uwzględniania działań prewencyjnych i organizowania opieki medycznej w określonych społecznościach. Brak podstawowego przygotowania w zakresie organizacji służby zdrowia.
4. Polityka naboru studentów jest nierealistyczna. Pozwala ona na przyjmowanie

liczby studentów, która jest albo zbyt wysoka jak na możliwości uczelni, albo zbyt niska w porównaniu do kosztu prowadzenia uczelni. Ma to negatywny wpływ na jakość nauczania oraz przygotowanie i kompetencje studentów.

5. Za mało uwagi przykładają się do ciągłości szkolenia (podyplomowego). Przez to przygotowanie personelu jest niedostateczne lub nie odpowiadające potrzebom. Prowadzi to często do nieodpowiedniego rozmieszczenia możliwości szkolenia wobec istniejących potrzeb oraz niedostatecznego poziomu szkolenia przez brak nadzoru merytorycznego i finansowego. Towarzyszy temu brak akredytacji lub licencjonowania pracowników służby zdrowia.

(dokończenie na str. 4)

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

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

Sekretarz Redakcji: Lek. med. Norbert 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 Wrzóska, 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
Nakład: 1500 egz.

Z OŚRODKÓW MISYJNYCH

Od Redakcji: Ksiądz Jan Jaworski, lek. med., pracujący od lat w szpitalu w Kundiawie (Papua Nowa Gwinea – PNG) przedstawia czytelnikom MMP interesujący obraz działalności tamtejszego szpitala. Zaszły tam duże zmiany i – jak Prof. Z. Pawłowski wówczas zaobserwował – dla pomiarów tętna pielęgniarz obchodził pacjentów z dużym zegarem wiszącym zdejmowanym ze ściany. Współpraca Akademii Medycznej z ośrodkami medycznymi w PNG otwiera możliwości pracy w tym egzotycznym kraju. Bliższych informacji udziela Fundacja.

Kundiawa leży w samym centrum Papui Nowej Gwinei i w sercu pasma górskiego Bismarka, jakie ciągnie się w poprzek środkowej części wyspy. Położona jest na wysokości 1500 m n.p.m. i otoczona grzbietami górkami dochodzącymi do 2.600 m wysokości. Leży ona w prowincji Simbu, która ma klimat umiarkowany, uważany za jeden z najlepszych w świecie. Miasteczko Kundiawa jest połączone drogą asfaltową z sąsiednimi większymi miastami na zachodzie z Mt. Hagen (40.000 mieszkańców) i na wschodzie z Goroką (20.000 mieszkańców); oba miasta są oddalone o około 100 km. W mieście, które jest stolicą prowincji Simbu, jest lądowisko dla samolotów, zapewniające połączenie ze stolicą kraju w Port Moresby 4-5 razy w tygodniu.

Sama Kundiawa jest małym miasteczkiem z około 5.000 mieszkańców, jednakże co drugi czwartek lub piątek rozrasta się 3 lub 4-krotnie, gdyż są to dni wypłaty wynagrodzenia dla urzędników (m.in. nauczycieli) z niekiedy z dość odległych terenów prowincji. Jest zwyczajem, że ten, który otrzymuje wypłatę, dzieli się nią – niekiedy w połowie – ze swymi współplemieńcami. Nie jest to bezzasadne, gdyż urzędnik w ten sposób związany jest ze swoim plemieniem, które niekiedy pełni rolę kasy zapomogowo-pożyczkowej. Bez oparcia o swoje plemię „urzędnik” i jego rodzina nie posiadają żadnego zabezpieczenia i mogą stać się ofiarami wojny międzyszczepowej, a takie się jeszcze zdarzają.

Kundiawa jako stolica prowincji posiada urząd miejski i prowincjonalny, którym rządzi gubernator, będący jednocześnie członkiem parlamentu PNG. Miasto posiada posterunek policji, urząd pocztowy, bank, liczne sklepy i hurtownie. Szpital w Kundiawie jest największą instytucją w mieście, zatrudniającą około 190 osób, w tym 130 pielęgniarek. Obecny szpital powstał z dotacji rządu japońskiego (16 mln dolarów) w roku 1993. Szpital liczy 210 łóżek i ma cztery podstawowe oddziały. Oddział wewnętrzny, z pododdziałami gruźliczym i zakaźnym, ma 70 łóżek i jednego ordynatora. Oddział chirurgiczny posiada 70 łóżek i 2-3 lekarzy. Oddział ginekologiczno-położniczy z 35 łózkami ma jednego lekarza. Oddział pediatryczny z 35 łózkami jest prowadzony przez jednego lub dwóch lekarzy. Ogółem pracuje 5-6 lekarzy w szpitalu mającym pod opieką rejon zamieszkały przez 200.000 mieszkańców. Każdy lekarz w ramach swojej specjalności jest zobowiązany do zabezpieczenia chorych, tak w izbie przyjęć, jak i w przychodni. Biorąc pod uwagę ogólny brak lekarzy, zakres ich działania w ramach każdej specjalności jest znacznie poszerzony, a możliwości diagnostyczne i konsultacyjne poza Kundiawą ograniczone. Z badań diagnostycznych można wykonać: ogólne badanie krwi z rozmazem, odczyn opadania krwinek, podstawowe badanie moczu i badanie kału na obecność pasożytów, posiewy

bakteryjne dla określenia oporności na antybiotyki, testy w kierunku gruźlicy, malarii, kiły i HIV. Szpital posiada dwa stacjonarne i trzy przenośne aparaty rentgenowskie, w tym jeden do badania śródoperacyjnego oraz 3 przenośne aparaty ultrasonograficzne, w tym dwie Ałoki 500 z sondami 3,5 MHz, jedną sondą 7,5 MHz i jedną sondą dopochwową. Ponadto w wyposażeniu szpitala są jeden kolonoskop, gastroskop z monitorem oraz laparoskop operacyjny. Przy podejrzeniu o częstego w tym rejonie raka szyjki macicy wykonuje się badanie kolposkopowe; nie ma możliwości wykonywania badania cytologicznego.

Mimo że istnieją podstawowe możliwości diagnostyczne, to uciążliwy dla lekarzy jest fakt, że muszą korzystać w nich jednoosobowo w myśl niepisanej zasady „przyjależ, zbadaj i lecz, aż do wypisania”. Nie ma pracy zespołowej i nawet najpoważniejsze operacje przeprowadza się jednoosobowo w asyście pielęgniarek. Mimo cotygodniowych spotkań wszystkich lekarzy, połączonych z omawianiem chorych i zgonów, brak możliwości konsultowania się, zarówno w szpitalu, jak i poza nim, stanowi duże psychiczne obciążenie lekarza. Dodatkowym obciążeniem jest szeroki zakres specjalności, np. urologia, laryngologia, okulistyka wchodzą w zakres chirurgii.

Sposób odżywiania, duża aktywność ruchowa populacji oraz krótki średni okres przeżycia sprawiają, że mało jest przypadków cukrzycy i arteriosklerozy. Natomiast pojawiły się w rejonie Kundiawy choroby „nowe”, takie jak: gruźlica, malaria, dur brzuszny i zakażenia HIV, stanowiące duże wyzwanie dla lekarzy. Szerzeniu się zakażeń HIV sprzyjają: wczesna inicjacja płciowa, wielość partnerów seksualnych, oficjalnie uznana poligamia oraz niski poziom oświaty zdrowotnej.

Szpital w Kundiawie jako szpital w stolicy prowincji jest utrzymywany przez państwo w ramach społecznej służby zdrowia. Oprócz państwowej służby zdrowia jest jeszcze kościelna, częściowo wspomagana przez państwo, opłacająca wynagrodzenie i leki. Utrzymanie budynków, wyposażenia i samochodów pokrywane jest z funduszy misyjnych. W PNG kościelno-misyjna służba zdrowia stanowi 70% opieki zdrowotnej w terenie i cieszy się wielkim zaufaniem ludności. W diecezji Kundiawa, odpowiadającej terytorialnie prowincji Simbu, na kościelną służbę zdrowia składają się szpital misyjny w Mingende oraz 9 ośrodków zdrowia; zwykle posiadają one od kilku do kilkunastu łóżek i kilka stałych pielęgniarek i pomocniczek pielęgniarskich. W zasadzie ośrodki państwowe prowadzone są przez felczerów, a ośrodki misyjne – przez doświadczonych pielęgniarek. Duży katolicki szpital misyjny w Mingende prowadzony jest przez doświadczonych zakonnic ze zgromadzenia Sióstr Służebniczek Ducha Świętego. Siostra Kinga z tego zgromadzenia jest odpowiedzialna za całą misyjną służbę zdrowia w prowincji Simbu.

Wszystkie ośrodki zdrowia państwowe i misyjne prowadzą stały 24-godzinny dyżur przez okrągły rok. Większość ośrodków posiada samochód terenowy, ale niektóre ośrodki są dostępne tylko drogą lotniczą w czasie dnia i przy dobrej pogodzie. W sumie służba zdrowia w prowincji Simbu funkcjonuje dość dobrze. Chciałoby się jednakże widzieć lepsze wykształcenie i większą odpowiedzialność personelu jak również pewne zmiany w sferze mentalności. Przy ograniczeniach finansowych najwięcej zależy od człowieka i motywacji, które kierują jego zachowaniem się przy udzielaniu pomocy chorym.

Ksiądz Jan Jaworski, lek.med.

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

ZE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA (WHO)

(dokończenie ze str. 2)

6. Nie zwraca się uwagi na podstawową opiekę zdrowotną i medyczne aktywności niekliniczne. Niedostateczna jest zachęta do podejmowania zadań w ww. zakresie. W omawianym rejonie WHO odczuwa się znaczny niedosyt personelu przygotowanego do działań nieklinicznych, dotyczących takich dziedzin, jak zdrowie publiczne i dyscyplin jak: epidemiologia, organizacja służby zdrowia, ekonomika opieki zdrowotnej, planowania kadr medycznych. Takie szkolenie jest niezbędne

dla skutecznej realizacji opieki zdrowotnej z dala od administracji centralnej.

7. Brak jest koordynacji między ministrami zdrowia, uniwersytetami, instytucjami szkolącymi i populacją w szerokim tego słowa znaczeniu. Szczególne znaczenie ma niedostateczne zainteresowanie towarzystw naukowych i zawodowych w zabezpieczeniu właściwego poziomu praktyki lekarskiej, zainteresowania szkoleniem podyplomowym i zwiększania zrozumienia i poparcia dla nowych trendów w opiece zdrowotnej.

Autorzy formułują następujące pytania pod adresem decydentów i organizatorów opieki zdrowotnej:

1. Jakie przygotowania i autorytet winny mieć osoby mające reorganizować opiekę zdrowotną?

2. Jak należy rozwijać przygotowanie kadr potrzebnych dla planowania reform opieki zdrowotnej i ich wprowadzania oraz kontynuowania?

3. Co pozwoli lekarzom i innym pracownikom służby zdrowia właściwie reagować na pojawiające się i stale zmieniające potrzeby społeczności w zakresie ochrony zdrowia?

4. Jaka powinna być rola szkół medycznych, instytucji edukacyjnych i towarzystw profesjonalnych w popieraniu i wprowadzaniu zmian niezbędnych dla zabezpieczenia opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom?

5. W końcu w jakim stopniu proces reformy spowoduje, że opieka zdrowotna będzie sprawowana skutecznie i na odpowiednim poziomie?

Choroby zakaźne i pasożytnicze powracają w dramatyczny sposób

Od Redakcji: W broszurze pt. „*Infectious diseases have staged a dramatic comeback*”, WHO, Genewa 2001 znajdujemy interesujące informacje nt. aktualnej sytuacji w zakresie chorób zakaźnych.

Ponad 30 „nowych” zakażeń, w tym HIV/AIDS, pojawiło się w ostatnim dwudziestolecu. Malaria i gruźlica powróciły jako jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych. Sytuacja wymaga od WHO aktywizacji globalnego nadzoru epidemiologicznego.

Wśród nieoczekiwanych epidemii obserwowanych w roku 2000, 2001 i w pierwszym kwartale 2002 wymienić należy następujące:

Dżuma – Indie, Zambia
Legionelloza – Hiszpania, Norwegia, Australia
Listerioza – Francja
Tularemia – Kosowo
Wąglik – Etiopia, USA
Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – Angola, Benin, Burkina Faso, Czad, Etiopia, Gambia, Ghana, Kongo, Maroko, Mauretania, Niger, Republika Centralnej Afryki, Ruanda, Senegal, Somalia, Sudan, Togo, Tanzania, Arabia Saudyjska, Oman, Iran, Singapur, Indonezja, Francja, Holandia, UK, USA, Węgry
Cholera – Angola, Burkina Faso, Czad, Guinea, Kongo, Madagaskar, Malawi, Nigeria, Republika Połu-

dniowej Afryki, Somalia, Tanzania, Wybrzeże Kości Słoniowej, Afganistan, Indie, Kambodża, Mikronezja

Inne biegunkowe – Lesoto, Sierra Leone
Szczep 0157 Escherichia coli – Kanada
Zatrucie pokarmowe gronkowcowe – Japonia

Gorączki krwotoczne:

Krymsko-kongijska – Kosowo
Ebola – Gabon/Kongo, Uganda
Lassa – Holandia, Niemcy, UK
Marburg – Kongo,
Nieokreślone – Afganistan, Pakistan
Denga – Brazylia
Gorączka doliny Riftu – Jemen, Arabia Saudyjska

Gorączka Zachodniego Nilu – Izrael, USA
Grypa A(H9N2) – Hong Kong

Hanta – Panama
Odra – Irlandia, Korea Północna
Poliomyelitis – Angola, Chiny,
Żółta gorączka – Brazylia, Peru, USA, Gwinea, Liberia, Nigeria, Senegal, Wybrzeże Kości Słoniowej, Belgia, Holandia, Niemcy

Leptospiroza – Francja, Kanada, Indie, Australia, USA

Leiszmanioza – Pakistan
Kokcidioidomykoza – UK

W nawiązaniu do powyższej listy *Medicus Mundi Polonia* podejmie starania, aby w najbliższych zeszytach omówić cholera, gorączki krwotoczne i żółtą gorączkę.

Od Redakcji: jeszcze o HIV/AIDS w nawiązaniu do *AIDS Epidemic Update, UNAIDS 2001 (Bull. WHO 2002,80,1,78)*

HIV/AIDS narasta we Wschodniej Europie – Azja i rejon Pacyfiku w kolejce ?

Według dyrektora UNAIDS Dr P. Piota „sprawa AIDS będzie się pogarszać zanim się poprawi”. Według ostatniego raportu UNAIDS, opublikowanego w listopadzie 2001, we wschodniej Europie i w Azji centralnej epidemia AIDS rośnie szybciej niż gdziekolwiek w świecie i w niektórych rejonach byłego ZSSR – w tym na Ukrainie – należy oczekiwać narastania epidemii, która już obecnie obejmuje milion osób. Może to nastąpić po przejściu zakażenia ze środowiska narkomanów do heteroseksualnej populacji osób dorosłych. Zwalczanie HIV/AIDS u narkomanów w Polsce zostało ocenione pozytywnie. Niepokojące jest, że w Chinach liczba zarażonych wynosi prawdopodobnie około miliona osób.

Na świecie w roku 2001 liczba nowych przypadków oceniana jest na 5 milionów (5,3 miliona w 2000), ale 40 milionów pozostaje zarażonych HIV (36,1 miliona w roku 2000), z tego 70% w Afryce na południe od Sahary. Są też i dobre wieści: w Tajlandii zapadalność zmniejszyła się w ciągu 10 lat z 140.000 rocznie do 30.000, a to dzięki zaangażowaniu się władz państwowych, znacznych środków finansowych i dobrych programów prewencyjnych. Podobnie w Kambodży występowanie HIV u kobiet spadło z 3,2% w roku 1997 do 2,3% w roku 2000, co świadczy o tendencji spadkowej.

W Afryce widoczna jest poprawa w zapadalności na AIDS w Ugandzie i Zambii.

Dr Brundtland, dyrektor generalny WHO, uważa, że obecny rok będzie punktem zwrotnym w opanowywaniu epidemii AIDS.

CHOROBY SKÓRY W TROPIKU



Od Redakcji: Dermatologia, mimo że zmiany „widać jak na dłoni”, jest bardzo trudną dziedziną wiedzy medycznej. Redakcja zaprosiła Prof. dr hab. med. Annę Koźmińską-Kubarską z Warszawy do podsumowania na kilku stronach najważniejszych problemów skórnych w tropiku. Pani Profesor ma za sobą ponad dwudziestoletnie doświadczenie dermatologiczne nabyte w klinikach i leprozoriach Zairu.

Choroby skóry w tropiku są częste i bardzo różnorodne

Dermatologia tropikalna obejmuje szerszy zakres chorób skóry niż w krajach o klimacie umiarkowanym. Wzbożona jest o zmiany skórne w przebiegu miejscowo występujących chorób pasożytniczych, bakteryjnych (trąd!), krętkowic i chorób wirusowych. Choroby te należy zawsze brać pod uwagę przy stawianiu rozpoznania zarówno wśród ludności krajów tropikalnych, jak i u osób przebywających tam nawet przez krótki okres czasu. Niektóre choroby kosmopolityczne, jak zmiany ropne, świerz, powierzchowne grzybice są w tropiku nie tylko częstsze, ale i bardziej nasilone.

Istnieją pewne różnice w występowaniu chorób skóry pomiędzy krajami tropikalnymi położonymi na różnych kontynentach, a nawet na tym samym kontynencie, w zależności od szerokości geograficznej i środowiska. Tak np. onchocerkozę występuje przede wszystkim na terenach leśnych nad brzegami rzek w zachodniej części Środkowej Afryki. Choroba Chagasa występuje jedynie w Ameryce Łacińskiej. Leiszmanioza skórna Starego Świata (bouton d'Orient, oriental sore) występuje w basenie Morza Śródziemnego i w Azji Wschodniej i Środkowej, natomiast leiszmanioza amerykańska obecna jest w krajach Ameryki Środkowej oraz w Brazylii i w Peru.

Wśród ludności miejscowej w tropiku w obserwacjach ambulatoryjnych najczęstszymi chorobami są choroby ropne skóry (piodermie), powierzchowne zmiany grzybice skóry i choroby pasożytnicze, np. świerz. Nawet po krótkim pobycie w tropiku można zaobserwować u pacjentów larwę wędrującą skórą, pchłę piaskową, świerz, leiszmaniozę, niewyjaśnioną pokrzywkę, osutkę durową lub paradurową, a po upływie pewnego czasu zmiany w przebiegu filariozy. Przy analizie zmian skórnych trzeba pamiętać, że mogą one występować w przebiegu cukrzycy lub zakażenia HIV.

Jakkolwiek zmiany skórne są widoczne, często niełatwo je rozpoznać i właściwie leczyć, a to z powodu różnorodnego tła choroby (zakażenia, uczulenia), indywidualnych reakcji pacjenta na szkodliwe bodźce (reakcje z nadwrażliwości), rozwoju zmian w czasie (osutka w ospie wietrznej), nakładania się kilku zmian na siebie (zakażenia bakteryjnego w świerzbie).



Świerz (*scabies*). Typowa lokalizacja na dłoniach, objawy wtórnego zakażenia na skutek drapania

Przedstawiany artykuł omawia tylko najbardziej pospolite aspekty dermatologii w tropiku, pozostawiając sprawy bardziej złożone i trudne specjalistom dermatologom. W dzisiejszej dobie można na odległość, niekiedy przez internet, uzyskać radę dermatologa. Ważne jest, aby umieć zmiany właściwie ocenić i opisać. Zmiany zwykle klasyfikuje się według ich cech morfologicznych (plamki, grudki, pęcherzyki), koloru (rumień, odbarwienie skóry), konfiguracji zmian (linijne, pierścieniowate), ich lokalizacji (twarz, dłonie, stopy) oraz ewentualnego powiększenia okolicznych węzłów chłonnych. Ważne są też wiek i płeć pacjenta, okoliczności w jakich zmiany powstały, ich uporczywość. Dla ułatwienia opisu najważniejsze zmiany skórne zestawiono w tabeli nr 1. Podstawowe leki zebrano w tabeli nr 2.

Tabela nr 1. Charakterystyka najczęstszych zmian na skórze (w nawiasie nazwy tacińskie)

Plamka (macula)	plaska zmiana, odbarwiona (trąd, bielactwo, kwaśniorkor) lub przebarwiona (onchocerkozę)
Rumień (erythema)	plaskie lub nieco wyniesione zaczerwienie skóry
Bąbel pokrzywkowy (urtica)	przejściowe zaczerwienione drobne uniesienie skóry (uczulenie)
Grudka (papula)	łite wyniesienie skóry < 1 cm średnicy (ukłucia owadów, tungiaza, kiła, Kaposi sarcoma, trąd)
Guzek (nodulus)	łite wyniesienie skóry > 1 cm średnicy (nowotwory, wągryca, onchocerkozę, trąd)
Guz (tumor)	łita zmiana skóry ponad 2 1/2 cm średnicy (nowotwory, onchocerkozę)
Pęcherzyk (vesicula)	uniesienie skóry wypełnione płynem nieropnym
Krosta (pustula)	uniesienie skóry wypełnione treścią ropną
Pęcherz (bulla)	znaczne > 1 cm uniesienie skóry wypełnione płynem
Lichenizacja	przewlekłe zgrubienie naskórka np. w wyniku drapania lub przewlekłej egzemii
Nadżerka (erosio)	utrata powierzchniowej warstwy naskórka (odleżyna)
Pęknięcie naskórka (fissura)	liniowe odsłonięcie skóry właściwej
Wrzód (ulcus)	utrata fragmentów skóry, w tym naskórka (zakażenia bakteryjne, w tym wrzód tropikalny i węglik, leiszmania, trąd, cukrzyca, odleżyna)
Obrzęk (oedema)	zlokalizowane pogrubienie skóry (włośnica, choroba Chagasa, filariozy, zwłaszcza loaiosa)
Zmiany kręte	larva migrans cutanea, loaiosa, gnatostomoza
Zmiany linijne	strongyloidoza
Zmiany silnie swędzące	świerz, reakcje alergiczne, ukłucia owadów, wszawica
Powiększenie okolicznych węzłów chłonnych	zmiany ropne, leiszmanioza

(ciąg dalszy na str. 6-10)

CHOROBY SKÓRY

Tabela 2. Najprostsze leki stosowane w dermatologii tropikalnej (w nawiasie nazwy angielskie)

Przeciwbakteryjne	nadmanganian potasu (potassium permanganate solution), fiolet gencjany (gentian violet), klio chinol (clioquinol), penicylina G (benzylpenicillines), erytromycyna (erythromycin), neomycyna (neomycin), bacytracyna (bacitracin), tetracyklina (tetracycline)
Przeciwwirusowe	acyklowir (aciclovir)
Przeciwgrzybicze	krem Whitfielda (Whitfield cream), związki imidazolowe (np. mykonazol – miconazole, clotrimazol – clotrimazole, ketokonazol – ketoconazole), nystatyna (nystatin), gryzeofulwina (griseofulvin)
Ściągające i antyseptyczne zarazem	octanowinian glinkowy (aluminium diacetate), nadmanganian potasu (potassium permanganate solution), azotan srebra (silver nitrate)
Przeciwświerzbowe i przeciw wszawicy	benzoesan benzylu (benzyl benzoate), lindan (lindane cream), permetryna (permethrin)
Przeciwzapalne	Kalamina (zawiera cynk) (calamine lotion), hydrokortyzon (hydrocortisone cream), prednisolon (prednisolone), betametazon (betamethasone)
Przeciwalergiczne	chlorfenamina (chlorphenamine), prometazyna (promethasine), dwufenhydramina (diphenhydramine), epinefryna (epinephrine)
Środki keratolityczne	ichtiol (krem, roztwór) (coal tar cream, ichtiosulfonate), kwas salicylowy (salicyl acid)
Środki chroniące przed nadmiernym nasłonecznieniem	PAB (kwas paraaminobenzoesowy-p-aminobenzoic acid), preparaty zawierające tlenek cynku (zinc oxide) lub salicylaty (salicylates) i inne substancje ochronne.
<p><i>Uwaga stosowanie w tropiku maści sprzyja rozwojowi zakażeń bakteryjnych pod nasmarowaną warstwą. Lepiej stosować kremy niż maści. Na zmiany sącząca w pierw podawać leki rozpuszczone w wodzie w okładach wysychających bez ceratki.</i></p>	

Występowanie chorób skóry zależy od klimatu, warunków socjalno-ekonomicznych i sposobu odżywiania się

Klimat w pobliżu równika charakteryzuje się wysoką temperaturą w czasie dnia, małą różnicą temperatur między dniem i nocą oraz całorocznymi opadami. W obszarach podzwrotnikowych istnieje podział na porę suchą i porę deszczową. W porze deszczowej opady są ulewne i wilgotność powietrza duża, a temperatura powietrza wysoka. W porze suchej przez okres kilku miesięcy nie ma żadnych opadów, a różnice temperatur między dniem i nocą są duże, dochodząc nawet do 20°C. Klimat gorący i suchy występuje na obszarach pustynnych; mogą tam m.in. występować niedobory białkowo-kaloryczne i częste jest wysuszenie skóry.

W klimacie tropikalnym przy dużej wilgotności powietrza zostaje zahamowane parowanie potu ze skóry. Dodatkowo parowanie może utrudniać noszenie ubrania z włókien sztucznych. Jest to przyczyną pojawiania się potówek (miliaria, sudamina) tj. wysypki drobnopęcherzykowej, o nagłym wysiewie wokół ujścia gruczołów potowych. Potówki występują często u osób świeżo przybyłych do krajów tropikalnych. Są też częste u miejscowych niemowląt i małych dzieci oraz pojawiają się w przebiegu chorób związanych z wysoką gorączką i nadmiernym poceniem się. Potówki ustępują po unikaniu przegrzania, kąpielach w roztworze nadmanganianu potasu, stosowaniu talku lub pudrów zawieszonych w płynie.

W klimacie suchym często następuje wysuszenie skóry, której wygląd porównuje się do skóry jaszczurki (lezards skin, peau de lezard). Prowadzi ono do nieregularnego pogrubienia naskórka i zluszczenia się. Unika się wysuszenia przez natłuszczenie skóry.

Warunki socjalno-bytowe mają duże znaczenie w występowaniu chorób skóry. Ludność wiejska jest częściej narażona zarówno na choroby



Wyprysk łojotokowy u dziecka (*eczema seborrhoicum*)

pochodzące od zwierząt (grzybice, muszycy) i z ziemi (mycetoma, sporotrychoza). Kontakt z wodą w czasie kąpieli, prania w rzece czy w jeziorze grozi bilharcozą.

Na skutek urbanizacji wzrasta zagęszczenie ludności, co powoduje wzrost występowania chorób bakteryjnych skóry, grzybicy, świerzbu i wszawicy, przenoszonych przez kontakt bezpośredni.

Kraje tropikalne są w większości krajami o ludności niedożywionej lub wręcz głodującej. Wpływa to na stan odporności ustroju i na łatwość zapadania na choroby zakaźne. Niedobór białka przy wystarczającym kalorycznie wyżywieniu jest przyczyną kwashiorkor, występującego zwłaszcza w mieście. Niedobór białkowo-kaloryczny prowadzi do obserwowanego u dzieci wyniszczenia – marasmus.

Na występowanie chorób skóry wpływa też sposób przyrządzania potraw (nie gotowane mięso), przechowywanie potraw w niewłaściwych warunkach (aflatoksyny), używanie żelaznych garnków, które na skutek nadmiernej hemosyderozy mogą prowadzić do ostrej porfirii. Istnieją również przesady plemienne, zabraniające np. kobietom w ciąży spożywania jajek, ryb, mięsa zwierzyń łownej.

Nadmierna ekspozycja na słońce bywa szkodliwa

Duże znaczenie dla skóry ma promieniowanie słoneczne. Słońce emituje promienie nadfioletowe (UV), w których rozróżnia się trzy grupy: promienie UVA o długości 320 do 400 nanometrów (nm), UVB o długości 290 do 320 nm oraz UVC poniżej 290 nm. Te ostatnie nie wnikają głęboko do skóry, ale są wykorzystywane do sterylizacji pomieszczeń jako lampy bakteriobójcze. Promienie UVB mają najsilniejsze działanie rumieniotwórcze i powodują krótkotrwałe przebarwienie skóry. W skórze czarnej ochronę przed działaniem rumieniotwórczym stanowi barwnik skóry – melanina. U ludzi rasy białej istnieją duże różnice we wrażliwości na promienie UVB w zależności od ilości melaniny w skórze. Promienie



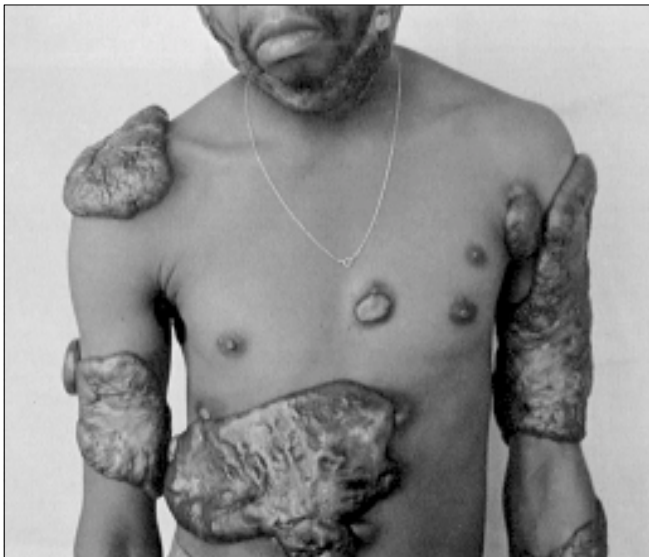
Rumień wielopostaciowy po aspirynie (*erythema multiforme*)

UVA, działając słabiej rumieniotwórczo, powodują bardziej długotrwałe przebarwienie skóry. Pod wpływem długotrwałego działania promieni słonecznych, głównie UVA, które najgłębiej wnikają w skórę, występują zmiany zwyrodnieniowe w obrębie tkanki łącznej w skórze właściwej, skóra staje się ścięcała, pojawiają się przebarwienia i odbarwienia oraz rozszerzenie drobnych naczyń krwionośnych – teleangiektazje. Długotrwała ekspozycja słoneczna może prowadzić do powstawania nowotworów skóry, np. raka lub czerniaka.

Pod wpływem promieni słonecznych mogą wystąpić zmiany fototoksyczne lub fotoalergiczne. Mają one charakter rumienia połączonego z obrzękiem skóry, pokrzywki lub wyprysku i występują najczęściej na odsłoniętych częściach ciała. Stosowanie chlorochiny zwiększa tolerancję skóry na naswietlanie. Środki antyhistaminowe bywają nieskuteczne, natomiast pomocne jest stosowanie kortykosteroidów. Do leków, które powodują fotodermatozy, należą: sulfonamidy, salicyłaty, fenotiazyna, niektóre leki przeciwzapalne i przeciwgrzybicze, ichtiol, niektóre barwniki oraz rośliny i ... niektóre środki przeciwko nadmiernemu opalaniu. Zwykle w opisie leku zaznaczone jest ryzyko wystąpienia zmian skórnych pod wpływem słońca. Niektóre leki, które mogą wywołać fotodermatozy, lepiej stosować pod wieczór niż rano.

Czarna skóra a rozpoznawanie zmian dermatologicznych

Na kolor skóry wpływa ilość hemoglobiny w stanie utlenionym lub zredukowanym, ilość karotenoidów oraz ilość melaniny, barwnika wytwarzanego przez melanocyty – komórki naskórka. W skórze ludzi rasy czarnej melanocyty wytwarzają więcej barwnika niż u ludzi rasy białej. Między różnymi szczepami ludzi rasy czarnej istnieją również różnice w intensywności zabarwienia skóry. Barwa skóry ma wpływ na kolor zmian skórnych. W skórze czarnej osutki (wysypki) rumieniowe są trudne do zauważenia, gdyż mają kolor szarawy, a w często występującym rumieniu trwałym (zwykle polekowym) są fioletowe. W przypadku niedotlenienia skóry, np. przy omdleniu skóra czarna przybiera barwę szarawą. Skóra czarna ma skłonność do odpowiadania nadmiernym odczynem tkanki łącznej na urazy, co wyraża się tworzeniem się keloidów, polegającym na nadmiernym bliznowaceniu. Nawet drobne urazy lub nacięcia skóry prowadzić mogą do rozległych keloidów, które trudno poddają się leczeniu.



Keloidy

Niektóre kobiety rasy czarnej starają się rozjaśniać skórę preparatami farmaceutycznymi na bazie hydrochinonu; jest to szkodliwe.

Skóra czarna łatwo reaguje odbarwieniem na różne rodzaje urazów i w przebiegu niektórych zmian chorobowych. Po ustąpieniu przyczyny barwa skóry powraca do normy.

Bielactwo nabyte (vitiligo) jest ważnym problemem u ludzi rasy czarnej, bowiem budzi obawy czy nie jest objawem trądu. Bielactwo

jest odbarwieniem skóry w postaci plam różnej wielkości, wykazujących przebarwienia na obwodzie. Jest ono skutkiem zmniejszania się liczby melanocytów lub ich braku, ale przyczyna jego nie jest znana. Bielactwo wrodzone uogólnione (albinizm) jest genetycznie uwarunkowanym brakiem wytwarzania melaniny w skórze, mieszkach włosowych i w oku. Albinosi nie mają żadnej ochrony przed promieniami słonecznymi, co często prowadzi do powstawania nowotworów skóry. Albinizm jest wysoce stresogenny, gdyż bywa nieakceptowany przez lokalną społeczność.

Zakażenia bakteryjne w tropiku są pospolite i powodują różnorodnie zmiany skóry

Wśród zakażeń bakteryjnych w tropiku najważniejszym zagadnieniem są choroby wywołane przez prątki, takie jak trąd i gruźlica.

Trąd jest nadal stwierdzany w 15 krajach Azji (Indie), Afryki i Ameryki Południowej (Brazylia). Zmiany skórne w trądzie we wczesnym okresie choroby mogą sprawiać trudności diagnostyczne. Wprowadzone przez WHO skojarzone leczenie trądu kilkoma lekami znacznie zmniejszyło szerzenie się tego zakażenia w świecie.

Natomiast szerzy się gruźlica płuc i obserwuje się wzrost zachorowań na gruźlicę skóry. Zakażenie skóry może nastąpić z zewnątrz przez inokulację (np. gruźlica pierwotna u niemowląt, gruźlica brodawkująca, niekiedy toczniowa) lub na skutek rozprzestrzeniania się gruźlicy wewnętrznej na sąsiadujące tkanki (gruźlica rozplywna), zakażenie wydalaniem prątkami (gruźlica wrzodziejąca), zakażenie drogą krwi (niekiedy gruźlica toczniowa).

W tropiku pospolite są zakażenia skóry paciorkowcami i gronkowcami. Spośród chorób ropnych skóry najczęściej występuje liszajec zakaźny (*impetigo contagiosa*), który jest zakażeniem gronkowcowo-paciorkowcowym. Charakterystyczna jest w nim obecność miodowo-żółtych strupów, głównie na twarzy, które tworzą się z pękniętych cienkościennych pęcherzyków. Zmiany w liszajcu łatwo rozszerzają się i mogą być przenoszone na inne osoby przez kontakt bezpośredni lub pośredni (wspólny ręcznik, spanie na jednym pościeliu). W leczeniu liszajca dobre wyniki daje miejscowe stosowanie wodnych roztworów barwników, takich jak fiolet genjany lub zieleń brylantowa.



Liszajec zakaźny (*impetigo contagiosa*)

U niemowląt i małych dzieci częste jest wyprzenie bakteryjne (*intertrigo microbica*), do którego przyczynia się coraz częstsze zakładanie dzieciom plastikowych majteczek na pieluchę lub na pampersy. Są to zmiany zapalne, często wysiękowe o treści surowiczno-ropnej. Wyprzenie może wystąpić również u osób dorosłych w fałdach skórnych pachwinowych, brzusznych i pod sutkami. W wyprzeniach stosuje się kąpiele w jasno różowym roztworze nadmanganianu potasu, pędzlowanie roztworami barwników lub zasyпки; przy zmianach sączących zaleca się okłady wysychające bez ceratki. Ważne jest też, aby fałdy skórne oddzielać od siebie, np. gazą.

Na owrzodzenia można stosować 2-3 razy dziennie przymoczek z roztworu nadmanganianu potasu lub sonej wody (łyżeczka soli na litr) bez bandażowania. Bandażowania i wysokiego układania nogi wymagają podudzia z żyłakami. Przy rozległych i głębszych owrzodzeniach wskazane jest stosowanie metronidazolu lub antybiotyków.

Odleżyny u chorych wyniszczonych, np. w AIDS, wymagają częstej zmiany ułożenia w łóżku, ochrony części ciała narażonych na ucisk, codziennego delikatnego oklepywania, przemywania spirytusem kamforowym i stosowania preparatów przyspieszających gojenie np. Linomag. Skórę w słońciowaciznie należy chronić przed dodatkowym zakażeniem poprzez stosowanie ciepłych kompresów i kąpiele z roztworem nadmanganianu potasu.

CHOROBY SKÓRY

(ciąg dalszy ze str. 7)

Zmiany skórne wywołane przez wirusy

Spośród chorób wirusowych udało się całkowicie zwalczyć ospę prawdziwą (*variola vera*). Opisywane sporadycznie przypadki ospy małpiej („monkey pox”) są dużo mniej niebezpieczne dla życia. W przebiegu epidemii HIV/AIDS występuje wiele chorób skóry, jak np. kandydioza, rozlane, swędzące zapalenie skóry, półpasiec, opryszczka. Do częstych zakażeń wirusowych, prowadzących do zmian skórnych, należą odra (*morbilli*), ospa wietrzna (*varicella*), opryszczka zwykła (*herpes simplex*), półpasiec (*herpes zoster*) i mięczak zakaźny (*molluscum contagiosum*). Z chorób wirusowych u dzieci najczęstsza jest ospa wietrzna i odra. Osutka w ospie wietrznej i odrze różnią się znacznie. W ospie wietrznej wysypka dotyczy tułowia i kończyn oraz owłosionej skóry głowy; drobne plamki przechodzą szybko w grudki i pęcherzyki o mętnej treści, zapadnięte w środku i często wtórnie zakażone. Osutka w ospie wietrznej jest swędząca i powinno się całe ciało raz dziennie obmywać i kilkakrotnie dziennie posypywać pudrem lub otrębami. Natomiast w odrze wysypka jest gruboplamista, zaczyna się od głowy, jest nieswędząca i łuszczy się od 5 dnia po wystąpieniu. Zmiany skórne w odrze nie wymagają leczenia. W odrze przed wystąpieniem osutki na skórze na wewnętrznej stronie policzków można zauważyć białawe plamki Koplika. Ponadto w odrze gorączka i objawy nieżytu nosa, spojówek i oskrzeli są bardziej nasilone niż w ospie wietrznej. W tropiku odra ma szczególnie ciężki przebieg i powoduje dużą śmiertelność z powodu zapalenia mózgu, płuc, ucha środkowego i nerek. Nierzadkim powikłaniem skóry po odrze są głębokie owrzodzenia wokół ust, nosa, gałki ocznej o etiologii bakteryjnej lub wirusowej, opisywane jako podobne do nomy. Owrzodzenia te zostawiają trwałe zniekształcenia. Zdarza się, że odra występuje u osób dorosłych. Przy drobnoplamistej osutce dorosłych pamiętać trzeba o durach i paradurach.

Wirusowe tło mają kłykciny kończyste (*condylomata acuminata*) w obrębie narządów płciowych częściej u kobiet.

Półpasiec (*zoster*) występuje częściej u dorosłych niż u dzieci. Powoduje on zmiany pęcherzykowe (niekiedy ropne), zwykle jednostronne, zlokalizowane wzdłuż przebiegu nerwów, połączone ze znaczną przeculicą i bólem. Niebezpieczna dla wzroku jest lokalizacja półpaśca wokół oczodołu. Półpasiec często występuje u chorych z AIDS.

Banalną, ale dokuczliwą wirusową zmianą skórną, są brodawki (*verrucae*) pojawiające się na dłoniach lub stopach. W usuwaniu brodawek najskuteczniejsza jest krioterapia.

Grzybice skóry występują często i nieraz wymagają długotrwałego leczenia

Grzybice powierzchowne skóry wywołane są przez dermatofity (*Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*) oraz przez grzyby drożdżopodobne (*Candida* i *Pityrosporum*).

Dermatofity mają powinowactwo do keratyny i wywołują grzybicę skóry, włosów, paznokci. Powierzchnowe zmiany grzybicze cechują się typowym odwarstwianiem się naskórka na obrzeżu zmiany. Obniżona obronność organizmu może ułatwiać zakażenie się grzybicą i przyczyniać się do przewlekłego jej przebiegu. Wśród zakażeń grzybiczych skóry u mężczyzn często obserwuje się grzybicę odrębną pachwin, której sprzyja noszenie nylonowej bielizny (slipy). Do utrzymywania się grzybicy stóp przyczynia się noszenie gumowego obuwia, powodującego nadmierne pocenie się stóp.

Z grzybic owłosionej skóry głowy w Afryce Środkowej szczególnie rozpowszechniona jest grzybica drobnozarodnikowa (*tinea microsporiica*) wywołana przez *Microsporum Audouini* – grzyb występujący u ludzi. Ze względu na bardzo dużą zakaźność grzybica ta szerzy się wśród dzieci przez wspólne grzebień lub nakrycia głowy. Grzybica drobnozarodnikowa charakteryzuje się występowaniem dużych okrągłych lub owalnych ognisk, w których włosy są ułamane tuż nad powierzchnią

skóry i otoczone pochewką. W okresie pokwitania grzybica ta może ulec samowyleczeniu.

Łupież pstry (*pityriasis versicolor*), wywołany przez *Pityrosporum orbiculare* jest często spotykanym zakażeniem. Czynnikiem sprzyjającym rozwojowi łupieżu pstrego jest nadmierna potliwość i/lub nadmierne wydzielanie łoju. W skórze białej ogniska drobnoplamiste łupieżu pstrego są różowe lub brunatnawe; w skórze czarnej są ciemniejsze od otaczającej je skóry. Łupież pstry występuje na klatce piersiowej, plecach, ramionach, a u dzieci rasy czarnej często na twarzy.

W leczeniu grzybic stosuje się miejscowo lub doustnie środki przeciwgrzybicze (tabela nr 2).

Pospolite pleśniawki jamy ustnej, wywołane przez drożdżaki, są częste u chorych wyniszczonych, pacjentów z AIDS lub z cukrzycą. Zmiany smaruje się roztworem fioletu gencjany lub żelem z mikonazolem.

Ważnym problemem dermatologicznym są inwazje robaków – nicieni

W filariozach, wywoływanych przez nitkowate robaki – nicienie, zmiany skórne są głównymi objawami. Źródłem zakażenia jest chory człowiek, a przenosicielami komary lub meszki. Do filarioz należą onchocerkozę – wywołana przez nicienia *Onchocerca volvulus*. Przenosicielem jej są meszki rodzaju *Simulium*, które żyją w wodach wartko płynących. Meszki kłują przeważnie w czasie dnia, na otwartych przestrzeniach. Rozwój larw *Onchocerca volvulus* w organizmie przenosiciela wymaga temperatury otoczenia ponad 18°C. Nicienie żyją u człowieka tworząc guzy w skórze i w tkance podskórnej. Groźnym powikłaniem onchocerkozy jest ślepotę na skutek przeniknięcia mikrofilarii do gałki ocznej. Ślepotę występuje u około 30% chorych na onchocerkozę. Główne ogniska onchocerkozy znajdują się w Afryce Zachodniej na południe od Sahary, w znacznie mniejszym stopniu onchocerkozę występuje w Jemenu i w takich krajach Ameryki jak Meksyk, Gwatemala, Kolumbia, Wenezuela, Brazylia i Ekwador.

Filarioza limfatyczna jest wywołana przez nicienia *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* lub *Brugia timori*. Przenosicielem tej filariozy są różne gatunki komarów przeważnie kłujących w czasie dnia. U człowieka dorosłe robaki żyją w naczyniach chłonnych, a larwy – mikrofilarie – we krwi. Filarioza limfatyczna występuje zarówno w postaci ostrej, jak i przewlekłej, może prowadzić po latach do ogromnych rozmiarów słoniowacizny kończyn, sutka lub moszny. Najwięcej chorych obserwuje się w Chinach, Indonezji, Indiach, na wyspach zachodniego Pacyfiku oraz w zachodniej Afryce Równikowej.

Loaioza wywołana jest przez nicienia *Loa loa*. Przenosicielem jest ślepak – *Chrysops*, którego samica kłuje od świtu do około godziny 10 rano a potem od około godziny 16 do zmierzchu. W organizmie człowieka dojrzałe robaki żyją w tkance łącznej podskórnej; wędrując zbliżają się do powierzchni skóry i wywołują ograniczone obrzęki, zwłaszcza w okolicy dużych stawów. Mikrofilarie żyją we krwi. Długo trwająca loaioza może powodować zmiany neurologiczne (połowiczne poraże-



Onchocerkozę (*onchocercosis*), „gale filarienne”, zgrubienie skóry, lichenizacja, wtórne zakażenie na skutek drapania i powiększenie węzłów chłonnych pachwinowych

nie) i zmiany w gałce ocznej. Loazioza występuje wyłącznie w krajach Środkowej Afryki.

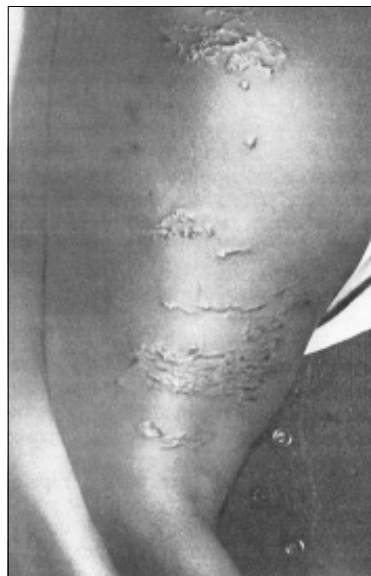
W zwalczaniu onchocerkozy, filariozy limfatycznej i loaziozy stosuje się albendazol, iwermektynę, dwuetylkarbamazynę (Hetrazan).

Dracunculozę (Filariose de Medina) wywołana jest przez „robaka gwińskiego” – *Dracunculus medinensis*. Zakażenie następuje przez picie wody zanieczyszczonej drobnymi skorupiakami rodzaju *Cyclops*, który jest pośrednim żywicielem pasożyta. Zakażenie jest najczęściej bezobjawowe aż do momentu, gdy dojrzała samica zbliża się do skóry, najczęściej na kończynach dolnych i powoduje powstawanie kolejno obrzęku, pęcherza i niegojącego się owrzodzenia. Przy kontakcie z wodą z owrzodzenia wydostają się na zewnątrz mikrofilarie, rozwijające się dalej u oczlika. Optymalną temperaturą dla rozwoju larw pasożyta jest 20°C do 25°C. Dracunculozę występowała dość często w tropikalnej Afryce i Azji, ale dzięki skutecznej akcji WHO obecnie spotyka się ją rzadko. Leczenie polega na mechanicznym usuwaniu robaków nawijanych na kijek.

Świerzb, wnikanie do skóry pasożytów i ukłucia stawonogów w tropiku są częste

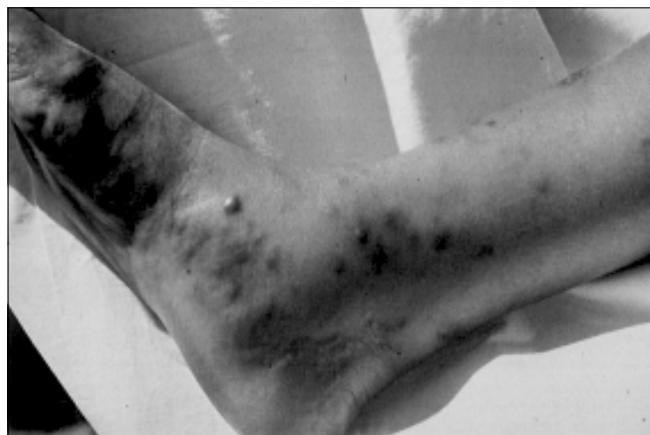
Świerzb jest wywołany przez świerzbowca ludzkiego (*Sarcoptes scabiei*). Zakażenie następuje przez kontakt bezpośredni z osobą zarażoną lub kontakty pośrednie przez zakażoną pościel, bieliznę, ubranie. Typowe miejsca, w których występują zmiany świerzbowe to: skóra między palcami dłoni, nadgarstek, pępek, pośladki, genitalia. Zmiany w postaci drobnych kanalików są często przysłonięte zmianami rumieniowatymi lub zmianami wynikającymi z drapania i/lub zakażenia skóry. Świerzb często występuje u małych dzieci. U dorosłych mężczyzn świerzb zlokalizowany na narządach płciowych może wskazywać, że zakażenie nastąpiło drogą płciową. W takich przypadkach należy zbadać partnerkę i wykonać badania w kierunku HIV i kiły. Podstawową zasadą w leczeniu świerzbu, ale trudną do przeprowadzenia w krajach tropikalnych, jest jednoczesne leczenie całej rodziny. W leczeniu świerzbu stosuje się preparaty benzoesanu benzylu, lindanu i permetyrynę. Podobno w świerzbie skuteczne jest jednorazowe doustne podanie iwermektyny.

Zakażenie larwą wędrującą (*larva migrans*) niektórych tęgoryjczyków (np. *Ancylostoma caninum*) następuje przez zetknięcie się z ziemią zanieczyszczonej odchodami zakażonych zwierząt (psów, kotów). Po wniknięciu do skóry larwa wędrująca nie przenika głębiej, ale wędruje w skórze tworząc kręte, powróżkowane zmiany lekko wystające ponad powierzchnię. W skórze białej są one czerwone, w skórze czarnej ciemniejsze od otaczającej skóry. Zmiany leczy się miejscowym stosowaniem kremu z tiabendazolem (2-3 razy dziennie przez 7-10 dni) lub podaniem jednorazowo doustnie 400 mg albendazolu. Przed zakażeniem chroni noszenie obuwia i regularne odrobaczanie zwierząt domowych.



Larwa wędrująca skórą (*Larva migrans cutanea*).

Zaplodniona samica wnika głęboko do skóry na stopach w przestrzenie międzypalcowe, pod paznokcie, na boczne powierzchnie stopy, wywołując odczyn zapalny. Pchłę usuwa się, najlepiej zaraz po wniknięciu, sterylną igłą. W okresie późniejszym – np. po zabiciu pchły chloroformem – usuwa się ją przez nacięcie skóry. Ranę należy dobrze wydezynfekować, gdyż pchła piaskowa może przenieść do organizmu szereg bakterii, w tym pałeczki tężca (w każdym przypadku stosuje się surowicę



Mięsak Kaposiego (*sarcoma Kaposi*).

przeciwczą lub anatoksynę). Pchła piaskowa występuje w krajach tropikalnych Ameryki Południowej i Afryki. Noszenie obuwia zapobiega wniknięciu pchły do skóry.

Leiszmanioza wywołana jest przez pierwotniaki należące do wiciowców (*Leishmania*). Może ona występować w postaci trzewnej (kala azar) albo w postaci skórnej i skórno-śluzówkowej. Leiszmanioza skórna Starego Świata (wrzód wschodni, bouton d'Orient, oriental sore) powoduje przewlekłe, niekiedy głębokie owrzodzenia skóry. Leiszmanioza skórna Nowego Świata ma cięższy przebieg i bardziej rozległe zmiany, dotyczące niekiedy również chrząstek nosa i podniebienia miękkiego. Zakażenie *Leishmania* jest przenoszone przez moskity z rodzaju *Phlebotomus* lub *Lutzomyia*. Źródłem zakażenia jest chory człowiek, a niekiedy także koty, psy oraz niektóre małe gryzonie. Owrzodzenia powodowane przez leiszmanie często goją się samoistnie, pozostawiając blizny. W leczeniu skórnych zmian uporczywych lub zlokalizowanych na twarzy stosuje się ketokonazol lub paromomycynę, a w przypadkach zmian rozległych toksyczne związki antymonu.

Uklucia owadów i zwierząt jadowitych wymagają oddzielnego opracowania.

Trądzik pospolity – choroba wieku młodzieńczego

Trądzik jest przewlekłym stanem zapalnym mieszków włosowych i towarzyszącego mu gruczołu łojowego. Jest on związany z nadczynnością gruczołów łojowych. Wykwitem pierwotnym jest zaskórnik, widoczny jako czarny punkt w skórze powstający na skutek utleniania się keratyny. Zaskórnik daje początek tworzeniu się grudek (*acne papulosa*), krostek (*acne pustulosa*), a niekiedy głębokich cyst (*acne cystica*). Zwłaszcza w głębokich zmianach może rozwijać się flora bakteryjna (*Propionibacterium acnes*). Zmiany głębokie mogą pozostawiać blizny. W leczeniu trądzika stosuje się leki w zależności od nasilenia zmian. Do odłuszczenia skóry należy stosować 2% spirytus salicylowy (przecieranie zmian 2-3 razy dziennie). Z leków zewnętrznych stosuje się preparaty w postaci lotionów, kremów, żeli zawierających kwas salicylowy, siarkę, kwas azelainowy, antybiotyki (erytromycynę, klindamycynę) i pochodne witaminy A. W leczeniu ogólnym stosuje się najczęściej chlorowoderek tetracykliny przez długi okres czasu. Stosowana w ciężkich przypadkach trądziku izotretinoina (*Reacutan*) wywołuje duże objawy uboczne i wymaga szczególnej ostrożności w stosowaniu. U kobiet leczenie preparatami hormonalnymi może wpłynąć na zmniejszenie się wydzielania łoju.

Zmiany na skórze wywołane uczuleniem są dość pospolite

Skóra reaguje dość gwałtownie przy bezpośrednim zetknięciu z niektórymi środkami drażniącymi lub alergenami, którymi mogą być rośliny, barwniki, nikiel, guma, kosmetyki i niektóre leki stosowane miejscowo. Zmiany są zwykle zlokalizowane i mają charakter rumienia, pęcherzyków lub bąbli (kontaktowe zapalenie skóry). Odpowiedź skóry na niektóre leki podawane parenteralnie (np. antybiotyki) może być rozległa



(ciąg dalszy ze str. 9)

i groźna, w postaci obrzęków, pęcherzy, zmian sączących. Zmiany uczuleniowe dobrze reagują na leki antyhistaminowe i kortykosteroidy stosowane miejscowo lub – gdy potrzeba – podawane doustnie lub parenteralnie.

Tło immunologiczne ma prawdopodobnie atopowe zapalenie skóry, występujące w pierwszych miesiącach życia w postaci sączących się, rumieniowatych grudek, silnie swędzących i pojawiających się często na policzku. Zmiany te mogą również występować na skórze owłosionej, w nadgarstku, zgięciach skóry w okolicy stawów i na pośladkach.

Pojawianie się wydzielin ropnej i strupów świadczy o dodatkowym zakażeniu. Zmiany atopowe cofają się często w wieku 5-8 lat. Trzeba zwracać uwagę na rodzaj używanego mydła i środków czystości. Wilgotne okłady przynoszą ulgę. Niekiedy, gdy środki antyhistaminowe są nieskuteczne, trzeba stosować kortykoidy, podając je z umiarem.

Charakterystyczne zmiany skórne występują w chorobach wenerycznych: kile drugiego stadium, wrzodzie wenerycznym rzadkim w Europie lub w ziarnicy wenerycznej pachwin, ale to już inne zagadnienie.

Prof. zwyczaj. dr hab. med. Anna Koźmińska-Kubarska

Załączone fotografie pochodzą z podręcznika Prof. Anny Koźmińskiej-Kubarskiej pt. „Dermatologia i wenerologia tropikalna”. PZWL, Warszawa 1994.

Szkolenie:

Kursy

Czerwiec 21-24, 2002 Seminarium dla misjonarzy z medycznych ośrodków misyjnych. Centrum Formacji Misyjnej Warszawa. Blizsze informacje w Biurze Fundacji lub w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie.



Lipiec 8-13, 2002 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 kursu 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.



Sierpień 23-27, 2002 Problemy medyczne na misjach. Kurs dla osób zamierzających wyjechać na misję, organizowany w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie, wspólnie z Fundacją.



Czerwiec 8-28, 2002 Medical Practice with Limited Resources. Ifakara. Tanzania. Organizuje Swiss Tropical Institute. www.sti.unibas.ch



Październik 2002 do lipca 2003, w każdy poniedziałek o godzinie 10.00 – 16.00 University College London Medical School. Informacje r.hargreaves@rfc.ucl.ac.uk



Październik 2002 do lipca 2003, w każdy wtorek o godz. 16.30 – 20.00 w Uniwersytecie Paryż VII: Infection VIH et Sida, MST, Tuberculose, Hepatitis virales et infections nosocomiales. www.xbichat.jussieu.fr



Październik 2002 do czerwca 2003, każdy czwartek i piątek godz. 16.30 – 20.00 Kurs dyplomowy Medicine tropicale – Sante Internationale. www.xbichat.jussieu.fr



Styczeń 27 – marzec 28, 2003 The Gorgas Course in Clinical Tropical Medicine. Lima i rejon And i Amazonki w Peru. www.gorgas.org



Luty-marzec 2003 Tropical Medicine Expeditions to East Africa. Siódma ekspedycja do Ugandy, 2-14 luty i dziesiąta ekspedycja do Kenii, luty 23 – marzec 7, 2003. www.tropmedex.com

Konferencje i Kongresy

2002

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



13-15 czerwca 2002. International Symposium on HIV & Emerging Infectious Diseases. Toulon. www.avps.org



6-13 lipca 2002. Barcelona. 14th Conference on AIDS. www.aids2002.com



10 lipca 2002. Londyn. Third Annual Study Day in Travel Health. Informacje r.hargreaves@rfc.ucl.ac.uk



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



4-10 sierpnia 2002. Vancouver, Kanada. 10th International Congress of Parasitology (ICOPA). www.biology.ualberta.ca/courses.hp/tp4.hp/home/htm



8-12 września 2002. Lizbona. 3rd European Congress on Tropical Medicine and International Health. www.kit.de/tropical2002



10-14 listopada 2002. Denver, Colorado, USA. 51th Meeting of the American Society of Tropical Medicine and Hygiene. www.astmh.org



18-22 listopada 2002. Arusha, Tanzania VI-Global Forum for Health Research. www.globalforumhealth.org

2003

7-11 maj 2003. New York City. 8th Conference of the International Society of Travel Medicine. www.istm.org



10-13 maj 2003. Glasgow. XIII European Conference of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. www.akm.ch/eccmid2002-05-03



3-7 grudnia 2003. Philadelphia, Penn. USA. 52th Meeting of the American Society of Tropical Medicine and Hygiene. www.astmh.org

Kościół i jego zaangażowanie w sprawę zdrowia:

Posługa lecznicza Kościoła

Od Redakcji: W czasopiśmie Niemieckiego Instytutu ds. Misji Medycznych – DIFÄM, Gesundheit in der einen Welt, Tübingen, 2002, 55:1, 4-5 ukazało się sprawozdanie Dr Beaty Jacob ze spotkania w dniu 26 i 27 listopada 2001 nt. „Moc uzdrawiania” – rozszerzeniem działalności Kościoła (Heilung – eine wesentliche Dimension von Mission). W spotkaniu brało udział 14 uczestników reprezentujących niemieckie ośrodki misyjne, teologiczne, ekumeniczne i społeczne. Poniżej podane jest streszczenie tego sprawozdania, z którym w duchu dialogu ekumenicznego warto się zapoznać.

Dyskusje nt. zdrowia, choroby i „uzdrawiania” mają w DIFÄM długą tradycję. Już w roku 1964 stwierdzono, że Kościół ma szczególne zadania w dziedzinie działania „uzdrawiającego”, którym powinna interesować się cała społeczność. Nie ma co do tego wątpliwości w Kościele południowych Niemiec, natomiast Kościoły Niemiec północnych sprawy uzdrawiania pozostawiają naukom medycznym i psychoterapii, będąc zorientowane bardziej w kierunku „zdrowia duszy”. Zarówno w Kościele katolickim, jak i protestanckim, rośnie charyzmatyczny ruch popierający „uzdrawianie” poprzez wiarę. Z drugiej strony badania, m.in. w USA, wykazują znaczący wpływ, jaki wiara wywiera na zdrowie. Problem jest na tyle ważny, że w roku 2005 planuje się światową konferencję pt. „In Christus dazu berufen, versöhnende und heilende Gemeinschaften zu sein”.

W świecie narasta proces globalizacji. Społeczeństwo jest pod wpływem działań sekularyzacyjnych i popierających indywidualizm. Sekularyzacja próbowała oddzielić społeczność od Kościoła, ale obecnie coraz bardziej powszechnym staje się poszukiwanie różnych form zaspokajania potrzeb duchowych i dążenie do przynależności do społeczności religijnych. Mówi się nawet o de-sekularyzacji i powrocie do sakralizacji życia. Również i pojęcie indywidualizmu ulega modyfikacji. Powszechniejsze staje się działanie w grupach. Wielu ludzi cierpi z powodu samotności i depresji. Mimo, a może właśnie z powodu dobrobytu, wiele osób uważa fakt istnienia za bezsensowny i albo pogrąża się w nadmiernej pracy, albo przynależy do subkultur usiłujących burzyć wszelki ład.

W jaki sposób chrześcijanie mogą działać „uzdrawiająco” wobec świeckości naszej egzystencji i świata? Z punktu widzenia naukowo-medycznego dyskusowanie tej sprawy prowadzi do ślepego zaułka. Ale w rozważaniach na ten temat pomocna może być definicja zdrowia sprecyzowana w roku 1989 przez Komisję Medyczną Światowej Rady Kościołów, która mówi: „Zdrowie jest pojęciem dynamicznym i dotyczy zarówno indywidualnej osoby jak i społeczności; stanem, w którym na tych dwóch płaszczyznach zaspokajane jest dobre poczucie w dziedzinie ciała, ducha, ekonomii, polityki i spraw socjalnych; jest to harmonijne współżycie z innymi, z określonym środowiskiem materialnym i z Bogiem”. W myśl tej definicji zrozumienie istoty „uzdrawiania” wymyka się spod sfery rozważań naukowo-medycznych,

gdyż o „uzdrowieniu” mówimy również, gdy relacja między człowiekiem a Bogiem staje się poprawna.

Człowiek jest jednostką wielowymiarową, składającą się z ciała, ducha i umysłu, współzależnych od siebie. Stąd też „uzdrowienie” w sensie duchowym ma wpływ na ciało i duszę. O „uzdrawianiu” możemy mówić również, gdy człowiek zmniejsza cierpienia ciała, odczuwając bliskość Boga i współbraci.

Sceptycy pytają, czy w naszych wspólnotach trzeba mówić o „mocy uzdrawiania”? Czy powinien być utrzymywany podział na zdrowych i „uzdrowionych” z jednej strony i chorych z drugiej strony? „Uzdrawiająca” społeczność to społeczność współpracująca, która działa wewnątrz siebie i na zewnątrz, wtedy gdy członek tej wspólnoty dzieli życie z innymi i pomaga im w potrzebie. Wspólnota powinna dbać, aby tam, gdzie trzeba, podkreślać „uzdrawiającą” siłę naszej chrześcijańskiej wiary.

Teolog Paul Tillich powiedział „religia bez siły uzdrawiającej nie może istnieć”. W życiu Chrystusa i w Jego otoczeniu siła uzdrawiająca wiary była bardzo widoczna. Później ludzie w poszukiwaniu sensu istnienia i poczucia bezpieczeństwa znajdowali je w wierze. W kontekście misji powołanie Kościoła jest często określane jako doświadczenie. I tak, zadanie misyjne jest osiągnięte, gdy człowiek doświadcza, że jego wiara ma jakiś związek z jego życiem i codziennie odczuwa bliskość Boga.

Według teologa Paula Zulehnera, nie chodzi o to, aby „wiele mówić”, ale o to, aby „stworzyć warunki”, w których „uzdrawiająca” moc wiary staje się widoczna. Takie podejście staje się coraz bardziej powszechne w naszych społecznościach, żeby tylko wspomnieć ruch hospicyjny, pomoc chorym na AIDS, telefon zaufania dla uzależnionych od narkotyków lub gotowych popełnić samobójstwo.

Co można zrobić, aby nadać sprawie wymiary praktyczne? Jak przygotować się w społeczności do światowej konferencji w roku 2005? Mówić o zdrowiu, trosce o zdrowie i „mocy uzdrawiającej” w szerokim tych słów znaczeniu. Organizować okrągłe stoły z przedstawicielami społeczności, diakonatu, misji oraz klasycznej i alternatywnej medycyny, w tym również ezoteryki. Wprowadzać temat „mocy uzdrawiającej” do roboczych dyskusji opartych o teksty biblijne i teologiczne oraz podstawowe teksty o „mocy uzdrawiania”, dyskusji popartej konkretnymi przykładami.

10 lat Fundacji Pomocy Humanitarnej

„Redemptoris Missio”

(dokończenie ze str. 12)

- Podpisanie umowy o współpracy z Caritas Polska, kwiecień 1999.
- Fundacja poparła swoim autorytetem starania Komisji Misyjnej Episkopatu Polski w Ministerstwie Zdrowia i u Kas Chorych o formalne objęcie pomocą lekarską misjonarzy przebywających w Polsce. Opieka kliniczna nad misjonarzami została zagwarantowana w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni i w Klinice Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych AM w Poznaniu, luty 2001.
- Podjęcie się przez Fundację finansowania budowy oraz utrzymania przychodni misyjnej w Kiabakari (Tanzania), sierpień 1999 i przekazanie wysiłków Fundacji w stworzeniu przychodni w darze Ojcu Świętemu, Janowi Pawłowi II, październik 2001.
- Pierwszy kurs organizowany przez Fundację i Klinikę Chorób Pasożytniczych AM w Poznaniu nt. „Opieka Zdrowotna w Tropiku”, lipiec 1999. Kursy kontynuowane są co roku; w każdym bierze udział ponad 40 lekarzy, pielęgniarek, studentów i misjonarzy.
- Wydanie pierwszego numeru Medicus Mundi Polonia, czerwiec 2001. Dotychczas wydanych jest 5 numerów tego kwartalnika.
- Oficjalne spotkanie fundatorów Fundacji z Prymasem Polski Kardynałem Józefem Glempem w Warszawie, sierpień 2001.
- Podpisanie wstępnego porozumienia o współpracy Fundacji z Komisją Misyjną Episkopatu Polski, kwiecień 2001 i z Akademią Medyczną w Poznaniu, kwiecień 2002.
- Inicjatywa zorganizowania wyprawy chirurgów do Republiki Środkowej Afryki, marzec 2002. Jest to pierwsza wyprawa grupy specjalistów do ośrodka misyjnego.

Z FUNDACJI:

10 lat Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”

Fundacja Redemptoris Missio została powołana w Poznaniu aktem notarialnym w dniu 28 maja 1992. Fundacja kontynuuje dziedzictwo Prof. Adama Wrzoska, kuratora Koła Misjologicznego przy Uniwersytecie Poznańskim, jest organizacją akademicką i profesjonalną, otwartą na dialog ekumeniczny, udziela pomocy swoim beneficjentom niezależnie od ich narodowości oraz przekonań religijnych. Fundacja prowadzi działalność statutową w zakresie (1) przygotowania lekarzy, pielęgniarek i misjonarzy do świadczenia pomocy medycznej w krajach rozwijających się; (2) organizowania pomocy medycznej i materialnej dla ośrodków misyjnych, oraz (3) propagowania wiedzy o pracy i osiągnięciach misjonarzy i lekarzy w krajach rozwijających się. Fundacja ma siedzibę na terenie Akademii Medycznej w Poznaniu i działa na terenie całego kraju. Pozycję Fundacji „Redemptoris Missio” jako świeckiego zaplecza dzieła misyjnego przedstawia diagram.

NAJWAŻNIEJSZE DATY W HISTORII FUNDACJI:

- I Tydzień Medycyny Tropikalnej organizowany przez Klinikę Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych AM w Poznaniu, wrzesień 1989. Do roku 1999 zorganizowano w AM w Poznaniu 7 Tygodni lub Dni Medycyny Tropikalnej.
- Wyjazd 6 studentów AM do wioski trędowatych w Puri (Indie) i ośrodka Matki Teresy w Kalkucie, wrzesień 1991. Od tego czasu 30 studentów wyjechało na letnie praktyki do ośrodków misyjnych.
- Współpraca z Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie, październik 1992 i zapoczątkowanie regularnych kursów z zakresu medycyny tropikalnej dla kandydatów na misjonarzy, październik 1993. Kursy są prowadzone corocznie.
- Wysłanie do Ojca Mariana Żelazka pierwszej paczki z pomocą humanitarną dla misji w Puri, listopad 1992. W ciągu 10 lat Fundacja przekazała misjom w 14 krajach pomoc materialną i finansową przekraczającą 500.000 złotych, nie licząc pomocy finansowej i materialnej dla Polaków poszkodowanych w czasie dwóch powodzi. Ponadto Fundacja była pośrednikiem w finansowym poparciu misji w Boliwii i w Zambii przez Medicus Mundi Switzerland oraz poszkodowanych powodzią w Polsce przez Action Medeor.
- Nawiązanie kontaktów z Medicus Mundi International (MMI) i Światową Organizacją Zdrowia, maj 1994.
- Wydanie pierwszego numeru Raportu – Biuletynu Informacyjnego Fundacji, wrzesień 1994. Dotychczas wydano 18 numerów Raportu.
- Poparcie starań o nadanie Wandzie Błęńskiej tytułu doktora honoris causa Akademii Medycznej w Poznaniu i równocześnie pierwszy koncert dla sympatyków Fundacji, październik 1994. Od tego czasu zorganizowano 7 koncertów w Auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Po raz pierwszy udział w czerwcowym spotkaniu z misjonarzami w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie i roz-

Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” jako ŚWIECKIE ZAPLECZE DZIEŁA MISYJNEGO



poczęcie w Centrum dorocznych seminariów na tematy medyczne, czerwiec 1998. Seminaria kontynuowane są co roku.

- Zorganizowanie wyjazdu pielęgniarki i lekarzy do ośrodków misyjnych w Indiach i Afryce, październik i listopad 1995. Do połowy roku 2002 do ośrodków misyjnych wyjechało 25 lekarzy i 4 pielęgniarki.
- Przejęcie patronatu nad Hospicjum dla chorych na AIDS w Chilanga (Zambia), luty 1996 i patronatu nad ośrodkami misyjnymi w Katondwe, Mpunde i Mpanshya (Zambia) oraz w Kaugia (Papua Nowa Gwinea) październik 1996.
- Fundacja otrzymuje status członka zrzeszonego w Medicus Mundi International (MMI), listopad 1997 i organizuje w Poznaniu spotkanie Rady MMI, czerwiec 2000.
- Zorganizowanie pierwszej wystawy Fundacji „Na indyjskiej ziemi...” poświęconej działalności Ojca Mariana Żelazka w Puri (Indie) czerwiec 1998; wystawa była prezentowana w wielu ośrodkach w Polsce i za granicą.

(dokończenie na str. 11)