

Angiologische Meßmethoden

Für wiederholte Untersuchungen in der Angiologie kommen nur nichtinvasive Verfahren in Betracht (Privatdozent Dr. A. Krissmann, I. Medizinische Klinik der TU, Klinikum rechts der Isar, München). Sie sind allerdings nicht in allen Krankheitsstadien gleichermaßen brauchbar so zum Beispiel standardisierte Gehstrecke (Laufband, 3,2 km/h, 12,5 Prozent Steigung; im Stadium II); Temperaturmessung mit Thermosonde und Thermographie (Stadium IV), plethysmographische beziehungsweise rheographische Volumenmessung (Stadium III/IV). Am besten eignet sich nach Ansicht von Krissmann die Ultraschall-Doppler-Sonographie. Sie ist vor allem auch zur (postoperativen) Langzeitkontrolle geeignet. Sie informiert sowohl über die Hämodynamik als auch über die Durchblutungsverhältnisse. Fehlerquellen sind Mediasklerose, Ödem, falsche Manschettenposition.

(Münchener Gefäßchirurgisches Gespräch, November 1978, München)

Psychosomatische Zusammenhänge

Der Weg, den psychische Faktoren auf das Soma beziehungsweise die physische Beschaffenheit des Menschen nehmen, ist noch weithin unbekannt. Das einfache unifaktorielle Streßmodell mit der Katecholaminaktivierung genügt der Wirklichkeit nicht (Professor Dr. rer. nat. J. Fahrenberg, Institut für allgemeine und Persönlichkeitspsychologie der Universität Freiburg). Es handelt sich vielmehr um mehrdimensionale, multifaktorielle Zusammenhänge. Das geht schon aus der außerordentlichen Bedeutung hervor, die die individualspezifischen Reaktionsmuster des einzelnen Menschen haben. Hinzu

kommen stimulus- und motivationsbedingte Reaktionsmuster, die letztlich dazu führen, daß die psychosomatischen Folgen interindividuell sehr verschieden sein können. Fazit: Im psychosomatischen Bereich des Krankseins viel mehr differenzieren!

(7. Norddeutsche Psychotherapie-Tage, Oktober 1978, Lübeck)

Synovektomie

Bei chronischer Polyarthritiden hat sich die Synovektomie als Früh Eingriff weitgehend durchgesetzt (Privatdozent Dr. K. Tillmann, Orthopädische Abteilung der Rheumaklinik Bad Bramstedt). Im einzelnen: Schultergelenk: Nur Frühsynovektomie; sonst Endoprothese. – Ellenbogengelenk: Spätsynovektomie möglich, Frühoperation besser. – Handgelenk: Synovektomie besonders erfolgreich. – Hüftgelenk: Bei jungen Leuten ist der Synovektomieeffekt recht gut (50 Prozent erfolgreich; 50 Prozent schlecht). – Kniegelenk: Früh- und Spätsynovektomie ist Methode der Wahl. Das gleiche gilt in etwa auch für das Sprunggelenk; hier auch die Sehnscheiden berücksichtigen. – Fußwurzel: Zurückhaltung mit Synovektomie; geht eigentlich nur mit Arthrodesen. – Synovektomien lösen allerdings nicht alle orthopädischen Probleme bei Polyarthritiden. Langzeiteffekte enttäuschen oft; dann wird der destruktive Prozeß aber wenigstens gebremst. Dazu stets auch Basistherapie. – Endoprothesen werden nicht mehr so enthusiastisch beurteilt. Sie haben jedoch auch ihre Indikationen. Resektions-Arthroplastik und Arthrodesen sind jedoch keineswegs verlassen. Ihre Therapieeffekte sind zwar bescheidener, aber verlässlicher als Arthroplastiken (Tillmann).

(29. Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer, Dezember 1978, Nürnberg)

Nifedipin bei Hypertonie

Der kalziumantagonistische Effekt des Nifedipin (Adalat BAYER) wird an der glatten Gefäßmuskulatur wirksam, nicht in den Myokardfasern. Vielmehr wird eine reduzierte Herzfunktion sogar gebessert (Professor Dr. C. Bartorelli, Instituto Ricerche Cardiovascolari, Via Francesco Sforza 35, Universität Mailand; Dr. K. Ueda, Deptm. Intern Medicin, Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital, Itabashi-Ku, Tokyo).

Je stärker der hypertensive arterielle Tonus, desto deutlicher der hypotensive Effekt des Nifedipin. Das ist besonders bei Angina pectoris beziehungsweise koronarer Herzkrankheit ein wesentlicher Therapiefaktor, weil sie so oft mit Hypertonie vergesellschaftet sind.

(Internationale Adalat-Panel-Diskussion, September 1978, Tokio)

Ventrikelfunktion nach Herzinfarkt

Exakte Kontrolle der Füllungsdrücke im linken Ventrikel nach einem Herzinfarkt ist Voraussetzung dafür, daß der infarzierte Bezirk sich nicht vergrößert und ein kardiogener Schock hintangehalten werden kann (Professor Dr. F. Anschütz, Städtische Krankenanstalten, Medizinische Klinik, Darmstadt). Bei zu geringer Ventrikelfüllung verbessert eine kleine Infusion (100 ml Makrodex) die Herzleistung oft schlagartig und damit auch die Koronardurchblutung. Bei zu hohem Ventrikeldruck wird mittels Nitropräparaten die Blutzufuhr zum Herzen durch venöses Pooling gedrosselt und somit die Herzarbeit entlastet. WP

(Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin, Dezember 1978, München)