



Hauptsache

Das Patienten-Magazin des Evangelischen Krankenhauses.

gesund!

€ 8,20

Der Bauch

Zentrum
des
Wohl-
befindens



*Sodbrennen
in den Griff
bekommen*

*Wenn es mit
dem Stuhl
nicht klappt*

*Gallensteine:
so fällt die
Trennung leicht*

Inhalt



**Liebe Leserinnen
und Leser!**

Stress, Fast-Food, zu viel Zucker und zu viel Fett machen uns weder glücklich noch gesund. Auf Dauer gesehen machen sie uns vor allem eines: krank. Wenn dann auch noch die regelmäßige Bewegung fehlt, beginnt der Stoffwechsel träge zu werden, und das kann dann Auslöser für eine Vielzahl von chronischen Erkrankungen sein.

Offt sind Stoffwechselerkrankungen gar nicht genetisch bedingt, sondern man hat die Ernährungsgewohnheiten der Eltern einfach übernommen. Sowohl das Gute als auch das Schlechte davon.

Nahrungsmittelunverträglichkeiten stören unser Wohlbefinden und können im Falle einer nicht rechtzeitig diagnostizierten Zöliakie lebensgefährlich werden.

Das erfahrene Fachärzteteam bestehend aus Internisten und Chirurgen sowie einer kompetenten Gruppe von Diätologinnen steht unseren Patienten nicht nur im stationären Bereich, sondern schon vorsorglich mit Tipps zur Vermeidung schwerer Erkrankungen zur Verfügung.

Viel Spaß beim Lesen!

Claudia Pekatschek

IMPRESSUM:

Herausgeber:

Evangelisches Krankenhaus
Hans-Sachs-Gasse 10–12, 1180 Wien
Tel.: +43 1 404 22-503

Redaktionsleitung: Claudia Pekatschek

Redaktionsteam: Dipl. HTL-Ing. Christian Richter,
Nedeljka Milivojevic

Fotos: Mag. Stefan Haspl, Martin Knapp BSc,
Dipl. HTL-Ing. Christian Richter;
Grösel & Grösel, Univ.-Doz. Dr. Kiefer
fotolia, freepik, vecteezy

Grafik und Illustrationen: Grösel & Grösel

Produktion: Druckservice
Angelika Duchkowitz GmbH

Moderne Chirurgie im EKH	3
Die 10 größten Irrtümer in der Ernährung <i>Mythen und Irrtümer rund ums Essen</i>	4–5
Der Bauchschmerz kann viele Ursachen haben <i>Warum richtige Diagnose so entscheidend ist.</i>	6–7
Wenn Essen krank macht <i>Unverträglichkeiten, Allergien, Zöliakie & Co: Wann zum Facharzt?</i>	8–9
Klappt es mit dem Stuhl? <i>Was tun bei chronischem Durchfall oder chronischer Verstopfung?</i>	10–11
Hämorrhoiden? Keine Angst vor der OP <i>Weit verbreitet und doch tabu</i>	12–13
Rasche und sichere Diagnose bei Bauchbeschwerden <i>Moderne und exakte Diagnostik im EKH</i>	14–15
Wenn Darmdivertikel zum Problem werden <i>Beschwerden sollten unbedingt abgeklärt werden.</i>	16–17
Sodbrennen in den Griff bekommen <i>Viele Beschwerden sind auf einen Reflux zurückzuführen.</i>	18–19
Gallensteine: so fällt die Trennung leicht! <i>Zu klein oder zu groß? Steinreich sein kann schmerzen.</i>	20–21
Im Kampf gegen den Darmkrebs <i>Tumorboard als Sicherheit für Betroffene</i>	22
Kleines Medizin-ABC	23
Autorenliste	24

Wegen stilistischer Klarheit und leichterer Lesbarkeit wurde im Text auf die sprachliche Verwendung weiblicher Formen verzichtet. Ausdrücklich sei hier festgehalten, dass die Verwendung alleine der männlichen Form inhaltlich natürlich für Frauen und Männer gilt und keinesfalls ein sexistischer Sprachgebrauch intendiert ist.

Moderne Chirurgie im EKH

Eine Erfolgsgeschichte, die sich mit dem Nachwuchs-Team fortsetzt



> Prim. Dr. Johannes K. Stopfer
Vorstand der Chirurgischen
Abteilungen und
Leiter der interdisziplinären
Ambulanzen

Das Evangelische Krankenhaus in Wien hat mit seinem chirurgischen Angebot den Schritt in ein modernes Spezialisten-Team gewagt. Den glaubwürdigen und kompetenten Allrounder gibt es kaum mehr. Dafür hat die Medizin und die Medizintechnik in den letzten 50 Jahren eine zu große Entwicklung genommen.

Chirurgie im Wandel der Zeit

Bereits der Neandertaler verstand sich in der Kunst der Chirurgie, zumindest zeigen dies Skelettfunde mit amputierten Armen oder Schädelöffnungen. Im alten Ägypten kannte man schon Magen-, Zahn-, Augen- und Ohrenärzte. Jedoch besonders im antiken Griechenland entwickelte sich die Heilkunst des Chirurgen. Einer ihrer besonderen Vertreter war übrigens ein Arzt namens Hippokrates. Im Mittelalter führten zahllose blutige Kriege dazu, das Handwerk des Chirurgen europaweit bekannt zu machen, denn Amputationen waren an der Tagesordnung. Allerdings war der Begriff „Chirurg“ als solcher unbekannt; eher übten Wundheiler, Gaukler, Henker, Quacksalber den blutigen Beruf aus, und waren unter der Bevölkerung sehr gefürchtet. Ebenso die sogenannten Bader, deren Namen auch noch heute im negativen Sinne Verwendung finden.

Die moderne Chirurgie begann erst am Ende des 19. Jahrhunderts, nachdem endlich eine menschenwürdige und weniger leidvolle Methode der Anästhesie zum Einsatz kam und gleichzeitig ein Weg zur Desinfektion gefunden wurde.

Chirurgie im Evangelischen Krankenhaus

Bereits im Jahre 1991 hat man neben einer modernen Orthopädie ein starkes chirurgisches Team im Haus etabliert.

Neben der allgemeinen Chirurgie gewann besonders die Mamachirurgie (Brustkrebschirurgie) unter Univ.-Prof. Dr. Roland Kolb stetig an Bedeutung. Mit Prim. Dr. Peter Jiru zog dann auch die Schlüssellochchirurgie (Laparoskopie) ins Evangelische Krankenhaus ein. Ein OP-Verfahren, das in Wien um 1995 durchaus selten zum Einsatz kam. War doch noch immer die gängige Philosophie „Große Chirurgen – große Schnitte.“ Mit dem Refluxspezialisten Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil sowie mit dem Gefäßchirurgen OA Dr. Herbert Mendl gründete sich step by step ein motiviertes Spezialistenteam.

Als ich Ende 2021 als neuer Vorstand der Chirurgischen Abteilungen des Evangelischen Krankenhauses berufen wurde, war mir bewusst, dass ich eine etablierte Abteilung in die Zukunft führen möchte, wobei mir Spezialisierungen im Hinblick auf Schilddrüse-, Gefäß- und Magen-Darm-Chirurgie wichtig erschienen. Selbstverständlich bleibt bei all der Fokussierung die Allgemeine Chirurgie als unverzichtbare Grundlage des Handwerks jedes Chirurgen bestehen. In dieser Bestrebung wurde ich sehr durch den Umstand unterstützt, als Leiter der interdisziplinären Ambulanz zu fungieren. Unser Motto „Alles unter einem Dach“ konnte durch die optimale und sehr gelungene Zusammenführung von Ambulanz und stationären Aufenthalt noch besser den Bedürfnissen unserer Patienten entsprechen.

Voraussetzung war und ist die individuelle Betreuung unserer Patienten mit kurzen Wartezeiten und interdisziplinärer Betreuung durch Expertenteams aller Berufsgruppen. Ein tadelloses Qualitätsmanagement sowie modern ausgestattete OP-Einrichtungen sorgen für mehr Sicherheit für Arzt und Patient. Eine große Unterstützung leistet mir dabei auch die wertvolle Zusammenarbeit mit meiner ärztlichen Kollegenschaft, der Pflegeteams und den Damen der Diätologie.

Prim. Dr. Johannes Karl Stopfer



Die 10 größten Irrtümer in der Ernährung

Mythen und Irrtümer rund ums Essen

© Felice Drotth-AGES



> Univ.-Doz.
Dr. Ingrid Kiefer
AGES – Österr.
Agentur für
Gesundheit und
Ernährungssicherheit
GmbH

Gerade im Bereich Ernährung gibt es unzählige Mythen und Irrtümer, aber auch Empfehlungen und Diäten. Viele von ihnen sind klassische „Ernährungsmärchen“, die einfach nicht stimmen oder völlig sinnlos sind, die aber auch bei langfristiger Einhaltung die Gesundheit schädigen können.

① Ballaststoffe belasten

Ballaststoffe sind kein Ballast für den Körper, sondern haben ganz wichtige Funktionen. Sie sättigen, verhindern starke Blutzuckerschwankungen und senken auf natürliche Weise den Cholesterinspiegel. Getreideballaststoffe sind auch für eine normale Darmtätigkeit unentbehrlich.



② Frisches Brot ist nicht gesund

Ofenfrisches Brot kann bei entsprechender Empfindlichkeit zu Blähungen führen, es ist aber deshalb nicht ungesund. Dieser Irrtum stammt vermutlich aus einer Zeit, in der wenig Essen vorhanden war. Dadurch wurde zuerst immer älteres oder altes Brot gegessen und andererseits kam man mit weniger Brot aus, da frisches Brot zum Mehressen animiert.

③ Fruchtzucker ist der bessere Zucker

Fruchtzucker, der in natürlicher Form in Obst vorkommt, ist als Zuckerersatz in diversen Produkten nicht besser oder schlechter. Fruchtzucker belastet das Kalorienkonto genauso wie Zucker. Er macht weniger satt und kann – hoch dosiert – auch zu Stoffwechselproblemen (z.B. Fettleber, erhöhte Harnsäurewerte) und Durchfall führen.



④ Rohkost ist am gesündesten

Nicht alles kann oder soll roh gegessen werden. So enthalten beispielsweise Bohnen einen Stoff, der durch das Kochen zerstört wird, wodurch sie erst genießbar werden. Viele Gemüsesorten werden durch das Kochen auch leichter verdaulich. Unangenehme Folgen wie Blähungen oder andere Verdauungsprobleme werden so verhindert. Einige Inhaltsstoffe wie β -Carotin aus Karotten oder Tomaten sind so auch besser für den Körper verfügbar. Prinzipiell sollten aber Obst und Gemüse regelmäßig roh verzehrt werden.

⑤ Kartoffeln machen dick

Ein Irrtum, der sich schon über Jahre hält. Nicht die Kartoffeln an sich sind Dickmacher, sondern nur die entsprechende Zubereitung. 100 g gekochte Kartoffeln liefern 75 kcal, die gleiche Menge Kartoffelpuffer bereits 158 kcal und Pommes frites sogar über 250 kcal.





⑥ Olivenöl ist das beste Öl

Olivenöl ist aufgrund seiner guten Fettsäurezusammensetzung ein sehr wertvolles Öl. Aber auch andere Speiseöle können diese aufweisen. Speziell Öle mit einem hohen Gehalt an Omega-3-Fettsäuren wie beispielsweise Raps-, Lein-, Walnuss- oder Sojaöl können das Risiko für ernährungsabhängige Krankheiten reduzieren.



⑦ Nüsse machen intelligent

Nüsse machen nicht intelligenter, sind aber für die Gedächtnisleistung von Bedeutung und können vor neurodegenerativen Erkrankungen (beispielsweise Demenz) und Schlaganfall schützen. Außerdem sind die in Nüssen enthaltenen Omega-3-Fettsäuren für die Gehirnentwicklung wichtig und beeinflussen bereits im Mutterleib die visuelle und kognitive Entwicklung des Kindes.

⑧ Auf Steinobst kein Wasser trinken

Diese Feststellung stammt auch aus Zeiten, in denen die Trinkwasserqualität nicht so gut war: Durch die Keime im Wasser in Verbindung mit viel Obst konnte es durchaus zu Magenproblemen kommen. Wird Obst vor dem Verzehr gewaschen und werden keine riesigen Mengen gegessen, kann man dazu ein Glas Wasser trinken.



⑨ Kaffee ist ein Flüssigkeitsräuber

Der Hauptwirkstoff des Kaffees, das Koffein, wirkt harntreibend. Daher rührt auch die Meinung, dass Kaffee dem Körper Wasser entzieht und nicht zur Flüssigkeitszufuhr beiträgt und daher zu jedem Kaffee ein Glas Wasser als Ausgleich getrunken werden soll. Bei moderatem Kaffeekonsum wird der harntreibende Effekt von Koffein aber wieder ausgeglichen. Das Glas Wasser zum Kaffee sollte man aber nicht streichen, schon aus geschmacklichen Gründen.

⑩ Gesunde Ernährung ist schwierig und nicht durchführbar

Das ist völlig falsch. Gesunde Ernährung ist sehr einfach: Die Basis bilden nach einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr Gemüse und Obst, gefolgt von Getreide- und Getreideprodukten. Diese Lebensmittelgruppen sollten täglich mehrmals konsumiert werden, genauso wie Milch- und Milchprodukte. Ergänzt wird dies durch täglich 1–2 Esslöffel Öle, Nüsse oder Samen und einer Portion entweder Fisch, Fleisch, Wurst oder Eier. Sehr fett-, zucker- und salzreiche Lebensmittel sowie energiereiche Getränke sollten selten konsumiert werden.



„Egal, welches Fett man isst, solange es weniger ist?“

© Actimed

Das stimmt maximal zur Hälfte! Nicht nur die Menge an Gesamtfett zählt, wichtig ist auch dessen Zusammensetzung. Tatsächlich hat die Art der Fettsäuren den stärksten Effekt auf den Cholesterinspiegel und damit auf die Herzkreislaufgesundheit. Gesättigte Fettsäuren, wie sie vor allem in fettreichen, tierischen Lebensmitteln (Fettes Fleisch, Wurst, etc.) vorkommen, beeinflussen die Blutfettwerte negativ. Denn sie vermehren das LDL-Cholesterin, von dem ein erhöhtes Arteriosklerose-Risiko ausgeht und reduzieren gleichzeitig das schützende HDL-Cholesterin.

Ungesättigte Fettsäuren, die speziell in hochwertigen Pflanzenölen, Nüssen und Samen vorkommen, senken dagegen LDL-Cholesterin. Da der Körper diese Fettsäuren nicht selbst herstellen kann und sie noch andere, wichtige Funktionen ausüben, muss man sie über die Nahrung zuführen. Schutz vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen bieten auch die ungesättigten Omega-3-Fettsäuren, für die fette Fischarten wie Lachs, Hering, Makrele und Thunfisch die beste Quelle sind. Fisch, der auch noch andere wichtige Nährstoffe liefert, sollte deshalb 1–2x pro Woche auf dem Speiseplan stehen.

> Univ.-Prof. Dr. Ibrahim Elmadfa
Ernährungswissenschaftler und Autor
zahlreicher Bücher zum Thema
Ernährungslehre (www.thalia.at)



Weitere Informationen unter:
www.ages.at

Der Bauchschmerz kann viele Ursachen haben

Warum es auf die richtige Diagnose ankommt



> **Prim.
Dr. Christian Emich
Internist,
Gastroenterologe
und Hepatologe**

Kaum ein Körperteil beeinflusst unser Wohlbefinden so stark wie der „Bauch“. Genau gesagt: ist eines der zahlreichen, zwischen Zwerchfell und Darmausgang gelegenen Organe irritiert, leidet unsere Lebensqualität empfindlich. Dennoch wird „Bauchweh“, speziell, wenn es vorübergehend auftritt, häufig nicht ernst genommen. Man schreibt es der letzten Nahrungsaufnahme zu, versucht es mit Kräutertees oder wärmenden Thermophor oder ignoriert es einfach.

Wann zum Arzt?

Lässt der Schmerz nicht nach oder tritt er in Intervallen auf, dann sollte man ärztliche Hilfe einholen. Der Internist oder idealerweise ein Spezialist für Gastroenterologie wird zunächst die Art des Schmerzes hinterfragen:

- Ist er dumpf und bohrend, ziehend oder punktförmig stechend, krampfartig oder bewegungsabhängig?
- Welche Reizerscheinungen des vegetativen Nervensystems (Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbrüche, Herzjagen, Hautblässe, etc.) gehen mit den Beschwerden einher?

Diese genaue Bestandsaufnahme ermöglicht es dem Arzt, bereits bestimmte Krankheitsbilder einzuengen und zu lokalisieren. Zur Absicherung der Diagnose kommen dann bei Bedarf bildgebende Verfahren wie Röntgen oder Ultraschall gezielt zum Einsatz.

Die vier Verdauungsregionen

Beschwerden des Magen-Darmtraktes können im Brustkorbbereich (Thorax), im Oberbauch, im Mittelbauch und im Unterbauch lokalisiert werden.



Verdauungsregion 1 Der Thoraxbereich (Brustkorb)

Hier gehen die häufigsten Beschwerden auf eine Refluxerkrankung zurück: Sie äußert sich in Sodbrennen, teils andauernden Schmerz hinter dem Brustbein oder Asthma ähnlichem Husten, vorwiegend nachts.

Verdauungsregion 2 Der Oberbauch

Beschwerden in diesem Bereich gehen sehr häufig auf Gastritis und/oder ein Geschwürleiden (Ulcus) des Magens zurück: Zu den häufigsten Symptomen zählen Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Oberbauchschmerz in unterschiedlichster Intensität, Blutnachweis im Stuhl.

In dieser Region sind übrigens auch Probleme mit den Gallensteinen beheimatet: Diese äußern sich durch kolikartige Schmerzzustände im rechten Oberbauch, manchmal bis in die rechte Schulter ausstrahlend. Heller Stuhl, dunkler Harn, Übelkeit und Brechreiz weisen bereits auf eine Verlegung der Gallenwege hin.

Verdauungsregion 3 Der Mittelbauch

Neben Brüchen treten in dieser Region vorwiegend entzündliche Erkrankungen des Dün- und Dickdarmes (Enteritis, Morbus Crohn, Colitis), das so genannte Reizdarmsyndrom (Colon

Irritable), aber auch Durchblutungsstörungen des Darmes auf. Die häufigsten Beschwerden sind ziehende, manchmal akute Schmerzzustände, Krämpfe, Blähungen, wechselnde Stuhlgänge mit Diarrhoe (Durchfall) und das Gefühl der unvollständigen Darmentleerung. Da sich die Schmerzsymptome sehr ähneln, ist eine genaue Abklärung besonders wichtig.

Verdauungsregion 4 Der Unterbauch

Zu den drei häufigsten Krankheitsbildern in dieser sehr sensiblen Region zählen

1. die Blinddarmentzündung, die sich anfangs durch diffuse Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen zeigt, später durch rechtsseitigen Unterbauchschmerz, Druck- und „Loslass“-Schmerz
2. die Colitis (entzündliche Dickdarmerkrankung mit Stuhldrang, Blut- und Schleimabgang, erhöhte Stuhlfrequenz und Fieber)
3. die Divertikulitis (Schmerzen im linken Unterbauchbereich, Blutauflagerung am Stuhl und Fieber)

Tipps des Spezialisten

Nehmen Sie „Bauchweh“ als Änderung Ihres Körperverhaltens ernst und besprechen Sie neu aufgetretene Beschwerden mit dem Arzt Ihres Vertrauens. Unklare Bauchbeschwerden, Änderung der Stuhlgewohnheiten, Gewichtsverlust, Blutarmut und Schwarzfärbung des Stuhls sollten im Auge behalten werden, um unter Umständen größere Beschwerden oder gar einen chronischen Verlauf zu vermeiden. Rechtzeitig erkannt können sehr viele Krankheiten vollständig ausgeheilt und die gewünschte Lebensqualität wiedererlangt werden.



Mein Steckbrief:

Prim. Dr. Christian Emich
Facharzt für Innere Medizin,
Gastroenterologie und Hepatologie

Beruflich voll im Einsatz als:

Abteilungsleitung Allgemeine Interne Abteilung IV,
Stellvertreter des Ärztlichen Direktors, Arzneimittelkommission (vorsitzender Stv.), Ethikkommission,
Hygienebeauftragter Arzt, Qualitätssicherungskommission

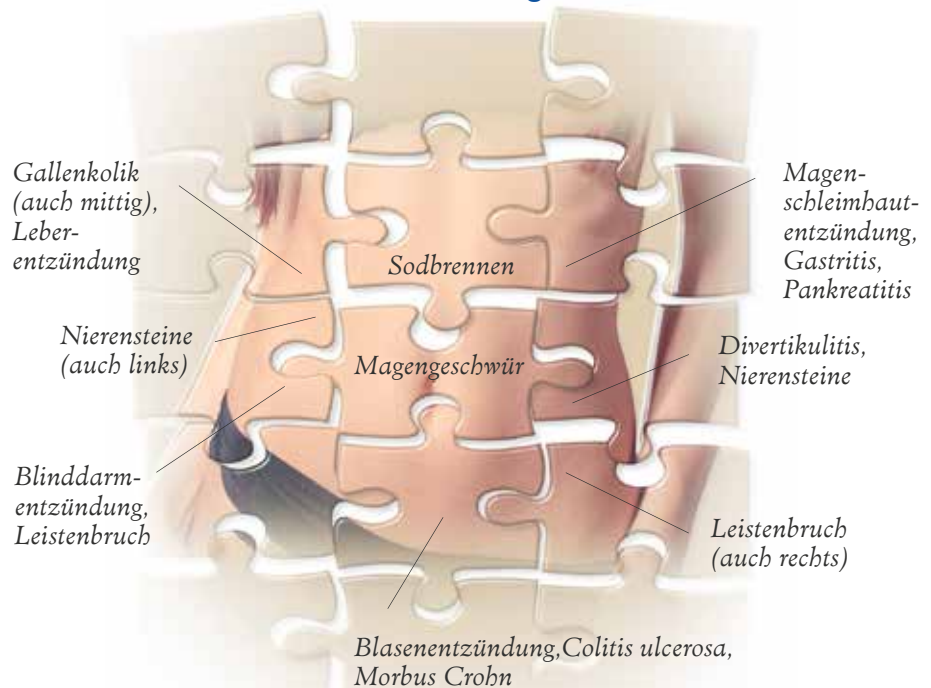
Spezialgebiete/Schwerpunkte:

Erkrankungen des Verdauungstraktes und Herzkreislauf (Gastroskopie, Coloskopie, Abdomenultraschall, Echokardiographie, TEE, Ergometrie, Holter RR, SD-Ultraschall)

Privat mit viel Freude dabei:

Den Ausgleich zu meiner täglichen Arbeit finde ich in verschiedenen Aktivitäten mit meiner Familie und meinen Hobbys, dem Geigespielen und Fotografieren. Ich stöbere aber auch gerne in kleineren Buchhandlungen, bin passionierter Kaffeetrinker und großer Lorient-Fan!

Bauchschmerzen, welche Organe sind betroffen?



Wenn Essen krank macht

Unverträglichkeiten, Allergien, Zöliakie & Co



> **Monika Hofbauer**
Diätologin

Haben Sie nicht auch den Eindruck, dass es heutzutage viel mehr an Unverträglichkeiten gibt als noch vor 20 Jahren? Und das bei einem Nahrungsmittelangebot, das so vielfältig ist wie noch nie. Probleme wie Durchfall, Übelkeit, Migräne bis hin zu argen Magen- und Bauchkrämpfen plagen heute schon jeden Vierten.

Gibt es ernährungstechnisch eine Erklärung, wieso Unverträglichkeiten heute vermehrt vorkommen?

Früher wurde aus medizinischer Sicht oft einfach gesagt „Dann lassen Sie das Lebensmittel einfach weg!“ oder es wurde als Einbildung abgetan.

Durch die Verbesserung der wissenschaftlichen Informationen hinsichtlich Allergien und Intoleranzen sowie moderneren und besseren Untersuchungsmöglichkeiten kommt es heutzutage zu einer genaueren Diagnosestellung. Dies erklärt das somit

„häufigere“ Vorkommen von Allergien und Intoleranzen.

Bei einer Allergie kommt es zu einer Reaktion des Immunsystems. Der Körper überreagiert auf einen ungefährlichen Fremdstoff (Allergen, beispielsweise ein Nahrungsbestandteil) und bildet die sogenannten IgE Antikörper. Man spricht von einer immunologischen Reaktion. Die Beschwerden können vom leichten Jucken, Brennen und Schwellungen im Mundraum bis zum lebensbedrohlichen Kreislaufversagen mit anaphylaktischen Schock reichen z.B. Erdnuss- oder Sellerieallergie.

Bei einer **pseudoallergischen Reaktion (Idiosynkrasie)** wird das klinische Bild einer Allergie imitiert. Somit wird eine nahezu identische Symptomatik wie bei einer Allergie beobachtet, obwohl hier keine Immunreaktion stattfindet. Die Reaktion beruht auf unterschiedlichen Mechanismen, welche teilweise nicht aufgeklärt werden können. Weiter sind pseudoallergische Reaktionen dosisabhängig, weisen eine hohe Spontanheilungsrate auf und können bereits bei Erstkontakt auftreten. Ein bekanntes Pseudoallergen ist die Acetylsalicylsäure. Auch alkoholische Getränke werden als mög-

licher Auslöser für pseudoallergische Reaktionen diskutiert, wobei es sich in den meisten Fällen um Beschwerden im Rahmen einer Histaminintoleranz handelt.

Bei einer **Unverträglichkeit (= Intoleranz)** ist das körpereigene Abwehrsystem nicht beteiligt. Es kommt daher zu keiner immunologischen Reaktion. Im Falle der Intoleranz hat der Körper nicht genug von bestimmten Enzymen oder Transportproteinen, um bestimmte Bestandteile der Nahrung, wie beispielsweise Laktose, Fruktose oder Histamin abzubauen oder in den Körper aufzunehmen. Die Beschwerden können mit Durchfällen, Bauchschmerzen und Blähungen sehr unangenehm und lebens einschränkend sein.

Bei **Abneigungen** handelt es sich um Lebensmittel, welche nicht gerne gegessen werden und es werden weder eine Immunreaktion noch Beschwerden ausgelöst (gastrointestinal oder anderweitig). Vereinzelt kann ein Verzehr von solchen Lebensmitteln zu schwallartigem Erbrechen führen, wobei sich die meisten Personen sträuben das Lebensmittel überhaupt zu essen.



Wann zum Facharzt?



> **Prim. Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch**
Internistin,
Hepatologin und
Gastroenterologin

Wichtig erscheint mir die Unterscheidung von Unverträglichkeiten, die wirklich krank machen und Unverträglichkeiten die „nur“ unser Wohlbefinden beeinflussen.

So zählt die Zöliakie (Glutenunverträglichkeit) zu jener Unverträglichkeit, die unbehandelt definitiv krank macht. Sie führt zum Schwund von Dünndarmzotten und verursacht damit eine therapieresistente Zöliakie, aufgrund derer die Nährstoffe nicht mehr aufgenommen werden können. Im schlimmsten Fall kann eine unbehandelte Zöliakie zum Auftreten von Lymphdrüsenkrebs (Lymphom) führen. Dagegen zeigt eine sog. Glutenhypersensitivität keine Komplikationen.

Viele der Unverträglichkeiten entstehen aufgrund primärer Erkrankungen. Daher ist der Ausschluss dieser Erkrankungen vorrangig, im Fall von z. B. Laktoseintoleranz und der sog. Fruktosemalabsorption kommt es häufig zu sekundären Formen dieser Erkrankungen, z. B. aufgrund von Wurmerkrankungen, nach Infektionen, im Rahmen von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sowie bei der Zöliakie. Deswegen sind einerseits Stuhlundersuchungen und andererseits Atemtest, Gastroskopie sowie eventuell eine Coloskopie als primäre Abklärung bei Verdacht auf Nahrungsmittel-Intoleranzen unumgänglich.



Welche Symptome (Durchfall, Blähungen, Krämpfe) können auftreten?

Diese Symptome können vielschichtig sein: Sie beginnen bei Blähungen, Aufstoßen und enden bei Krämpfen und lästigem Durchfall. Nahrungsmittelintoleranzen führen aber nie zu blutigen Durchfällen. Bei starkem Durchfall können jedoch Hämorrhoiden verletzt werden und zu bluten beginnen; in diesem Fall kommt es zu Blutauflagerungen am Stuhl. Weiters kann es aufgrund vermehrter Durchfälle vor allem bei der Zöliakie zu einer Malabsorption kommen, aufgrund derer die Aufnahme von Vitaminen und Eisen aus der Ernährung nicht möglich ist und dies führt wiederum zur Blutarmut (Anämie) und Müdigkeit.

Wie erfolgt die Diagnose?

Laktoseintoleranz und Fruktosemalabsorption können am besten mittels eines H₂ (Wasserstoff) Atemtests entdeckt werden. Die Zöliakie kann bereits im Blut vordiagnostiziert werden, die Diagnosebestätigung erfolgt dann durch die Biopsie aus dem tiefen Zwölffingerdarm, die im Rahmen einer Gastroskopie durchgeführt wird.

Behandlungsmöglichkeiten:

Bei der **Zöliakie** hilft lediglich glutenfreie Diät. Derzeit sind einige Medikamente in klinischen Studien in Erpro-

bung, aber noch nicht zugelassen. Die Supermärkte haben eine Reihe an glutenfreien Produktlinien entwickelt, die auch entsprechend gekennzeichnet sind.

Bei der **Laktoseintoleranz** soll zu laktosefreien Produkten gegriffen werden. Diese sind mittlerweile in den Supermärkten gut erhältlich. Sollte eine Unsicherheit z. B. bei Essen gehen bestehen, können Laktrasekapseln (Emzynsubstitution) eingenommen werden. Bei der Fruktoseintoleranz sollte vorweg auf Fruktose beinhalten- de Produkte verzichtet und anschließend Schritt für Schritt auf fruktosearme Nahrungsmitteln umgestiegen werden.



Tipp der Expertin

Zöliakie betrifft ein Prozent der Bevölkerung, bleibt jedoch häufig unentdeckt, daher ist es wichtig, bei regelmäßigem Durchfall und/oder Blähungen eine Gastroskopie bei Ihrem Vertrauensarzt durchführen zu lassen.

Vererbbarkeit spielt bei der Zöliakie eine wesentliche Rolle, ca. 5–10% der näheren Verwandten von Zöliakie Patienten sind ebenfalls betroffen. Daher ist Familienscreening im Fall der Neudiagnose unumgänglich. Vorsorge bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Zöliakie bringt leider recht wenig, nur die rechtzeitige Diagnose ist wichtig, besonders bei Zöliakie.

Nehmen Sie bitte im Fall von jeder neuen Diagnose die diätologische Beratung in Anspruch.

Klappt es mit dem Stuhl?

Wird der tägliche Weg aufs Örtchen ein Martyrium, so kann das viele Gründe haben



> OÄ
Dr. Patricia Herzig
Allgemein- und
Viszeralchirurgin

Gleich vorweg: Der Irrglaube „Wenn ich nicht täglich „muss“, dann stimmt etwas nicht mit dem Darm“ gehört dringend abgelegt. Zur grundsätzlichen Orientierung: Als normal gelten Stuhlgänge von 3 x pro Tag bis 1 x alle drei Tage.

Verstopfung, chronische Durchfallserkrankungen (Colitis ulcerosa) und Stuhlentleerungsprobleme sind die häufigsten Erkrankungen in diesem Zusammenhang.

Du bist, was Du isst

Um eine Tatsache kommen wir leider nicht herum: Die Hauptursache für Verstopfung (Obstipation) liegt in unserer Lebensweise, insbesondere in der Ernährung (siehe Kolumne): zu wenig Bewegung, zu wenig Ballaststoffe, zu wenig Obst und Gemüse.

Wie entsteht eigentlich Verstopfung?

Verstopfung kann vielerlei Ursachen haben. Natürlich die Kombination aus schlechter, vor allem ballaststoffarmer Ernährung, mit wenig Flüssigkeit und wenig Sport. Zusätzlich nehmen sehr viele Patienten Medikamente ein, die die Darmbeweglichkeit beeinträchtigen. In letzter Instanz gibt es auch eine tatsächliche Darmträgheit, welche die Ursache sein kann.

Wie kann man den Darm wieder in Schwung bringen?

Mit guter Ernährung, eventuell Ernährungsberatung, viel Flüssigkeit, Sport und Motivation.



Chronischer Durchfall – Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Die „Rache des Montezuma“ hat wohl schon jeder einmal im Leben durchgemacht, sei es aufgrund einer verdorbenen Mahlzeit oder durch ungewohnte Gewürze auf einer Urlaubsreise. Normalerweise ein vorübergehendes Problem. Doch was, wenn der Durchfall (Colitis) nicht endet, den Körper dehydriert und schlapp werden lässt?

Was löst eine Colitis aus?

Der Unterschied liegt zwischen einer infektiösen Colitis und einer Autoimmuncolitis wie M. Crohn/Colitis ulcerosa.

Infektiöse Colitis wird durch krankmachende Viren oder Bakterien ausgelöst, die Autoimmuncolitis durch Prozesse im Körper, wobei sich der Körper selbst angreift.

Was passiert dabei im Darm?

Die Darmzellen werden durch die Infektion oder Entzündung in ihrer normalen Tätigkeit gestört, weshalb sie mehr Flüssigkeit ausscheiden als aus der Nahrung aufnehmen. Dadurch kommt es zu einer vermehrten Flüssigkeitsausscheidung über den Darm.

Was rät der Arzt?

Reichliche Flüssigkeitszufuhr. Sollte es sich um einen bakteriellen Infekt handeln, der mittels Stuhlprobe ermittelt wird, dann eine Behandlung mit Antibiotika. Im Unterschied dazu verlaufen entzündliche Darmerkrankungen schubhaft, d. h. beschwerdefreie Phasen wechseln mit schmerzhaften Phasen. Bei Morbus Crohn können von Mund bis After sämtliche Bereiche des Verdauungstraktes betroffen sein. Möglich sind auch Kombinationen unterschiedlicher Entzündungsorte. Das Entzündungsgeschehen reicht bei Morbus Crohn tief in alle Wandschichten des Darmes und neigt zu Verengungen und Fistelbildung.

Im Gegensatz dazu konzentriert sich bei der Colitis ulcerosa der Entzündungsvorgang auf den Dickdarm. Verengungen oder Fisteln sind nicht typisch. Die Entzündung in der Darmwand ist nicht so tief reichend wie bei Morbus Crohn und beschränkt sich meist auf die Schleimhautschicht.

Wieso sind entzündliche Vorgänge im Darm so gefährlich?

Langfristige chronische Entzündungen verändern die Darmwand, sodass Perforationen, Fisteln, Darmverengungen und in langer Sicht auch tumoröse Veränderungen entstehen können.

Welche Therapien kommen zum Einsatz?

Bei der Diagnose M. Crohn/Colitis ulcerosa empfiehlt es sich, einen Gastroenterologen aufzusuchen. Dieser findet die optimale konservative Therapie mittels z. B. Medikamenten, die die Autoimmunität bremsen.

Wie wichtig ist dabei Vorsorge?

Unter kontrollierter Therapie kommt es zu einem schnellen Abklingen der Symptome. Trotzdem empfehlen wir regelmäßige Endoskopien, um einerseits sowohl das Entzündungsgeschehen als auch die möglichen Komplikationen kontrollieren zu können.





Mein Steckbrief:

Prim. Dr. Johannes K. Stopfer
Facharzt für Allgemein- und
Viszeralchirurgie

Beruflich voll im Einsatz als:
Abteilungsleiter der Chirurgischen Abteilungen
sowie Leiter der interdisziplinären Ambulanzen.

Spezialgebiete/Schwerpunkte:
Als Bauchchirurg habe ich mich auf die minimal-
invasive Colorektalchirurgie (Dick- und Enddarm)
spezialisiert.

Privat mit viel Freude dabei:
Meine Freizeit verbringe ich am liebsten mit meiner
Familie. Gerne gehen wir zusammen auf Reisen. Mit
meinem Sohn teile ich mir mit großer Freude die
Leidenschaft für das Modellbauen.

Mein Tipp für Leserinnen und Leser:
Ich halte mich persönlich an ein Zitat von
Charlie Chaplin: „Jeder Tag, an dem
du nicht lächelst, ist ein
verlorener Tag.“



Mein Steckbrief:

OÄ Dr. Patricia Herzig
Fachärztin für Allgemein- und
Viszeralchirurgie

Beruflich voll im Einsatz als:
Leitende stationsführende OÄ der Allgemein- und
Viszeralchirurgie.

Spezialgebiete/Schwerpunkte:
Mein Interesse und meine Berufung gilt seit jeher der
Chirurgie des Bauchraumes/Abdomens. Ob ein akuter
Blinddarm oder ein Darmverschluss.
Mein Fokus hier im Evang. Krankenhaus liegt in
der Refluxchirurgie, auch genannt Chirurgie des
Sodbrennens. Diesbezüglich gibt es auch eine eigene
Sprechstunde, wo ich mich gerne um Sie kümmere.

Privat mit viel Freude dabei:
Meine private Leidenschaft gilt dem Erkunden neuer
Länder und Kulturen. Ohne der Möglichkeit zu reisen,
wäre meine Welt nur halb so „bunt“.

Mein Tipp für Leserinnen und Leser:
Kommen Sie zu uns in eine unserer Sprechstunden
und lassen Sie sich freundlichst beraten!



Erste Hilfe bei Verstopfung

Es gibt eine Reihe natürlicher Mittel, die gute Erfolge bei der Ankurbelung der Verdauungstätigkeit bringen. Jedoch Vorsicht: Bei einer hartnäckigen, möglicherweise schon seit Jahren bestehenden Verstopfung, ersetzen diese weder die nötige Ernährungsumstellung noch die Änderung ungünstiger Lebensgewohnheiten. Sie stellen aber eine Art Erster Hilfe dar.

1. Glas stilles Wasser:

Trinken Sie morgens nüchtern als erstes ein Glas stilles Wasser mit Zimmertemperatur, oder leicht erwärmt.

2. Apfelessig:

Fügen Sie Ihrem morgendlichen Glas Wasser (0,2 Liter) 1 Esslöffel Apfelessig bei.

3. Feigen und Trockenpflaumen:

Abends Feigen oder Pflaumen in 1 Tasse Wasser einweichen, bei Raumtemperatur über Nacht stehen lassen. Morgens Saft und Frucht essen.

4. Müsli/Kleie/Leinsamen und Milchzucker:

Essen Sie zum Frühstück ein Müsli mit 1 EL Kleie, 1 EL Leinsamen und 1–2 TL Milchzucker und trinken Sie ein weiteres Glas Wasser oder eine Tasse Früchtetee. Bei manchen Medikamenten muss ein Einnahmeabstand von 30–60 Minuten eingehalten werden.

5. Sauerkraut:

Vor dem Mittagessen 1 Glas Sauerkrautsaft oder mehrmals täglich einige Gabeln rohes Sauerkraut.

6. Kefir, Joghurt, Sauermilch:

Täglich eine Portion Sauermilchprodukt, evtl. angereichert mit Leinsamen und/oder Kleie. Dann das zusätzliche Glas Wasser nicht vergessen!

> Monika Hofbauer, Diätologin

Hämorrhoiden? Keine Angst vor der OP

Weit verbreitet und doch tabu



> **Prim.
Dr. Johannes K.
Stopfer**
Chirurg und
Viszeralchirurg

Zuvor die gute Meldung: Sie sind nicht allein mit diesem Problem! Unabhängig vom Geschlecht sind ab dem 50sten Lebensjahr rund 70% irgendwann einmal davon betroffen.

Was genau sind Hämorrhoiden?

Hämorrhoiden (griechisch; haima = Blut, rhoos = fließen) sind Blut-Kissen bzw. -Polster, welche im distalen Enddarm zirkulär gelegen sind und bis an die Linea dentata (Grenzlinie unterschiedlicher Gewebearten) reichen. Diese Polster sind bei jedem Menschen vorhanden und dienen zusammen mit dem inneren und äußeren Schließmuskel des Afteres zur Abdichtung des Darms nach außen und verhindern, dass der Stuhl den Darm unkontrolliert verlassen kann. Erst bei einer Vergrößerung dieser Polster bzw. entsprechenden Beschwerden spricht man vom Hämorrhoidalleiden bzw. symptomatischen Hämorrhoiden.

Auf die Ernährung achten

Wesentlich bei der Entstehung von Hämorrhoiden ist eine ballaststoffarme Ernährung, Bewegungsmangel und zu geringe Flüssigkeitszufuhr, wodurch der Darm träge wird. Außerdem

- wiederholtes starkes Pressen beim Stuhlgang
- chronische Verstopfung (Obstipation)
- Heben schwerer Lasten
- häufiger Durchfall
- Schwangerschaft
- Übergewicht
- sitzende Tätigkeiten
- angeborene Schwäche der Blutgefäßwände

Die Einstufung von Hämorrhoiden erfolgt in vier Graden bzw. Stadien mit unterschiedlichen Beschwerdebildern:

Stadium 1: Hämorrhoiden Grad I

Die Hämorrhoiden sind äußerlich noch nicht sicht- oder tastbar. Nur mittels eines Proktoskops, einem Untersuchungsgerät – das in den Darm eingeführt wird – können sie als leichte Vorwölbungen im Analkanal festgestellt werden. In diesem Stadium haben die Patienten meist keine Beschwerden außer gelegentlich hellrote rektale Blutabgänge.

Stadium 2: Hämorrhoiden Grad II

Vergrößern sich die Hämorrhoiden weiter, können sie sicht- und tastbar werden (im Rahmen der Stuhlentleerung). In diesem Stadium ziehen sie sich jedoch meistens spontan wieder zurück. Der Patient hat das Gefühl der **unvollständigen Stuhlentleerung**, verbunden mit längeren Sitzungen auf der Toilette und mit anhaltendem Pressen, wodurch das Leiden wiederum verschlimmert wird.

Hier können bereits Symptome wie Brennen, Juckreiz, Nässen und Blutungen auftreten.

Stadium 3: Hämorrhoiden Grad III

Hämorrhoiden dieses Stadiums neigen nicht nur beim Stuhlgang, sondern auch bei körperlicher Belastung zum Vorfall. Meist bleiben sie ständig sicht- und tastbar, können aber zurückgedrückt werden (die Medizin spricht von „reponieren“). Hämorrhoiden III. Grades können bereits Schmerzen verursachen. Durch deren Vorfall kommt es zu verstärktem Nässen und Schleimabgang.

Stadium 4: Hämorrhoiden Grad IV

Hämorrhoiden des IV. Grades treten dauerhaft aus dem Analkanal aus und können nicht mehr in den After zurückgeschoben werden. Neben Beschwerden wie Nässen, Juckreiz und Schmerzen kommt es oft zur Stuhlinkontinenz.

Aufgrund des dauerhaft exponierten (hervortretenden) Zustandes der Hämorrhoiden sind Entzündungen und Thrombosierungen der Hämorrhoiden möglich, was mit starken Beschwerden wie z. B. Schmerzen verbunden ist.

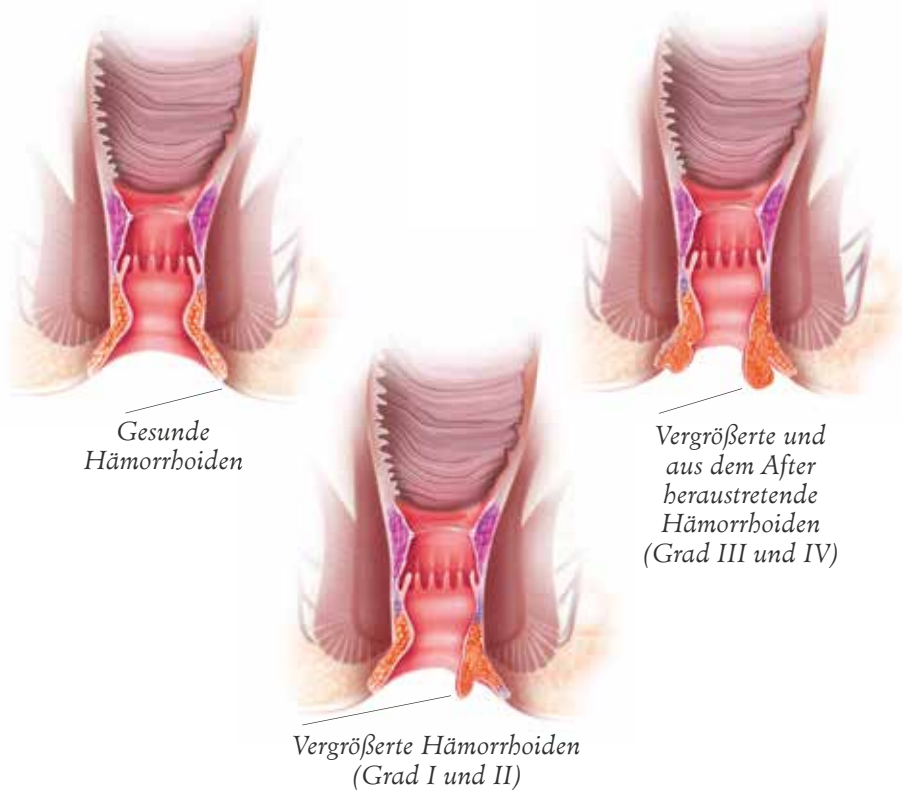
Behandlungsmöglichkeiten

Die Behandlung von Hämorrhoiden erfolgt symptomgerecht und orientiert sich an dem jeweiligen Stadium. Im ersten Stadium werden Ernährungs- und Lebensgewohnheiten mit dem Arzt besprochen und wenn nötig angepasst. (siehe Kolumne).

Bei Hämorrhoiden aller Grade können die Symptome Juckreiz, Nässen und Brennen durch **Zäpfchen** und **Hämorrhoiden-Salben** mit lokal wirksamen Substanzen gelindert werden. Insbesondere in den Anfangsstadien mit leicht vergrößerten Hämorrhoiden kann eine medikamentöse Behandlung zusammen mit einer Basistherapie aus gesunder Ernährung und Lebensweise ausreichen, um in der **Akutphase** Linderung zu verschaffen. Bei stark vergrößerten Hämorrhoiden kann man mit einer entsprechenden Medikation zwar ebenfalls die Symptome lindern, eine dauerhafte Beschwerdefreiheit bringt dann nur eine operative Therapie.

Das am häufigsten im Evangelischen Krankenhaus angewendete operative Verfahren ist die Hämorrhoiden-Arterien-Ligatur (HAL-RAR). Dabei werden mittels **Ultraschall** die zuführenden Blutgefäße aufgesucht, umstochen und mit Nähten der Prolaps korrigiert. Bei den konventionellen operativen Verfahren (z. B. Milligan Morgan) wird krankhaft vergrößertes Hämorrhoidalgewebe entfernt. Die Operation dauert rund 30 Minuten, Patienten können schon am nächsten Tag das Spital verlassen. Die Operationsverfahren sind sehr schonend, trotzdem kann es notwendig sein, einige Zeit einen speziellen Polster beim Sitzen zu verwenden.

Je frühzeitiger Hämorrhoiden erkannt werden, desto leichter lassen sie sich behandeln. Vor einem Eingriff sollte in jedem Fall eine Darmspiegelung (Coloskopie) oder Rektoskopie durchgeführt werden, um andere Gründe für die Blutungen beim Stuhlgang auszuschließen.



Hämorrhoiden schnell wieder loswerden

Beim Toilettengang gibt es einige Regeln zu beachten:

- Bei hartem Stuhl ist es besser zu warten bis ein Druck spürbar wird und nicht zu pressen.
- „Regelmäßigkeit und Haltung“ beim Toilettengang – täglich aufs WC setzen; dabei die Füße etwas höher stellen z. B. durch Vorbeugen (Krummrücken) am WC oder mit Hilfe eines Hockers die Füße etwas mehr anwinkeln.
- Bei Waschungen der Analregion nur lauwarmes Wasser verwenden und auf Seife verzichten. Ebenso sollten keine feuchten Tücher verwendet werden, da diese oft Substanzen enthalten, die Allergien auslösen können.
- Täglich Bewegung einplanen (Radfahren, Spaziergehen)
- Tägliche Trinkflüssigkeit mind. 1,5–2,5 Liter
- Regelmäßige Mahlzeiten mit ballaststoffreichen Lebensmitteln
- Langsam Essen und gut kauen, denn „gut gekaut ist halb verdaut!“
- Bauchmassagen im Uhrzeigersinn! Führen Sie mit den Fingern trommelnde Bewegungen auf der Bauchdecke aus. Dieser Reiz überträgt sich auf die Bauchorgane und regt die Darmtätigkeit an. Zudem können Sie Ihren Darm wahlweise mit warmen, kalten oder feuchten Wickeln stimulieren, wobei insbesondere kalten Wickeln eine entkrampfende Wirkung nachgesagt wird.
- Stress so oft wie möglich vermeiden.

Rasche und sichere Diagnose bei Bauchb

Moderne und exakte Diagnostik im EKH



> **Prim. Univ.-Prof.
Dr. Bernhard
Schwaighofer
Radiologe**

Beschwerden im Magen- und Darmbereich kennen wir alle, meist vergehen sie rasch wieder. Bleiben jedoch Schmerzen bestehen, sollten Sie einen Arzt aufsuchen, der meist weitere Untersuchungen beim Radiologen empfiehlt.

Aus Erfahrung wissen wir, dass viele Patienten immer noch Unbehagen vor einer nötigen Röntgenuntersuchung verspüren. Unsere modernen Untersuchungsmethoden sind aber heute rasch, schonend und ungefährlich. Ausnahme: Im Fall einer Schwangerschaft. Schon die theoretische Möglichkeit einer Schwangerschaft muss daher unbedingt vor einer Röntgenuntersuchung angegeben werden (Ausnahme: Ultraschall).

Tatsache ist: Rechtzeitig erkannt, können fast alle Krankheiten rascher geheilt werden oder einen leichteren Verlauf nehmen und dem Betroffenen wesentlich mehr Lebensqualität ermöglichen.

Unklare Beschwerden im gesamten Bauch- bzw. Verdauungsbereich, und nicht nur dort (!), bedürfen daher zeitgerechter und exakter Diagnose. Zu diesem Zweck empfiehlt Primarius Prof. Dr. Schwaighofer, Vorstand der Röntgenabteilung des Evangelischen Krankenhauses und der im selben Haus angesiedelten Röntgenordination, Diagnosehaus 18, ein breites Spektrum modernster Untersuchungsmethoden, die zur raschen Abklärung der Ursachen führen.

Ultraschall

Steht bei unklaren Bauchbeschwerden an erster Stelle: Dabei werden über einen Schallkopf Schallwellen in den Körper gesandt und deren Reflex zu einem Bild berechnet. In vielen Fällen ist mit Ultraschall eine endgültige Diagnose zu stellen, wie z.B. bei Gallen-

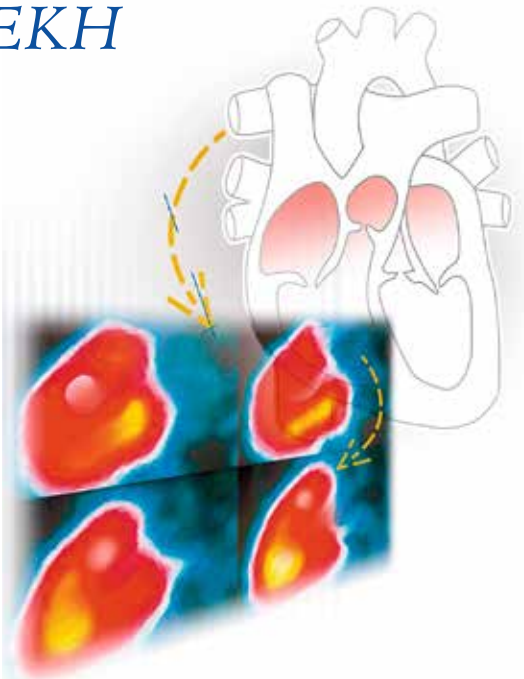
steinen oder bei Entzündungen von Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse, etc. Fallweise müssen noch ergänzende Untersuchungen vorgenommen werden wie CT (Computertomografie), in seltenen Fällen auch MRT (Magnetresonanz- oder Kernspintomografie). CT und MRT sehen äußerlich ähnlich aus, funktionieren aber völlig anders:

Computertomografie

Durch große technische Neuerungen („Mehrfachzeiler“) in den letzten Jahren ist die Untersuchung des gesamten Bauchraumes (Abdomen) in wenigen Sekunden möglich und offenbart einen detaillierten Blick in den menschlichen Körper. Während der Untersuchung liegen Sie in Rückenlage auf einer schmalen Liege, die sich langsam in die ringförmige Öffnung (Gantry) des Gerätes hineinbewegt. Diese ist relativ weit (60–70 cm), weshalb Sie sich nicht eingeeengt fühlen und keine Platzangst haben müssen. Außerdem sind Sie während der Untersuchung über eine Wechselsprechanlage jederzeit mit dem Arzt beziehungsweise der Röntgenassistentin verbunden. Eine Röntgenröhre umkreist Sie dabei in fixem Abstand und sendet gleichzeitig ein dünnes Röntgenstrahlenbündel aus. Die Untersuchung selbst ist völlig schmerzfrei. Vor allem bei unklaren Bauchschmerzen kann die CT, ähnlich wie der Ultraschall, jedoch oft noch genauer und schneller Aufschluss über eine Reihe von Krankheiten und Verletzungen geben wie z.B. Nierensteine, Leberzirrhose, Krebs oder Gefäßverletzungen.

Magnetresonanztomografie

Die Kernspintomografie, auch Magnetresonanztomografie, kurz MRT genannt, liefert gestochen scharfe Schnittbilder aus dem Körperinneren, die schon fast die Qualität anatomischer Zeichnungen haben. Anders als bei der Computertomografie werden zur Erzeugung der Bilder keine Röntgenstrahlen eingesetzt, sondern starke Magnetfelder und Radiowellen. Mit dieser Methode können Organ-



strukturen und -funktionen meist nach vorangegangener US- oder CT-Untersuchung noch genauer beurteilt werden, vor allem der Bereich Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse, Harn- und Sexualorgane. Weniger geeignet ist die MRT für die Schleimhautbeurteilung von luftführenden Hohlorganen wie Speiseröhre, Magen, Dünn- und Dickdarm, die heute hauptsächlich endoskopisch, d.h. mit speziellen Spiegelsonden, vorgenommen wird. Die klassische Röntgenuntersuchung dieser Organe hat aber im Einzelfall nach wie vor ihren Stellenwert und ist z.T. auch unverzichtbar.

Wie der Name schon andeutet, dient die **Magen-Darm-Passage** der Darstellung der Speiseröhre, des Magens und des Dünndarms. Diese Untersuchungen werden heute vor allem nach Operationen oder falls eine Gastroskopie nicht möglich ist, durchgeführt. Dabei trinkt der Patient eine geringe Menge von dünnflüssigem Kontrastmittel, welches sich an die Wand von Speiseröhre und Magen legt. Da die Untersuchung unter Durchleuchtungskontrolle durchgeführt wird, kann der Arzt die Untersuchung auf einem Monitor verfolgen und die besten Bilder auswählen. Während der Untersuchung werden Sie mehrmals aufgefordert, Ihre Lage zu verändern und die Atmung zu stoppen.



eschwerden

Irrigoskopie (Colonkontrasteinlauf)

Dient der Darstellung des Dickdarms und wird vor allem dann durchgeführt, wenn eine Coloskopie nicht möglich ist. Der Arzt lässt dabei Kontrastmittel im Liegen über den Darmausgang einlaufen. Meist wird zusätzlich noch etwas Luft eingeblasen, bevor der Arzt Aufnahmen macht, um alle Abschnitte des Dickdarms abzubilden.

Mit den beschriebenen Methoden ist es fast immer in kürzester Zeit möglich, Erkrankungen der Bauchorgane zu diagnostizieren und einer gezielten Behandlung zuzuführen. Das Team der Röntgenabteilung von Professor Schwaighofer ist in Kooperation mit den Ärzten des Evangelischen Krankenhauses stets bemüht, die optimalen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten für jeden Patienten individuell festzulegen.

Service-Info für Sie:
 Diagnosehaus 18
 Ordination (alle Kassen)
 Mo bis Fr 8–18 Uhr
 Evangelisches Krankenhaus
 Hans Sachsgasse 10–12
 1180 Wien
 Tel.: +43 1 402 80 62
www.diagnosehaus.at



Wenn Darmdivertikel zum Problem werden Beschwerden sollten unbedingt abgeklärt werden



> **Prim. Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch**
Internistin, Hepatologin und Gastroenterologin

Mittlerweile gibt es viele Informationsquellen, die über die Wichtigkeit von Darmspiegelungen (=Coloskopien) aufklären. Immerhin ist die Hälfte aller Menschen über 70 Jahre von Divertikeln betroffen, ohne jemals davon zu erfahren oder spürbare Beschwerden wahrzunehmen. Umso wichtiger ist es, einige Fakten zu diesem Thema in Erinnerung zu rufen:

Warum bekommt man Divertikel?

Die genaue Ursache für die Entstehung von Divertikeln und Entzündungen ist noch nicht restlos geklärt. Wesentliche Faktoren sind das Lebensalter und die Ernährung. Je höher das Lebensalter, desto häufiger die Entstehung. Je faserreicher die Ernährung, desto weniger Verstopfung und desto weniger die Häufigkeit von Divertikeln. Andere Erklärungen, die Aufschluss geben, könnten Störungen der Nervenreizeiter, Veränderungen des Stoffwechsels oder Beeinträchtigungen des Bewegungsvermögens des Darms sein. Mit Sicherheit ist Bewegungsmangel ein Risikofaktor, der die Entstehung von Divertikeln beschleunigt, ebenso wie Rauchen und überhöhter Alkoholkonsum.

Welche Beschwerden könnten auftreten?

In vielen Fällen verursachen Divertikel lange Zeit hindurch keine Beschwerden. Ziehende Schmerzen im linken Unterbauch, die womöglich immer wieder auftreten und von erhöhter Körpertemperatur begleitet sind, sollten keineswegs als „Darmgrippe“ verharmlost werden. In diesem Fall könnte schon ein Entzündungsherd bestehen, der unbedingt ärztlich abgeklärt werden muss. Prinzipiell lassen sich folgende Symptombereiche je nach Krankheitsstadium unterscheiden:

- Blähungen, aufgetriebener Leib, Gefühl einer unvollständigen Darmentleerung, wobei sich diese Beschwerden meist nach dem Stuhlgang bessern können
- Veränderte Stuhlbeschaffenheit (überwiegend Verstopfung)
- Veränderte Stuhlfrequenz
- Zum Teil heftige Darmblutungen (Divertikelblutungen stellen die häufigste Ursache für Blutungen aus dem Magen-Darm-Trakt dar)
- Schmerzen im linken Unterbauch (siehe oben)

Wann sind die Divertikel gefährlich?

Divertikel haben keine krankhafte Bedeutung, solange sie sich nicht entzünden. Sollte es zu einer Entzündung (Divertikulitis) kommen, muss ehestens ein Arzt konsultiert werden. Ursache dieser

Schmerzen ist eine Ausdehnung der Entzündung auf die Außenseite des Darms und auf das Bauchfell (Bauchfellentzündung = Peritonitis). Im weiteren Verlauf der Divertikelkrankheit kann es zu Eiteransammlungen (Abszessen) bis hin zur Perforation (Einreißen) des Darms kommen.

Die Symptome einer Divertikulitis beinhalten starke Bauchschmerzen, Fieber, Durchfall sowie Blut im Stuhl. Zudem haben die Patienten erhöhte Entzündungswerte im Blut.

In diesem Fall ist ein Ultraschall bzw. eine Schichtbildgebung (CT oder MRT) zwecks weiterer Diagnosebestätigung und Komplikationsabklärung notwendig.

Diagnostik und Therapie

Regelmäßige – je nach Alter und erblicher Belastung – Untersuchungen, wie z. B. Dickdarmspiegelung (Coloskopie) können die Divertikel rechtzeitig entdecken. Der Vorteil der Coloskopie liegt darin, dass man mit einer Endoskopie im gleichen Vorgang Polypen entfernen kann, ehe sie sich zum Darmkrebs entwickeln.

Wenn eine akute Entzündung vorliegt, wird über eine Computertomografie das Ausmaß der Veränderung festgestellt und beurteilt. Bei chronischem Krankheitsbild kann eine operative Sanierung notwendig sein. Mittels vier kleinen Einstichen und einem kleinen Schnitt wird das betroffene Dickdarmsstück laparoskopisch entfernt.



Darmdivertikel sind Ausstülpungen nach außen





en

Patienten können bereits nach vier Tagen normal essen und am siebten postoperativen Tag vom Krankenhaus entlassen werden.

Grundsätzlich kann man mit einer Ernährungsumstellung (ballaststoffreiche Kost), die möglichst früh schon beginnen sollte, viel erreichen. Ebenso sollte bei trägem Stuhlgang die Trinkmenge erhöht oder mit speziellen Stuhlweichmachern reguliert werden. Nicht zu vergessen ist, dass regelmäßige Bewegung die Darmtätigkeit unterstützt. Erst bei einer Divertikulitis (Entzündung der Divertikel) ist eine antibiotische Therapie erforderlich. Bei chronisch rezidivierender Divertikulitis kann die Therapie auch zyklisch erfolgen. Kommt es zu einer Darmperforation, ist meistens ein chirurgischer Eingriff erforderlich. Manchmal genügt jedoch auch stationäre Aufnahme und intravenöse antibiotische Therapie.



Mein Steckbrief:

Monika Hofbauer
Diätologin am
Evangelischen Krankenhaus

Beruflich voll im Einsatz als:
Diätologin, Teamleitung der Diätologie im EKH

Spezialgebiete/Schwerpunkt:
Zusatzausbildung: Diabetesberater,
Allergenkennzeichnung

Privat mit viel Freude dabei:
Ich bin sehr neugierig und probiere vor allem beim Kochen & Backen gerne Neues aus. Bei Gartenarbeit, Sport oder einem ausgedehnten Spaziergang kann ich abschalten. Die gemeinsamen Motorrad-Urlaube mit meinem Mann lassen mich auch wieder Kraft tanken, sowie Kulinarik und Kulturen mit anderen Augen erleben.

Mein Tipp für Leserinnen und Leser:
„Alles mit Maß und Ziel!“ – für mich ist nach diesem Motto auch „die Nahrung die erste Medizin“. Wenn Sie bei diesem Thema Unterstützung benötigen, wenden Sie sich gerne an einen Spezialisten, z. B. eine/n Diätologen/in ihres Vertrauens!

Tipp der Expertin

Bekommen Sie bitte keine Panik, nur weil bei Ihnen Divertikel entdeckt wurden. Bei unklaren Bauchschmerzen, Fieber, Unwohlsein ist allerdings ehestens ein Spezialist (Facharzt für Gastroenterologie und Hepatologie) zu konsultieren.



Mein Steckbrief:

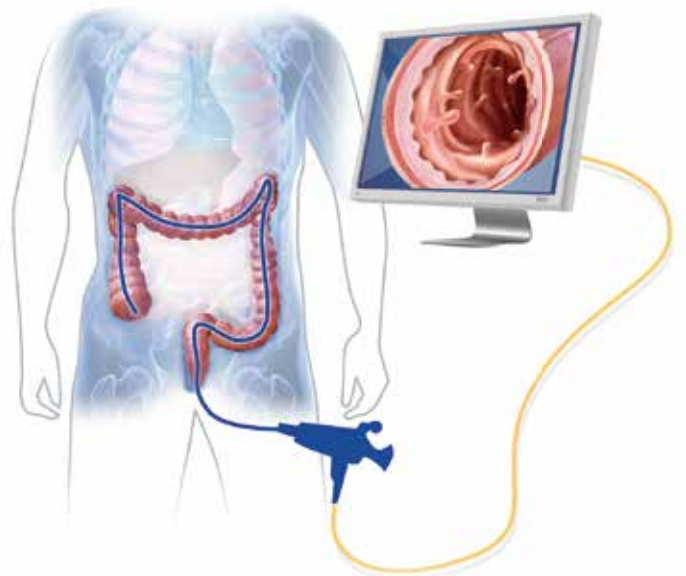
Prim.^a Ao. Univ.-Prof.
Dr. Monika Ferlitsch
Fachärztin für Innere Medizin,
Gastroenterologie und Hepatologie

Beruflich voll im Einsatz als:
Abteilungsleitung f. Gastroenterologie u. Hepatologie
Innere Abteilung II, Leitung der Interdisziplinären
Endoskopie am Evangelischen Krankenhaus

Spezialgebiete/Schwerpunkte:
Spezialgebiete sind qualitativ hochwertige Coloskopien inkl. neuester Methoden der Polypenabtragung und Beurteilung, Gastroskopie inkl. Behandlung von Blutungen und Speiseröhrekrampfadern, Beurteilung und Therapieplanung vom Barrettösophagus und Reflux, Diagnose, Therapie und Einschätzung des Schweregrades bei Patienten mit Lebererkrankungen.

Privat mit viel Freude dabei:
Die Abwechslung in der Freizeit ermöglicht mir abzuschalten und neue Energien zu tanken. Mountainbiken, Skifahren, Beachvolleyballspielen, Tennis, Tauchen, Wasserskifahren und Wakeboarden. Am liebsten mit meiner Familie.

Mein Tipp für Leserinnen und Leser:
Gehen Sie hinaus, machen Sie Bewegung an der frischen Luft, egal wie müde Sie sind, das gibt Ihnen die notwendige Energie. Ab dem 50. Lebensjahr zur Vorsorgecoloskopie. Lassen Sie Ihre Fettleber professionell abklären. Wir leben alle nur einmal und es liegt in unserer Hand, was wir daraus machen.



Sodbrennen in den Griff bekommen

Viele Beschwerden lassen sich auf einen Reflux zurückführen



> **Prim. Univ.-Prof. Dr. Georg Bischof**
Chirurg, Viszeral- und Gefäßchirurg

Der Ausdruck Sodbrennen beschreibt einen brennenden Schmerz oder Druck hinter dem Brustbein, der bis in den Hals-Rachenbereich reichen kann. Sehr oft ist die Ursache dafür ein „Reflux“ (Zurückfließen) von Magensaft in die Speiseröhre. Magensaft besteht zum großen Teil aus Säure, aber auch aus Gallenflüssigkeit, die in der Speiseröhre Entzündungen hervorrufen können, da hier die Schleimhaut die aggressive Säure nicht gut toleriert. Andere Beschwerden, die auf das gleiche Problem hindeuten können, sind Schluckprobleme, Heiserkeit, selten auch Lungenprobleme wie Husten oder Zungenbrennen.

Womit wird die Refluxerkrankung festgestellt?

Die Diagnose stellen wir mit der Magenspiegelung (Gastroskopie), bei der die Speiseröhre, der Übergang in den Magen, sowie der gesamte Magen und der Zwölffingerdarm untersucht werden. Es werden kleinste Schleimhautproben aus den genannten Bereichen entnommen und im histologischen Labor untersucht. Die Gastroskopie wird meist mit einer Beruhigungsspritze (Sedierung) vorgenommen und es ist keine spezielle Vorbereitung notwendig. Weitere sehr genaue Untersuchungsmethoden sind funktionelle Untersuchungen, wie die Manometrie (Druckmessung der Speiseröhre) und die 24-Stunden-Säuremessung (pH-Metrie), die einerseits die Refluxerkrankung bestätigen und andererseits andere (seltene) Ursachen von Schluckproblemen ausschließen (z.B. die Achalasie, eine muskuläre Störung der Übergangszone in den Magen). Alle diese Untersuchungen werden im Evangelischen Krankenhaus angeboten.

Sollte ein Reflux nur mit Medikamenten behandelt werden?

Die Behandlungen reichen von Empfehlungen zur Änderung von Ernährungsgewohnheiten über medikamentöse Therapie bis hin zu endoskopischen und operativen Behandlungen. In der Regel können Medikamente, die die Magensäureproduktion reduzieren, über lange Zeit weitgehende Beschwerdefreiheit ermöglichen. Wenn dies nicht gelingt oder außer dem zeitweisen Sodbrennen Beschwerden wie Schluckprobleme, Husten oder Lungenprobleme auftreten, ist es ratsam an andere Behandlungen zu denken.

Was, wenn Medikamente nicht mehr ausreichen?

Hier spielt der Nachweis eines Zwerchfellbruchs eine wichtige Rolle, den ca. 90% der Patienten mit Refluxbeschwerden in unterschiedlich großer Ausprägung haben. Bei sehr kleinen oder fehlenden Zwerchfellbrüchen können neue endoskopische Verfahren oder ein minimal-invasiv implantiertes Magnetband um den Mageneingang Besserung bringen. Die langfristig beste „Refluxkontrolle“ bringt die operative Korrektur des Zwerchfellbruchs kombiniert mit Funduplicatio, wobei aus dem eigenen Magen eine Manschette um die untere Speiseröhre gebildet wird. Dieser chirurgische Eingriff kann heute an spezialisierten Zentren in ca. 95% minimal-invasiv (das heißt mit 5–10 mm kleinen Schnitten und einer Video-Optik) und mit geringen Komplikationsraten durchgeführt werden. Der Krankenhausaufenthalt beträgt 4–5 Tage.

Plötzliches Brennen in den Griff bekommen

Beim akuten „Anfall“ genügt oft ein säureneutralisierendes Mittel aus der Apotheke einzunehmen (z.B. Rennie, Gaviscon, Sucralan) oder einen vom Arzt verordneten Säureblocker (PPI – Protonenpumpeninhibitor), ein bis zwei Stunden nicht zu essen und nur stilles Wasser zu trinken. Kohlensäurehaltige Getränke, blähende Speisen und vor allem Süßigkeiten abends können Reflux-Attacken auslösen und verstärken und sollten daher vermieden werden. Auch hastiges Essen kann die oft schon in ihrer Muskelkraft durch den Zwerchfellbruch beeinträchtigte Speiseröhre überfordern und starke Beschwerden auslösen.

Bei trotz Beachtung dieser relativ einfachen Maßnahmen anhaltenden Reflux-Beschwerden sollte ein Arzt aufgesucht werden. Mit der Erkrankung beschäftigen sich vorwiegend Gastroenterologen und Viszeral-Chirurgen.





Wer kennt diese Beschwerden nicht?

- Aufstoßen von saurem Mageninhalt
- salziger Geschmack in Mund und Rachen
- brennende Schmerzen im Bereich der Speiseröhre, hinter dem Brustbein, im Rachen (Sodbrennen)
- Fremdkörpergefühl im Hals, Schluckbeschwerden
- untypische Symptome wie Reizhusten, Heiserkeit, Räuspern, Halsschmerz. Diese entstehen, wenn die zurücklaufende Magensäure die Atemwege reizt

Hier ist ein Verdauungsspaziergang sehr hilfreich – weniger das Mittagsschläfchen, da sich durch das flache Hinlegen das Brennen und Aufstoßen nur verstärkt. Wenn für ein paar Tage nach einem üppigen Essen eine leicht verdauliche und fettarme Kost als auch ein Verzicht auf Alkohol erfolgt gibt es meistens keine Probleme mehr.

Andere Ursachen für Sodbrennen:

- länger nichts essen und richtig hungrig sein
- bestimmte Körperhaltungen z.B. Liegen oder Bücken
- Stress und Kummer
- eng anliegende Kleidung
- starkes Übergewicht (Adipositas)
- letztes Drittel der Schwangerschaft (wenn das Kind auf den Magen drückt oder die erhöhten Hormonspiegel, welche zu einer erhöhten Elastizität vieler Gewebe führen, z.B. wird Schließmuskel der Speiseröhre etwas „lockerer“)
- Medikamente, wie z.B. bestimmte Bluthochdruckmittel, Pille, Anticholinergika, Muskelrelaxantien

So können Sie Reflux vorbeugen:

- Vermeiden von Lebensmitteln, die im Ruf stehen Sodbrennen auszulösen, dazu zählen: sehr süße, stark angebratene sowie fettreiche und frittierte Speisen – vor allem Backwaren, Bohnenkaffee, fettreiche Wurst- und Fleischsorten, Räucherwaren, Mayonnaise, große Mengen an Streich- und Kochfett, Eiscreme, Schokolade oder Kakao, scharfe Gewürze (zum Beispiel Chilischoten, Curry), säurereiches Obst (zum Beispiel Zitrusfrüchte), ofenfrisches Brot, Weiß- oder Toastbrot, Hülsenfrüchte (zum Beispiel Bohnen, Erbsen) können die Beschwerden mitunter auslösen oder verstärken.
- Vermeiden von Alkohol, insbesondere säurebetonte Getränke wie Sekt oder Weißwein
- Bevorzugen von Getränken ohne Kohlensäure
- Mehrere kleine Portionen über den Tag verteilt essen
- Achten Sie auf eine schonende Zubereitung: Dämpfen, Grillen oder Dünsten anstatt Braten.
- Langsam und genussvoll essen
- ein gewisser zeitlicher Abstand (drei bis vier Stunden) zwischen den Mahlzeiten, als auch zum zu Bett gehen, sollte berücksichtigt werden
- insbesondere bei nächtlichem Reflux sollte eine späte Abendmahlzeit weggelassen (oder auf eine sehr leicht verdauliche Speise reduziert) werden
- manchmal hilft auch das Schlafen mit erhöhtem Oberkörper (nicht nur den Kopf mit einem Polster oder verstellbarem Kopfteil heben) bzw. in Linksseitenlage
- bei Übergewicht oder Adipositas sollte eine Gewichtsreduktion angestrebt werden
- auf das Rauchen verzichten

Natron (Natriumhydrogencarbonat): Schon wenig von diesem Hausmittel kann die Magensäure neutralisieren und dem Sodbrennen auf diese Weise vorbeugen.

Literatur: <https://www.apotheken-umschau.de/krankheiten-symptome/symptome/sodbrennen-ursachen-diagnose-therapie-737629.html>
<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/verdauung/sodbrennen-reflux>

Gallensteine: so fällt die Trennung leicht

Zu klein oder zu groß? Steinreich sein kann schmerzen



> **Prim. Dr. Andreas Selberherr**
Allgemein- und Viszeralchirurg

Über 30% aller Frauen und rund 20% aller Männer haben Gallensteine, aber nicht allen bereiten sie Probleme. Nur wenn Schmerzen im Zusammenhang mit Essen und Koliken auftreten, sollte man sich umgehend in fachärztliche Behandlung geben. Denn Gallensteine können unter Umständen – wenn nicht rechtzeitig operiert – schmerzlich größere Probleme bereiten:

So könnten große Steine eine Gallenblasenentzündung hervorrufen oder sogar – im Extremfall – eine Perforation mit lebensbedrohlicher Bauchfellentzündung entstehen lassen. Kleine Steine wiederum könnten bei der Gallenblasenentleerung im Gallenblasengang steckenbleiben und sehr schmerzhaft Koliken oder Schmerzen im mittleren oder rechten Bauchbereich hervorrufen. Besonders gefährlich sind sie auch aufgrund der Gefahr von Gelbsucht, die entsteht, wenn Steine über den Gallengang in der Einmündungsstelle im Zwölffingerdarm steckenbleiben. Dabei kommt es zu einem Gallenstau, der einen Übertritt von Gallenfarbstoff in das Blut verursacht. Ebenso wäre gerade auch die Bauchspeicheldrüse in Gefahr, eine lebensbedrohliche Entzündung zu entwickeln.

Welche Aufgabe hat die Galle?

Sie dient vorwiegend zur Fettverdauung und ist eine grünlich-gelbe Flüssigkeit, die von der Leber produziert und über die Gallengänge in den Darm geführt wird. Jeder, der gerne feuchtfröhlich feiert, wird schon einmal unfreiwilliger Weise diese Flüssigkeit vor Augen gehabt haben. Die Gallenblase dient wiederum als Reservoir der Gallenflüssigkeit, füllt sich zwischen den Mahlzeiten und entleert sich nach dem Essen.

Wie erfolgt die Diagnostik?

Zumeist wird der Facharzt Ihres Vertrauens eine Zuweisung für ein Labor (Blut- und Harnbefund sowie eine Sonographie) durchführen, wo sofort einmal festgestellt werden kann, ob Steine für die Schmerzen verantwortlich sind. Im weiteren Verlauf wird dann ein MRT der Gallenwege durchgeführt. 3-dimensionale Bilder können dann mögliche Entzündungsherde aufdecken.

Wann wird operiert?

Gallensteine können, aber müssen nicht Probleme bereiten. Allerdings kann ein Gallenanfall mit der Begleitung von schmerzhaften Koliken so manchen Urlaub ein schnelles Ende bereiten. Medikamentöse Lösungen, Diäten oder Stoßwellenbehandlungen bringen letzten Endes nicht den gewünschten Erfolg.

Akute Entzündungen der Gallenblase oder andere Komplikationen des Steinleidens bedürfen immer alternativlos einer dringenden Operation.

Die Operation selbst wird schon viele Jahre erfolgreich größtenteils mittels minimal-invasiven Eingriffen bzw. Schlüssellochtechnik durchgeführt und dauert ca. 30–60 Minuten. Die Aufnahme erfolgt in den meisten Fällen tagesklinisch, d.h. Sie können am Aufnahme-Tag auch wieder entlassen werden. In manchen Fällen berichten Patienten von muskelkaterähnlichen Beschwerden in der Schulter, die durch eine Nervenreizung entstehen können. Sehr angenehm empfunden wird, dass keinerlei Diäten nach der Operation notwendig sind.

Gallensteine – Lexikon:

Cholezystitis =

Gallenblasenentzündung

Perforation = Durchbruch

Peritonitis = Bauchfellentzündung

Bilirubin = Gallenfarbstoff

Sonographie =

Ultraschalluntersuchung

Cholecystektomie =

Entfernung der Gallenblase

Choledocholithiasis =

Steine im Gallengang



Mein Steckbrief:



Prim.
Dr. Andreas Selberherr PhD, FEBS
Facharzt für Allgemein- und
Viszeralchirurgie

Beruflich voll im Einsatz als:

Abteilungsleiter für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Europäischer Facharzt für Endokrine Chirurgie

Spezialgebiete/Schwerpunkte:

Mein Steckpferd ist die gesamte endokrine Chirurgie, insbesondere die Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie. Im Rahmen dieser Spezialisierung beschäftige ich mich auch mit familiären Erkrankungen dieser Organe und neuroendokrinen Tumoren.

Privat mit viel Freude dabei:

Gemeinsame Zeit mit meiner Frau und unseren Kindern.

Mein Tipp für Leserinnen und Leser:

Intensive Erholungsphasen sind ebenso wichtig für Körper und Geist wie Leistung. Ich empfehle daher, den täglichen Herausforderungen mit Freude und Tatendrang entgegenzutreten, aber ebenso bewusst und gezielt Pausen einzulegen.

Was kann ich selber vorsorglich tun?

- Nicht zu fett essen (Achtung: der Schnaps danach, bietet keine „bessere Verarbeitung“)
- Jährlich zur Gesundenuntersuchung – Labor von Leber, Galle ist immer Bestandteil der richtigen Diagnostik
- Stuhlkontrollen durchführen – wie ist die Konsistenz meines Stuhls (ständig weich oder sehr hart), wie ist die Farbe?

Mein Laborbefund

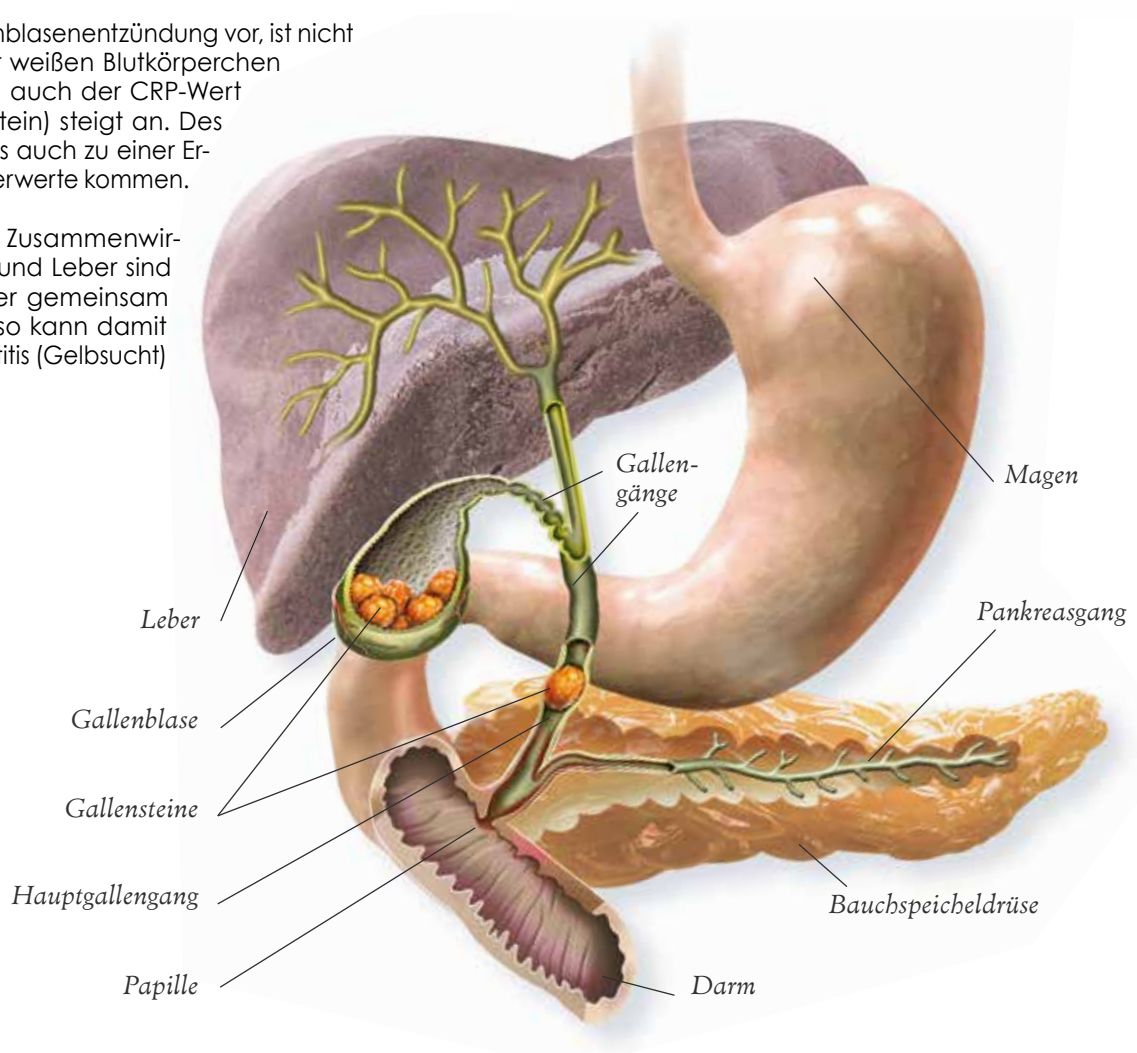
Welche Blutwerte sind bei einer Gallenkolik erhöht?

Bei der typischen Gallenkolik finden sich zumeist normale Blutwerte. Erst bei Auftreten einer Komplikation wie Entzündung der Gallenblase zeigen sich erhöhte Entzündungswerte (Leukozyten, CRP). Ein Rückstau der Gallenflüssigkeit verursacht eine erhöhte Bilirubin-Konzentration im Blut.

Welche Blutwerte deuten auf Gallenblasenentzündung?

Liegt eine Gallenblasenentzündung vor, ist nicht nur die Zahl der weißen Blutkörperchen erhöht, sondern auch der CRP-Wert (C-reaktives Protein) steigt an. Des Weiteren kann es auch zu einer Erhöhung der Leberwerte kommen.

Aufgrund des Zusammenwirkens von Galle und Leber sind die Werte immer gemeinsam zu betrachten, so kann damit auch eine Hepatitis (Gelbsucht) erkannt werden.



Im Kampf gegen den Darmkrebs

Ein Team von ärztlichen Spezialisten sorgt für eine gesamtheitliche Behandlung



> **Prim. Univ.-Prof. Dr. Georg Bischof**
Chirurg, Viszeral- und Gefäßchirurg

In Österreich erkranken jährlich etwa 4500 Menschen an Darmkrebs. Bei Männern und Frauen ist es die dritthäufigste Krebsart. Im fortgeschrittenen Stadium ist Darmkrebs oft nicht mehr heilbar, in frühen Stadien jedoch sehr wohl. So leben fünf Jahre nach Diagnose eines auf die innersten Darmwandschichten begrenzten Tumors (Stadium I) etwa 90% der Patienten, bei Befall der Lymphknoten (Stadium III) allerdings nur etwa 60%.

Aus diesem Grund wird Männern und Frauen ab dem 50. Lebensjahr eine Darmspiegelung (sogenannte Vorsorge-Coloskopie) empfohlen, eine der wenigen effektiven Untersuchungen, um die Entstehung eines bösartigen Tumors zu verhindern. So konnte eine Aktion in Österreich mit dem Aufruf am Darmkrebs-Früherkennungsprogramm teilzunehmen, in den letzten Jahren bereits große Erfolge verbuchen: über 10000 Frühkarzinome oder Vorstufen

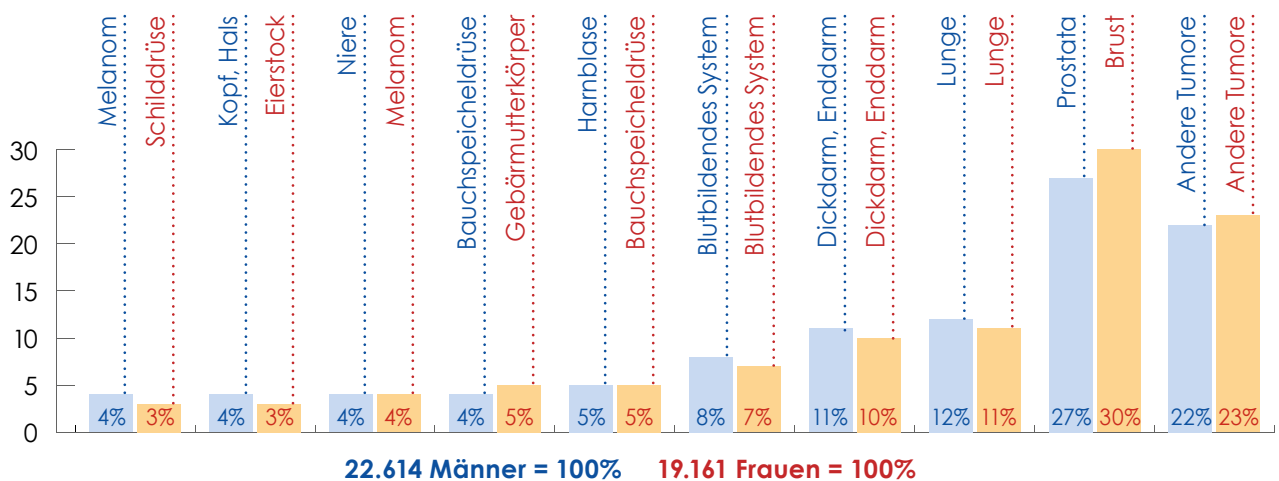
wurden endoskopisch entfernt und damit aufwendige Therapien und Operationen vermieden.

Sollte die Diagnose Krebs tatsächlich gestellt werden, wendet man sich als betroffener Patient am besten an ein spezialisiertes Zentrum. Im Evangelischen Krankenhaus arbeitet ein Team von erfahrenen Medizern daran, einen bestmöglichen Behandlungspfad für jeden einzelnen Betroffenen zu erstellen. In gut vorbereiteten Tumorboard-Sitzungen wird jeder Krebspatient vorgestellt und das interdisziplinäre Team kann unter Einbeziehung der internationalen Standards und Leitlinien ein individuelles Behandlungskonzept empfehlen. Der betreuende Arzt stellt den Patienten vor und übernimmt als gleichbleibender Ansprechpartner (Case Manager) weiterhin die Verantwortung und persönliche Führung des Patienten durch den empfohlenen Behandlungsprozess. Somit ist der Patient über jeden Behandlungsschritt optimal informiert.

Das Darmzentrum wird von Chirurgen gemeinsam mit Gastroenterologen und onkologischen Internisten geführt, weitere Spezialisten aus Strahlentherapie, Pathologie, Radiologie und Anästhesie ergänzen das Team. Auch onkologisch ausgebildete Pflegekräfte, Psychologen, Diätologen und Stoma-Therapeuten sind wichtige Mitglieder des Zentrums.

Eine hochmoderne Ausstattung ist für die Endoskopie, im Röntgeninstitut (CT und MRT) und für alle operativen Eingriffe vorhanden. Besonders gut eingerichtet ist das Krankenhaus für minimal-invasive Operationen (Laparoskopie oder „Schlüsselloch-Chirurgie“), die meist weniger Schmerzen, Wundkomplikationen und eine raschere Erholungsphase bei gleicher Sicherheit für den Patienten bewirken. So können viele Patienten nach Darmoperation das Krankenhaus bereits nach wenigen Tagen verlassen. Sollte eine Chemotherapie notwendig werden, kann dies ebenfalls im Haus durchgeführt werden. Auch regelmäßige Nachsorge-Untersuchungen werden nach aktuellen Standards vom Team des Darmzentrums angeboten.

Die häufigsten Tumorlokalisationen nach Geschlecht (2019)



Quelle: Zahlen, Statistik Austria. Aufgrund der Lesefreundlichkeit wurde die Farbe und Form des Diagramms geändert.

**Adipositas, morbide:**

krankhafte Fettsucht, bedingt durch vom Betroffenen nicht kontrollierbare Nahrungsaufnahme

Aspiration:

Einatmen von Flüssigkeit (z. B. saurem Magensaft) in die Lunge. Kann Lungenentzündungen, Asthma, Bronchitis oder Husten verursachen.

Barrett-Ösophagus:

refluxbedingte Schleimhautveränderungen an der unteren Speiseröhre, die zu einem Karzinom entarten können

Cholecystektomie:

Entfernung der Gallenblase

Cholecystitis:

Entzündung der Gallenblase

Cholecystolithiasis: Gallensteine

Coloskopie:

Untersuchung des Dickdarms mit einem flexiblen Coloskop (Endoskop)

Computer-Tomographie (CT):

modernes röntgenologisches Schnittbildverfahren, welches einen detaillierten Blick in den menschlichen Körper ermöglicht

Darmperistaltik:

Bewegungen der Darmmuskulatur, welche nötig sind, um den Nahrungsbrei zu transportieren

Darmresektion:

Entfernung eines erkrankten Darmabschnitts

Divertikel:

kleine Ausstülpungen aus der Darmwand

Endoskop:

schlauchförmiges, biegsames Untersuchungsgerät mit Videokamera, das in Magen oder Darm eingeführt wird

Fundoplicatio:

operative hergestellte Manschette um die untere Speiseröhre; verhindert Reflux

Gastroskopie:

Untersuchung des Magens mit einem flexiblen Gastroskop (Endoskop)

Hiatushernie:

Zwerchfellbruch. Dabei gelangen Magenanteile aus dem Bauch- in den Brustraum

Ileus:

Darmverschluss. Entweder mechanisch durch ein Hindernis (Verwachsungen, Tumor) oder durch Lähmung (nach großen Bauchoperationen)

Inkontinenz:

ungewollter Verlust von Harn und/oder Stuhl

Irrigoskopie:

Kontrastmitteleinlauf zur Röntgenuntersuchung des Dickdarms

Karzinom: Krebsgeschwulst

Kolorektales Karzinom:

Krebs des Dickdarms oder Mastdarms

Kreuzstich:

komplette Ausschaltung des Schmerzempfindens in einer bestimmten Körperregion durch Einspritzung eines örtlichen Narkose-Mittels; eignet sich besonders für Patienten mit erhöhtem Vollnarkose-Risiko

Laparoskopische Operation:

minimal-invasive Operationstechnik. Die Bauchhöhle wird mit Kohlendioxidgas gefüllt. Über Schleusen (Ports) werden Videokamera und Instrumente eingebracht. Der Chirurg steuert die Instrumente über einen Videomonitor.

LapDisc:

Silikon-Schleuse mit Irisblende. Ermöglicht dem Chirurgen bei laparoskopischen Eingriffen zusätzlich zu den Instrumenten auch eine Hand in die Bauchhöhle einzuführen.

Magnetresonanztomographie (MRT):

Untersuchungsmethode ohne Röntgenstrahlen mit Magnetwellen. Wird oft zusätzlich zur Sonographie und CT bei bestimmten Erkrankungen durchgeführt.

Malabsorption:

ist die mangelhafte Aufnahme (Absorption) von Substraten aus dem bereits vorverdauten Speisebrei.

Minimal-invasive Verfahren:

operative Eingriffe über kleine Schnitte oder Einstiche. Meist sind damit laparoskopische Operationen gemeint.

Obstipation:

Stuhlverstopfung

Okkultes Blut:

mit dem Auge nicht sichtbare Blutbeimengungen zum Stuhl. Hinweis auf einen Polypen oder ein Karzinom.

Perforation:

Auftreten eines Lochs in einem Hohlorgan des Verdauungstraktes (z. B. Magen, Dickdarm)

Peritonitis:

Bauchfellentzündung, z. B. bei Magen- oder Dickdarmdurchbruch

Polyp:

Wucherung der Darmschleimhaut. Kann zu einem Karzinom entarten.

Reflux:

Zurückfließen vom saurem Mageninhalt in die Speiseröhre

Refluxösophagitis:

Entzündung der Schleimhaut der Speiseröhre; kann Komplikationen verursachen.

Sonographie:

Ultraschalluntersuchung

Stoma:

künstlicher Darmausgang

Thrombose:

Blutgerinnsel. Kann sich z. B. in den Beinvenen bilden, lösen und in die Lunge verschleppt werden (Lungenembolie)

Ultraschall:

Schallwellen werden in den Körper gesandt und deren Reflexe zu einem Bild berechnet.

Zwerchfellbruch:

Auseinanderklaffen beider Zwerchfellschenkel; beeinträchtigt die Funktion des Schließmechanismus zwischen Speiseröhre und Magen; verursacht Reflux.

Zöliakie:

Glutenunverträglichkeit

Hauptsache gesund!

Experten dieser Ausgabe:



Prim. Dr. Johannes Karl Stopfer
Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie
Vorstand der Chirurgischen Abteilungen
Leiter der Interdisziplinären Ambulanzen
Ordination: +43 664 942 15 22
www.chirurgie-stopfer.at



Prim. Univ.-Prof. Dr. Georg Bischof
Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie u. Gefäßchirurgie
Leiter der Abteilung für Allgemein- und Gefäßchirurgie
Ordination: 1170 Wien – +43 1 486 17 86 oder
1190 Wien – +43 1 367 13 73
www.dr-bischof.com



Prim. Dr. Christian Emich
Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie
und Hepatologie
Leiter der Allgemeinen Abteilung für Innere Medizin
Ordination: +43 1 523 64 85



Univ.-Doz. Dr. Ingrid Kiefer
AGES – Österreichische Agentur für Gesund-
heit und Ernährungssicherheit GmbH
E-Mail: ingrid.kiefer@ages.at
www.ages.at



Prim. A.o. Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch
Fachärztin für Innere Medizin, Gastroenterologie
und Hepatologie
Leiterin der Abteilung für Gastroenterologie
Ordination: +43 1 99 20 400
www.semperstrasse29.at



Prim. Dr. Andreas Selberherr PhD, FEBS
Leiter der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Ordination: +43 664 960 36 38
www.chirurgie-selberherr.at



OÄ Dr. Patricia Herzig
Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Leitende stationsführende Oberärztin
der Allgemeinchirurgie
Ordination: +43 1 916 59 16
www.healthforlife.at



Prim. Prof. Dr. Bernhard Schwaighofer
Facharzt für Radiologie
Diagnosehaus 18 (im Evangelischen Krankenhaus)
Tel.: +43 1 402 80 62
www.diagnosehaus18.at



Monika Hofbauer
Diätologin
Tel.: +43 1 404 22-622
E-Mail: diaetologie@ekhwien.at

Österreichische Post AG
SP 05Z036144 N

Evangelisches Krankenhaus
Hans-Sachs-Gasse 10–12, 1180 Wien
kontakt@ekhwien.at · www.ekhwien.at
Tel.: +43 1 404 22-0, **Info-Tel.:** +43 1 404 22-508

Retouren an Postfach 555 – 1008 Wien

