

Das Schicksal eines tapferen Nomadenkindes

Einsatz vom 9.4. bis 24.4.26

Von Drs Emmanouilidis und I. Mussa

Über die Probleme, ein Visum für Somalia zu bekommen, haben wir letztes Mal ausführlich berichtet. Für diesen Einsatz hat die Direktorin des Hospitals, Frau Dr. Khadra, in Somaliland unsere Visa besorgt. Sechs Personen sind am 9.4 hingeflogen, 2 Personen kamen eine Woche später nach.

Der Krieg mit dem Iran hat auch Somaliland hart getroffen. Die negativen Auswirkungen sind spürbar, die Menschen erzählten uns, Lebensmittel, Kleidung, Medikamente, Fahrttickets und auch die Kraftstoffe seien ziemlich teuer geworden.

Am 10.4 gegen 11:25 landeten wir in Hargeisa, der Hauptstadt von Somaliland. Wir wurden abgeholt und erst zum Hotel gebracht. Kurz



geduscht, dann sind wir zu Fuss in die Kinderklinik gelaufen.

Alle auf uns wartenden Kinder (Foto 1) konnte ich untersuchen.

Die restliche Mannschaft bereitete, wie auch sonst bei allen Einsätzen, die Op-Säle vor, damit wir am nächsten Tag mit den Operationen anfangen können.

1.

Klinische Fälle

Das 2-jährige Kind erlitt mit 8 Monaten Verbrennungen. Es wurde leider nicht adäquat behandelt. Deshalb entstand diese Kontraktur am Sprunggelenk und gesamten Fuss. Über 4 Stunden dauerte die Operation, bis wir ein zufrieden stellendes Ergebnis erreichten (Fotos 2, 3. intraoperativ und 4. 8 Tage später).



2.



3.



4.

Dieses Nomadenkind erlitt mit 20 Monaten schwere Verbrennungs-Verletzungen an den Extremitäten. Man kann sich kaum vorstellen, welche höllischen Schmerzen das Kind ertragen musste, denn in ganz Somaliland gibt es keine spezialisierten intensivmedizinischen Zentren zur Behandlung von Verbrennungsoffern. Die Ärzte und das gesamte Personal haben weder spezielle Erfahrungen noch die Möglichkeit

Vor allem sind die Hände betroffen. Die Hände sind zu einer Faust verkrüppelt. Greiffunktion absolut nicht möglich. Seither ist das Kind körperlich behindert, selbst wenn es etwas trinken oder essen wollte, war und ist es auf Fremdhilfe angewiesen. Man kann sich kaum vorstellen welche Schmerzen das Kind ertragen musste. Häufig nehmen die Eltern die Kinder sogar mit nach Hause.

In der Kinderklinik in Hargeisa bemüht sich das Personal bei Verbrennungsoffern, die Schmerzen zu lindern. Vielmehr können sie auch nicht tun, es gibt keine Intensivstation, keine Erfahrung in modernen Verbandstechniken, keine Physiotherapie und keine plastische Chirurgie. Mit den wenigen Möglichkeiten, die sie haben, versuchen sie trotzdem, bessere therapeutische Ergebnisse zu erreichen. In den letzten Jahren haben wir zusammen immer wieder Verbände und Physio-Übungen gemacht. Ausserdem führen wir bei jedem Einsatz Eigenhautplastiken und Hauttransplantationen durch.

Wir haben immer darauf hingewiesen, dass Aufklärung der Eltern bezüglich der Kleidung der Kinder notwendig ist. Denn fast alle Kleidungsstücke haben einen Anteil von mindestens 35%, 50% und sogar 65% Polyethylen, was bei Kontakt mit Feuer verheerende Folgen hat.

Im Röntgenbild sieht man nicht nur die Fehlstellung der Finger, sondern auch wie die Finger in den Narben gefangen sind.

Wir haben das Kind operiert. Die Operation dauerte 7 Stunden. Intraoperativ konnten wir das Ausmass des Schadens an den Fingern feststellen. Die Endglieder aller Finger waren verbrannt. Am schlimmsten traf es den 5. Finger. Den konnten wir nicht mobilisieren und mussten ihn entfernen, Mit dem Ergebnis der Operation waren wir zufrieden (Fotos 5-7). Wir hoffen, dass wir die Greiffunktion einigermaßen wiederherstellen konnten. Das wird sich in einigen Wochen zeigen. Nach der Einheilung der Transplantate muss intensive Physiotherapie erfolgen. Das Kind muss lernen, mit Fingern zu greifen. Beim nächsten Einsatz planen wir, auch die andere Hand zu operieren. Zum Schluss werden wir auch die Kontraktur des linken Fusses korrigieren. Das Schicksal dieses Jungen hat uns alle sehr berührt



5.



6. Rechte-

7. Linke Hand



8. Vor der Operation



8a. Hohlhand nach nach der Operation mit Hauttransplantation

Bei dem 7-jährigen Mädchen lag die angeborene Lymphzyste in der Achselhöhle und wurde nach und nach grösser. Sie erreichte jetzt die Grösse eines Handballens (Foto 9). Die Zyste lag zum grösstenteils unter der Thorax-Muskelwand, Sie musste von den Nerven und Gefässen in der Achselhöhle freipräpariert werden. Es ist uns gelungen, die Lymphgefässstiele tief in der Achselhöhle zu legieren und die Zyste total zu entfernen.

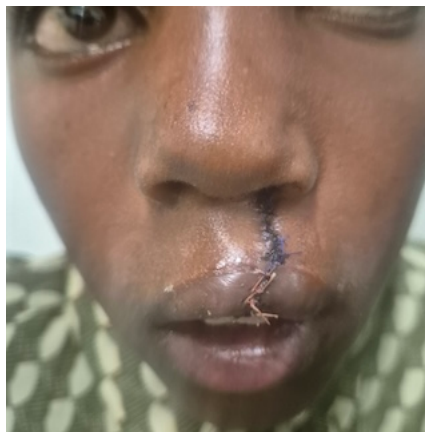


9.

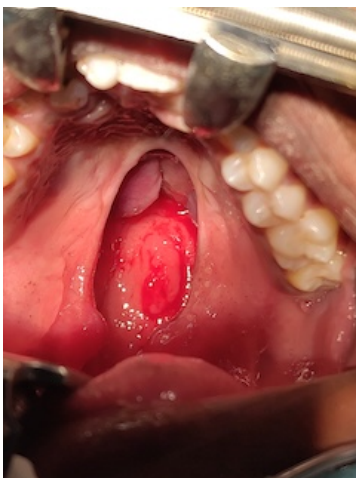
Lippen- und Gaumenspalten operierte Herr Dr I. Moussa Fotos 9-12.



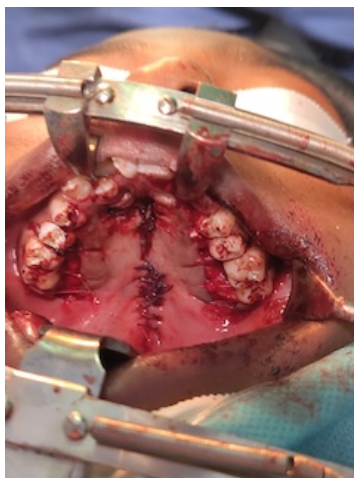
10.



11.



12.



13.



Das jetzt 2,5 Jahre alt Kind (Foto 13) hatte immer über Bauchschmerzen geklagt. Es konnte nur einmal die Woche abführen und das nach Einlauf.

Der Mediziner versuchte mit Skarifizierung dem Kind zu helfen, nämlich einerseits die Schmerzen zu lindern und andererseits die Defäkation in Gang zu setzen. Das ist ihm nicht gelungen. Deshalb wurde das Kind jetzt zu uns gebracht. Wir haben eine Biopsie vom Mastdarm durchgeführt.

14.



15. Ambulanz.



16. Eingipsen nach Achillessehnenplastik



17. Beim Kochsalzspritzen in die Vene dekonnectierte die Spritze und wir wurden alle nass. Schwester Ulrike hatte ihren Spass gehabt ,mir ein grosses Lätzchen umzuhängen.



18. Wir tragen selbst die Kinder zum Op-Saal und bringen sie wieder in den Aufwachraum.



19. Ohne Worte



20. Wasser ist knapp und wird auch mit dem Eselstankwagen verteilt.

Zusammenfassung

Sechs Teammitglieder flogen zusammen, zwei kamen später am 18. und 20.4 nach. So konnten wir in knapp 8 Tagen 235 Kinder untersuchen und 108 davon operieren. Drei Tage mussten wir nur an einem Op-Tisch operieren, weil eine Narkosemaschine ausfiel. Danach besorgte Dr Khadra einen Kapnometer, sodass wir wieder die letzten 2 Tage an 2 Tischen parallel operieren konnten. Mindestens die Hälfte der Operationen war langzeitig.

Neben den vielen Kontrakturen nach Verbrennungen haben wir drei Analatresien (angeborene Fehlbildung des Mastdarms und des Afters), Darmrückverlagerungen und Lippengaumenspalten operiert.

Etwa ein Drittel der Kinder hatte Kontrakturen nach Verbrennungen, und wiederum ca. ein viertel der Kinder mit Zerebralpareesen (häufig durch Hypoxie =Sauerstoffmangel bei der Geburt) mit Kontrakturen an den Extremitäten, Lähmungen oder Spasmen und unkontrollierte Bewegungen. An einem Nachmittag, konnten 7 Teammitglieder eine Kamelfarm zusammen mit den einheimischen Kollegen in Begleitung eines Polizisten besuchen. Dort haben sie Kamelmilch probiert zu trinken. Später beim Abendessen erzählten sie über die Farm und ihre Erlebnisse.

Wir haben auch diesmal mit den Kollegen gesprochen und wieder betont, dass wegen der vielen Verbrennungsoffer Physiotherapie im Hospital dringend notwendig ist.

Wir sagen danke dem einheimischen Personal, das uns begleitet hat. Sie haben alles organisiert, gedolmetscht, und auch assistiert.

Besonderer Dank gilt der Direktorin des Hospitals, Dr Khadra, sie hat unsere Visa besorgt.

Danke sagen wir auch unserem Team für die gute geleistete Arbeit.



21. Das Team von rechts: Dr T. Benterud (Kinderarzt u. Neonatologe), Frau U. Deutsch (Op-Schwester), Herr M.Koll (Op-Helfer), Dr. Th. Emmanouilidis (Chirurg), Frau B. Biedermann (Krankenschwester),

Dr S. Ellermeier (Anästhesistin), Dr Ch. Brodowski (Anästhesist),
Dr. I. Moussa (MKG-Chirurg).