

Bericht über den Kongo-Einsatz vom 30.11.16 bis zum 16.12.16

Dr. Emmanouilidis

Um 04:00 Uhr in der Früh holte Herr Willi Placke uns (Dr. Egbert Schlüter, Schwester Heike Arfaly und mich) ab und brachte uns dankenswerterweise zum Flughafen in Hannover. Dort trafen wir uns mit dem Medizintechniker Herrn Jürgen Strauss.

Kurz vor dem Boarding in Brüssel bemerkte ich, dass ich nicht den Pass mit dem Kongovisum mitgenommen hatte, sondern einen anderen, der eine Seitenmarkierung hatte. Ich konnte also nicht mit an Bord gehen.

Die drei Teamkollegen flogen ab in den Kongo, und ich konnte erst am nächsten Tag folgen, nachdem Herr Schlichting den richtigen Pass mit dem Kongovisum zuhause abgeholt und zu mir nach Brüssel gebracht hatte. (Danke an Herrn Schlichting!)

Einen Weiterflug von Kinshasa nach Kikwit gab es nicht - deshalb musste ich mit dem Bus fahren.

Diese Busfahrt dauerte 14:30 Stunden statt 7-8 wie sonst. Der erste klimatisierte Bus war voll besetzt, und da es viele Passagiere waren, wurde kurzer Hand ein zweiter, sehr alter Bus, dessen drei Türen die ganze Fahrt offen blieben, weil sie kaputt waren, eingesetzt. **Fotos 1+2.** Er war proppenvoll, sodass man sich im Bus nicht bewegen konnte. Der alter Tata-Motor war sehr laut, kraftlos, er fuhr maximal 65 Km/Std. Und bei leichtem bergauf schaffte er es nur im ersten Gang, sich fort zu bewegen. Gegen 23:30 Uhr erreichten wir schließlich erschöpft Kikwit.



1. offene Tür vorne mit morschem Strick festgehalten



2. Schweissnähte überall, dennoch klapperte es ständig

Am Samstag, den 3.12.16 früh, fuhren wir zum Hospital. Dort warteten 70 registrierte Kinder auf uns. Diese habe ich untersucht und einige davon in den Op-Plan aufgenommen **Foto 3**.



3.

Die anderen Teammitglieder bereiteten inzwischen die Op-Säle vor d.h., reinigten sie, setzten die Narkosegeräte instand, sortierten und bereiteten das benötigte Material vor.

13 Kinder setzte ich für den Sonntag auf den Op-plan und operierte alle an dem Tag.

Auch in den folgenden Tagen operierten wir vormittags, und spätnachmittags untersuchten wir die Kinder. 389 Kinder konnte ich in der Zeit untersuchen und 108 davon operieren. Herr Dr. A. Rudolph, MGK-Chirurg, der am 5.12 nachgekommen war, untersuchte 40 Kinder und operierte davon 19 Fotos 4+5.



4. Vor der Operation



5. Nach der Operation

Wir arbeiteten tgl. im Durchschnitt über 10 Stunden an 7 Tagen die Woche, sonst hätten wir diese hohe Zahl an Untersuchungen und Operationen nicht geschafft.

Die Zusammenarbeit mit den einheimischen Kollegen war diesmal besser, weil 4 jüngere interessierte Kollegen stets dabei waren. Sie waren wissbegierig, wir konnten viel über Diagnosen, Indikationen und Operationsmöglichkeiten diskutieren. Herr Dr. Mabaya, der mir zu 90% assistierte, profitierte am meisten. Am letzten Tag assistierte ich ihm bei 4 kleineren und mittleren Operationen, die er gut zu Ende brachte.

Mehrere Sonographien führten wir durch und legten zusammen ebenso einige Gipse an Extremitäten an.

Zwei Mal wurde ich von den einheimischen Kollegen gebeten, die von ihnen begonnenen Operationen zu Ende zu führen.

Dem interessierten Anästhesiepflegepersonal zeigte Herr Dr. Schlüter, der zum dritten Mal am Einsatz im Kongo teilnahm, viele praktische Übungen und erklärte, welche Medikamente wann indiziert sind und auch, welche Dosierungen im Kindesalter und Kleinkindesalter vorgeschrieben sind.



6. Eltern warten mit ihren Kindern vor dem Op-Trakt



7. Nach der Operation liegen die Kinder auf dem Boden zum Ausschlafen

Hospitalsituation

Das Hospital ist zu knapp 40% belegt.

Mit dem ärztlichen Direktor habe ich über die katastrophale Situation im Hospital gesprochen. 65 Ärzte sind dort angestellt, aber es kommen maximal 10 zum Dienst. Die übrigen kommen gar nicht erst oder gehen in die Privatkliniken und Privatpraxen arbeiten, um Geld zu verdienen.

Die Op-Lampe funktioniert wieder nicht, sodass wir mit Taschenlampe bzw. Stirnlampe operieren mussten. Wasser gibt es im Op-Trakt weiterhin nicht. 1-2 Liter Wasser wird in den Glasbehälter gefüllt, damit die Chirurgen ihre Hände waschen können Fotos 8+9.

In einer Plastikschißel mit Wasser werden die Instrumente mehrfach gewaschen. So spart man Wasser, aber so können die Instrumente nicht steril gereinigt werden. Die Klimaanlage ist funktionslos. Um die stickige Op-Saalluft einigermaßen erträglich zu machen, mussten wir bei offenem Op-Fenster operieren.



8. Pfeil zeigt den Glasbehälter



9. Schwester leuchtet mit der Taschenlampe

Klinische Fälle

Das 8-jährige Kind wurde 3 Tage lang in einem Gesundheitszentrum stationär behandelt und dann zu uns verlegt. Sein Bauch war stark gebläht, es hatte sehr hohes Fieber und war sehr schlapp, ausgetrocknet und kraftlos. Klinisch lag eine Peritonitis (Bauchfellentzündung vor). Nach Vorbereitung operierten wir ihn und fanden eine Dünndarmperforation bei Typhus. Das Kind erholte sich rasch nach der Operation und konnte am 5. Post-Op-Tag entlassen werden (Fotos 10-12). Ich operierte diesmal 5 Kinder mit Dünndarmperforation nach Typhuserkrankung.



10. Stark geblähtes Abdomen



11. Klemme steckt im Dünndarmloch

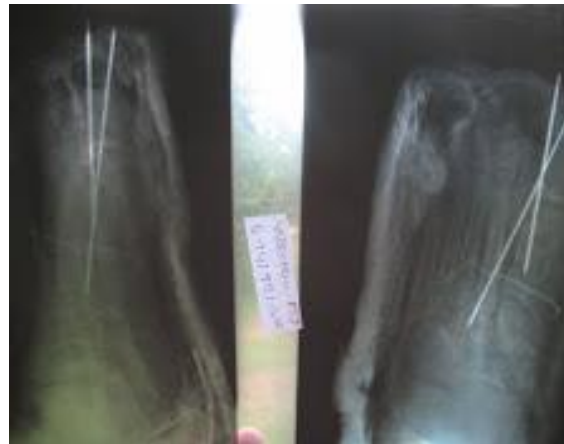


12. Direkt nach der Operation

Ein 7-jähriges Mädchen wurde nach einem Motorradunfall ins Hospital gebracht. Ich wurde gebeten, das Kind in der Notfallaufnahme zu sehen. Sofort liess ich das Kind zum Op-Trakt fahren. Dr. Schlüter bereitete alles vor, intubierte das Kind und ich mußte gleich den zweiten Zeh, der praktisch traumatisch amputiert war, entfernen. Der Großzeh war bis zum Mittelfußknochen abgerissen, aber glücklicherweise waren die versorgende Gefäße nicht gerissen. So konnte ich den Zeh reponieren und ohne Bildwandler mit zwei Kirschnerdrähten stabilisieren, die Wunden versorgen und in einem Gipsverband ruhig stellen. Zusätzlich bestand auch ein Fersenbeinbruch und eine tiefe Wunde im Unterschenkel. Nach 7 Tage wechselte ich den ersten Verband. Der Zeh ist weiterhin gut durchblutet, die Röntgenbilder zeigen die gut reponierte und fixierte Großzehe mit dem I-Mittelfußknochen Fotos 13+16.



13. Schwere Vorfuß- und Fersenbeinverletzung 14.



15. 7 Tage nach der Operation

16. Röntgenbild am 7.Tag

Das 4-jährige Kind erlitt vor 1Jahr Verbrennungen am linken Bein. Die Verbrennungswunden heilten ohne Physiotherapie und hinterliessen diese fürchterlichen Kontraktionen. In einer 3:30-stündigen Operation konnte ich die Kontraktionen fast vollständig beseitigen, die flächenhafte Wunden mit Vollhaut aus dem Unterbauch decken und das Bein für ca. eine Woche eingipsen. Nicht nur ich, sondern auch seine Eltern waren mit dem Ergebnis zufrieden Fotos17-20.



17. Vor der Operation



18.



19. Intraoperativ



20. In Gipsschale

Ultraschall- Untersuchung bei einem 6 Monate alten Kind. Der Finger zeigt auf den gut männerfaustgroßen embryonalen Nierentumor rechts (Wilmstumor=Nephroblastom) Foto 21.



21.

Das Schicksal des 6 Jahre alten Mädchens. Das Mädchen hatte sich ca. 3 Wochen zuvor eine geschlossene Oberarmfraktur (Knochenbruch) links zugezogen. Die Eltern brachten das Kind zum Buschmediziner. Er band den Oberarm direkt oberhalb des Knochenbruchs fest (strangulierte) zu. So bahnt sich die Katastrophe an: die Durchblutung des gesamten Armes wurde unterbrochen. Der Arm starb völlig ab. Als das Kind zu uns gebracht wurde, erfüllte ein unerträglicher Geruch nach Verwesung des Armes den Op-Raum. Der Arm war leichenweiss, stark verdickt und die Finger waren bereits mumifiziert Fotos 22+23.

Das Kind hatte hohes Fieber. Der Arm musste sofort amputiert werden.

4 Tage später kam der Vater zu mir und bedankte sich, dass wir die Operation durchgeführt hatten. Am 8.Tag nach der Operation konnte das Kind entlassen werden.



Zusammenfassung

Die Armut in Kongo hat erneut deutlich zugenommen. Überall ist sie zu spüren, sie ist sicher auch der Grund, weshalb die Kranken nicht zum Arzt gehen bzw. das Hospital aufsuchen. Darunter leiden am meisten die Ärmsten der Armen. Mehr denn je brauchen uns die Kinder im Kongo. Ich habe 5 stark unterernährte Kinder in unser „Milchprogramm“ aufnehmen lassen.

Während der Einsatzzeit hat es viel geregnet. Bei einer Temperatur von 35° und einer Luftfeuchtigkeit von bis 87% schwitzten wir viel - egal wo wir uns befanden, auch im Bett.

Wir waren, wie sonst auch, Selbstversorger.

Bei jedem Einsatz in Kongo nehme ich im Durchschnitt 3-3,5Kg ab, diesmal gerade nur 1,5 Kg. Vielleicht lag es daran, dass ich jeden morgen Müsli aß?

Zum Schluss möchte ich mich bei allen Teilnehmern für das tolle Arbeitsklima und ihr Engagement bedanken. Danke auch an Dr. Winkler, der uns sein Haus zur Verfügung gestellt hatte.