

Sprawozdanie z wyjazdu do Tanzanii

Leszek Bartoszak

Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Wojciech Silny

Post Dermatol Alergol 2008; XXV, 6: 301–304

Afryka jest kontynentem budzącym rozmaite skojarzenia. Dla jednych Czarny Ląd stanowi bogate źródło doznań kulturowych i przyrodniczych, natomiast dla innych jest celem pomocy humanitarnej i wypraw misyjnych. Od 13 czerwca do 10 lipca 2008 r. miałem możliwość przebywania w Tanzanii – kraju Afryki Wschodniej. Jako lekarz wolontariusz przez 3 tyg. pracowałem w ośrodku zdrowia w Kiabakari, miejscowości położonej w odległości 20 km od brzegu Jeziora Wiktorii. Pozostały okres spędziłem w Arushy, pomagając członkom organizacji *Flying Medical Service* (FMS).

Tanzania liczy 39,4 mln mieszkańców. Jest krajem, na terenie którego położone są miejsca odwiedzane każdego roku przez tłumy turystów, takie jak Kilimandżaro, Park Narodowy Serengeti, plaże Zanzibaru czy wąwóz Olduvai, w którym odkryto najstarsze szczątki człowieka. Mimo rosnących dochodów z turystyki, stanowiącej obecnie najważniejszą gałąź tanzańskiej gospodarki, kraj ten należy do najbiedniejszych w Afryce. Produkt krajowy brutto wynosił w 2006 r. 660 dolarów na mieszkańca. Stabilność polityczna i bezpieczeństwo są czynnikami umożliwiającymi rozwój Tanzanii. Słabo rozwinięta infrastruktura, powszechna korupcja oraz brak dążenia ze strony władz do wprowadzania niezbędnych reform znacznie ograniczają jednak rozwój kraju.

Tanzania powstała w 1964 r. w wyniku połączenia Tanganiki – części kontynentalnej – z Zanzibarem – wyspą na Oceanie Indyjskim. Pierwszym prezydentem tego kraju został Julius Nyerere. Przez ponad 20 lat budował on ustrój oparty na własnej koncepcji tanzańskiego socjalizmu. Jedną z reform przeprowadzonych przez Nyererego było ustanowienie suahili językiem urzędowym. Osłabiło to pozycję języków plemiennych, zmniejszyło różnice między grupami etnicznymi i stało się podwalinami do budowy jednolitego społeczeństwa. Obecnie wydaje się jednak, że korzystniejsze byłoby ustanowienie urzędowym języka angielskiego na wzór sąsiedniej Kenii. Ułatwiłoby to nawiązywanie kontaktów gospodarczych z krajami zachodnimi oraz sprzyjało większemu rozwojowi turystyki.

Julius Nyerere jest jedną z najbardziej cenionych postaci w historii Tanzanii. Na uwagę zasługuje przywiązanie prezydenta do pracy na roli, którą wykonywał mimo piastowania najwyższej funkcji w państwie. Z postacią Juliusa Nyererego zapoznał mnie ksiądz misjonarz – Wojciech Kościelniak – proboszcz parafii rzymskokatolickiej w Kiabakarii, u którego miałem okazję gościć. Jest on postulatorem w procesie beatyfikacyjnym prezydenta Tanzanii. Jeżeli Watykan zezwoli lokalnemu Kościołowi na otoczenie Nyererego kultem, będzie on pierwszym błogostawionym pochodzącym z tego rejonu Afryki, a zarazem pierwszym beatyfikowanym politykiem wyznającym ideały socjalistyczne.

Do podstawowych celów postawionych przez Nyererego należała organizacja powszechnego i darmowego systemu ochrony zdrowia. Niestety, ciągłe problemy finansowe oraz niedostateczna liczba wykwalifikowanego personelu sprawiły, że założenia Nyererego dotyczące systemu opieki medycznej nie zostały spełnione.

Oficjalne raporty na temat stanu zdrowia mieszkańców Tanzanii pozostają w ścisłej korelacji z trudną sytuacją gospodarczą kraju (dane wg Światowej Organizacji Zdrowia). Średnia długość życia wynosi 47 lat u mężczyzn oraz 49 lat u kobiet. Śmiertelność wśród niemowląt wynosi 7,8%, a w odniesieniu do dzieci poniżej 5. roku życia 12,6%. Najczęstszymi przyczynami zgonu są AIDS (29%), infekcje dolnych dróg oddechowych (12%), malaria (10%) oraz biegunki (6%). Wirusem HIV zakażonych jest 8,8% osób w wieku 15.–49. roku życia. Na gruźlicę choruje 4,8/1000 osób. Trzydzieści osiem procent dzieci jest niedożywionych. Średni wskaźnik diety wynosi 4,9. W ośrodkach medycznych rodzi 39% kobiet zamieszkujących tereny wiejskie oraz 80% kobiet pochodzących z terenów zurbanizowanych. Jeden lekarz przypada na 50 tys. mieszkańców.

Na uwagę zasługuje fakt, że Tanzania jest jednym z pierwszych krajów afrykańskich, w którym wprowadzono ubezpieczenie zdrowotne – NHIF (*National Health Insurance Fund*, znany powszechnie jako *Bima ya Afya*).

Adres do korespondencji: lek. med. Leszek Bartoszak, Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań



Ryc. 1. Ośrodek zdrowia w Kiabakari



Ryc. 2. Ośrodek zdrowia w Kiabakari. Poczekalnia dla pacjentów

Mimo że jest to ubezpieczenie nieobowiązkowe, pracodawcy coraz częściej decydują się ubezpieczać pracowników. Ubezpieczenie zdrowotne traktowane jest bowiem jako element systemu motywacyjnego firmy. Składka stanowi 6% dochodów, niezależnie od ich wysokości. Opłacana jest w połowie przez pracodawcę i osobę zatrudnioną. Ubezpieczenie obejmuje pracownika, jego współmałżonka oraz czterech innych, dowolnie wybranych członków rodziny.

System opieki zdrowotnej w Tanzanii zakłada funkcjonowanie placówek medycznych należących do jednego z czterech stopni referencyjności. Placówką działającą na poziomie trzeciego stopnia jest ośrodek zdrowia w Kiabakari. Miałem możliwość pracować tam jako lekarz, zajmując się przede wszystkim chorobami skóry oraz problemami internistycznymi. Do Kiabakari przybyłem na zaproszenie dr Gabrieli Majkut – kierownika ośrodka.

Kiabakari jest niewielką wioską znajdującą się w rejonie Mara – północno-wschodniej części Tanzanii. Położone jest nieopodal szosy łączącej Musomę – najbliższe mia-

sto, liczące 150 tys. mieszkańców, oddalone od Kiabakari o 30 km – oraz Mwanzę – drugie co do wielkości miasto kraju, leżące nad Jeziorem Wiktorii, będące największym portem rybackim w Tanzanii. W okolicy odkrywano są coraz liczniejsze pokłady złota, a nieczynna od kilku lat kopalnia tego kruszcu znajduje się na terenie miejscowości i niedługo ponownie rozpocznie wydobycie.

W Kiabakari 31 grudnia 2007 r. oficjalnie otwarto ośrodek zdrowia z udziałem polskiego ambasadora – Wojciecha Bożka – oraz przedstawicieli tanzańskiego rządu. Ośrodek został wybudowany i wyposażony dzięki dotacji Ministerstwa Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polskiej w ramach programu *Polish aid*. Program ma na celu finansowanie projektów polskich organizacji zajmujących się pomocą dla krajów rozwijających się. Obecnie w ośrodku pracuje polski lekarz – kierownik placówki – oraz osoby miejscowe – felczer, laborant, dwie pielęgniarki, położna, rejestratorka medyczna oraz salowa. Placówka funkcjonuje przede wszystkim jako ambulatorium, jednak w razie potrzeby możliwa jest hospitalizacja chorych w jednym z dwóch oddziałów szpitalnych – męskim lub kobiecym. Pacjenci korzystający z usług świadczonych w ośrodku pokrywają częściowo koszty leczenia. Uniezależnia to przychodnię od finansowania wyłącznie ze źródeł zewnętrznych oraz wyrabia w pacjentach poczucie wartości świadczonych usług. Pobieranie symbolicznych opłat za świadczoną pomoc jest coraz powszechniejsze wśród organizacji charytatywnych działających na terenie krajów Trzeciego Świata.

Położenie geograficzne Kiabakari determinuje w znacznym stopniu styl życia mieszkańców wioski, a co za tym idzie – ich sytuację zdrowotną. Bezpośrednia bliskość Jeziora Wiktorii oraz powszechne zakładanie przy gospodarstwach domowych pól ryżowych powodują znaczną liczbę zachorowań na malarię. W ośrodku zdrowia w Kiabakari wykonuje się badanie krwi na obecność zarodźca malarii każdemu pacjentowi zgłaszającemu się z powodu gorączki, biegunki, bólu głowy lub brzucha oraz bólów stawowych. Koszt badania wynosi ok. 0,3 dolara. Spośród 1356 chorych, którzy prezentowali jeden z powyższych objawów, u 1036 zdiagnozowano zimnicę (dane statystyczne dotyczą pacjentów leczących się w przychodni od stycznia do czerwca 2008 r.).

Malaria jest szczególnie groźna dla najmłodszych dzieci oraz kobiet w ciąży, dlatego Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej Tanzanii (*Ministry of Health and Social Welfare – MOHSW*) wprowadziło i każdego roku udoskonala program profilaktyki, rozpowszechniający stosowanie moskitier w gospodarstwach domowych. Dzięki działaniom rządu częstość używania moskitier w ostatnich latach znacząco wzrosła, jednak nadal jest niewystarczająca. W 1999 r. 21% dzieci poniżej 5. roku życia spało pod moskitierami, a w 2005 r. liczba wzrosła do 36% (na podstawie danych MOHSW). Rządowy program zapobiegania malarii przewiduje ponadto darmową profilaktykę farmakologiczną u kobiet ciężarnych (aktualnie sto-

suje się sulfadoksynę i pyrimetaminę od drugiego trymestru ciąży) oraz okresowe wyposażanie państwowych aptek w bezpłatne leki dla pacjentów chorych na malarię. Niestety, efektywność darmowego rozprowadzania preparatów przeciwmalarycznych przez MOHSW jest bardzo niska. Powszechne jest zawłaszczanie leków przez pracowników państwowych placówek medycznych oraz sprzedawanie ich w aptekach prywatnych. Mimo że programy zdrowotne Tanzanii finansowane są w dużej mierze przez kraje świata zachodniego (42% budżetu Tanzanii w bieżącym roku stanowią dotacje z państw Europy, Ameryki Północnej i Azji), jedynie niewielka część pomocy medycznej trafia do potrzebujących.

Kolejnym problemem związanym z sąsiedztwem Jeziora Wiktorii są wśród mieszkańców Kiabakari zakażenia przywrą krwi (*Schistosoma haematobium* i *Schistosoma mansoni*). Rozwiązanie problemu stanowiąc może jedynie całkowita eradykacja słodkowodnego ślimaka, który jest żywicielem pośrednim pasożyta. Zakaz kontaktu z wodą jeziora jest bowiem niemożliwy do przestrzegania przez mieszkańców, ponieważ rybołówstwo stanowi główne źródło dochodu dla wielu rodzin tego rejonu. Zakażeniu przywrą sprzyja także niskie poczucie zagrożenia chorobą, mimo akcji propagandowych organizowanych przez MOHSW oraz liczne organizacje pozarządowe. Związane jest to ze specyfiką samej choroby, która przez długi czas – do kilkunastu lat – może nie dawać objawów klinicznych. Okres skórny – zmiany rumieniowe pojawiające się w miejscu wnikięcia cercarii – pozostaje najczęściej nierozpoznany z powodu trudności z zauważeniem wykwitów na czarnej skórze.

Pacjenci stosunkowo rzadko zgłaszają się do poradni w Kiabakari z problemami dermatologicznymi. Niektóre choroby, takie jak grzybica powierzchowna owłosionej skóry głowy czy paznokci, mimo rozpowszechnienia, zazwyczaj nie stanowią skargi głównej pacjenta leczącego się w ośrodku i często rozpoznawane są przypadkowo przez lekarza. Bieżąca woda doprowadzana rurociągiem do wioski z Jeziora Wiktorii zapewnia ponadto mieszkańcom wysoki poziom higieny i zmniejsza częstość występowania dermatoz zakaźnych. Niewielkie rozpowszechnienie schorzeń skóry w stosunku do innych chorób sprawia, że miejscowy personel medyczny nie ma wystarczającego doświadczenia w ich diagnozowaniu oraz leczeniu. Miałem możliwość rozpoznania atopowego zapalenia skóry u 7-letniej dziewczynki, która bezskutecznie szukała pomocy w placówkach opieki zdrowotnej, łącznie z ośrodkiem czwartego stopnia referencji w Musomie. Dziecko prezentowało zmiany wypryskowe w obrębie szyi, zgięć łokciowych i kolanowych z towarzyszącą wybitną lichenifikacją. Wśród dostępnych leków znajdujących się w aptece dziewczynka otrzymała klemastynę do stosowania doustnego oraz miejscowo maść betamethazonu.

W przypadku skóry najczęstszą dolegliwość, będącą powodem szukania pomocy medycznej przez pacjentów, stanowi świąd. Przyczyną tego objawu jest najczęściej zaka-



Ryc. 3. Laboratorium analityczne w ośrodku zdrowia w Kiabakari



Ryc. 4. Jeden z punktów pomocy medycznej obsługiwanej przez Flying Medical Service. Dystrykt Simanjiro

żenie świerzbowcem lub reakcja w odniesieniu do inwazji pasożytami jelitowymi. W celu wykrycia zakażenia pasożytami każdy pacjent zgłaszający się do ośrodka zdrowia zachęcany jest do wykonania badania kału. Koszt badania wynosi 0,2 dolara. Od stycznia do sierpnia 2008 r. przebadano 1092 próbki. Jedynie 320 z nich było wolnych od pasożytów. Najczęściej znajdowano: *Entamoeba histolytica*,



Ryc. 5. Autor artykułu podczas pracy w ramach *Flying Medical Service*

Ascaris lumbricoides, *Ancylostoma duodenale*/*Necator americanus*, *Giardia lamblia* i *Strongyloides stercoralis*.

Ze względu na rozprzestrzenienie prostytucji w rejonie Mara choroby weneryczne stanowią istotny problem zdrowotny mieszkańców Kiabakari. W ośrodku diagnozowane są wyłącznie zakażenia krętkiem bladym. Podczas badania ogólnego moczu przypadkowo rozpoznawane są także zakażenia rzęsistkiem pochwowym. Nie prowadzi się badań w odniesieniu do infekcji wirusem HIV. Ośrodek dysponuje sprzętem służącym do wykrywania przeciwciał przeciwko wirusowi metodą ELISA, jednak przeprowadzanie testów wymaga zgody MOHSW. Obecnie oczekuje się na wydanie pozwolenia.

W przypadku objawów świadczących o zapaleniu narządów miednicy mniejszej (ang. *pelvic inflammatory disease* – PID), takich jak bolesność podbrzusza lub wyciek z cewki moczowej czy pochwy, wytyczne MOHSW dla lekarzy i felczerów nakazują wdrożenie leczenia empirycznego. Stosuje się terapię kombinowaną, złożoną z ciprofloksacyny (przeciwko zakażeniu dwóinką rzeżączki), metronidazolu (przeciwko zakażeniu rzęsistkiem pochwowym) oraz doksycykliny (przeciwko zakażeniu chlamydią). Pacjentki otrzymują ponadto dodatkowo nystatynę w postaci globulek dopochwowych. Postępowanie takie ma na celu redukcję kosztów związanych z diagnostyką laboratoryjną zakażeń. Jest ono jednak dyskusyjne z powodu generowania trudnej do opanowania oporności na leki.

Na terenie Afryki Wschodniej ze względu na zbyt duże do pokonania odległości wielu chorych nie dociera do placówek opieki zdrowotnej. Pomoc medyczną można dostarczyć takim osobom drogą lotniczą. Jedną z organizacji zajmujących się transportem personelu medycznego, leków i szczepionek do miejscowości położonych na trudno dostępnych obszarach jest *Flying Medical Service*. Podczas pobytu w Tanzanii odbyłem kilkanaście lotów z członkami tej organizacji. *Flying Medical Service* zostało założone w 1983 r. przez Amerykanina – Pata

Pattena. Obecnie organizacja zrzesza 4 pilotów, którzy – startując z krajowego portu lotniczego w Arushy – docierają do masajskich wiosek. Warunkiem lądowania samolotu jest odpowiednie przygotowanie prowizorycznego pasa startowego przez miejscowych, polegające na ścięciu wysokiej trawy i krzewów. Badanie chorych przeprowadzane jest w lepiankach zbudowanych z gliny oraz gałęzi. Do każdej wioski pomoc dociera co 2 tyg. Spośród kilkudziesięciu osób oczekujących o wyznaczonej porze dnia przy pasie startowym znaczną część stanowią kobiety ciężarne oraz matki przybyłe z dziećmi w celu przeprowadzenia szczepień ochronnych i badań profilaktycznych. Kobiety ciężarne mają karty ciąży opracowane przez MOHSW, ułatwiające nadzór nad prawidłowym przebiegiem ciąży. W kartach rejestruje się wyniki badania fizykalnego, pomiaru ciśnienia tętniczego i obecności cukru w moczu (na podstawie testów paskowych). Odnotowuje się ponadto zastosowanie suplementacji kwasu foliowego, żelaza oraz wdrożenie profilaktyki przeciwmalarycznej. Według zaleceń MOHSW kobiety podczas ciąży powinny wykonać płatne badanie w kierunku zakażenia krętkiem bladym. Refundowane jest badanie ciężarnych w odniesieniu do infekcji wirusem HIV. Dodatni wynik testu na obecność wirusa jest wskazaniem do zastosowania terapii antyretrowirusowej u matki oraz noworodka.

Osobę pochodzącą z kraju rozwiniętego zaskakiwać mogą różnice kulturowe obserwowane wśród Masajów, wywierające wpływ na ich stan zdrowia. Jeden ze zwyczajów masajskich zezwala na współżycie mężczyzny z dowolną żoną innego członka plemienia. Ponadto wiek kobiet zachodzących w ciążę jest bardzo niski. Kobiety zachodzą w pierwszą ciążę często tuż po pojawieniu się fizjologicznej możliwości. Do rzadkości nie należą porody u dziewczynek 13–14-letnich. Problemem medycznym są też obfite krwawienia po porodach wynikające z tradycyjnego obrzezania kobiet.

Opieka zdrowotna w Tanzanii, odzwierciedlając stan gospodarki kraju, ciągle jest na niskim poziomie. Nie wydaje się, aby sytuacja w najbliższych latach miała się znacznie poprawić. Do dotychczasowych problemów zdrowotnych dołączają ostatnio choroby cywilizacyjne, kojarzone dotąd z krajami rozwiniętymi. Obserwuje się duży wzrost liczby zachorowań na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze i chorobę wieńcową. Związane jest to ze zmianą stylu życia mieszkańców polegającą na bezkrytycznym przyjmowaniu negatywnych postaw zdrowotnych typowych dla świata zachodniego. Duże koncerny spożywcze, mając na celu zdobycie jak największych wpływów na afrykańskim rynku, rozpowszechniają wysoko przetworzoną żywność oraz napoje słodzone. Produkty sprzedawane są w bardzo niskich cenach. Prowadzi to do sytuacji, w których butelka napoju coca-cola jest tańsza niż butelka wody mineralnej. Używane przez socjologów określenie *Coca-colonisation of Africa* – mimo dozy humoru – nakreśla problem, który z pewnością powinien znaleźć rozwiązanie.