

## Differenzierte Schmerzbehandlung

Chronisch rezidivierende und Dauerschmerzen, auch ohne adäquaten organischen Befund, müssen ätiologisch und differentialdiagnostisch so exakt wie möglich abgeklärt werden (Professor Dr. K. Frey, Universitäts-Institut für Anästhesiologie, Mainz). Abgesehen von manuellen, neuraltherapeutischen, neurologischen und neurochirurgischen Verfahren sowie von physikalischer und Psychotherapie kommt auch Arzneimitteltherapie in Betracht, aber: differenziert und keine Analgetika. Bei larvierter Depression beispielsweise Antidepressiva, bei schizoiden und ähnlichen Ursachen Neuroleptika, bei Krebs Schmerzen Zytostatika, in der Menopause konjugierte Östrogene. — Dauerkonsum von Analgetika ist die schlechteste aller Therapiemöglichkeiten, weil sie abgesehen von den oft verhängnisvollen Nebenwirkungen nicht selten die Schmerzen eher verstärken als beseitigen. Deshalb hilft gelegentlich schon das Absetzen der Analgetika — freilich nicht mehr, wenn schon psychische Gewöhnungseffekte vorliegen.

(28. Deutsche Therapiewoche, August/September 1976, Karlsruhe)

## Neutrophilen-Bakterizide bei Neugeborenen

Die humorale Immunaktivität von neugeborenen, vor allem aber von frühgeborenen Kindern, ist noch recht dürftig. Sie sind deshalb in besonderem Maße auf die bakterizide Aktivität ihrer neutrophilen Leukozyten angewiesen. Der modifizierte Phygozytietest mit isolierten Granulozyten (Technik bei Professor Dr. W. Kirsch, Universitäts-

kinderklinik Homburg/Saar) läßt zwar keine groben Differenzen zum Ergebnis bei Erwachsenen erkennen, bei Neu- und Frühgeborenen fehlen jedoch die opsonische Aktivität und vor allem die C<sub>3</sub>-Komponente des Serumkomplements. Außerdem besitzen sie kaum Immunglobulin M, ohne das es nicht zur Opsonierung gramnegativer Bakterien kommt. Deshalb ist die weitere Untersuchung der Infektanfälligkeit von Neu- und Frühgeborenen an Hand der Granulozytenbakterizietestung notwendig. Ein Faktor allein erklärt offenbar die hohe Infektempfindlichkeit bei diesen Kindern nicht.

(73. Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, September 1976, Köln)

## Spätergebnisse nach Atemnotsyndrom

Respiratorbehandlung und andere intensivmedizinische Maßnahmen senken Mortalität und Morbidität von Kindern mit schwerem Atemnotsyndrom deutlich. Die meisten der beatmeten Kinder entwickeln sich auch geistig und körperlich normal, leider aber eben noch immer nicht alle (Dr. Friederike Pollauf und. Mitarb., Kinderklinik der Stadt Wien-Lanzing). Irreparable Schäden sind also noch immer nicht völlig vermeidbar: Unter vierzig von Pallauf nachuntersuchten Kindern, bei denen schwerste Atemnotsyndrome behandelt werden mußten, hatten sich 32 körperlich normal entwickelt. Acht waren dystroph. 25 dieser Kinder waren auch geistig völlig intakt. Neun Kinder blieben geistig gering auffällig. Immerhin sechs Kinder litten an Schwachsinn. — Fazit: Die primäre Reanimation ist von entscheidender Bedeutung für das spätere Lebensschicksal; denn gerade bei den

Kindern mit Spätschäden war sie nicht immer rechtzeitig möglich.

(73. Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, September 1976, Köln)

## Wachstum und Adipositas

Übergewichtige beziehungsweise fettsüchtige Kinder wachsen normal oder sogar schneller als normalgewichtige Gleichaltrige. Dennoch kann bei diesen Kindern keine erhöhte, sondern vielmehr eine erniedrigte Aktivität des Wachstumshormons nachgewiesen werden (Privatdozent Dr. O. Butenandt, Universitätskinderklinik München). Bei den adipösen Kindern sind offenbar die Wachstumsfaktoren in ihrer Gesamtheit wirksam (neben Wachstumshormon Somatomedin A, Insulin und insulinähnliche Substanzen).

(73. Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, September 1976, Köln)

## Ikterus neonatorum

Die Prädisposition männlicher Neugeborener für erhöhte Bilirubinwerte geht nicht auf die Östradiolspiegel im Nabelschnurblut zurück, die bei Knaben signifikant höher als bei Mädchen sind. Ikterische und anikterische Knaben haben etwa gleich hohe Werte (Dr. H. Metz et alii, Universitätskinderklinik Würzburg). Beim ikterischen Neugeborenen wird Östriol indes langsamer abgebaut. Forcierte therapeutische Senkung des Bilirubinspiegels verstärkt jedoch auch die Östradioleliminierung. Offenbar wird der Abbau des Östradiols und des Bilirubins durch den gleichen Faktor gehemmt. WP

(73. Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, September 1976, Köln)