



Inhalt

Diagnostische und therapeutische Endosonographie	2
Therapie des kardiogenen Schocks mit der Impella-Pumpe	2
Schmerztherapie	
a. Porträt Dr. Lankenau	3
b. Konzept der Schmerztherapie	3
Traumazentrum Reinbek	4
Kongruente Gelenkrekonstruktion	4
Gefäßprothesen mit Heparinbeschichtung	5
Erweiterte Hemihepatektomie nach Pfortaderembolisation	5
Radikale Tumorsektion bei fortgeschrittenem Ovarial-Karzinom	6
Plastische Chirurgie	
a. Porträt Frau Dr. Elsner	7
b. Kasuistik	7
Therapeutische Hypothermie nach Reanimation	8

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit der zweiten Ausgabe unserer Zeitschrift „Neues aus dem Stift“ stellen wir Ihnen wieder Neuerungen aus allen Kliniken und Abteilungen vor, die inzwischen in unserem Krankenhaus eingeführt und so validiert wurden, dass sie für die Diagnostik und Therapie Ihrer Patienten zur Verfügung stehen. Das Spektrum reicht von der Leberchirurgie bis zur interventionellen Angiologie, von der Intensivmedizin bis zur Endoprothetik und von der Schmerztherapie bis zur gynäkologischen Tumorchirurgie.

Diese Innovationen erfordern nicht nur Investitionen sondern vor allem die Verstärkung des ärztlichen und pflegerischen Teams mit hoch qualifizierten Mitarbeitern. In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen mit Frau Dr. Elsner die Leiterin der plastischen Chirurgie und mit Herrn Lankenau den Protagonisten der Schmerztherapie vor. Beide Kollegen sind Experten in ihren Fachdisziplinen, verfügen über einen großen Erfahrungsfundus und sind zu unverzichtbaren Stützen unseres Krankenhauses geworden. Die effektive Bekämpfung von Schmerzen und die Einbeziehung von Techniken der Plastischen Chirurgie in die Tumorchirurgie kann ganz wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten beitragen.

Wir würden uns freuen, wenn „Neues aus dem Stift“ wieder auf Ihr Interesse stößt und sind wie immer dankbar für Anregungen und Kritik.

Mit kollegialen Grüßen

*Prof. Dr. S. Jäckle
Ärztlicher Direktor*

Diagnostische und therapeutische Endosonographie

Anfang diesen Jahres wurde im Krankenhaus Reinbek ein neuer Endosonographie-Prozessor (ALOKA Prosound α 10) und zwei Endosonographie-Endoskope (OLYMPUS UE 160 und UCT 140) angeschafft. Mit diesen Neuinvestitionen verfügt das Krankenhaus über eine der modernsten und besten derzeit verfügbaren Endosonographieanlagen, mit deren Hilfe alle diagnostischen Untersuchungen aber auch therapeutischen endosonographischen Eingriffe durchgeführt werden können.

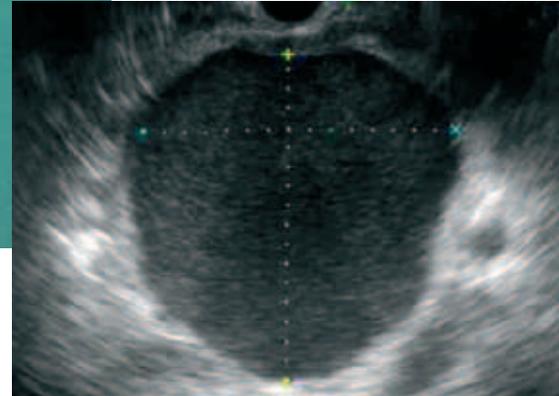
Bereits im Jahr 2008 wurden über 400 Endosonographien durchgeführt, diese Zahl wird 2009 deutlich gesteigert werden. Bei keiner endosonographischen Untersuchung trat eine relevante Komplikation auf. Der Stellenwert der Endosonographie hat deutlich an Bedeutung gewonnen, da für die Entscheidung über eine neoadjuvante Therapie beim Ösophagus-, Magen- und Rectumkarzinom die Endosonographie unverzichtbarer Bestandteil der praeoperativen Staging-Untersuchungen geworden ist. Dies gilt auch für die praeoperative Abklärung der Operabilität des Pankreaskarzinoms.



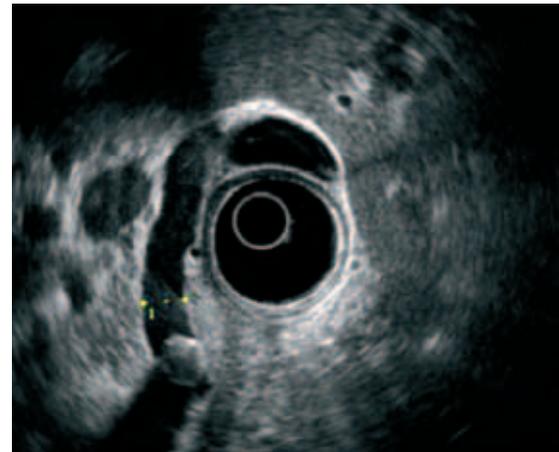
Endoskopischer Schallkopf mit Punktionsnadel.

Unverzichtbar ist die endosonographisch gesteuerte Feinnadelpunktion für die Diagnostik unklarer Lymphknotenvergrößerungen u.a. im Mediastinum, aber auch in der Diagnostik submucöser Tumoren wie dem GIST. Für die Diagnose von Gallengangsteinen besitzt die Endosonographie die höchste Sensitivität. Die therapeutische Endoskopie ist heute integraler Bestandteil in der Behandlung von Abszessen und Pseudozysten, durch die Ableitungen in den Gastrointestinaltrakt geschaffen werden können.

(Dr. Stahmer, Dr. Duschek)



Endosonografische Darstellung einer Pankreas-Pseudozyste.



Endosonografische Darstellung einer Choledocholithiasis.

Therapie des kardiogenen Schocks mit der Impella-Pumpe

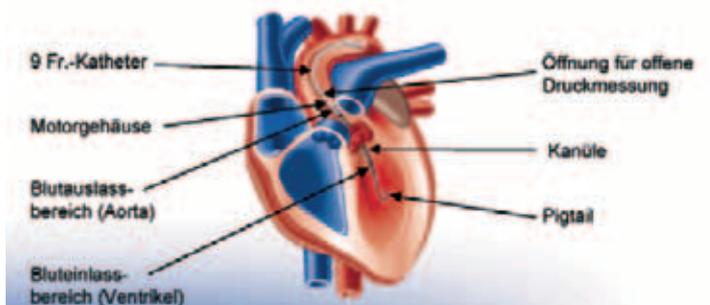
Mechanische Herzkreislauf-Unterstützungs-Systeme (left ventricular assist devices, LVAD) wurden in den frühen 1960er Jahren entwickelt. In der weiteren Entwicklung entstanden verschiedene Systeme mit pulsatilem und mit kontinuierlichem Blutfluss sowie extrakorporale und intrakorporale Systeme.

Die Herzkreislaufunterstützungs-Systeme dienen bei Patienten mit kardiogenem Schock der Erhaltung des Kreislaufes während der Revaskularisierung oder auch als Brücke zur Transplantation.

Die Sterblichkeit bei Patienten mit kardiogenem Schock ist weiterhin sehr hoch mit ca. 46 %. Im Kran-

Impella® LP2.5

Katheterpumpe 12 Fr., perkutan über die Femoralarterie implantiert



Platzierung der Impella®-Pumpe.



Impella®-Pumpe.



kenhaus Reinbek St. Adolf-Stift wird ein Herz-Kreislauf-unterstützungs-System (die Impella-Pumpe) seit 2007 eingesetzt. Unser Haus besitzt damit in der Therapie des kardiogenen Schocks alle Therapie-Optionen.

Die Impella-Pumpe ist eine axiale Fluss-Pumpe, die über die Leisten-Arterie vorgebracht und im linken

Ventrikel platziert wird (s. Abbildungen). Im linken Ventrikel wird das Blut kontinuierlich angesaugt und kontinuierlich hinter der Aortenklappe wieder ausgeworfen. So kann entweder bis 2,5l/min oder bis 5l/min Blut in den großen Kreislauf zusätzlich gepumpt werden und der Herzkreislauf damit nahezu komplett ersetzt werden.

Die erste Therapie beim akuten Myokardinfarkt ohne oder mit kardiogenem Schock ist stets die rasche Gefäßwiedereröffnung. Eine 24-Stunden-Herzkatheter-Rufbereitschaft existiert hier im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift seit 2005; die Zeitintervalle von Erst-Kontakt bis Koronargefäß-Eröffnung ist mit 83min (Mittelwert 2007) in Reinbek überdurchschnittlich gut. Gefordert wird von den Leitlinien der DGK eine Zeit unter 120 min.

(PD Dr. Nägele, Dr. Krause, Dr. Behrens)



Porträt Herr Lankenau

Herr Gunnar Lankenau, Facharzt für Anästhesiologie, ist seit November 2007 in der Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift beschäftigt. Seine

Ausbildung absolvierte er von 2000 bis 2007 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Neben seiner Tätigkeit in der Anästhesie, Notfall-, und Intensivmedizin lag sein besonderer Schwerpunkt in der akuten und chronischen Schmerztherapie. In der Schmerzambulanz des UKE erwarb er sich umfassende

Kenntnisse und Erfahrungen, insbesondere in interventionellen Methoden der Behandlung verschiedenster chronischer Schmerzsyndrome. Im Jahre 2007 erwarb er die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie. Des Weiteren war er an der Ablauforganisation des Akutschmerzdienstes, sowie an der Etablierung eines interdisziplinären Palliative Care Teams beteiligt. Am Krankenhaus Reinbek soll er in oberärztlicher Funktion den Bereich der akuten und chronischen Schmerztherapie leiten und weiter ausbauen.

PD Dr. Krause

Konzept der Schmerztherapie

Die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten soll verbessert werden.

Ein Schwerpunkt der Tätigkeit soll die interventionelle Schmerztherapie mit neuromodulativen und neuroablativen Verfahren sein. Neuromodulation in Form von elektrischer Rückenmarkstimulation (SCS – Spinal Cord Stimulation) ist ein effektives Verfahren bei verschiedenen chronifizierten Schmerzzuständen wie neuropathischen Beinschmer-

zen, Ischämieschmerzen bei operativ nicht angehbarer pAVK oder inoperabler, therapierefraktärer Angina pectoris.

Neuroablativen Verfahren wie die Alkoholneurolyse des Plexus coeliacus oder des sympathischen Grenzstrangs auf verschiedenen Höhen der Wirbelsäule können sehr effektiv bei Schmerzen tumoröser Grundlage (z.B. Pankreas-Karzinom) oder neuropathischen Schmerzen im Rahmen von Postzosterneural-

gien oder CRPS Syndromen eingesetzt werden. Andere interventionelle Techniken, die bei ausgewählten Patienten eingesetzt werden können, sind Kryo- oder Thermoablationen von Nerven der Facetengelenke oder des Iliosacralgelenks bei pseudoradikulären LWS-Schmerzen.

Eine Vernetzung mit etablierten Strukturen der schmerztherapeutischen Patientenversorgung haben

wir bereits begonnen. Einmal im Monat finden interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen zusammen mit dem Schmerz- und Palliativmediziner Dr. H.-B. Sittig aus dem MVZ Buntenskamp (Geesthacht) im Wechsel im Krankenhaus Reinbek sowie in Geesthacht statt. Dies soll auch niedergelassenen Kollegen monatlich eine Möglichkeit geben, schmerztherapeutisch schwierig zu behandelnde Patienten vorzustellen.

Anmeldungen hierfür sind jederzeit über das Sekretariat (Tel. 7280-3500) oder durch eMail (Schmerztherapie@Krankenhaus-Reinbek.de) möglich. Des Weiteren findet jeden Donnerstag Nachmittag eine Tumorschmerzsprechstunde in den Räumlichkeiten des Hämatologisch-Onkologischen Zentrums Hamburg Ost (Dres. Fritz, Maaß, Schneider, Wießmann) statt.

Ziel ist es, die begonnene Vernetzung mit niedergelassenen Kollegen weiter auszubauen, die stationäre Versorgung der Schmerzpatienten mit multimodalen Konzepten und interventioneller Therapie zu etablieren und somit die Gesamtversorgung chronisch Schmerzkranker Patienten in Reinbek und Umgebung zu verbessern.

(PD Dr. Krause, G. Lankeu)

Lokales Traumazentrum des TRAUMANETZWERK HAMBURG

Das Krankenhaus Reinbek beteiligt sich ab 2010 durch Angliederung an das TRAUMANETZWERK HAMBURG an der Versorgung schwerstverletzter Patienten (Unfall-, Viszeral-, Thorax-, Gefäßchirurgie, Interventionelle Radiologie). In der Abteilung Unfallchirurgie / Orthopädie wurde eine weitere Oberarztstelle (Dr. Mühlhäuser) eingerichtet.

(Dr. Gienapp)

Kongruente Gelenkrekonstruktion

In der Abteilung Unfallchirurgie/ Orthopädie werden zur Behandlung degenerativer oder posttraumatischer Knorpelläsionen alle etablierten Behandlungsmethoden von lokaler, arthroskopischer Therapie über Stammzellbehandlungen bis zur Endoprothetik durchgeführt. Für Patienten, die für ein biologisches Verfahren zu alt oder eine Endoprothese zu jung sind, wird

bei umschriebenen Knorpelläsionen ein kleindimensioniertes Kobalt-Chrom-Titan Implantat zur kongruenten Gelenkrekonstruktion implantiert (Schulter, Hüfte, Knie, Großzehe). Minimalinvasive OP Technik, frühe Belastbarkeit und kurze Rehabilitationsphase zeichnen das Verfahren aus.

(Dr. Gienapp)



Intraoperativer und röntgenologischer Befund der Gelenkflächenrekonstruktion mit einem Miniimplantat.

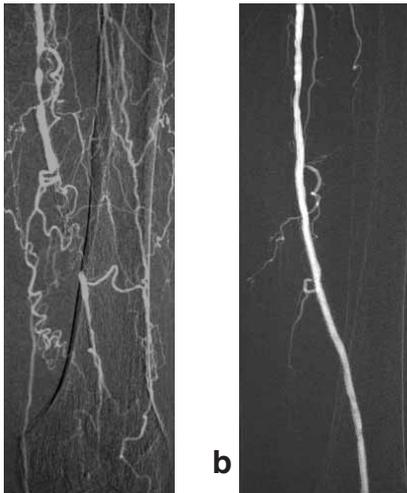
Gefäßprothesen mit Heparinbeschichtung bei pAVK, peripheren Aneurysmata und Hämodialysehunts

Mit der Viabahn® (Fa. Gore) steht zur Behandlung von insbesondere langstreckigen Verschlüssen der Knie- und Oberschenkel-Strombahn, Rezidivverschlüssen sowie Aneurysmata peripherer Gefäße eine endovaskulär einzubringende,

auf Goretex basierende Prothese zur Verfügung, die dank Metallarmierung eine gute Radialkraft besitzt und zugleich durch die neuartige Heparinbeschichtung an ihrer Oberfläche exzellente Offenheitsraten verspricht. Da die Metallspangen eine ausreichende Distanz aufweisen, kann die Viabahn frequent punktiert und damit auch im Bereich der Punktionsstrecke in einen Hämodialysehunt implantiert werden; so können Punktionsaneurysmata, komplexe Shuntstenosen und langstreckig eng gestellte Venen auch shunterhaltend ohne Operation therapiert werden.

Seit Zulassung und Verfügbarkeit dieser heparinbeschichteten Gefäßprothese im letzten Jahr haben wir so bereits 3 Patienten mit Hämodialysehunts, 2 Patienten mit Aneurysmata der Kniegelenksarterie und 10 Patienten mit langstreckigen oder Rezidivverschlüssen am Oberschenkel erfolgreich behandeln können.

(Prof. Krupski-Berdien)



a) Instent-Re-Verschluss der AFS/POP1;

b) Vollständige Revaskularisation mittels 6/250 mm messender und Heparinbeschichteter Viabahn®.



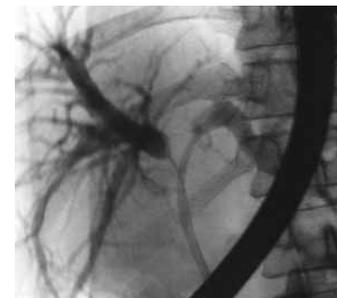
„Offener“ Metallstent (links) und Heparin-dotierte Viabahn® (rechts).

Erweiterte Hemihepatektomie nach Pfortaderembolisation

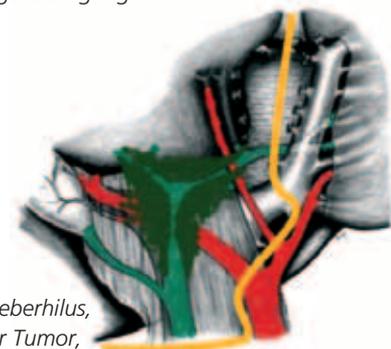
Nach der Verpflichtung von Dr. Christian Hillert zur Etablierung der Leberchirurgie im Adolf-Stift konnten in den ersten 9 Monaten bereits über 30 Leberresektionen durchgeführt werden. Neben der ersten laparoskopischen Leberteileresektion wurde dank der Einführung des neuen Leberparenchymdissektors CUSA auch die erste erweiterte Hemihepatektomie rechts nach vorangegangener Pfortaderembolisation durchgeführt.

Bei der Patientin handelte es sich um eine 67 jährige Frau, die mit einem schmerzlosen Ikterus auffiel. In der weiteren Diagnostik mittels ERC zeigte sich eine hochgradige Stenose im Bereich der Gallengangsbifurkation, typisch für einen sogenannten Klatskintumor. Bei der Operation ist das oberste Prinzip die maximal lokal radikale Resektion. Aufgrund der zentralen Lage der Gallengangsbifurkation mit unmittelbarer Nähe zur rechten Leberarterie und zur Pfortaderbifurkation, ist ab einem Tumorstadium Bismuth III jedoch eine Resektion der rechten Lebersegmente (Segment 4 bis 8) und eine Resektion der zentralen Lebersegmente (Segment 1 und 4) notwendig. Dies hat zur Folge, dass in der Regel mehr als 70 % des Lebergewebes entfernt werden müssen. Bei vielen Patienten reicht jedoch das Restvolumen nicht zum Leben aus. Die magische Grenze liegt hier bei 0,5 % des Körpergewichtes in kg.

Durch CT und 3-D- Rekonstruktionsverfahren lässt sich die Leberresektion präoperativ virtuell planen und das Restvolumen genau ausmessen. Bei zu

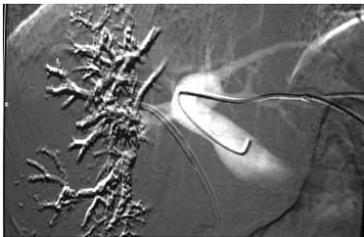


ERC mit Nachweis einer Stenose im Bereich der Gallengangsbifurkation. Bihiläre Drainageversorgung.



Anatomie im Leberhilus, dunkelgrün der Tumor, gelb die Resektionslinie.

kleinem prospektiven Restlebervolumen können im Vorfeld Maßnahmen ergriffen werden, die zu einer Volumenzunahme der prospektiven Restleber führen. Hierzu ist in erster Linie die Technik der Pfortaderembolisation geeignet, die im Adolf-Stift durch Prof. Krupski-Berdien durchgeführt wird. Durch die Embolisation des später zu resezierenden Pfortaderstromgebietes entsteht zum einen eine Atrophie im embolisierten, und zum Anderen eine Hyperplasie im kontralateralen, nicht embolisierten Anteil der Leber. Auf diese Weise vergrößert sich das prospektive Restlebervolumen, und eine Resektion ist in der Regel nach einer Latenzzeit von ca. 4 bis 5 Wochen möglich. Die percutane transhepatische Pfortaderembolisation (PTPE) wird in der Regel unter sonographischer und radiologischer Kontrolle in Lokalanästhesie durchgeführt. Nach Darstellung der anatomischen Verhältnisse durch eine Portographie und Platzierung des Katheter wird die



Z.n. Pfortaderembolisation rechts mit noch perkutan, transhepatisch einliegendem Katheter und offener linker Pfortader

Volumetrie des linken lateralen Leberlappens bei Z.n. Embolisation rechts (Embolisat weiß)



Embolisation unter Durchleuchtung mit einem Gemisch aus Histoacryl® und Lipiodol® durchgeführt. Die Verlaufskontrolle erfolgt mittels CT-Volumetrie vor, sowie 4 Wochen nach Embolisation.

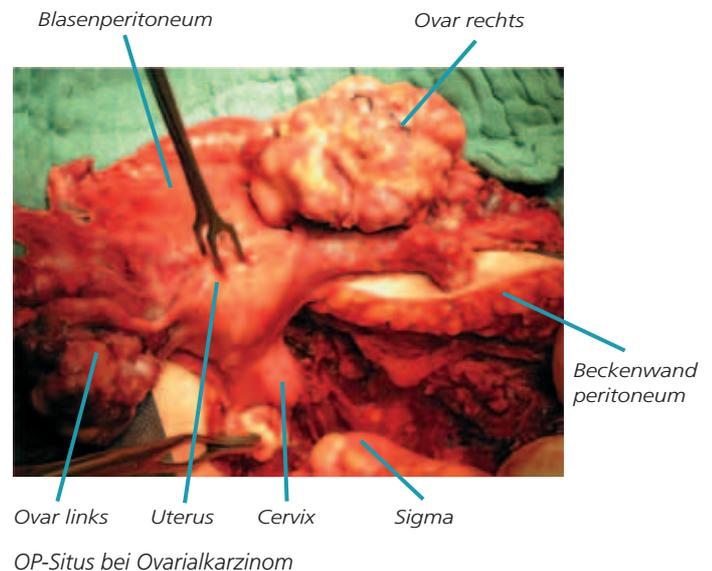
Im aktuellen Fall betrug das Restvolumen der Leber bei einem Körpergewicht von 55 kg lediglich 200ml (0,36 % des Körpergewichtes), nach Pfortaderembolisation rechts und 5 wöchiger Wartezeit konnte das Volumen mit 380 ml (0,69 %) fast verdoppelt werden. Es erfolgte die erweiterte Hemihepatektomie rechts mittels des neuen Leberparenchydissektors (CUSA®), so dass nur 2 von 8 Segmenten verblieben. Zusätzlich wurde die Pfortadergabel reseziert, eine komplette Lymphadenektomie durchgeführt und die Gallenwege mit 2 biliodigestiven Anastomosen rekonstruiert. Die Gabe von Blutprodukten war nicht erforderlich. Bis auf eine Revision am ersten postoperativen Tag aufgrund eines kleinen Gallecks aus einem accessorischen Gallengang und temporär postoperativem Ascites war der weitere postoperative Verlauf komplikationslos, so dass wir die Patientin nach 19 Tagen in gutem Allgemeinzustand entlassen konnten.

Histologisch zeigte sich eine komplette Resektion des Tumors, der als Bismuth Typ IIIa, G2, pT2, pN1, R0, L0 klassifiziert wurde. Eine adjuvante Therapie wurde nicht empfohlen, die 5 Jahres Überlebenswahrscheinlichkeit konnte durch dieses multimodale Therapiekonzept in den letzten Jahren von 40 % auf 60 % gesteigert werden.

(Dr. Hillert, Prof. Strate, Prof. Krupski-Berdien)

Radikale Tumorresektion bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom

Das Ovarialkarzinom nimmt aufgrund seiner schlechten Gesamtprognose einen der ersten Plätze in der relativen Krebsmortalitätsstatistik in Deutschland ein. In den letzten Jahren konnte eine signifikante Erhöhung der Überlebensraten der Patientinnen durch ein komplexes Therapiemanagement erreicht werden. Dies ist neben der veränderten Chemotherapie in erster Linie der radikalen Tumorresektion bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom zu verdanken. Ziel ist, die Patientin makroskopisch tumorfrei zu operieren. Dies gelingt durch eine retroperitoneale Operationstechnik, Entfernung des gesamten Peritoneums und der consequenten Durchführung von Darmeingriffen, welche bei mehr als 30 % der fortgeschrittenen Ovarialkarzinome erforderlich sind. Auch das befallene Zwerchfellperito-



neum muss reseziert werden. Die pelvine und para-aortale Lymphadenektomie wird ebenfalls durchgeführt. Selbst Patientinnen im Stadium IV profitieren von einer kompletten Tumorreduktion gegenüber Patientinnen mit größeren Resttumordurchmessern. Die radikale Tumorsektion bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom ist daher der Debulking-Operation, bei welcher nur große Teile des Karzinoms reseziert

werden und Reste verbleiben, deutlich überlegen. Die radikale Operation wird in enger Zusammenarbeit der Gynäkologie mit der Chirurgischen Klinik, der Anästhesie sowie der Onkologie durchgeführt. Die Patientinnen werden in der onkologischen Konferenz vorgestellt und sind somit eingebunden in das Comprehensive Cancer Center (CCC) Nord.

(Dr. Fuhlendorf)



Plastische Chirurgie

An der Klinik für Chirurgie wird seit 2009 eine plastisch-chirurgische Versorgung durch Frau Dr. med. Triinu Elsner angeboten. Frau Dr. Elsner ist Fachärztin für plastische und ästhetische Chirurgie und ordentliches Mitglied der Fachgesellschaft DGPRÄC (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen) ehemals VDPC.

Das plastisch-chirurgische Versorgungsschwerpunkte gliedern sich wie folgt:

- **Haut- und Weichteiltumoren** am gesamten Körper, insbesondere in komplizierten Bereichen wie z. B. im Gesicht.
- **Chronische Wunden**
Plastisch-chirurgische Deckung von lange bestehenden Wunden an den Beinen (in Kooperation mit der Gefäßchirurgie) oder Therapie von Druckgeschwüren.
- **Narbenkorrekturen**
Nach Unfällen oder Operationen entstandene Narben oder Ungleichmäßigkeiten können durch spezielle Techniken ausgeglichen und korrigiert werden.
- **Straffungsoperationen**
Entfernung von erschlaffter Haut und Konturverbesserungen nach Gewichtsabnahme, Schwanger-

schaften oder durch Alterungsprozesse am Bauch, an den Beinen, Armen, an der Brust oder im Gesicht.

- **Brustkorrekturen**

Verbesserung der Brustform bei Fehlbildungen wie ungleichmäßig entwickelten, zu großen oder zu kleinen Brustdrüsen. Korrektur einwärts gezogener Brustwarzen.

Bei komplexen plastisch-chirurgischen Problemen wird durch die enge Kooperation mit anderen Kliniken eine optimale Versorgung der Patienten gewährleistet.

Termine in der plastisch-chirurgischen Sprechstunde, die immer am Donnerstag Vormittag stattfindet, können unter der Tel.-Nr.: 040-7280-3333 vereinbart werden.

(Prof. Strate)

Eingezogene Narbe am Unterbauch – Korrekturmöglichkeiten durch anatomiegerechte Gewebeverschiebung.

Großflächige Narben am Unterbauch, die z.B. durch Kaiserschnitt oder durch Wundheilungsstörungen bei Baueingriffen entstanden sind, führen zu Bauchwandkonturveränderungen. Häufig verursachen solche Narben nicht nur ein ästhetisches Problem, sondern es kann zu Narbenschmerzen und entzündlichen Hautveränderungen in der

Hautumschlagsfalte kommen. Diese narbigen Einziehungen sind mit tieferen Gewebeschichten verbunden und können durch konservative Maßnahmen meistens nicht erfolgreich therapiert werden. Abhängig von der Ausdehnung des Befundes wird vor der Operation zusammen mit dem Patienten ein Therapiekonzept festgelegt und über Erfolgsaus-

sichten sowie Risiken des Eingriffes gesprochen.

Vor der Operation wird die Narbe und das zu verschiebende bzw. zu entfernende Gewebe am stehenden Patient markiert, mit dem Ziel die bereits vorhandenen Narben zu entfernen bzw. zu lösen.

Die Operation erfolgt meistens in Allgemeinnarkose. Nach dem Haut-



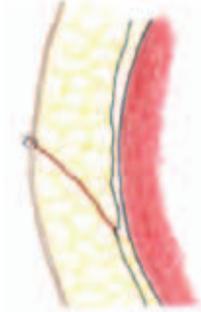
Eingezogene Narbe am Unterbauch nach Gebärmutterentfernung. Seitliche Ansicht vor der Operation.



Schematische Darstellung der Gewebeschichten im Bereich der Unterbauchnarbe.



Seitliche Ansicht nach der Operation.



Schematische Darstellung der aufgelösten Narbe und Gewebeverschiebung.

schnitt werden zunächst die narbigen Einziehungen gelöst. Anschließend wird die Schicht zwischen oberflächlichem und tiefem Fettgewebe dargestellt und ebenso über eine gewisse Strecke voneinander gelöst. Danach erfolgt die Teilentfernung der tiefen Fettgewebsschicht. Der Patient wird dann in halbsitzende Lagerung gebracht

und das Gewebe schichtweise verlagert. So kann ein stufenloser Übergang erreicht werden. Die Hautnaht erfolgt mit selbstauflösenden Nähten, so dass ein Fadenzug nicht notwendig ist. Gelegentlich müssen kleine Drainagen eingelegt werden, um die Wundflüssigkeit abzutransportieren. Diese werden am ersten oder zweiten Tag nach der Operati-

on entfernt. Am 6. Tag postoperativ wird eine Kompressionshose angepasst, die 2-3 Monate getragen werden sollten.

In ähnlicher Weise erfolgt auch die Operation bei erschlafften Bauchdecken durch z.B. Schwangerschaft oder drastische Gewichtsreduktion.

(Dr. Elsner, Prof. Strate)

Therapeutische Hypothermie nach Reanimation



Der plötzliche Herz-Kreislauf-Stillstand ist eine gefürchtete Komplikation bei Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und kann auch als Erstmanifestation einer derartigen Erkrankung auftreten.

Nach erfolgreicher Reanimation muss der Patient intensivmedizinisch weiterbehandelt werden. Die aktuellen Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation sehen dafür ein Herunterkühlen des Organismus auf Temperaturen um 34°C für 24 h vor, um neurologische Schäden so gering wie möglich zu halten. Dafür steht der Intensivstation seit dem Sommer 2009 mit dem **Blanketrol III der Firma Cincinati Sub-Zero** ein modernes Gerät zur Verfügung, das es ermöglicht, die

erforderliche Kühlung rasch und sicher zu erreichen und auf diesem Niveau stabil zu halten. Nach 24h ist auch die schonende und gleichmäßige Wiedererwärmung des Patienten mit diesem Gerät möglich. Durch die freundliche finanzielle Unterstützung des Vereins der Freunde und Förderer des Krankenhauses Reinbek St. Adolf-Stift können die Patienten nach überlebtem Herzstillstand nach den modernsten medizinischen Standards intensivmedizinisch versorgt werden. So kann die Überlebenschance und vor allem auch die Überlebensqualität dieser schwerstkranken Patienten weiter gesteigert werden. Bis heute konnten schon mehr als 10 Patienten im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift mit dieser neuen Technik der therapeutischen Hypothermie versorgt werden.

(L. Schirrow, PD Dr. Krause, Dr. Kappert)

Impressum

Herausgeber: Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift
Hamburger Straße 41 · 21465 Reinbek · Tel. 040/7280-0
Internet: www.krankenhaus-reinbek.de
Verantwortlich: Prof. Dr. S. Jäckle, Prof. Dr. T. Strate

