

Einsatz vom 11.5. bis 25.5.16 in Kikwit/DR Kongo

Dr. Emmanouilidis

Von Hannover via Brüssel-Yaoundé (Kamerun) landeten wir nach etwa 9 Stunden Flugzeit in Kinshasa. Wir wurden von den Pères Don Bosco abgeholt. Früh am nächsten Morgen flogen wir mit der alten russisch-ukrainischen Propellermaschine nach Kikwit (Foto 1) .



1.

Unsere Projektleiterin S. Doris holte uns ab.

Gegen Mittag fuhren wir zum Hospital. Dort warteten auf mich schon über 60 von S. Doris registrierte Kinder auf ihre Untersuchung. (Foto 2).



2.

Ich konnte bis spät abends alle Kinder untersuchen und, wenn nötig, behandeln und meinen Operationsplan für die ganze Woche bereits voll schreiben.

Obwohl mein Op-Plan schon innerhalb der ersten 2 Tagen voll war, untersuchte bzw. behandelte ich bis zum letzten Tag alle Kinder, die zu uns kamen. So konnte ich durch die perfekte Organisation

von S. Doris reibungslos 403 Kinder in 10 Tagen untersuchen und davon 94 Kinder operieren. 200 Kinder wurden für den nächsten Einsatz zur Operation registriert. 5 unterernährte Kinder konnten wir heraus -„fischen“ und ins Milchprogramm aufnehmen. Ein 2-jähriger Junge, stark unterernährt, kann nicht mal stehen (Foto 3).



3.

Situation des Hospitals

Im März dieses Jahres hat der Lions-Club Meiningen in Zusammenarbeit mit dem HFO die Elektrizität des Op-Trakts, der HFO-Ambulanz und der Kinder- und Geburtshilfestation renoviert und funktionsfähig gemacht. Jetzt haben alle diese Räume Tag und Nacht Strom durch Fotovoltaik. Dem Lions-Club Meiningen möchte ich dafür herzlich danken.

Allerdings ist die Infrastruktur des Hospitals insgesamt in den letzten Jahren zusehend schlechter geworden, weil seit eh und je nicht investiert wurde und wird.

Das Hospital mit 350 Betten und 70 Ärzten und 400 Schwestern und Krankenpflegern behandelt im Durchschnitt knapp 100 stationäre Patienten. Jeder Medizin-Absolvent wird automatisch in den Staatsdienst übernommen, daher das Missverhältnis von Personal und Patienten. Der ärztliche Direktor ist diesbezüglich machtlos.

Die meisten Patienten kommen dorthin als Notfall. Nichtnotfall-Patienten kommen kaum hin, weil die Bevölkerung weiß, dass die hygienischen Verhältnissen im Hospital katastrophal sind. Es gibt kein Wasser und in den meisten Pavillons auch keinen Strom. Die vorhandenen Zisternen können nicht gefüllt werden, weil die Regenrinnen entwendet wurden.

Der Op-Trakt ist dreckig, der Boden kann nicht gewischt werden, weil Wasser fehlt und Antiseptika nicht vorhanden sind. Die Instrumente werden ohne fließendes Wasser so „gewaschen“ Foto 4



4.

Inzwischen sind viele Privatkliniken in Kikwit entstanden. Dort sind die hygienischen Verhältnisse deutlich besser, deshalb gehen die zahlenden Patienten dahin. So wird das Hospital vermieden. Ins Hospital kommen, wenn überhaupt, nur die Menschen, die sich eine ärztliche Behandlung nicht leisten können.

Wiederholt sagten mir die Kollegen, wenn das HFO wegginge, würde das Hospital geschlossen werden, weil dann noch weniger Patienten kommen würden.

Im Op-Trakt

Wir Chirurgen waschen unsere Hände, in dem man 1 Liter Wasser in einen Glasbehälter füllt, aus dem das Wasser wie bei einem Prostatiker läuft (tropft) Foto 5.



5.

10 Tage lang war ich im Durchschnitt bis 15 Uhr im Op-Saal. In dieser Zeit wurde von dem Hospital nicht ein einziger Patient operiert. Das ist bezeichnend für die Situation des Universitätshospitals in Kikwit.

7 junge Kollegen kamen täglich in den Op-Saal, um zu helfen und vor allem um zu lernen. Sie

waren sehr aufgeschlossen und fragten sehr viel, und manchmal stellten sie wiederholt die gleiche Frage. Ich konnte dabei ihre großen Defizite feststellen. Die meisten waren noch nie in einem Op-Saal gewesen, und diejenigen, die schon mal einen Op-Saal von innen gesehen haben, haben nie bei einer Operation assistiert. Dementsprechend konnten sie weder nähen, noch die Schere richtig chirurgisch in der Hand halten.

Ich konnte einigen von ihnen das Nähen beibringen. Während der Operation erklärte ich ihnen die einzelnen Operationsschritte. Zusätzlich sprachen wir über Diagnosen, Indikationen und Therapien.

Fälle

Schwer kranke Kinder haben mich sehr beschäftigt und belastet. Hier möchte ich exemplarisch von einigen Kindern berichten.

Ein 5 Jähriger Junge lag einige Tage mit Bauchschmerzen und Fieber in einem peripheren Gesundheitszentrum und kam jetzt zu uns. Ich operierte ihn sofort. Den durchgebrochenen Dünndarm konnte ich zunähen und den Jungen nach nach 6 Tagen aus der stationären Behandlung entlassen.

Junge (10 Jahre alt) fiel vom Baum und kam notfallmäßig am Freitag in die Ambulanz des Hospitals. Da ihn die einheimischen Ärzte nicht behandelten, operierte ich ihn am Montag früh. Er hatte sich einen tiefen Leberriß am rechten Leberlappen zugezogen, aus dem er über 500ml. Blut verloren hatte. Da er weiter blutete und in einen Schock geriet, musste sofort operiert werden. Ich konnte in dem großen und tiefen Leberriß ein ca. 8x4 cm großes Hämostyptikum (Blutstillende Watte) platzieren und mit Lebernähten versorgen. Dem Jungen ging es am nächsten Tag wesentlich besser.

Ein 14jähriger Junge kam mit akuten Bauchschmerzen ins Hospital. Im Hospital wurde ein Tuberkulostest gemacht: das Ergebnis war positiv. Sofort wurde er auf die Tuberkulosestation aufgenommen. Obwohl sein Zustand in den nachfolgenden Tagen immer schlechter wurde und er sogar am 5. Tag ins Koma rutschte, wurde mit der Begründung „er hat Tuberkulose“ nicht operiert. Die Kollegen hatten allerdings übersehen, dass der Junge gegen Tuberkulose geimpft worden war, und damit auch automatisch positiv sein könnte. Sonst aber hatte der Junge keine anderen Zeichen einer Tbc-Erkrankung.

Sein Vater kam zu uns und bat uns, den Jungen zu untersuchen. Der Bauch war prall wie ein Trommelfell. Der Junge hatte septische Temperaturen, die Augen stark eingezogen, kaum Urinausscheidung, und er befand sich im Schock.

Ich habe ihn sofort operiert. Seine 7 großen und kleinen Perforationen nach Typhuserkrankung lagen innerhalb von ca. 30cm Dünndarm und konnten nicht übernäht werden. Die Darmwand war stark ödematös verdickt. Deshalb musste ich gut 35cm Dünndarmteil entfernen und für die nächsten Monaten einen Dünndarmausgang legen Foto 6. Im Bauch befanden sich über 2 ½ Liter Dünndarm-Inhalt. Auch dieser Junge überlebte dank des Eingriffs.



6.



Das Foto 7. mit beiden Jungen wurde nach 5 Tagen gemacht.

Dieses 13 Jähriges Mädchen (Foto 8) war mit 2 Jahren am Bauch operiert worden. Seither bestand dieser großer Narbenbruch, der immer größer wurde. Als sie jetzt zu uns kam, hatten sie hohes Fieber, weil sich an der Bruchspitze eine Wunde infizierte. 5 Tage lang bekam sie Antibiotikum. Danach konnte ich den Bruchsack entfernen und den Bauch verschliessen.



Foto 8

Bei einem Kind mit chronischer Knochenentzündung mit Sequesterbildung Pfeil (abgestorbenes Knochenstück) konnte dieses entfernt werden Fotos 9. 9a, 9b.



9.



9b. Nach Entfernen des Sequesters

9a.

Ich operierte zwei Kinder mit Syndaktylie (Verwachsung der benachbarten Fingern) Foto 10, Verwachsung durchtrennt (10a) und den Arm im Gips für 5-7 Tage ruhig gestellt (10b).



10



10a



10b

Ein 4 Jähriger Junge konnte seit einem Jahr nur unter heftigen Schmerzen Urin lassen. Die Ultraschalluntersuchung ergab einen großen Stein bei voller Harnblase. So einen hühnereigroßen Stein bei einem Kleinkind habe ich nie operativ entfernen müssen (Foto 11).



11.

Allgemeines

Das Hammer Forum ist auch vom Finanzamt im Kongo als NGO anerkannt, d.h. wir können Materialien kostenlos einführen. Alle 2 Jahre müssen wir den Antrag auf Verlängerung stellen. Im November bereits stellte S. Doris den Antrag. Erst Anfang Mai kam die Kommission, die die Genehmigung erteilt.

Jetzt kamen zwei Angestellte vom Finanz- und Planungsministerium zu uns, um zu überprüfen, ob wir das, was wir vereinbart haben, auch tun.

Sie hatten sich schon vor Monaten angemeldet. Nachdem sie alles kontrolliert hatten und auch mit den Eltern der Kinder und dem Direktor gesprochen hatten, waren sie mit unsere Arbeit sehr zufrieden. Unzufrieden waren sie, weil wir nicht bereit waren, ihre Unkosten (Bus-Ticket, Hotelkosten und Spesen zu zahlen).

Wir haben klargestellt, dass das HFO nicht dafür zuständig ist. Nach einer Stunde Streit verliess der Angestellte des Finanzministeriums Kikwit. Der zweite kam am nächsten Tag zu uns und zeigte Verständnis für unsere Haltung. Er versprach, auch ohne unsere Kostenübernahme unsere Genehmigung zu bearbeiten.

Am 23.5 nachmittags habe ich einen Vortrag über die Verbrennungen, Erstversorgung, Gradeinteilung, konservative und operative Behandlungsmöglichkeiten gehalten. Zum Schluss wurden viele Fragen gestellt.

Zusammenfassung

Jetzt ist in Kikwit Trockenzeit. Die Luftfeuchtigkeit beträgt bis 91% . Dieses Wetter lässt einen nicht nur im Op-Saal schwitzen. In den letzten 2 Jahren ist die Bevölkerung in Kikwit durch den Zuzug vor allem aus Kinshasa schätzungsweise um 100 000 Menschen stark gewachsen. Vor allen anderen sind jetzt Lingala sprechende Menschen gekommen. Früher hörte man auf der Strasse fast ausschließlich Kikongo, jetzt spricht man mehr und mehr Lingala. Die sehr vielen Motorrad - Taxis werden von Menschen, die Lingala sprechen, betrieben.

Wir drei (S. Doris, Schwesternschülerin Katharina aus Amberg und ich) sind der Meinung, dass der Einsatz sehr erfolgreich war. Katharina war mir und uns einen große Hilfe. Innerhalb von zwei

Tagen hat sie die Arbeitsprozesse gelernt, sie wusste ganz genau, was im Op-Saal an Material gefehlt hat, sie wusste, wo im Lager lag, was gerade gebraucht wurde, und besorgte alles, was ich für die nächsten Operationen benötigte. Auch Doris sagte mir, dass Katharina eine große Hilfe war. Wir haben alle drei täglich bis zum Umfallen gearbeitet. Wir versorgten uns wie immer selbst. Durch die perfekte Organisation von S. Doris gelang uns auch diesmal, sehr vielen Kindern zu helfen. Wir sagen, liebe Doris, danke auch für deine Fürsorge für unseres leibliches Wohl.