Richárd tatabányai kollégáinak írt levele

...A kórházzal történt első találkozásom megrázó élmény volt. Mindenfelé emberek ülnek, fekszenek a földön, apró gyerekek üvöltenek, élő csontvázak, nagy pók hassal. A gyermekosztályon 300%-os az ágykihasználtság...Egy ágyon 2-3 beteg fekszik, plusz vele az anyja, meg azzal a család egy-két apró tagja.

Itt a beteget mindig kíséri a család. A beteg mellé fekszik a testvére, hogy azzal is támogassa a rászorulót, vagy beül és ölébe veszi a kicsit. Az ágyak nagy részén matrac nincs, csak gyékény-betét. Esténként minden ágy körül a családtagok telepszenek le a kőre. Ha ilyenkor pl. ügyeletesként felmegyünk nagyon érdekes a látvány: ágyanként a családok egy-egy petróleumlámpa fényeinél. Napközben a hozzátartozók az udvaron főzőcskéznek a saját kis tűzhelyükön, kis kiegészítést a kórházi alapellátáshoz. Naponta csak egyszer tudunk nekik enni adni, de ez itt így szokás. Az egyik legnagyobb probléma az élelmezés. No persze a táplálkozási betegségben szenvedőknek /qwasion kór/ külön diétát biztosítunk. Sok ilyen alultáplált gyerek van. Gyakran az utolsó pillanatban hozzák őket és egy -két óra után meg is halnak. A fehérjeháztartás felborulása miatt ödéma lép fel, és egyszer csak a keringésük felmondja a szolgálatot. Sajnos gyakran csak a lelkiismeret megnyugtatása végett hozzák be a gyereket, hiszen a tüneteket már hetek óta látják. Gyakran nem is az első gyerek, akit így elvesztenek. A gyermekorvosoknak nagyon nehéz helyzetük van. Vért szerezni pl. a gyereknek nagyon nehéz feladat. Az afrikaiak egyszerűen megtagadják a véradást. Sokszor inkább hagyják meghalni gyermeküket, semhogy vért adnának. Valahogy a köztudatban van: a véredet tartsd meg magadnak. Ha sürgősen vér kell, leginkább a Klarissa nővérekre, vagy a közösség tagjaira lehet számítani.

A kórházban 5 osztály van: szülészet-nőgyógyászat, női és férfi belgyógyászat, gyermekosztály, sebészet.

Az itt dolgozó orvosok: egy szülésznő, egy belgyógyász dr nő, két gyermekgyógyász dr nő, ők mind közösségi tagok, egy belgyógyász zairei közösségi tag és egy szemész az én vagyok. Van még egy zairei sebész, és két zairei tanuló diploma előtt. Az egyéb személyzetet a helyiek látják el rendes fizetett munkaként. Van egy jól működő műtő, két operációs teremmel, egy rtg. egy viszonylag működő laboratórium, egy házi patika ahol infúziós löttyöket állítunk elő. Pár hónapja van egy szemészeti vizsgáló, ahol szemészeti betegeket mustrálgatok.

Az udvaron kecskék, tyúkok, kutyák szaladgálnak. Egyik első élményem a kórtermen átsomfordáló kutya volt...hm, ha ezt Futó főorvos úr látná, mondtam magamban.

Ami a betegeket illeti: az ember itt nagy patológiát lát. Sok a TBC-s beteg. Több beteget láttam tüdő kavernából elvérezni...

Sok az AIDS-es beteg. Ezt a betegséget az itteniek nem hajlandóak elfogadni, tudomásul se veszik. Ráadásul poligámia van, így még jobban terjed a hív. Egy pl: egy gyerekosztályon felfedeznek egy 4 éves hív+ gyereket. Az anya hív+ és kiderült hogy

a férje már meghalt és most a volt férje testvérével él az asszony. Vizsgálat a férjnél, ő is hív+. Így fertőzött meg testvér, testvért.

Áram a kórházban 4 órát van naponta a saját generátorunk jóvoltából. Nagy eredmény hogy kb. 2 hónapja minden osztályon van folyóvíz.

Gyakoribb betegségek. Tífusz, malária, tetanusz, táplálkozási betegségek, sarlósejtes anémia, álomkór/elvétve/ tumoros betegségek, a golyva népbetegség, időnként hatalmas golyvákat látunk. Infarktust viszont még nem láttam! Sok a sérv, traumás betegek. Sajnos a helyi sebész általában csak egyesíti a dolgokat. Császármetszést a műtőslegény is megcsinálja, már én is csináltam. Az az általános hogy kicsit mindent csinál az itteni orvos, de emiatt nem tudnak elmélyedni egy-egy dologban. Sajnos prosectura nincs. Amint meghal egy beteg, felkapják a hozzátartozók, elkezdik siratni, és futva hazaviszik.

Mikor elmúlnak a gyász napjai, szépen megnyugszik mindenki.

Ha esetleg még él a beteg és az orvos azt mondja, hogy meg fog halni, kitépnek infúziót, tubust, felkapják és hazaviszik. Szóval a diagnózisainkat igen nehéz így ellenőrizni.

A kórházban fül-orr-gégészet nincs, ezzel kéne nekem is foglalkozni.

Elkezdtem a szemészeti szakrendeléseket, egyenlőre egy héten háromszor rendelek. Most még nem sokan jönnek, de már az első héten volt 3 súlyos esetem. Asszisztensem nincs, így mindent nekem kell csinálni, ez nagyon jó, figyelmeztet a kicsiségemre. Hej, aki ezt olvassa, jegyezze meg: becsüld meg az asszisztensnőket mert aranyat érnek!

A felszerelésünk helyi viszonylatban nézve jónak mondható.

Ami hiányzik, egy jénai szemtükör az indirekt tükrözéshez, akinek van, vigyázzon rá, mert pótolhatatlan!

Hiányzik még egy binaculáris indirekt tükör, egy +13 D-ás lencse, egy dioptria mérő. Dioptria mérőt csináltam házilag, a pluszos üvegeket lehet vele házilag leolvasni, a cilindert nem igen és a - üvegeknél használhatatlan.

A műtőben leginkább egy mikroszkóp hiányzik. Hej, de jó lenne az Etánál porosodó vacak Kelet-német mikroszkóp!

Ezek ellenére elhatároztam, hogy extracapsuláris extrakciókat fogok csinálni, az intrakapszuláris technika eddig nem igen vált be.

A betegek kb 50 %-a szemüvegproblémával jön. Érdekes, hogy az időskori presbyopoknak távoli vízusa nem + irányban mozdul, hanem általában -0,5 -1,0 irányba. Aránylag gyakori a cilinderes eltérés. Ezzel ezután semmit nem tudok kezdeni, szépen megmutatom a betegnek: ez kellene, oszt leveszem az orráról a keretet és megmondom: ilyen viszont nincs. Legnagyobb ritkaság, hogy olyat találok, amelyik mindkét oldalon mindenben klappol.

Az esetek másik fele súlyos eset. Sok a sérülés utáni végállapot. Sok a sec. glaukómás, abszolút szem. Ilyenkor az enucleatiót ritkán fogadják el, elég hiúak,

inkább szenvednek. Vannak szürkehályogos betegek és eléggé sok glaukómást látok. Elképesztő "elhanyagolt" esetek. Persze, hisz szemész itt nem volt soha, csak egy-két hónapra 1989-ben és 1992-ben.

15 D-ás excavatió. Hát igen ez nehéz dolog. A beteg nehezen érti meg, hogy meg kell operálni, de nem fog jobban látni. A gyógyszeres kezelés elérhetetlen kiadás Afrikában ezért rögtön operálnak.

Az itteni betegek 35-40-es nyomással szaladgálnak, és köszönik jól vannak, csak időnként fáj a fejük , és persze egyre nagyobb a "köd"! A glaukómások közül kb minden tizedik zárt zugú, a többi simplex, tehát nem is rohamozik.

Szándékomban áll egy glaukóma megelőző program beállítása.

Ehhez szeretnék szerezni 20-30 Shötz tanométert, amit a megyében a rendelőkben a vezető ápoló kezelne, és továbbküldené a magas szemnyomású betegeket. Ilyen egészségügyi centrum 18 db van.

A műtő: Első benyomásom a földön az előtérben ülő takarítónő, a hasi-sebészeti szettet mosogatta-pucolgatta, és hogy könnyebben kinyíljon a csipesz, peán, hegyét a kőhöz ütögette...

A műtőt vezető fiú igen komoly és jól képzett, ha altatás kell, azt ő ellátja.

Mivel az autokláv termosztátja nem működik, és bekapcsolva kb 20 perc múlva, amikor jó égett szag terjeng kapcsolják ki, egy -két kezelés után kiszedtem a szemészeti dobozokat, áttértünk a kémiai, mégpedig a formalin tablettás módszerre. /Köszönöm Rózsa tanácsait!/

Szóval itt minden problémás. Még nem beszéltem az egyik fontos helyi szembetegségről ez pedig a folyami vakság. Ez egy filoziozis-parazitás betegség, a filoziák a szervezet kötőszöveteiben élősködnek a bőr alatt, és szeretik a conjunctivát és a szemet. Keratitiszt, uveitist és papillitiszt okoznak. Pár éve találtak egy nagyon hatásos gyógyszert, ezt megfelelő programban ingyen adták a kérvényezőknek. A jövetelemmel mi újra elkezdtük ezt a programot. Évente egyszer, egy adagban kell kezelni a populációt. Olyan kicsi a mellékhatása, hogy az érintett vidéken mindenkinek adjuk a gyógyszert. Igen hatásos: a gyerekek gilisztát ürítenek, az anyák örülnek, a felnőttek erőre kapnak...A program keretében több utat szeretnénk majd tenni a falvakban, és betegeket vizsgálni, esetleg bőr mintavételt és mikroszkópos vizsgálatot csinálni...

Egyben glaukóma szűrést is végezhetnénk.

Szóval tennivaló van bőven, és csak csinálni kell. De itt a trópuson nem szabad nagyon strapálni magunkat, mert az ember hamar elhasználódik...

Kabinda, 1996.03.07