

# Analiza zdarzeń medycznych misji medycznej w Monasao w Republice Środkowoafrykańskiej, na podstawie doświadczeń własnych

Medical events analysis of the medical mission in Monasao, Cental African Republic.

DOMINIK CHMIEL

*Wyższa Szkoła Rehabilitacji*

## Streszczenie

Wyjazd na misję medyczną, szczególnie pierwszą (choć nie do końca, bo przecież każda jest inna, w zależności od umiejscowienia i dookreślenia projektu), niesie za sobą ogromne wyzwanie organizacyjne i logistyczne. Analiza pobytu, w odniesieniu do czynności medycznych wykonywanych w jednostce ochrony zdrowia na misji medycznej w Monasao, ma dać cenną, bo przecież praktyczną bazę dla innych medyków przystępujących do podobnych projektów, w trudnych warunkach środowiskowych i organizacyjnych w zakresie szeroko rozumianego zdrowia.

**Słowa kluczowe:** medyk, ratownik medyczny, misja medyczna, medycyna i ratownictwo głuszy, Republika Środkowoafrykańska, Monaso

## Abstract

A trip on a medical mission, especially the first one (though not entirely, because each one is different, depending on the location and specification of the project), brings with it a huge organizational and logistical challenge. The analysis of the stay, in relation to the medical activities performed in the health care unit during the medical mission in Monasao, is to provide a valuable, because practical, basis for other physicians joining similar projects, in difficult environmental and organizational conditions in the field of broadly understood health.

**Key words:** Medic, paramedic, medical mission, medicine and wilderness rescue, Central African Republic, Monaso

---

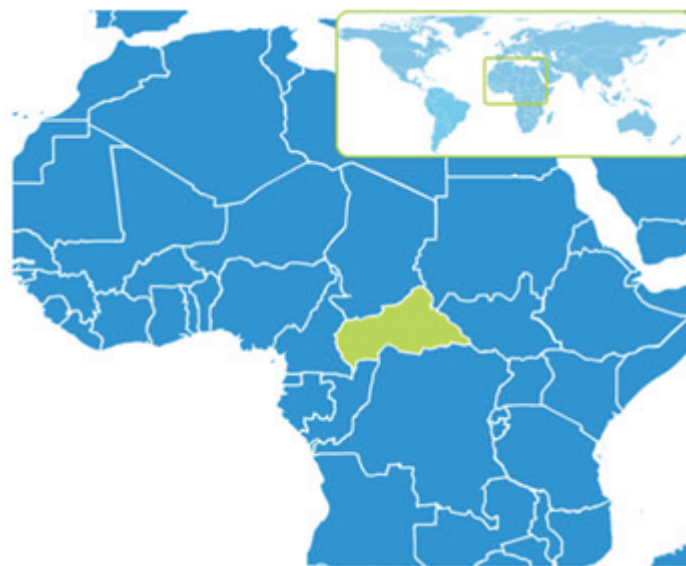
## Wstęp

Przygotowując się do pracy na misję medyczną w krajach trzeciego świata, młodzi „lekarze” często zastanawiają się z jakimi sytuacjami klinicznymi będą mieli do czynienia... Przygotowania merytoryczne i logistyczne stanowią istotny problem, szczególnie jeśli chodzi

o kraje odległe, gdzie dostęp do sprzętu, leków oraz pomocy i wsparcia z zewnątrz jest trudny, a czasami wręcz niemożliwy. Ponad wszelką wątpliwość różni się również sposób prowadzenia praktyki, co podyktowane jest miejscowymi warunkami.

Republika Środkowoafrykańska (RŚA, RCA) to państwo położone w środkowej części Afryki,

Dominik Chmiel



Rycina 1. Republika Środkowoafrykańska [5]

w dorzeczach rzek Konga i Szari. RŚA graniczy z Kamerunem, Czadem, Sudanem, Sudanem Południowym, Demokratyczną Republiką Kongo i Kongo.

Kraj położony jest na wyżynie Azande, która obniża się na północy w kierunku jeziora Czad, zmieniając się w płaskie, częściowo zabagnione tereny równinne. W rejonie północno-zachodnim wznosi się masyw Yadé, a na północnym wschodzie Bongo. Najniżej położonym punktem w krainie jest rzeka Ubangi (335 m n.p.m.), a najwyższą górą Ngaoui (1420 m n.p.m.). Na południu umiejscowione są wilgotne lasy równikowe zamieszkałe przez wiele gatunków małp (również przez goryle) oraz na północy trawiasta sawanna z krzakami i rzadko rosnącymi drzewami.

Republika Środkowoafrykańska ma trzy różne strefy klimatyczne: tropikalny sawannowy, tropikalny monsunowy, gorący półpustynny. Średnia temperatura waha się od 25–30 stopni Celsjusza. Dystrykt Nola, do którego należy wieś Monasao znajduje się w obszarze klimatu równikowego wilgotnego, gdzie występują na zmianę pory deszczowe i suche, co ma również wpływ na jednostki kliniczne obsługiwane w miejscowym Post de Sante.

Administracyjnie kraj podzielony jest na 14 prefektur: Bamingui-Bangoran (Ndélé),

Basse-Kotto (Mobaye), Haute-Kotto (Bria), Haut-Mbomou (Obo), Kémo (Sibut), Lobaye (Mbaïki), Mambéré-Kadéï (Berbérati), Mbomou (Bangassou), Nana-Mambéré (Bouar), Ombella-Mpoko (Bimbo), Ouaka (Bambari), Ouham (Bossangoa), Ouham-Pendé (Bozoum), Vakaga (Birao), oraz dwie prefektury ekonomiczne i okręg wydzielony w stolicy Bangi.

Populacja kraju zwiększyła się od czasu odzyskania niepodległości niemal pięciokrotnie, choć w rzeczywistości są to dane szacunkowe. Według władz w 2017 populacja liczyła ponad 5,6 mln mieszkańców, ale ze względu na kłopoty z dotarciem i policzeniem populacji, tak naprawdę nikt nie wie jaka jest naprawdę. Na ludność kraju składa się ponad 80 grup etnicznych, każda posługująca się własnym językiem. Do największych grup etnicznych należą: Banda, Gbaja, Sango, Ngbandi (w tym Yakoma), Manja, Fulani i Ngbaka. Największymi miastami są Bangi, Bouar, Bambari oraz Bimbo.

Opieka zdrowotna nad obywatelami pozostawia wiele do życzenia w RŚA. Jest znacznie niedofinansowana, brakuje wykwalifikowanego personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek, ratowników, fizjoterapeutów, farmaceutów), podstawowych leków, dostępu do nowoczesnych technologii medycznych i zabiegów. Brakuje również



Rycina 2. Konsultacja w jedynej klinice rehabilitacji w Bangui, stolicy RŚA (fot. Dominik Chmiel)

instytucji ochrony zdrowia z prawdziwego zdarzenia, na miarę XXI wieku. W stolicy Bangui działa uniwersytet z wydziałem zdrowia, lecz potrzeby kraju co do personelu medycznego są znacznie większe. W ogólnokrajowym systemie ochrony zdrowia funkcjonują placówki: szpitale, ośrodki rehabilitacyjne (jedynie w stolicy), Centre de Sante oraz Post de Sante na terenie całego kraju. Funkcjonują również prywatne placówki, prowadzone głównie przez organizacje religijne i misje, w których pracują często przyuczeni jedynie do zawodu pielęgniarki i pielęgniarki, lekarze tu to absolutna rzadkość, szczególnie w małych miejscowościach czy wsiach.

## Cel pracy

Celem pracy jest analiza przypadków klinicznych wynikających częściowo z istotnych warunków środowiskowych i lokalizacyjnych, tak, aby pokazać jak przygotować się logistycznie i organizacyjnie do podobnych projektów.

## Materiał i metoda

Podczas misji medycznej w Monasao (RŚA) w marcu i kwietniu 2021 roku, zgromadzono materiał analityczny dotyczący działań medycznych podczas pracy w miejscowym Post de Sante. Przedstawiany materiał pokazuje z jakimi przypadkami klinicznymi najczęściej mamy do czynienia w tej części świata. Daje nam to pogląd na niezbędne do tej pracy sprzęt diagnostyczny, zabiegowy, leki oraz inne środki i materiały medyczne, jak również obrazuje kształt praktyki medycznej. Przeanalizowano w tym aspekcie dane medyczne uzyskane przy przyjęciu chorych w określonym czasokresie.

## Problemy medyczne w Republice Środkowoafrykańskiej

Do głównych problemów medycznych Afryki należą:

- niedożywienie ilościowe i jakościowe,
- choroby tropikalne, głównie malaria,

Dominik Chmiel



Rycina 3. Konsylium personelu w Post de Sante w Monasao  
(fot. Dominik Chmiel)

- stany zapalne dróg oddechowych,
- choroby odpasożytnicze,
- porody powikłane,
- stomatologiczne,
- wypadki i urazy (np. postrzały, wypadki motocyklistów),
- toksyczne działanie flory i fauny (np. ukąszenia pająków, skorpionów, węży),
- choroby układu sercowo-naczyniowego i oddechowego np. nadciśnienie, zapalenie dróg oddechowych.

Katolicka misja w Monasao, bo dalej będzie o niej mowa, szczególnie w odniesieniu do prowadzonych projektów dotyczących ochrony zdrowia, leży w południowo-zachodniej części Republiki Środkowoafrykańskiej. W części Monasao leży Park Krajobrazowy. Główne plemiona mieszkające w obszarze wsi to Pigmeje, Gbaya, Bororo, Sangha-Sangha. Są też przedstawiciele innych grup etnicznych z różnych stron kraju, którzy osiedlili się tutaj w przeszłości z uwagi na istniejące kopalnie diamentów i złota.

Pigmeje Bayaka to plemię półkoczownicze, żyjące w lesie lub na jego skraju. Tradycyjnie osiedlają się oni w pobliżu wiosek ludności Bantu, co

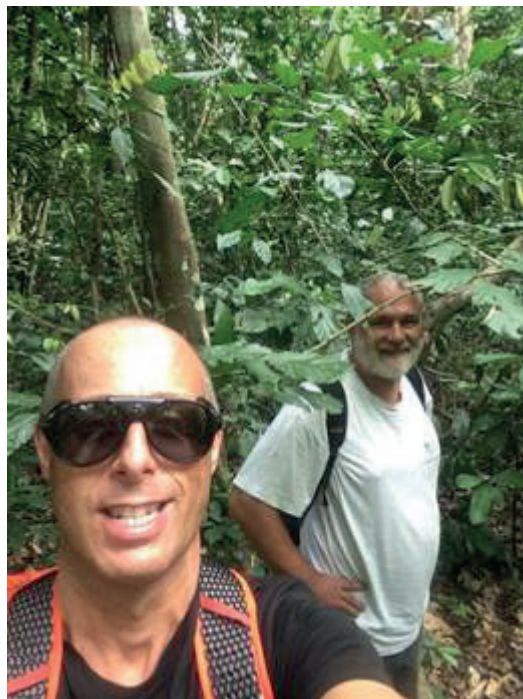
sprawia, że Pigmeje utrzymują z ludnością Bantu niekorzystne dla nich relacje zależności społecznej i ekonomicznej (głównie chodzi o pracę czy wymianę handlową). Często dochodzi do dyskryminacji i złego traktowania Pigmejów, gdyż Bantu spychają Pigmejów na margines społeczny.

W katolickiej misji Monasao, dzięki ewangelizacji i szeroko rozumianej posłudze misyjnej ludność Bantu nie ma dominującego wpływu na życie Pigmejów, którym dana jest całkowita swoboda w kreowaniu ich własnej rzeczywistości oraz podejmowaniu decyzji dotyczących życia w wiosce, gdyż jest to ich wioska.

W marcu i kwietniu 2021 roku, na zlecenie SMA (Stowarzyszenie Misji Afrykańskich) w Borzęcinie Dużym, we współpracy z Redemptoris Missio, z Poznania, we wsi Monasao, zrealizowano, pod kierownictwem proboszcza, ks. Wojciecha Luli, projekt medyczny, w którym wziąłem udział i przez dwa miesiące pracowałem w miejscowym Post de Sante oraz organizowałem formacje (szkolenia medyczne) dla miejscowego i okolicznego, jedynie przyuczonego personelu medycznego ośrodków ochrony zdrowia.

Analiza zdarzeń medycznych misji medycznej w Monasao w Republice Środkowoafrykańskiej...

---



Rycina 4. W leśnej głuszy z Proboszczem parafii w Monasao, misjonarzem o. Wojciechem Lułą  
(fot. Dominik Chmiel)



Rycina 5. Podczas wizyty w terenie wśród podopiecznych misji  
(fot. Dominik Chmiel)

Dominik Chmiel



Rycina 6. Z okolicznym personelem po szkoleniu w Monasao  
(fot. Dominik Chmiel)

Zgodnie z założeniami, ratownik medyczny posiada pełne przygotowanie merytoryczne, umiejętności praktyczne i kompetencje do pracy w warunkach przedszpitalnych oraz szpitalnych Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, zarówno w kraju, jak i poza jego granicami. Kwalifikacje polskich ratowników medycznych oraz pozostałych profesji medycznych, stanowią pokaźny zasób, możliwy do spożytkowania do pracy podczas misji medycznych w Afryce. Zabiega o to wiele fundacji organizujących pomoc medyczną w krajach trzeciego świata. Praca wymaga uzyskania pozwolenia z Ministerstwa Zdrowia, a często praktyka ratownika wychodzi poza ramy postępowania standardów stosowanych w polskim systemie ratownictwa medycznego. Ratownik medyczny w Afryce często wciela się w rolę lekarza, diagnosty, laboranta, położnej czy stomatologa. Zdarza się, iż musi przekroczyć swoje krajowe kompetencje na przykład o stosowanie antybiotykoterapii, leków przeciw parazytom czy chorobom tropikalnym lub zakaźnym, na co jest przyzwolenie w lokalnym systemie ochrony zdrowia, gdzie taki zakres postępowania wykorzystuje miejscowy przyuczony personel do zawodów pielęgniarza/pielęgniarki. Bez takiego postępowania wielu pacjentów nie miałoby szans na przeżycie. Dlatego istotnym jest właściwe

przygotowanie merytoryczne we własnym zakresie w wyżej wymienionych kierunkach.

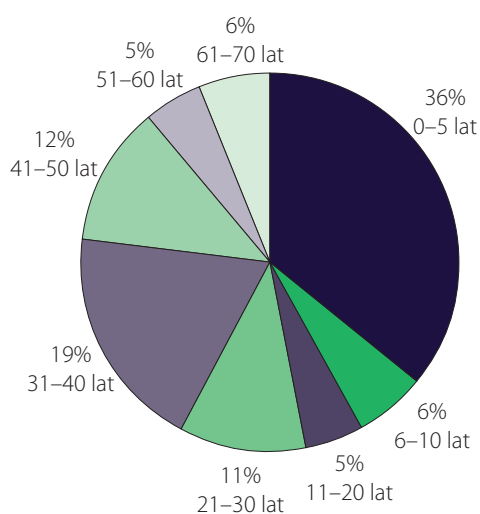
Afryka to obszar świata, gdzie pomoc medyków z Europy jest niezwykle potrzebna. W tamtejszych warunkach potrzeba nie tylko leków, środków medycznych, ale przede wszystkim wykwalifikowanego personelu medycznego oraz instruktorów praktycznej nauki zawodu, gdyż istniejący tam system kształcenia nie spełnia oczekiwań, a system ochrony zdrowia cierpi ogromne niedostatki personelu.

Na bazie własnych doświadczeń uzyskanych podczas misji medycznej w Republice Środkowoafrykańskiej, w Monasao, w 2021 roku, zostały opisane warunki pracy ratownika medycznego w głęsi i totalnej izolacji, bez możliwości wsparcia instytucjonalnego z zewnątrz i konsultacji, zdiagnozowane jednostki kliniczne oraz zastosowane leczenie.

Charakterystyka opisywanych i analizowanych sytuacji klinicznych daje możliwość medikom wybierającym się na misję do projektów medycznych, kompleksowego przygotowania się do pracy. Warto korzystać z doświadczeń innych osób w podobnych projektach, by móc wzbogacić swój warsztat pracy oraz przygotować się najlepiej jak to jest możliwe na najgorsze, co może spotkać nas w warunkach głęsi afrykańskiej.

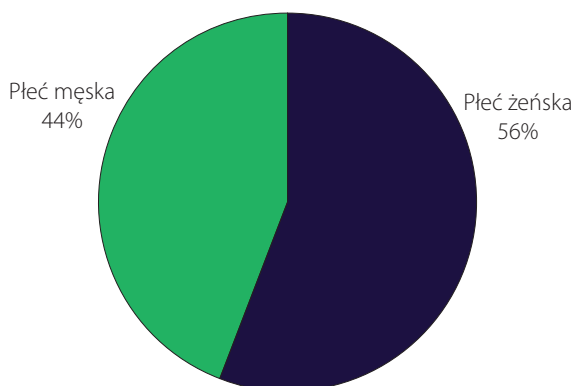
## Analiza zdarzeń medycznych misji medycznej w Monasao w Republice Środkowoafrykańskiej

W okresie prowadzenia badań w RŚA w terminie marzec/kwiecień 2021 przeprowadzono blisko 600 konsultacji medycznych i przebadano tyle samo pacjentów.



Rycina 7. Badani wg wieku – rozkład procentowy

Najczęstszymi pacjentami Post de Sante w Monasao, były dzieci do 5 roku życia (36%), następnie pacjenci w grupie 31-40 lat (19%), oraz 41-50 (12%). Pozostałe grupy wiekowe stanowiły mniejszy odsetek.



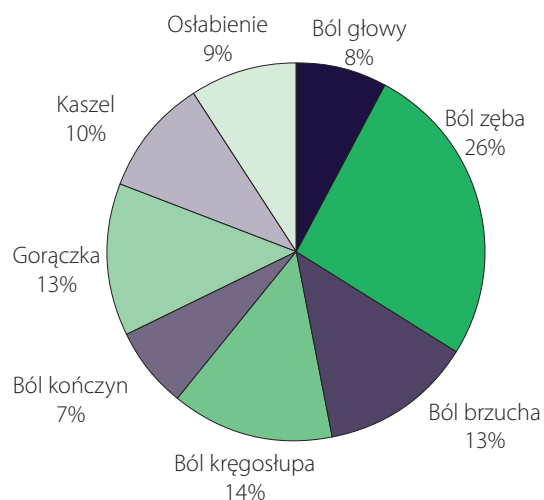
Rycina 8. Badani wg płci – rozkład procentowy

Częściej pacjentami Post de Sante były dziewczynki i kobiety. Płeć żeńska jak widać na powyższym schemacie stanowiła 56%.

## Dolegliwości bólowe

Najczęstszymi dolegliwościami w Monasao były bóle zębów i problemy stomatologiczne, bóle kręgosłupa, gorączka, bóle brzucha, kaszel, ogólne osłabienie i bóle głowy. Ponieważ możliwości diagnostyczne są tam bardzo ograniczone organizacja pomocy i leczenia polega na analizie symptomatologii, przeprowadzeniu wywiadu i badaniu podstawowych parametrów życiowych. Z badań diagnostycznych możliwych do wykonania na miejscu było badanie ciśnienia krwi, saturacji, pomiar glikemii, pomiar hemoglobiny, badanie mikrobiologiczne kału na obecność pasożytów, badanie krwi „na krzyżówkę”, badanie ogólne moczu. Na tyle pozwalały możliwości diagnostyczne i techniczne miejscowego gabinetu i laboratorium. W opisywanym okresie przyjęto blisko 600 pacjentów.

Bóle głowy to powszechna dolegliwość, jednak nie należy jej lekceważyć, ponieważ mogą być objawem poważnej choroby. Bóle głowy zlokalizowane w okolicy potylicy mogą na przykład wskazywać na nadciśnienie tętnicze lub migrenę czy odwodnienie.



Rycina 9. Zgłaszane dolegliwości – rozkład procentowy

Dominik Chmiel

---

Ból głowy może wystąpić jako choroba pierwotna lub objaw wtórny do innych zaburzeń. Można wyróżnić co najmniej kilka rodzajów bólu głowy – w zależności od ich lokalizacji lub specyficznych objawów. Zdecydowanie najczęściej pacjenci zgłaszają tzw. napięciowe bóle głowy.

Czynnikami, które mogą powodować bóle głowy są: brak snu, przemęczenie, głód (!), niewygodna pozycja powodująca napięcie mięśni, stres i emocje. Stres inicjuje proces produkcji określonych hormonów, m.in. katecholamin i kortyzolu, pod wpływem których zwiększa się napięcie mięśni, co przyspiesza akcję serca a następnie powoduje wzrost ciśnienia tętniczego. Reakcją obronną organizmu jest wówczas rozszerzanie naczyń krwionośnych, dzięki czemu ciśnienie obniża się i zmniejsza się wtedy zagrożenie np. wylewem. Jednak rozszerzone naczynia często wywołują ból głowy. Po przeprowadzonym wywiadzie i badaniu klinicznym (również neurologicznym), należy zastosować leczenie przyczynowe oraz przeciwbólowe np. paracetam, ibuprofen, kwas acetylosalicylowy. Ale sięgając po nie za często może dojść do uzależnienia i w konsekwencji do polekowego bólu głowy [1–3].

Ból zęba to powszechna, częsta dolegliwość w Afryce, której nie należy lekceważyć, zwłaszcza jeśli pojawia się coraz częściej, a ból nie obniża się. Należy przede wszystkim rozpoznać jego przyczynę, a często obok leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych jedynym rozwiązaniem w tym przypadku jest ekstrakcja zęba.

Ból zęba jest bardzo dokuczliwą dolegliwością. Nie należy go ignorować. Sam ból można uśmierzyc za pomocą środków przeciwbólowych. Ból zęba może mieć łagodną postać, ale może również mieć niestety ostry charakter. Wówczas pacjent odczuwa duży dyskomfort i nieprzyjemne pulsowanie. Silny ból zęba nie występuje bez powodu i zazwyczaj wskazuje na nieodpowiednią higienę uzębienia oraz długie zaniedbania. Rozwijający się stan zapalny zęba może prowadzić do zainfekowania zatok, a nawet infekcji mięśnia sercowego.

Ból zęba z powodu próchnicy pojawia się, gdy ubytki w zębinie odsłaniają miazgę zęba znajdującą się w środku, która będąc bardzo wrażliwą pod wpływem spożywanych pokarmów i płynów zaczyna boleć. Zaawansowana próchnica może powodować bardzo dotkliwy ból, ponieważ przez

cały czas miazga jest drażniona, aż w końcu dochodzi do jej stanu zapalnego.

Ropień pojawia się przy zapaleniu miazgi, czego następstwem jest wówczas odczuwalny silny ból zęba. Rozprzestrzeniające się zapalenie w zębie może przechodzić na okostną, która pokrywa wszystkie kości m.in. kości szczęki oraz żuchwy. Zapalenie okostnej pojawia się w chorobie dziąseł, a nieleczone powoduje rozkład i obumarcie miazgi zęba. Leczenie zapalenia polega na podawaniu antybiotyków, a następnie leczeniu kanałowym. Jeżeli ząb jest bardzo zniszczony i nie da się go uratować – należy go usunąć.

Problemy stomatologiczne były najczęstszą dolegliwością, z którą zgłaszali się do przychodni pacjenci. Wiedza w zakresie znajomości podstaw stomatologii i prowizorycznego zabezpieczenia pacjenta, jest z punktu widzenia praktyki szalenie ważna. Warto podkreślić, iż to prowizoryczne zaopiekowanie pacjentem w Afryce jest niestety jedyne wdrożeniem bardzo prostych technik dentystrycznych[2, 3].

Bóle brzucha oraz niezbyt żołądka i jelit mogą wskazywać na częste w tym rejonie świata stany zapalne żołądka oraz dur brzuszny. Połączone z wymiotami, biegunką i ogólnym rozbiciem mogą być powodowane przez pasożyty umiejscowione w przewodzie pokarmowym i wymagają leków przeciw pasożytniczych (np. albendazol), leków przeciwskurczowych oraz przeciwbólowych. Objawy towarzyszące jak wymioty i biegunka w tej części świata stwarzają duże ryzyko odwodnienia, gdzie konieczne jest suplementowanie elektrolitów i płynów. Bóle brzucha to trzecia w kolejności dolegliwości pacjentów misji medycznej w Monasao.

Bóle kręgosłupa, bóle kończyn są najczęściej wynikiem przeciążenia siłowego, ale również są to dolegliwości spowodowane wiekiem, zwyrodnieniami oraz wypadkami[2,3].

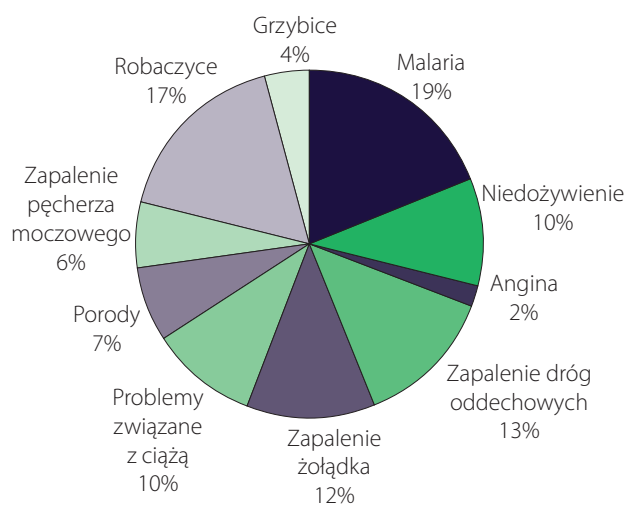
W rzeczywistości w Afryce oprócz podaży leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych oraz czasowego odciążenia i unieruchomienia, w zasadzie nie ma możliwości udzielenia innej pomocy, często nie ma nawet możliwości przeprowadzenia dokładniejszej diagnostyki np. zdjęcia RTG. To druga najczęściej występująca dolegliwość z jaką zgłaszała się do Post de Sante miejscowa ludność.



## Najczęstsze infekcje

Gorączka to podwyższenie ciepłoty ciała często spowodowane zakażeniem (wirusowym lub bakteryjnym). W warunkach buszu afrykańskiego tego rodzaju problem medyczny należy traktować jako gorączkę nieznanego pochodzenia i wówczas należy zastosować środki przeciwgorączkowe oraz odpowiednie nawodnienie. Hipertermia może być również powodowana przegrzaniem organizmu, na co wskazują często informacje z wywiadu chorobowego, prowadzonego z pacjentem. W tej sytuacji środki przeciwgorączkowe nie są wskazane, a jedynie najbardziej właściwym postępowaniem jest odpowiednie schładzanie (do temperatury fizjologicznej) oraz nawodnienie.

Kaszel jest powszechnie występującym objawem związanym z zakażeniem dróg oddechowych. Leczenie kaszlu zależy od przyczyny. Na przykład kaszel astmatyczny wymaga odpowiedniej terapii samej choroby podstawowej. W przypadku zakażenia dróg oddechowych (najczęściej wirusowego), pomocne może być zastosowanie leków wykrztuśnych lub przeciwkaszlowych [1–4].



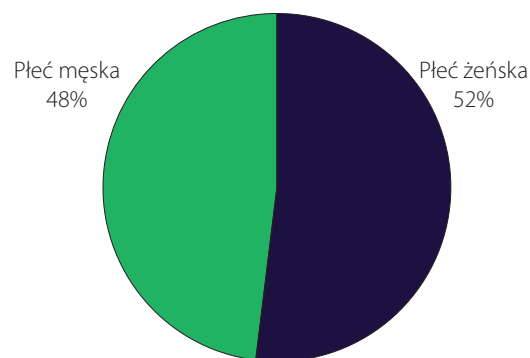
Rycina 10. Diagnozy – rozkład procentowy

Oslabienie organizmu często pojawia się jako skutek przebytej choroby – grypy, anginy czy innych infekcji wirusowych czy bakteryjnych.

Przyczyną osłabienia może być też niezdiagnozowana alergja pokarmowa bądź nietolerancja pokarmowa, która pojawia się po zjedzeniu danego pokarmu, które są szkodliwe dla organizmu. Osłabienie organizmu w tym wypadku jest reakcją na stan zapalny. Osłabienie pojawia się także jako wynik zatrucia pokarmowego, gdy organizm jest dodatkowo odwodniony i zmęczony biegunką czy wymiotami. W Afryce przyczyną osłabienia mogą być też niedobory witamin i składników mineralnych. Mowa tutaj między innymi o niedoborze witamin z grupy B, kwasu foliowego czy żelaza. Dodatkowo utrata siły mięśniowej pojawia się również, gdy osoba od dłuższego czasu się głodzi. Osłabieniu organizmowi w tym przypadku towarzyszą często bóle i zawroty głowy [2, 3].

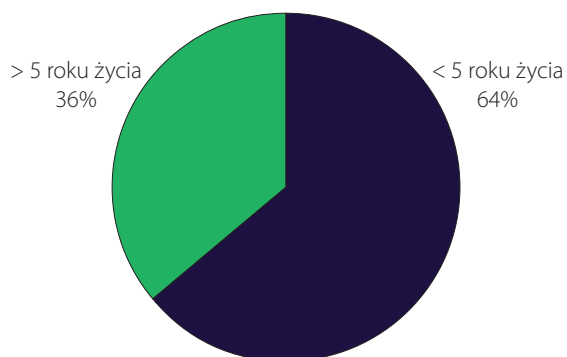
## Malaria

Kolejną jednostką chorobową – specyficzną dla tego rejonu jest malaria. Powodowana jednym z czterech mikroskopijnych pierwotniaków: *plasmodium falciparum*, *p. vivax*, *p. malariae*, *p. ovale*, przenoszonych przez komary. W Afryce problem malarii jest częstą jednostką kliniczną (blisko co piąty pacjent), którą diagnozuje się testami kasetkowymi u każdego pacjenta pojawiającego się w Post de Sante, co ułatwia dalsze leczenie pacjentów. Malarię należy brać pod uwagę u każdego pacjenta z gorączką i objawami grypopodobnymi. Malaria była najczęstszym problemem medycznym, z którym zgłaszali się pacjenci stanowiącym jednocześnie dodatkowe obciążenie w porze deszczowej.

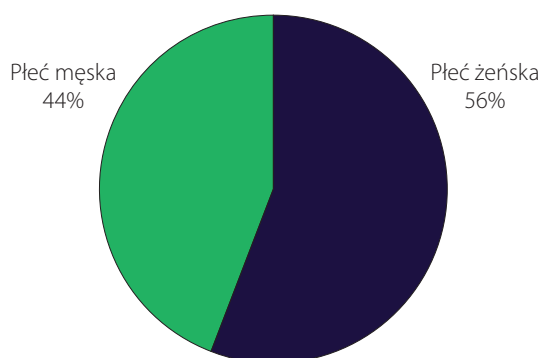


Rycina 11. Malaria wg płci – rozkład procentowy

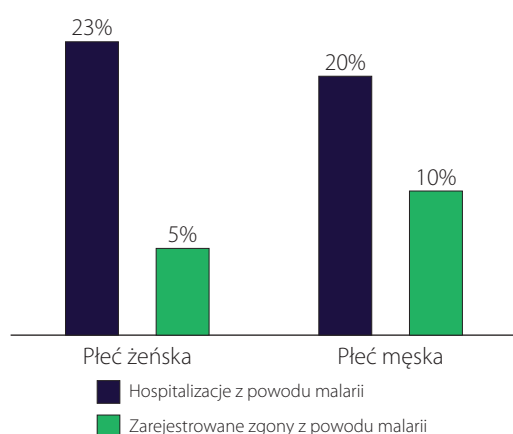
Dominik Chmiel



Rycina 12. Malaria wg wieku – rozkład procentowy



Rycina 13. Hospitalizacje z powodu malarii wg płci – rozkład procentowy



Rycina 14. Hospitalizacje i zgony z powodu malarii wg płci – rozkład procentowy

Tak jak widać na powyższych diagramach, w analizowanym okresie, odnotowano przypadki malarii wśród 52% płci żeńskiej oraz 48 % płci męskiej. Zatem zachorowania na tę jednostkę chorobową odnotowywano nieznacznie częściej u płci żeńskiej niż męskiej. Większą dysproporcję

zauważono natomiast w kontekście wieku. Znacznie częściej pacjentami konsultowanymi i podejrzanymi o zachorowanie na malarię były osoby poniżej 5 roku życia (na 306 konsultacji – 187 osoby). Pozostałe 119 osób, stanowiła grupa pacjentów mających więcej niż 5 lat. O ile konsultacji wśród małych dzieci było mniej, z analizy wynika, że stwierdzonych przypadków w tej grupie wiekowej było więcej. Zdiagnozowano 27 przypadków co stanowiło 64%, w porównaniu do starszych pacjentów (15 przypadków co stanowiło 36%).

Jeżeli chodzi o hospitalizację czy zgony z powodu malarii nie zauważono istotnych różnic wśród badanych grup pacjentów.

Angina to ostre zapalenie migdałków podniebiennych i błony śluzowej gardła, które może być wywołane przez bakterie, wirusy lub grzyby. Daje początkowo objawy podobne do niegroźnych infekcji górnych dróg oddechowych: ból gardła, łamanie w kościach, katar, podwyższona temperatura. Objawy są dość charakterystyczne, a leczenie antybiotykiem to często konieczność.

W przebiegu anginy często występują gorączka i ból gardła, który utrudnia przełykanie nawet przełykanie śliny. Anginie nie zawsze towarzyszy biały nalot na migdałkach (najczęściej tak nie jest). Na początku, gdy angina dopiero zaczyna się rozwijać, podczas badania widoczny jest obrzęk, przekrwienie i rozpulchnienie migdałków podniebiennych oraz otaczających je błon śluzowych.

Anginę najczęściej wywołują paciorkowce, a wtedy przyjmowanie antybiotyku (głównie penicyliny) jest w pełni uzasadnione. Ponadto należy podawać choremu leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe oraz środki miejscowo odkażające w postaci tabletek do ssania bądź roztworów do płukania gardła. Jeżeli węzły chłonne szyi są powiększone i bolą, pomoc mogą ciepłe, suche okłady na szyję. W takich przypadkach uzasadnione jest nawadnianie pacjenta i zalecenie mu leżenia oraz izolację chorego, by ograniczyć zarażanie innych. Najczęściej spotykanym powikłaniem nieleczzonej lub niedoleczonej anginy jest zapalenie ucha środkowego. Objawia się ono silnym, kłującym bólem ucha, czasową utratą słuchu, gromadzeniem się płynu oraz gorączką. Bardzo poważnym powikłaniem

## Analiza zdarzeń medycznych misji medycznej w Monasao w Republice Środkowoafrykańskiej...

nieleczonej anginy jest ropień okołomigdałkowy[1–4].

Zapalenia dróg oddechowych w Afryce występują dość często, szczególnie w porze deszczowej. Powodowane są bakteriami i wirusami, ale także wdychaniem wszechobecnego dymu ogniska, które stanowi główne źródło światła i ciepła w nocy. Ciemności, w analizowanym okresie w Monasao zapadają już około godziny 18. Gospodarstwa rozlokowane są w bliskiej odległości od siebie.

Zapalenie żołądka powodowane jest często wniknięciem toksyny do układu pokarmowego i w Afryce są częstą przypadłością (tu czwarta w kolejności).

Problemy związane z ciążą, z którymi zgłaszały się pacjentki z Monasao to plamienia, bóle brzucha, zapalenie pęcherza moczowego, nudności i wymioty, czyli te charakterystyczne dla tego okresu[2, 3].

Porody w Afryce najczęściej odbywają się w domu. Kobiety rodzą same. Kiedy jednak pojawiają się problemy szukają pomocy w najbliższych Post lub Centre de Sante. Problem w tych warunkach stanowią tak zwane porody powikłane np. pośladowy, wypadnięcie pępowiny, czy też zadziergnięcie sznurem pępowinowym. Wyżej wymienione problemy są potencjalnym wskazaniem do wykonania histerektomii ratunkowej i pilnej ewakuacji dziecka, co w tych warunkach geograficznych jest bardzo trudne do wykonania.

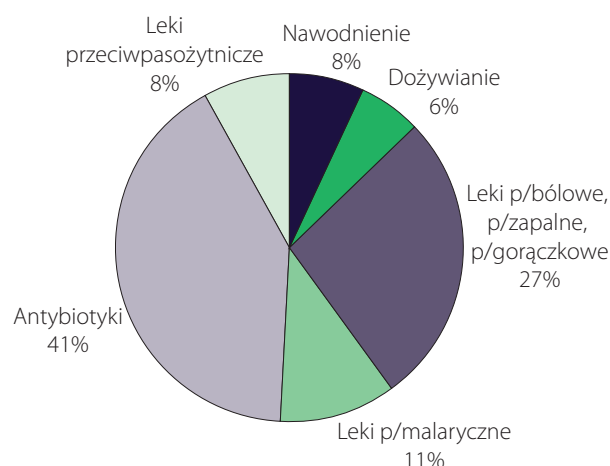
Zapalenie pęcherza moczowego (stanowiącego większość przypadków zakażenia układu moczowego), spotyka się często u dzieci i kobiet. Głównie z powodu krótkiej cewki moczowej. Najczęściej to zakażenia bakteryjne wymagające antybiotykoterapii. Problem dotyczy również mężczyzn w zaawansowanym wieku z cechami wyraźnego zapalenia gruczołu krokowego[2, 3].

## Robaczyce i grzybice

Robaczyce są powszechną przypadłością w Afryce ze względu na spartańskie warunki sanitarno-epidemiologiczne i klimat. Trzy najpopularniejsze choroby odpasożytne, którymi można się zarażać to owsica, glistnica i toksokaroza, ale również

lamblioza i tasiemczyca. Chorobę w warunkach afrykańskich wykrywa się na podstawie objawów charakterystycznych oraz badania mikroskopowego kału na obecność pasożytów. Robaczyce są drugą w kolejności jednostką kliniczną, z którą zgłaszają się Afrykańczycy Monasao w analizowanym okresie[2, 3].

Grzybice lokalizowane były w rejonie jamy ustnej i gardła (głównie u dzieci), pochwy u kobiet oraz skóry. Jest to dostrzegalny problem praktyki w Monasao, jednak plasuje się na dole problemów medycznych, które diagnozowane były w Post de Sante w Monasao.



Rycina 15. Sposób leczenia – rozkład procentowy

## Problem odżywiania i nawodnienia

Niedożywienie i głód to jedne z poważniejszych problemów wpływających na ogólny stan zdrowia ludności Republiki Środkowoafrykańskiej. Dotyczy zarówno dzieci jak i osób dorosłych. W katolickiej misji medycznej od 8 lat prowadzony jest monitoring tego problemu oraz akcja masowego dożywiania. Każdy pacjent Post de Sante jest ważony i mierzony oraz diagnozowany na podstawie siatki centylowej. W przypadku stwierdzenia znacznej niedowagi pacjenci kierowani są do programu dożywiania. Według analizy księgi głównej Post de Sante niedożywienie to piąty w kolejności problem, z powodu którego zgłaszają się chorzy, przy współistniejącym innym problemie medycznym.

Dominik Chmiel

Nawodnienie w medycynie głuszy jest bardzo ważnym postępowaniem. Zawsze należy pamiętać, iż odwodnienie może stanowić samą w sobie przyczynę poważnego zachorowania, ale również nasila objawy wielu schorzeń przewlekłych i stanów nabytych takich jak wyczerpania cieplnego, czy udarów [2–3].

Zdarza się, że medycy często pomijają czynnik odwodnienia jako przyczynę stanu chorobowego, a przecież może on doprowadzać do poważnych zaburzeń funkcjonowania i w głuszy jest stanem dość powszechnym.

Głównym preparatem stosowanym w odwodnieniu doustnym, stosowanym w praktyce był preparat SRO (*Sels de Rehydratation Orale*), oraz dożylnie kroplowe wlewy takie jak sól fizjologiczna oraz płyn wieloelektrolitowy.

W organizmie odwodnieniu często towarzyszą również zaburzenia elektrolitowe. Poważnym problemem głuszy jest często niedobór sodu we krwi, który objawia się dodatkowo kurczami mięśni, zaburzeniami świadomości, a te są szczególnie niebezpieczne.

W pokarmach zawarte są, niezbędne dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania organizmu, składniki odżywcze takie, jak węglowodany, białka, tłuszcze, minerały i witaminy. Każde z nich zawiera określoną ilość jednostek energetycznych i metabolizuje się w określony sposób. Tłuszcze zawierają największą ilość kalorii. Węglowodany są na drugim miejscu, na końcu są białka.

Zdrowy organizm to magazyn energii 1 200 kcal węglowodanów, 24 000 kcal białka i 135 000 kcal tłuszczów. W warunkach głuszy głównym celem żywienia jest utrzymanie w organizmie odpowiedniego poziomu glikemii, które minimalizują ryzyko wystąpienia katabolizmu i odwodnienia, a tym samym dają możliwość właściwego funkcjonowania. Idealna dieta, przy odpowiedniej ilości wody to tłuszcze i węglowodany. Tłuszcze mają sporo kalorii, a organizm potrzebuje dużo czasu, by je przetworzyć na cukry proste i glukozę, aby wytworzyć energię tak niezbędną do życia [2, 3].

W Afryce poważnym problemem, wpływającym na poziom zdrowia i przebieg chorób, jest głód oraz niedożywienie. Każdy pacjent

przybywający do Post lub Centre de Sante jest badany w kierunku niedożywienia i w sytuacji jego stwierdzenia kierowany do programu doustnego dożywiania zbilansowanymi preparatami.

Leki stosowane w Monasao:

- Leki przeciwbólowe, przeciwzapalne oraz przeciwgorączkowe, stosowane w Post de Sante w Monasao to głównie kwas acetylosalicylowy, paracetamol oraz metamizol.
- Leki przeciwmalaryczne stosowane w praktyce Post de Sante w Monasao to głównie artesunat, artemeter i chlorchinina.
- Antybiotyki jakimi dysponował w analizowanym okresie Poste de Sante w Monasao to penicyliny (ampicylina, amoksycyklina), cefalosporyna (ceftriakson), aminoglikozyd (streptomycyna), tetracyklina (doksycyklina), makrolidy (erytromycyna, azytromycyna).
- Leki przeciw parazytom, dostępne w afrykańskiej głuszy, to głównie albendazol i mebendazol.

Udzielanie pomocy medycznej na odludziu w warunkach głuszy to nie lada wyzwanie. Ocena stanu klinicznego, kwestie związane z bezpieczeństwem, ekstremalnymi warunkami pogodowymi, świadomość konieczności przeprowadzenia ewakuacji, problemy z komunikacją oraz ze znalezieniem odpowiedniego schronienia to istotne kwestie, z którymi musi mierzyć się medyk pracujący w głuszy. Na odludziu nie możemy liczyć na konsultację specjalistyczną, ambulans ratunkowy, ani żadną inną pomoc dostępną na terenach ucywilizowanych, gdzie pacjent zostałby natychmiast przetransportowany do szpitala na specjalistyczne konsultacje i leczenie. W głuszy cała odpowiedzialność za zdrowie i życie chorego ciąży na medyku udzielającym pomocy. Bez specjalistycznego sprzętu diagnostycznego, leków oraz w ekstremalnych warunkach środowiskowych mimo wszystko należy pamiętać o swoim bezpieczeństwie, zespołu i pacjenta. Aby podjąć właściwe decyzje terapeutyczne dotyczące opieki nad chorym należy uzyskać rzetelne informacje, które możemy zdobyć podczas oceny stanu zdrowia pacjenta, a to stanowi podstawę dalszego działania.

## Analiza zdarzeń medycznych misji medycznej w Monasao w Republice Środkowoafrykańskiej...

W trudnych warunkach głuszy sztuką jest określenie priorytetów przetrwania nie tylko dla chorego ale również zespołu medycznego. Ważne jest również określenie „piramidy potrzeb” i zapewnienie ich na tyle na ile jest to możliwe. Do najważniejszych jej elementów należą: możliwość transportu i ewakuacji do miejsca, gdzie udzielenie pomocy jest bezpieczniejsze oraz gdzie możliwości diagnostyczno-terapeutyczne są większe, zadbanie o podstawy związane z fizjologią (nawodnienie, wyżywienie, adekwatne warunki dotyczące utrzymania fizjologicznego ucieplenia), zapewnienie możliwości komunikacyjnych w zespole i poza nim (z pacjentem), schronienie oraz zadbanie o morale i pozytywne nastawienie zespołu i pacjenta w kontekście prowadzonego procesu diagnostyczno-leczniczego. Ważne są również: przygotowanie fizyczne, mentalne i emocjonalne, przygotowanie zaplecza materiałowego i wariantów scenariuszy ratunkowych w sytuacji kryzysowej oraz przygotowanie duchowe. Świadomość, że jest „ktoś”, kto nad nami czuwa jest potężną siłą, która pobudza dar pozytywnego i holistycznego postrzegania bieżącej sytuacji.

W głuszy obowiązują twarde prawa przeżycia..., nie tylko pacjenta ale również narażającego się na liczne niebezpieczeństwa zespołu. Warto wobec tego mieć na uwadze zasadę, że jeśli wpadniemy w panikę możemy być martwi w 3 do 4 sekund, jeśli zabraknie ci tlenu, możesz być martwy w ciągu 3–4 minut, jeśli zabraknie ci schronienia możesz stracić życie w ciągu 3 do 4 godzin, jeśli zabraknie ci wody możesz być martwy w ciągu 3 do 4 dni, jeśli zabraknie ci pożywienia możesz być martwy w ciągu 3 do 4 tygodni, jeśli rozpadnie się zespół możesz być martwy w ciągu 3 do 4 miesięcy lub tygodni, dni, godzin lub minut...

Poważne stany i zachorowania w warunkach afrykańskiej głuszy zdarzają się często. System opieki instytucjonalnej Afryki nie zapewnia nowoczesnej i kompleksowej pomocy, co starają się skompensować wolontariusze misji medycznych z całego świata. Implementacja standardów europejskich, co do diagnostyki oraz postępowania medycznego, nie jest możliwa do wprowadzenia w Afryce, ze względu na istotne ograniczenia dostępu do nowoczesnego sprzętu, wykwalifikowanego personelu czy ośrodków specjalistycznych.

## Piśmiennictwo

1. Auerbach PS. Kompas. Poradnik postępowania medycznego w warunkach ekstremalnych. Warszawa: Medipage, 2020.
2. Clinical guidelines. Diagnosis and treatment manual. Medicine sans frontieres, 2013.
3. Dane konsultacyjne z Księgi Głównej Post de Sante w Monasao.
4. Ngore Gali Celestin. Des maladies en Afrique. Afriquespoir 2018; 81.
5. Republika Środkowoafrykańska. <http://www.swiatpodroznikow.pl/kraje/147>,dostęp [25.01.2022]