

„Sprechstunde Beinbeschwerden“

In der Bundesrepublik Deutschland leidet, der Statistik zufolge, jeder dritte Erwachsene an Krampfadern und nur einer von dreien bleibt von Venenleiden gänzlich verschont. Soll auf Dauer ein Behandlungserfolg erzielt werden, bedarf es vor allem der aktiven, gezielten Mitarbeit des Patienten. So standen Compliance-Probleme im Vordergrund der von „Dr. med. Antje Schaeffer-Künnemann und dem Tübinger Phlebologen Prof. Dr. med. Wilhelm Schneider geleiteten „Sprechstunde Beinbeschwerden“ auf der „Medica 1982“. Sie gaben Tips zur Selbsthilfe, machten mit der Funktion geeigneter Stützstrümpfe und Wickelverbände bekannt und ließen die therapieunterstützende Beingymnastik gleich an Ort und Stelle üben. – Pharma Schwarz stellte einen wissenschaftlichen Film zur Verfügung, der dem Praktiker aufzeigt, welche diagnostischen Möglichkeiten, auch ohne aufwendige apparative Ausstattung, zur Verfügung stehen.

Eine erste Komplikation stellt das abendliche Stauungsödem dar, gefolgt von Hautveränderungen bis hin zum Ulcus cruris.

Als die gefährlichste Komplikation gilt letztlich die tiefe Venenthrombose. Voraussetzung für die erfolgreiche Therapie ist eine sorgfältige Diagnose, die mit der Anamnese (Familie, frühere Krankheiten, Beruf) beginnt.

Zu ihr gehören weiter Prüfung der Reflexe, Untersuchung der Gelenke auf arthrotische Veränderungen und Messung des größten und des kleinsten Fesselumfangs. Ferner muß die Statik des Fußes auf Anomalien hin geprüft werden; erst dann kann mit der eigentlichen Venenuntersuchung begonnen werden.

Eine Reihe neuer Erkenntnisse in der Ödembehandlung vermittelte

das Straßburger Symposium im September des vergangenen Jahres. R. Schmitz (Eßlingen) machte auf den Unterschied zwischen Ödem und Beingeschwür aufmerksam, da für die Kompressionsbehandlung beider Zustände unterschiedliche Gesichtspunkte zu beachten sind. Beim Ödem darf der Verband so fest wie möglich sein, um den Gewebedruck zu erhöhen und die Rückresorption zu verstärken.

Beim Ulcus cruris braucht man in der Regel eine mäßige Kompression des Unterschenkels, um den Blutrücklauf in die tiefen Leitvenen zu fördern.

Im Rahmen einer intermittierenden Kompression wird mit Drucklaufmassage das Bein komprimiert, und zwar unter den gleichen Regeln, wie sie für den Kompressionsverband und den Kompressionsstrumpf gelten.

B. Nachbur, Inselspital, Bern, wies darauf hin, daß die Möglichkeiten der chirurgischen Ulkusbehandlung viel zu wenig ausgenutzt würden. V. Flörkemeier, Vallendar/Koblenz, behandelte das Problem der Rehabilitationsmöglichkeiten bei chronisch venöser Insuffizienz und wies in diesem Zusammenhang darauf hin, daß die rein kurative Medizin bei einer großen Zahl von Patienten mit venösen Beinleiden eine unzureichende oder nur vorübergehende Hilfe darstelle, das vor allem, wenn bestimmte berufliche Bedingungen, z. B. stehende Tätigkeiten, eine dauerhafte Belastung darstellen.

Bei der Rehabilitation nach Venenerkrankung kommt laut Flörkemeier dem niedergelassenen Arzt eine Schlüsselstellung zu, denn er ist es, der den Grad der Behinderung beurteilt und Maßnahmen zum Erhalt beziehungsweise zur Steigerung der individuellen Leistungsfähigkeit in die Wege leitet. Nach Möglichkeit sollte der behandelnde Arzt also dafür sorgen, daß ein krankheitsbedingter sozialer Abstieg vermieden wird.

B. Krönig, Trier, empfahl in Straßburg zur Therapie des peripheren Ödems kardialer Genese die Vermeidung stärkerer körperlicher, insbesondere statischer und emotioneller Belastungen, ausreichende Ruhepausen bei hochgelegener Beinen, Atem- und Beingymnastik und die Einhaltung einer fettarmen, eiweißreichen, kochsalzbeschränkten Diät, verteilt auf fünf bis sechs kleine Mahlzeiten pro Tag. GM

„Sprechstunde Beinbeschwerden“ im Rahmen der „Medica 1982“, Düsseldorf, und Symposium „Das periphere Ödem“, September 1982, Straßburg.

ECHO

Zu: „Der Stand der Ophthalmologie“ von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Straub in Heft 11/1983, Ausgabe C, Seite 34 f.

Neue Operation rettet vor Erblindung

„Die häufigste Erblindungsursache bei Erwachsenen in den Industrieländern sind Augenerkrankungen als Folge der Zuckerkrankheit. Allein in der Bundesrepublik sind aufgrund der sogenannten diabetischen Retinopathie (Netzhauterkrankung) rund 7000 Menschen erblindet. Augenärzte haben jedoch inzwischen eine mikrochirurgische Operationsmethode (Vitrektomie) entwickelt, die sogar Eingriffe am Glaskörper des Auges ermöglicht. Veränderungen des Glaskörpers, die bislang zur Herabsetzung der Sehschärfe und zur Erblindung führten, können so behoben werden, berichtete der Marburger Professor Dr. Wolfgang Straub im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT.“ (Neue Welt Nr. 17 vom 20. April 1983)