



Hauptsache gesund!

Das Patienten-Magazin des Evangelischen Krankenhauses.

€ 8,20



Der Bauch Zentrum des Wohl- befindens

*Sodbrennen
in den Griff
bekommen*

*Wann Divertikel
zur Zeitbombe
werden*

*Wenn es mit
dem Stuhl
nicht klappt*

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

Moderne Chirurgie im EKH <i>Die Erfolgsgeschichte setzt sich mit einem versierten Spezialisten-Team fort</i>	3
Die 10 größten Irrtümer in der Ernährung <i>Mythen und Irrtümer rund ums Essen</i>	4–5
Bauchschmerz kann viele Ursachen haben <i>Warum es auf die richtige Diagnose ankommt.</i>	6–7
Wenn gesundes Essen krank macht <i>Unverträglichkeiten, Allergien, Zöliakie & Co</i>	8–9
Klappt es mit dem Stuhlgang? <i>„Verstopfung“ hat viele Ursachen, die richtig erkannt und behandelt werden müssen</i>	10–11
Hämorrhoiden? Keine Angst vor der OP <i>Sanfte Hilfe für das weit verbreitete Tabuprobem</i>	12–13
Rasche und sichere Diagnose bei Bauchbeschwerden <i>Moderne und exakte Diagnostik im EKH</i>	14–15
„Bauchgrippe“ oder Divertikel-Entzündung? <i>Warum heftige Beschwerden unbedingt genau abzuklären sind</i>	16–17
Feueralarm in der Speiseröhre <i>So bekommt man Sodbrennen in den Griff</i>	18–19
Sind Sie steinreich? <i>Probleme mit dem Gallenfluss äußern sich in vielfältiger Art!</i>	20–21
Stuhlverstopfung? Auch an die Schilddrüse denken! <i>Läuft sie im Schongang, wird meist auch der Darm träge</i>	22
Kleines Medizin-ABC	23
Autorenliste	24

IMPRESSUM:

Herausgeber:

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

Redaktionsleitung: Claudia Pekatschek

Redaktionsteam: Mag. Karin Hönig-Robier,
Susanne Peterseil

Fotos: Mag. Stefan Haspl, Martin Knapp BSc,
Dipl. HTL-Ing. Christian Richter;
AdobeStock, pexels.com;

Grösel & Grösel;

Grafik und Illustrationen: Grösel & Grösel

Produktion: Druckservice
Angelika Duchkowitz GmbH

Wegen stilistischer Klarheit und leichter 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

Die Erfolgsgeschichte setzt sich mit einem versierten Spezialisten-Team fort



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

Allrounder-Chirurg oder Spezialist für einen bestimmten Bereich? Bereits vor Jahren hat sich das Evangelische Krankenhaus mit seinem chirurgischen Angebot zur Strategie des modernen Spezialisten-Teams entschlossen. Dies unter Würdigung der kompetenten Allrounder-Chirurgie, die allerdings zunehmend an Bedeutung verliert. Dafür haben Medizintechnik, OP-Techniken und auch personalisierte Medizin in den letzten Jahrzehnten eine zu große Entwicklung genommen.

Werfen wir kurz einen Blick ganz weit zurück: Während im antiken Griechenland die Heilkunst des Chirurgen hohes Ansehen genoss, war später, im Mittelalter, eher das Handwerk des „Chirurgen“ gefragt. Der Grund: Amputationen waren angesichts der zahlreichen, blutigen Kriege an der Tagesordnung. Allerdings war damals der Begriff „Chirurg“ als solcher unbekannt; eher übten Nicht-Mediziner wie Wunderheiler, Gaukler, Henker und Quacksalber den blutigen Beruf aus ...

Die Erfolgsgeschichte der modernen Chirurgie begann dann gegen Ende des 19. Jahrhunderts, nachdem endlich eine menschenwürdige und weniger leidvolle Methode der Anästhesie zum Einsatz kam und Sterilität und Desinfektion zum großen Thema wurden.

Pioniere im Evangelischen Krankenhaus

Bereits 1991 hat man im Evangelischen Krankenhaus neben einer modernen Orthopädie ein starkes chirurgisches Team etabliert. Als echte Pioniere erwiesen sich ab der Jahrtausendwende Prim. Dr. Peter Jiru und Prim. Dr. Wolfgang Feil: Bereits sehr früh wichen die beiden Spitzenchirurgen vom damals noch gängigen Credo „Großer Chirurg, große Schnitte“ ab und spezialisierten sich auf die patientenschonende Schlüsselloch-Technik (Laparoskopie) bei Speiseröhren-, Darm- und Leistenbruch-Operationen. Zunehmend wurde das Chirurgenteam um weitere Experten, etwa für Gefäßchirurgie, erweitert.

Als ich Ende 2021 als neuer Vorstand der Chirurgischen Abteilungen berufen wurde, war meine Ambition, ein etabliertes Team in die Zukunft zu führen und zur Erweiterung der Basis „Allgemeine Chirurgie“ weitere Spezialisten für die gefragtesten Bereiche zu gewinnen: Schilddrüsen-, Gefäß- sowie Magen-Darm-Chirurgie. Diese decken wir heute mit unseren neuen, versierten Teammitgliedern bestens ab.

Organisation und Team-Management

Um unseren Patienten optimale individuelle Betreuung zu bieten, bedarf es wohlgedachter Organisationsabläufe und guter Zusammenarbeit – im Team und interdisziplinär mit Experten anderer Abteilungen. Auf diese Weise ermöglichen wir nicht nur kurze Wartezeiten, sondern auch ein modernes Qualitätsmanagement und somit mehr Sicherheit für Patient und Arzt. Eine große Unterstützung leistet mir dabei auch die wertvolle Zusammenarbeit mit meiner ärztlichen Kollegenschaft, mit den Pflegeteams, den Psychologinnen und Diätologinnen. Allen von ihnen gilt auch hier mein herzlichster Dank!

Prim. Dr. Johannes K. Stopfer, FEBS



Die 10 größten Irrtümer in der Ernährung

Mythen und Irrtümer rund ums Essen

© Katharina Hochmayer



> **Dr. Christine Reiler**
**Allgemein-
medizinerin,
Phytotherapeutin
und
Moderatorin**

Manche Ernährungsmythen kennen wir schon aus unserer Kindheit, manche Weisheiten haben wir aus der Zeitung und inzwischen tummeln sich viele selbsternannte Ernährungsgurus auch im Internet. Doch welche Empfehlungen rund um unser tägliches Essen sind nun wirklich wahr und welche Vorstellungen gelten als überholt?

Führt zuviel Salz zu einem zu hohen Blutdruck?

Salz führt dazu, dass mehr Wasser im Körper gespeichert wird und so die Menge an Blut steigt. Weiterführend erhöht sich so der Druck auf unsere Gefäße. Das ist für Menschen, die etwa schon an Bluthochdruck leiden, kontraproduktiv. Ihnen wird empfohlen täglich maximal 6g Salz, also etwa einen Teelöffel, zu sich zu nehmen. Das klingt wenig, ist jedoch in Anbetracht dessen, dass sehr viele Lebensmittel sowieso schon viel verstecktes Natriumchlorid enthalten, durchaus sinnvoll.

Ist eine vegane Ernährung für Senioren empfehlenswert?

Wer sich vegan ernähren möchte, kann das auch bis ins hohe Alter tun. Allerdings gilt es zu beachten, dass alle notwendigen Nährstoffe mit den passenden Lebensmitteln abgedeckt werden. Da muss man als Veganer besonders auf eine ausreichende Zufuhr von Vitamin B12, Vitamin D und Kalzium achten. Ersteres kann substituiert werden, Vitamin D kann unser Körper durch Sonneinstrahlung auf unserer Haut selbst produzieren und Kalzium findet man etwa in Brokkoli und Grünkohl.

Ist dunkle Schokolade gesund für unser Herz?

Studien deuten darauf hin, dass der tägliche Genuss von 100g dunkler Schokolade mit einem Kakaogehalt von mindestens 60% das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko verringert. Zumindest bei nicht herzerkrankten Personen, die aber ein höheres Risiko haben, daran zukünftig zu leiden. Dafür verantwortlich sollen die sogenannten Flavonoide in der Leckerei sein, die ebenso den Cholesterinwert senken können.

Eier erhöhen den Cholesterinspiegel?

Das war früher die medizinische Meinung, allerdings ist der heutige wissenschaftliche Standpunkt, dass Cholesterin, das über die Nahrung aufgenommen wird, kaum einen Einfluss auf unseren Cholesterinspiegel im Blut hat. Genießen Sie also ruhig Ihr Frühstücksei! Übergewicht und Stoffwechselerkrankungen führen allerdings im Gegensatz dazu, dass die Leber verstärkt Cholesterin produziert und irgendwann können dann die Zellen kein Cholesterin mehr aufnehmen – die Blutwerte steigen an.

Fett ist immer ungesund?

Wie üblich macht auch hier die Dosis das Gift. Ganz klar ist, dass unser Körper Fett braucht, um zu funktionieren. Entscheidend ist aber welches Fett wir in welcher Form zu uns nehmen. Sinnvoll ist ein Verhältnis von 1:2 von gesättigten und ungesättigten Fettsäuren. Davon sollte mehr als ein Drittel des aufgenommenen Fettes aus einfach ungesättigten Fettsäuren, vorzugsweise Ölsäure, bestehen. Unter den mehrfach ungesättigten Fettsäuren sollten möglichst viele Omega-3-Fettsäuren sein. Zu den „gesunden“ Fetten gehören hier Fisch-, Lein- oder Olivenöl. Diese Fette wirken, in Maßen genossen, entzündungshemmend und vermindern deshalb das Risiko für Arteriosklerose und weitere Erkrankungen.

Wieviel Wasser am Tag sollte es denn nun sein?

Eine knifflige Frage, auf die es keine pauschale Antwort gibt, denn das hängt von drei Parametern ab: Lebensstil, Umwelteinflüssen und körperlichen Merkmalen. Und diese sind bei uns Menschen eben individuell unterschiedlich. Als ungefähre Richtwert gelten 1,5 bis 3 Liter täglich. Bei hohen Temperaturen, viel sportlicher Betätigung etc. versteht es sich von selbst, dass man mehr schwitzt und also mehr Wasser zu sich nehmen muss um das Defizit auszugleichen.





© Adobe / RossandHeilen

Brauchen wir im höheren Lebensalter Protein?

Umso älter wir werden, desto mehr Muskelmasse baut unser Körper ab. Also ja! Denn um die gleiche Menge an Muskeln aufzubauen, braucht der Organismus eines älteren Menschen im Vergleich zu einem jüngeren Menschen mehr Protein. Dabei gilt die Regel: Erwachsene ab 65 Jahren sollten 1,0 Gramm Protein je Kilogramm Körpergewicht täglich zu sich nehmen. Dafür eignen sich zum Beispiel Milchprodukte oder Hülsenfrüchte.

Welche Vitamine sind besonders wichtig, um fit im Alter zu bleiben?

Alle, aber besonders folgende: Vitamin B 12, Vitamin C, D und E, Folat, Calcium, Magnesium und Eisen.

Sind Tomaten wirklich gut für unser Herz-Kreislauf System?

Kurz gesagt: ja. Denn Paradeiser enthalten Carotinoide, die für ihre schöne rote Farbe verantwortlich sind. Und diese sogenannten Lycopine können mithelfen das Risiko an Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Arteriosklerose zu leiden zu verringern. Und eine Menge Kalium steckt auch noch in dem Gemüse, und darauf ist auch unser Herz angewiesen um ordentlich pumpen zu können.

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.



Bauchschmerz kann viele Ursachen haben

Warum es auf die richtige Diagnose ankommt



> **Prim.
Dr. Christian Emich
Internist**

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, sowie der 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 Irritabile), 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.



© Fotolia/Marin Comic/ Bearbeitung Grösel

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)



Prim. Dr. Christian Emich
Facharzt für Innere Medizin

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)

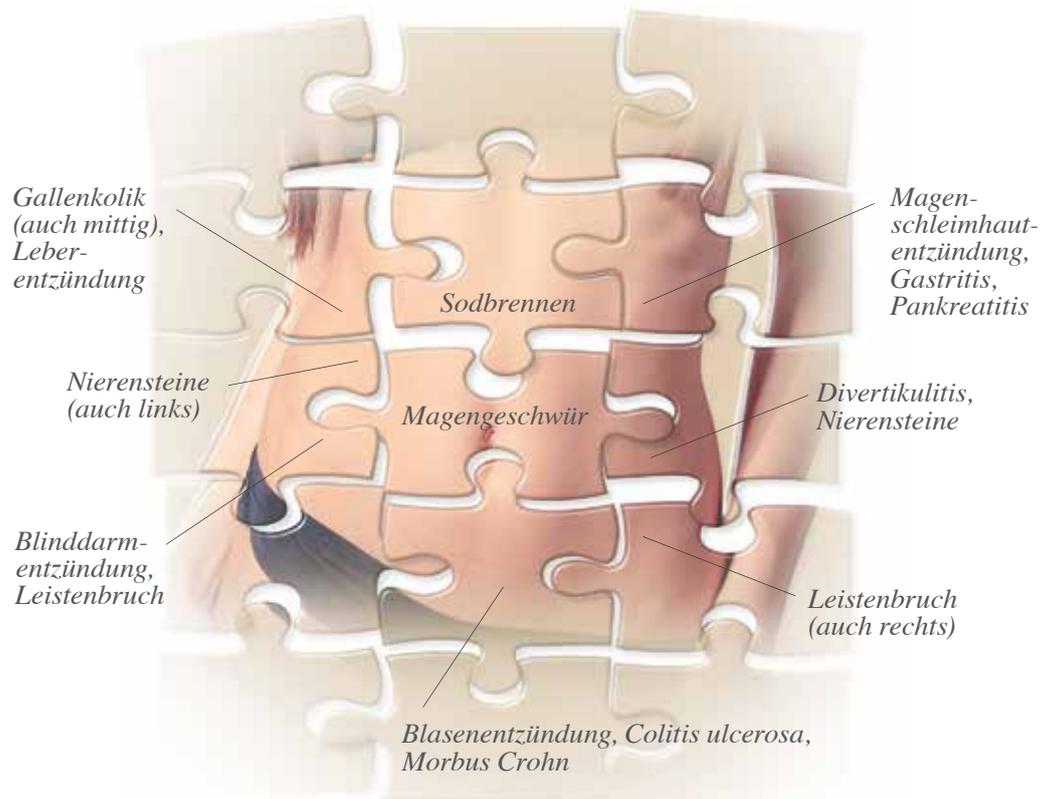
Privat mit viel Freude dabei:

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

Bauchschmerzen, welche Organe sind betroffen?

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, Blutarut 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.



Wenn gesundes 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 überschießenden Antwort des Immunsystems beim Kontakt mit einer eigentlich ungefährlichen, körperfremden Substanz. Das Immunsystem ist lernfähig und weiß normalerweise sehr gut, welche Stoffe schädlich sind und welche nicht. Bei einer Allergie funktioniert diese Unterscheidung nicht mehr richtig – anstatt die aufgenommenen Stoffe zu ignorieren, mobilisiert der Körper bei einer Allergie seine Abwehrkräfte und bildet die sogenannten IgE Antikörper. Die Beschwerden wie juckende und tränende Augen, eine rinnende Nase, geschwollene Schleimhäute, Atemnot oder bis hin zu einem Kreislaufversagen mit anaphylaktischem Schock sind mögliche Folgen dieser Immunreaktion. Die auslösenden Stoffe (Allergene) selbst richten keinen direkten Schaden an, sondern es ist ausschließlich eine Reaktion des Immunsystems.

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 auf-

treten. Ein bekanntes Pseudoallergen ist die Acetylsalicylsäure. Auch alkoholische Getränke werden als möglicher 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.



© pexels-kate-andreeshcheva

Genauer nachgefragt

Unverträglich: Wann zum Facharzt?

Zugegeben: Verträgt man ein Lebensmittel nicht, kann das im Bauch ganz schön unangenehm „rumoren“! Beeinflusst diese Nahrungsmittel-Intoleranz nur unser Wohlbefinden oder macht sie wirklich krank? Die Unterscheidung ist wichtig und bedarf daher genauer ärztlicher Abklärung!

So zählt etwa Zöliakie (Glutenunverträglichkeit) zu jenen Intoleranzen, die unbehandelt definitiv krank machen. 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 sogenannte Glutensensitivität keine Komplikationen. Daher ist fachärztliche Abklärung so wichtig.



**> Prim. Dr. Christian Emich
Internist**
„Gluten-Unverträglichkeit macht – unbehandelt – definitiv krank!“

Was ist die Grunderkrankung?

Viele der Unverträglichkeiten entstehen aufgrund primärer Erkrankungen. Daher ist deren Ausschluss vorrangig. So kommt es etwa im Fall von Laktoseintoleranz und Fruktose-Malabsorption häufig zu sekundären Formen dieser Erkrankungen, zum Beispiel aufgrund von Wurmerkrankungen, nach Infektionen, im Rahmen von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sowie bei Zöliakie. Daher sind Stuhluntersuchungen und eine Irrigoskopie (Dickdarmröntgen) als primäre Abklärung bei Verdacht auf Nahrungsmittel-Intoleranzen unumgänglich.

Welche Symptome sind typisch?

Die Symptome sind vielschichtig: Sie beginnen bei Blähungen, Aufstoßen und enden bei Krämpfen und lästigem Durchfall (Diarrhoe). Nahrungsmittel-Intoleranzen führen aber nie zu blutigen Durch-



> OA Dr. Alexander Ditscheiner, Internist
„Bei Verdacht auf eine Nahrungsmittel-Unverträglichkeit sind Stuhluntersuchungen und Dickdarmröntgen als primäre Abklärung unumgänglich“

fällen. Bei starker Diarrhoe können jedoch Hämorrhoiden verletzt werden und zu bluten beginnen. In diesem Fall kommt es zu Blutauflagerungen am Stuhl. Weiters besteht das Risiko, dass die vermehrten Durchfälle – vor allem bei Zöliakie – zu einer Malabsorption führen. In dem Fall ist die Aufnahme von Vitaminen und Eisen aus der Ernährung nicht mehr möglich. Dies wiederum führt zu Blutarmut (Anämie) und Müdigkeit.

Wie erfolgt die Diagnose?

Laktose-Intoleranz und Fruktose-Malabsorption lassen sich am besten durch einen H₂(Wasserstoff)-Atemtest nachweisen. Zöliakie kann bereits im Blut vordiagnostiziert werden. Die Diagnosebestätigung erfolgt dann mittels Biopsie aus dem tiefen Zwölffingerdarm, die im Rahmen einer sanften Gastroskopie durchgeführt wird.

Welche Behandlungen sind angesagt?

Bei Zöliakie hilft lediglich Gluten freie Diät. Supermärkte bieten eine Reihe solcher Produktlinien an, die auch entsprechend gekennzeichnet sind.

Bei Laktose-Intoleranz sollte zu Laktose freien Produkten gegriffen werden,

die im Handel ebenfalls gut sortiert erhältlich sind. Speist man außer Haus, kann man sich vorsichtshalber mit Laktase Kapseln wappnen. Bei Fruktose-Intoleranz sollte vorweg auf Fruktose haltige Produkte verzichtet und anschließend Schritt für Schritt auf Fruktose arme Nahrungsmittel umgestiegen werden.

Derzeit sind einige Medikamente in klinischen Studien in Erprobung, aber noch nicht zugelassen.



**OA
Dr. Alexander
Ditscheiner**

Beruflich voll im Einsatz als:
*internistischer Oberarzt mit
Leib und Seele*

Spezialgebiete/Schwerpunkte:
*Von A wie autoimmunologische
Erkrankungen über B wie
Beschwerden jeglicher internis-
tischer Art bis zu C, Colono- und
Gastroskopie – ich nehme gerne
jede Herausforderung an.*

Privat mit viel Freude dabei:
*Von A wie alte Autos über K wie
Kampfkunst bis S wie Schi-
fahren und das alles am liebsten
mit meiner Familie.*

Mein Tipp für Leserinnen und Leser:

*Rechtzeitig drauf schauen, dass
man ihn hat, bevor man ihn
braucht, nämlich den Coloskopie-
Termin und den Arzt.*

Klappt es mit dem Stuhlgang?

„Verstopfung“ hat viele Ursachen, die richtig erkannt und behandelt werden müssen

Eine alte chinesische Weisheit lautet: Der Darm ist das Tor zum Leben. Tatsächlich beeinflusst kaum ein Körperteil unser Wohlbefinden so stark wie der Bauch. Funktioniert die Darmentleerung immer öfter nicht ohne medikamentöse Hilfe oder nur mühsam in mehreren „Sitzungen“, können verschiedene Auslöser dahinter stecken. Wie diagnostiziert man hartnäckige Verstopfung richtig und wie rückt man den unterschiedlichen Ursachen wirkungsvoll zu Leibe? Wir sprachen darüber mit Frau OÄ Dr. Kira Sorko-Enzfelder, Fachärztin für Chirurgie und Spezialistin für Enddarm-Erkrankungen.

Welche Folgen hat das überlange Verweilen des Nahrungsbreis im Darm?

Der Dickdarm entzieht dem Nahrungsbrei Wasser und Elektrolyte (Salze). Je länger der Nahrungsbrei im Dickdarm verweilt, desto mehr Flüssigkeit wird entzogen. Dies reduziert die Gleitfähigkeit und der Stuhl selbst wird zunehmend härter und lässt sich schlechter entleeren. Weiters verursachen große Stuhlanstimmungen im Darm oft eine Dehnung der Darmwand und lösen dadurch Schmerzen und ein unangenehmes Völlegefühl aus.

Kommt es über mehrere Wochen hinweg zu Veränderungen der Darmaktivität oder bereitet – wie bei einer Rektozele – die Entleerung Probleme, wird der Gang zum Facharzt empfohlen.

Wie äußert sich eine symptomatische Rektozele?

Patienten haben das Gefühl der unvollständigen Entleerung. Es wird viel Zeit auf der Toilette verbracht, gedrückt und gepresst. Manchmal muss mit Fingern oder Einläufen mitgeholfen werden um sich des Stuhlgangs zu entledigen. Nicht selten treten als Begleiterscheinung Blutungen und ein Stuhlschmier auf.

Diese Situation kann die Lebensqualität stark einschränken und den Alltag bestimmen.



**> OÄ Dr. Kira Sorko-Enzfelder
Allgemein- und Viszeralchirurgin**
„Grundsätzlich müssen wir zwischen zu langsamem Stuhltransport und einer Entleerungsstörung des Enddarms unterscheiden.“

Frau Dr. Sorko-Enzfelder, ab wann gilt man als chronisch verstopft?

Das subjektive Empfinden des Patienten deckt sich da nicht immer mit dem medizinischen Begriff der Verstopfung. Um von chronischer Verstopfung zu sprechen, muss Folgendes über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten gegeben sein:

- Es treten weniger als 3 spontane Stuhlgänge pro Woche auf.
- Bei 25% der Stuhlgänge besteht eine harte oder klumpige Stuhlkonsistenz
- 25% der Entleerungen sind unvollständig oder es tritt ein Blockierungsgefühl auf.
- Bei 25% der Stuhlgänge besteht die Notwendigkeit zum starken Pressen oder es muss manuell nachgeholfen werden.

Wie entsteht hartnäckige Verstopfung und wann ist der Gang zum Arzt angesagt?

Unter den vielfältigen Ursachen spielen bekanntlich zu geringe Trinkmenge, zu wenig Bewegung im Alltag und unzureichende Aufnahme von Ballaststoffen eine große Rolle. Weitere Auslöser können Stress, Diabetes, Schilddrüsenunterfunktion, Medikamente, aber auch Darmentzündungen und im schlimmsten Fall ein Dickdarmtumor sein.

Sind die erwähnten Erkrankungen ausgeschlossen, unterscheidet man prinzipiell zwischen zu langsamem Stuhltransport und einer Entleerungsstörung des Enddarms. Letztere geht häufig auf eine Rektozele (Ausstülpung der Mastdarmvorderwand in die Scheide) zurück. Bei manchen Patienten trifft beides zu.



Welche Untersuchungen liefern Gewissheit?

An oberster Stelle stehen ein ausführliches fachärztliches Gespräch mit gezielter Erfassung der Beschwerden und eine körperliche Untersuchung mit Abtasten von Bauch, Schließmuskel und Enddarm. Idealerweise wird bei der Erstuntersuchung auch eine Enddarmspiegelung (Rektoskopie) angeschlossen.

Bei unklaren Blutungen, familiären Krebserkrankungen und spätestens ab einem Alter von 50 ist eine Coloskopie unabdingbar, um andere Ursachen der Obstipation auszuschließen. Zur Unterscheidung zwischen Darmträgheit und Entleerungsproblematik dienen weitere Untersuchungen zur Dauer des Stuhltransports im Dickdarm sowie eine Entleerungsaufnahme (Defäkographie) bei Verdacht auf Enddarm-Entleerungsstörung.

Was hilft bei einer Enddarm-Entleerungsstörung?

An erster Stelle trägt der Patient selbst viel zur Erleichterung der Darmpassage bei wie etwa durch Erhöhung der Ballaststoffe in der Nahrung, vermehrte Trinkmenge und mehr Bewegung. Abführmittel oder Zäpfchen bewirken zumeist eine bessere und vollständigere Entleerung. Weiters lässt sich durch gezielte Physiotherapie und Biofeedback die Wahrnehmung im Beckenboden verbessern.

Sind die nicht-chirurgischen Maßnahmen ausgeschöpft, steht – unter gründlicher Abwägung – ein kleiner und narbenfreier Eingriff zur Wahl. Dafür haben wir verschiedene Techniken zur Verfügung, die individuell an den Patienten und seine Beschwerden angepasst werden.

Das Ziel aller Maßnahmen ist ein regelmäßiger, beschwerdefreier Stuhlgang und somit eine verbesserte Lebensqualität des Patienten.

Mehr Ballaststoffe essen, mehr Flüssigkeit und viel mehr Bewegung fördern einen regelmäßigen und beschwerdefreien Stuhlgang



**OÄ
Dr. Kira
Sorko-Enzfelder
Fachärztin
für Allgemein-
und Viszeralchirurgie**

Beruflich voll im Einsatz als:
*Proktologin (Enddarm-
spezialistin) aus Leidenschaft*

Spezialgebiete/Schwerpunkte:
Meine Berufung gilt dem Po und seinen Erkrankungen - alles was dem/der Patient/e in unangenehm oder tabubehaftet ist. Seien es Veränderungen um den After oder im Enddarm, wie zum Beispiel Wucherungen, Risse oder Hämorrhoiden, aber auch noch unangenehmere Themen wie eine Stuhlhalteschwäche oder Stuhlentleerungsstörung können mit mir in ungestörter Atmosphäre besprochen werden.

Privat mit viel Freude dabei:
Die schönste Zeit, neben meiner Arbeit, ist die mit meinen zwei Kindern und meinem Mann. Wir verbringen viel Zeit in der Natur und mit sportlichen Aktivitäten. Ich liebe es zu kochen und neue Rezepte auszuprobieren.

Mein Tipp für Leserinnen und Leser:

*Mein Leitspruch ist: Denken Sie PO – sitiv!
Lassen Sie sich beraten und untersuchen.
Haben Sie keine Angst vor einer Untersuchung im Analsbereich – man sieht selber nicht hin oder hinein und oft ist Hilfe ganz einfach.*

Hämorrhoiden? Keine Angst vor der OP

Sanfte Hilfe für das weit verbreitete Tabuproblem



> **Prim. Dr. Johannes K. Stopfer, FEBS**
Allgemein- und
Viszeralchirurg

Zuvor die gute Meldung: Sie sind nicht allein mit diesem Problem! Unabhängig vom Geschlecht sind ab dem 50. 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. Sie 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 am jeweiligen Stadium. Im ersten Stadium werden Ernährungs- und Lebensgewohnheiten mit dem Arzt besprochen und wenn nötig angepasst. (Siehe Tabelle S 13). 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 zwar sehr schonend, aber dennoch 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.



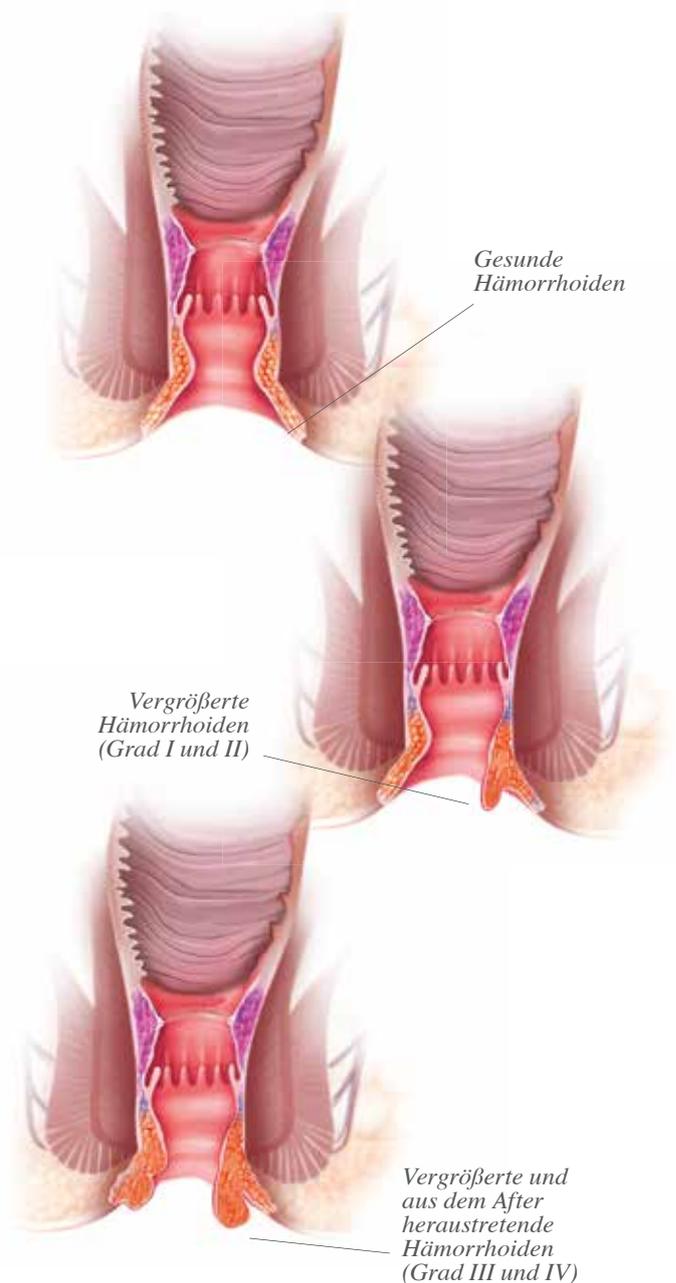
**Prim.
Dr. Johannes K. Stopfer, FEBS
Facharzt für Allgemein- und
Viszeralchirurgie**

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.“*



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, Spazierengehen)
- 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 Bauchbeschwerden

Moderne und exakte Diagnostik im EKH



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

Beschwerden im Magen- und Darmbereich kennen wir alle und oft 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-

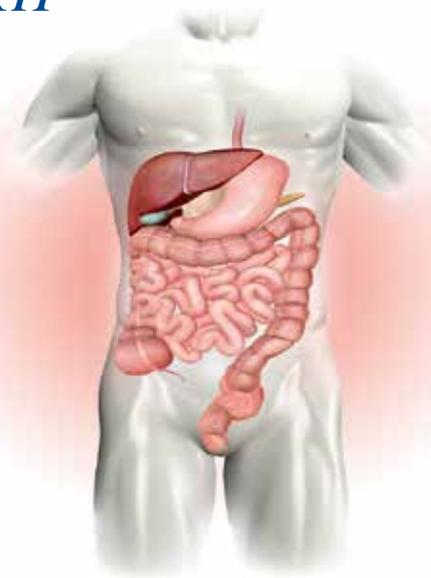
steinen oder bei Entzündungen von Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse, etc. Fallweise müssen noch ergänzende Untersuchungen vorgenommen werden wie CT (Computertomografie), in seltenen Fällen auch MRT (Magnetresonanztomografie). CT und MRT sehen äußerlich ähnlich aus, funktionieren aber völlig anders.

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 Kernspintomographie, auch Magnetresonanztomografie, kurz MRT genannt, liefert gestochen scharfe Schnittbilder aus dem Körperinneren, die schon fast die Qualität anatomischer Zeichnungen haben. Anders als bei der Computertomographie werden zur Erzeugung der Bilder keine Röntgenstrahlen eingesetzt, sondern starke Magnetfelder und Radiowellen.



Mit dieser Methode können Organstrukturen 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 sie der Arzt auf dem Monitor verfolgen und die besten Bilder auswählen. Während der Untersuchung werden Sie mehrmals aufgefordert, Ihre Lage zu verändern und die Atmung zu stoppen.

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 Schwäighofer 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*



„Bauchgrippe“ oder Divertikel-Entzündung?

Warum heftige Beschwerden unbedingt genau abzuklären sind

Plötzliche Schmerzen im Unterbauch, Fieber, veränderte Stuhlbeschaffenheit und manchmal auch Blut im Stuhl. So beschreiben viele Patienten ihre Beschwerden. Von Betroffenen selbst bisweilen als „Darmgrippe“ eingeschätzt, können die Symptome nach gründlicher Untersuchung aber durchaus auf eine Divertikel-Entzündung (Diverticulitis) zurückgehen. Und eine solche muss behandelt werden, um Folgeschäden vorzubeugen. Welche das sein können und was man zeitgerecht dagegen tun kann, dazu baten wir Herrn Prim. Dr. Christian Emich und Herrn Prim. Dr. Johannes Stopfer zu Wort:

Wie häufig treten Darmdivertikel auf?

Prim. Dr. Stopfer: Sie sind weit verbreitet: Jeder Dritte über 60 und acht von 10 Menschen über 80 haben Darmdivertikel, die ihnen oft keinerlei Beschwerden bereiten. Häufig werden Divertikel im Zuge einer Vorsorge-Darmspiegelung entdeckt. Im Gegensatz zu Darmpolypen, die nach innen



> Prim. Dr. Johannes Stopfer, FEBS Allgemein- und Viszeralchirurg
„Chirurgisch werden Darmdivertikel heute fast immer durchs Schlüsselloch entfernt“

wachsen, erkennt man Darmdivertikel als Ausstülpungen nach außen. Während man Polypen als mögliche Krebsvorstufe gleich im Zuge der Darmspiegelung entfernt, liefern unauffällige Divertikel keinen Handlungsbedarf.

Wie gefährlich ist es dann, Darmdivertikel zu haben?

Prim. Dr. Emich: Vorsicht ist angesagt, wenn sich Divertikel entzünden. Da kann es ähnlich einer Bauchgrippe zu Verstopfung oder Durchfall, geänderter Stuhlfrequenz, Übelkeit sowie zu plötzlichen, starken Bauchschmerzen und Fieber kommen. Tritt dies wiederholt auf, ist unbedingt ein Facharzt aufzusuchen, um ernsthaften Folgeleiden vorzubeugen.

Welche können das sein?

Prim. Dr. Stopfer: In diesen Ausstülpungen der Darmwand kann sich leicht Kot ansammeln. Das führt mit der Zeit durch Eindickung zu Kotsteinen, die Druck aufs Gewebe ausüben. Dies wiederum behindert die Blutzufuhr zum Gewebe und lässt ganz kleine Defekte entstehen, die Darmwandentzündungen verursachen. Eiter sammelt sich dann gelegentlich zu einem Abszess an, das im schlimmsten Fall die Darmwand einreißt. Dann entzündet sich zumeist auch das benachbarte Gewebe, also das Bauchfell, und das ist lebensgefährlich, wenn es nicht kurzfristig behandelt wird.

Wie kann man entzündete Divertikel gesichert diagnostizieren?

Prim. Dr. Emich: Neben einem ausführlichen Arztgespräch liefern bestimmte, erhöhte Entzündungswerte im Blutbild sowie ein Bauchultraschall, bzw. ein Bauch-CT oder-MRT guten Aufschluss über das Ausmaß des Entzündungsherd.

Wie wird eine Divertikel-Entzündung behandelt?

Prim. Dr. Emich: Tritt diese erstmals auf, ist eine antibiotische Behandlung erforderlich. Bei einem Rückfall ist die Behandlung durch eine mehrtägige

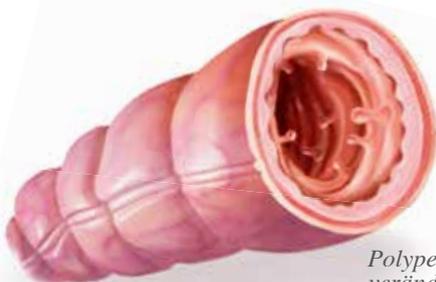


> Prim. Dr. Christian Emich Internist
„Vorsicht ist angesagt, wenn sich Divertikel entzünden“

Infusionskur mit speziellen Antibiotika im Spital zu wiederholen. Ist das Krankheitsbild chronisch geworden oder droht eine Darmperforation, führt an einer chirurgischen Sanierung des betroffenen Darmabschnitts kein Weg mehr vorbei. Denn damit beugt man einer lebensbedrohenden Bauchfellentzündung vor.

Wie aufwändig ist die Operation bei Darmdivertikeln?

Prim. Dr. Stopfer: Heute können wir eine Divertikel-Operation in vielen Fällen auf minimal-invasivem Zugangsweg, also durchs Schlüsselloch, vornehmen. Mittels vier kleinen Einstichen und einem kleinen Schnitt wird das betroffene Dickdarmsstück entfernt und die gesunden Darmenden werden wieder miteinander verbunden. Patienten können bereits nach vier Tagen wieder Normalkost zu sich nehmen und werden üblicherweise am siebten postoperativen Tag aus dem Krankenhaus entlassen.



Polypen sind Gewebeveränderungen, die nach innen wachsen und bösartig werden können



Divertikel sind Ausstülpungen nach außen, in denen sich Stuhlreste einlagern und entzünden können



© pexels-askar-abayev

Divertikel-Entzündung vorbeugen

- Ausreichend viel trinken, damit der Nahrungsbrei nicht zu fest wird.
- Vorwiegend faserreich ernähren, also viel Gemüse und Obst essen.
- Nur fein geschrotetes (Vollkorn)-Brot essen.
- Kohlgemüse-Sorten sowie Zwiebeln und Hülsenfrüchte (Erbsen, Fisolen, Bohnen) weglassen, wenn diese zu Blähungen führen. Zu viele Gase im Darm begünstigen Divertikeln.
- Regelmäßig viel Bewegung machen.



Monika Hofbauer
Diätologin am
Evangelischen Krankenhaus

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

Spezialgebiete/Schwerpunkt:
Zusatzausbildung: Diabetesberater,
Allergienkennzeichnung

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!

Neue Darmvorsorge bereits ab 45

Da Dickdarmkrebs auch immer mehr Jüngere betrifft, laden die Kassen in Österreich künftig jeden ab 45 (derzeit noch ab 50) zur lebenswichtigen Vorsorgeuntersuchung. Aufgrund der deutlich gesunkenen Erkrankungsfälle, die man durch gezieltes Darmkrebs-Screening in Vorarlberg und im Burgenland beobachtete, will man demnächst auch in anderen Bundesländern jedem über 45 die Vorsorge verstärkt nahe bringen. Zur Auswahl steht ein moderner Stuhltest alle zwei Jahre oder eine Darmspiegelung (Coloskopie) im 10-Jahres-Abstand.

Achtung: Testmethoden nicht 1:1 vergleichbar!

Der neue, immunologische Stuhltest basiert auf dem Nachweis von menschlichem Hämoglobin (roter Blutfarbstoff). Er ist damit genauer als früher gebräuchliche Stuhltests und wird vor allem auch durch verzehrte Lebensmittel in seiner Treffgenauigkeit nicht beeinträchtigt. Damit reicht er in punkto Diagnosesicherheit fast an die Darmspiegelung, die immer noch Goldstandard ist, heran.

„Fast“ ist eben nicht „ganz“. Der immunologische Stuhltest reagiert nur auf blutende Polypen und Adenome. In der Schleimhaut versteckte, NICHT blutende Polypen lassen sich ebenso wenig erkennen wie im rechten Dickdarmteil angesiedelte Wucherungen. Aber auch all diese können zu Krebs ausarten und wären bei einer Darmspiegelung erkannt worden.

Im gegenteiligen Fall, wenn also das Ergebnis des Stuhltests „positiv“ ist, muss man in jedem Fall binnen weniger Wochen zur Darmspiegelung gehen. Dabei können auch Polypen gleich entfernt und damit das Krebsrisiko ausgeschaltet werden. Die schmerzfrei ablaufende Untersuchung wird im Evangelischen Krankenhaus heute bereits mit zusätzlichem Einsatz einer künstlichen Intelligenz (KI) durchgeführt, was die Treffsicherheit beim Aufspüren versteckter Polypen nochmals erhöht.

> Prim. Dr. Johannes Stopfer, FEBS

Feueralarm in der Speiseröhre

So bekommt man Sodbrennen in den Griff



> **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 Fundoplicatio, wobei aus dem eigenen Magen eine Manschette um die untere Speiseröhre gebildet wird. Dieser chirurgische Eingriff wird heute an spezialisierten Zentren wie dem Evangelischen Krankenhaus in ca. 95% minimal-invasiv (das heißt mit 5–10 mm kleinen Schnitten und einer Video-Optik) und mit geringen Komplikationsraten durchgeführt. Der Spitalsaufenthalt beträgt 4–5 Tage.

Plötzliches Brennen in den Griff bekommen

Beim akuten „Anfall“ genügt es 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 lösen oft Reflux-Attacken aus oder verstärken diese 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.

Halten die Beschwerden trotz Beachtung dieser relativ einfachen Maßnahmen an, sollte ein Arzt – Gastroenterologe oder Viszeralchirurg – aufgesucht werden.





Reflux: 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 und 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) sowohl 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>

Sind Sie steinreich?

Probleme mit dem Gallenfluss äußern sich in vielfältiger Art!



> OÄ Dr. Barbara Mooslechner, FEBS
Allgemein- und
Viszeralchirurgin

Über 30 % aller Frauen und rund 20 % aller Männer haben Gallensteine, aber nicht allen bereiten sie Probleme. Oft entdeckt man sie bloß als Zufallsbefund bei einem Routine-Ultraschall.

Treten allerdings Schmerzen und Koliken nach Mahlzeiten auf, sollte man sich umgehend in fachärztliche Behandlung begeben. Denn Gallensteine verursachen nicht selten gravierende Folgeprobleme wie Gallenblasen-Entzündung oder häufige, schmerzhaft Koliken.

Zu klein oder zu groß?

Bei der Entzündung der Gallenblase, welche meist durch große Steine verursacht wird, kann es zu Oberbauchschmerzen rechts unter dem Rippenbogen kommen. Im Extremfall entsteht durch die Entzündung eine Perforation mit lebensbedrohlicher Bauchfellentzündung.

Kleine Steine bergen wiederum das Risiko, bei der Gallenblasenentleerung im Gallenblasengang stecken zu bleiben, was oft sehr schmerzhaft Koliken oder Schmerzen im mittleren oder rechten Bauchbereich hervorruft. Bleiben Steine über dem Gallengang in der Einmündungsstelle im Zwölffingerdarm stecken, kann als besonders gefährliche Komplikation eine Gelbsucht entstehen. Dabei kommt es zu einem Gallenstau, der einen Übertritt von Gallenfarbstoff ins Blut verursacht. Noch gefährlicher ist: Auch das Risiko einer lebensbedrohlichen Entzündung der Bauchspeicheldrüse steigt. Denn Gallengang und Bauchspeicheldrüsengang münden an gleicher Stelle im Zwölffingerdarm.

Wie erfolgt die Diagnostik?

Zumeist wird der Facharzt Ihres Vertrauens eine Zuweisung für ein Labor (Blut- und Harnbefund) ausstellen sowie einen Ultraschall vornehmen, wo sofort festgestellt werden kann, ob Steine für die Schmerzen verantwortlich sind. Bei auffälligen Blutwerten und immer wiederkehrenden Koliken ist oft auch eine sogenannte MRCP der Gallenwege erforderlich. Diese bildgebende Untersuchung erkennt, ob sich Gallensteine im Gallengang befinden.

Wann wird operiert?

Gallensteine können, müssen aber nicht Probleme bereiten. Allerdings kann eine Gallenkolik gerade dann auftreten, wenn man sie am wenigsten braucht, etwa im Urlaub oder auf einer Geschäftsreise. Das kann und sollte man sich durch eine vorsorgliche Entfernung ersparen. Weitere Empfehlungen, wann man vorsichtshalber an eine Gallenblasen-OP denken sollte, sind in Kasten 4 aufgelistet.

Medikamentöse Lösungen, Diäten oder Stoßwellenbehandlungen bringen erfahrungsgemäß letzten Endes nicht den gewünschten Erfolg.

Bei akuten Entzündungen der Gallenblase oder andere Komplikationen des Steinleidens ist eine dringende Operation alternativlos.

Wie wird operiert?

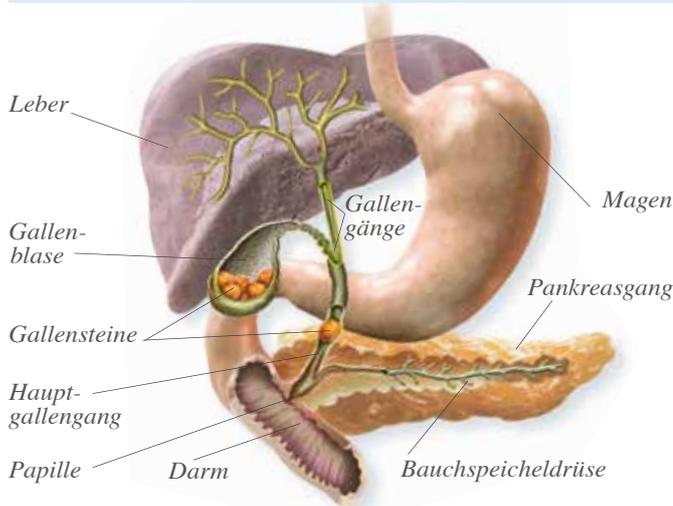
In fast allen Fällen wird die Entfernung der Gallenblase schon viele Jahre erfolgreich minimal-invasiv, also in Schlüssellochtechnik, durchgeführt. Der 30- bis 60-minütige Eingriff erfolgt heute in den meisten Fällen tagesklinisch, d.h. Sie können am Aufnahmetag auch wieder entlassen werden. Postoperativ wird eine Schonkost (fettarm) für ein bis zwei Wochen empfohlen. Richtlinien dafür gibt es allerdings nicht, da jeder Mensch unterschiedlich schnell wieder normale Kost zu sich nehmen kann.

Empfohlen wird körperliche Schonung für die ersten drei Wochen. Die Wunden sollten sauber und trocken gehalten werden, ev. unter Verwendung von Duschpflastern. Im Sommer sollte bei hoher Sonneneinstrahlung unbedingt ein hoher Lichtschutzfaktor aufgetragen werden. Sehr angenehm empfunden wird, dass keinerlei Diäten nach der Operation notwendig sind.



1 Welche Aufgabe hat die Galle?

Die grünlich-gelbe Gallenflüssigkeit wird von der Leber produziert und über die Gallengänge in den Zwölffingerdarm geleitet. Sie dient primär der Fettverdauung. Die Gallenblase wiederum dient als Reservoir der Gallenflüssigkeit, füllt sich also zwischen den Mahlzeiten und entleert sich nach dem Essen.



2 Was kann ich selber vorsorglich tun?

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



**Prim. Priv.-Doz.
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.



**OÄ
Dr. Barbara Mooslechner, FEBS
Fachärztin für Allgemein- und
Viszeralchirurgie**

Beruflich voll im Einsatz als:

Stationsführende Oberärztin der Allgemein- und Viszeralchirurgie

Spezialgebiete/Schwerpunkte:

Ob akut oder elektiv- die Chirurgie des Bauchraums und der Bauchdecke, hier ins besonders die Hernienchirurgie, sowie die Chirurgie der Gallenblase zählen zu meinen Schwerpunkten.

Privat mit viel Freude dabei:

Am liebsten verbringe ich meine Freizeit mit der Familie in den Bergen, im Sommer als auch im Winter. Dort tanke ich viel Kraft und Energie.

Des Weiteren bin ich oft Gast auf dem Fußballplatz, verfolge jedes Match meines Sohnes und hoffe, sein Traum, Fußball Profi zu werden, geht in Erfüllung!

Mein Tipp für Leserinnen und Leser:

„Man muss nicht perfekt sein, solange man sich selbst treu bleibt.“

3 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 höhere Bilirubin-Konzentration im Blut und bestimmte Leberwerte können erhöht sein.

Welche Blutwerte deuten auf Gallenblasenentzündung hin?

Liegt eine Gallenblasenentzündung vor, ist nicht nur die Zahl der weißen Blutkörperchen (Leukozyten) erhöht, sondern auch der CRP-Wert (C-reaktives Protein). 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, wodurch der Arzt auch eine Hepatitis (Gelbsucht) erkennt.

4 Aktuelle Leitlinie: Wann „stille“ Steine entfernen?

Eine aktuelle Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie empfiehlt auch bei bestimmten beschwerdefreien Patienten die vorsorgliche Entfernung der Gallenblase: bei Steinen, die bereits größer als 3cm sind und bei über 1 cm großen Polypen. „Auch solche Patienten, auf welche die vorhin genannten Punkte nicht zutreffen, sollten vorsichtshalber alle 1½ bis 2 Jahre zu einer Oberbauch-Ultraschalluntersuchung gehen, um Steingröße, bzw. Beschaffenheit der Gallenblasenwand zu kontrollieren“, raten Experten.

Stuhilverstopfung? Auch an die Schilddrüse denken!

Läuft sie im Schongang, wird meist auch der Darm träge



> **Prim. Priv.-Doz.
Dr. Andreas
Selberherr PhD, FEBS
Allgemein- und-
Viszeralchirurg**

Falsche Ernährung, viel zu geringe Zufuhr von Flüssigkeit, zu wenig Bewegung im Alltag – wir alle kennen die häufig zitierten Ursachen der Darmträgheit. Seltener hört man in dem Zusammenhang von der Schilddrüse. Gerade diese spielt aber als zentraler Schrittmacher im Körper auch bei der Verdauung eine ganz wichtige Rolle.

Krankhafte Veränderungen im Hormonhaushalt der Schilddrüse zeigen sich auf vielfältige Weise. Produziert das „Schmetterlingsorgan“ durch Unterfunktion zu wenig Schilddrüsenhormon, arbeitet auch der Verdauungsvorgang im „Schongang“. Als Folge wird der Darm zunehmend träge, was sich in Form häufiger, lästiger Stuhilverstopfung bemerkbar macht.

„Das muss wohl an den Drüsen liegen!“

Dazu kommt: Bei Schilddrüsen-Unterfunktion benötigt der Körper weniger Energie als bei normalem Schilddrüsen-Hormonspiegel. Ist der so genannte Grundumsatz geringer, steigt auch das Körpergewicht, obwohl man seine Essgewohnheiten nicht geändert hat. Das erklärt, warum manche Menschen sich gesund ernähren und ausreichend viel Flüssigkeit zu sich nehmen und dennoch oft mit Verstopfung kämpfen und ihr Wunschgewicht nicht erreichen. „Ich nehme ja schon zu, wenn ich diese oder jene Speise nur ansehe“, höre ich immer wieder von Patienten.

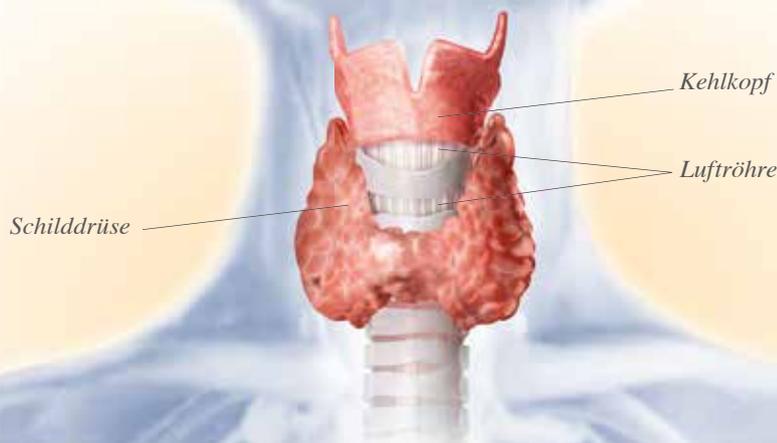
Einfaches Blutbild gibt Aufschluss

Sollten Sie unter Stuhilverstopfung und unter einer nicht erklärbaren Gewichtszunahme leiden und sich darüber hinaus häufig richtig müde fühlen, empfehle ich, auch die Schilddrüsenfunktion untersuchen zu lassen. Dafür reicht ein einfaches Blutbild mit Auswertung der Schilddrüsenhormone (fT3 und fT4) sowie des Schilddrüsen-Stimulationshormons (TSH) aus.

Was der Hormonausgleich bewirkt

Aus unserer täglichen Praxis in der Schilddrüsen-Ambulanz des Evangelischen Krankenhauses wissen wir: Bestätigt das Blutbild eine Schilddrüsen-Unterfunktion, so bekommt man diese zumeist mit hormonausgleichenden Tabletten gut in den Griff. Keine Angst: diese Tabletten geben dem Körper nur das, was er benötigt. Sie bewirken, dass die Schilddrüse sukzessive wieder mit dem nötigen Schwung arbeitet. Somit sollte auch die Verdauung wieder besser funktionieren, was eine eventuell nötige Gewichtsreduktion erleichtert. Denn dieses Hormonausgleich-Präparat hilft auch, das durch Wassereinlagerungen verursachte Übergewicht wieder abzubauen. Ebenso sollten neue Frische und Elan im Alltag die häufige Müdigkeit und Antriebschwäche der Vergangenheit ablösen.

Wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass die Einnahme des Präparates diszipliniert und unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle erfolgt.



**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**Colorektales Karzinom:**

Krebs des Dickdarms oder Mastdarms

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

Funduplicatio:

operativ 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**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, auflösen 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, FEBS
Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie
Vorstand der Chirurgischen Abteilungen
Leiter der Interdisziplinären Ambulanzen
Ordination: +43 664 942 15 22
E-Mail: office@chirurgie-stopfer.at
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
E-Mail: ordination@dr-bischof.at
www.dr-bischof.com



OA Dr. Alexander Ditscheiner
Facharzt für Innere Medizin
Tel.: +43 6991 020 69 79
E-Mail: dr.ditscheiner@gmail.com
www.ditscheiner-ordination.at



Prim. Prof. Dr. Bernhard Schwaighofer
Facharzt für Radiologie
Diagnosehaus 18 (im Evangelischen Krankenhaus)
Tel.: +43 1 402 80 62
E-Mail: office18@diagnosehaus.at
www.diagnosehaus.at



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



Prim. Priv.-Doz. Dr. Andreas Selberherr PhD, FEBS
Leiter der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Ordination: +43 670 555 55 02
E-Mail: office@chirurgie-selberherr.at
www.chirurgie-selberherr.at



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



OÄ Dr. Kira Sorko-Enzfelder
Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Ordination: +43 1 212 68 93
E-Mail: ordination@dieproktologin.at
www.dieproktologin.at



OÄ. Dr. Barbara Mooslechner, FEBS
Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Tel.: +43 676 602 62 62
E-Mail: ordination@chirurgin-mooslechner.at
www.chirurgin-mooslechner.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

