

Kindliche Blutfettwerte

Vorkommen und Bedeutung erhöhter Blutfettwerte bei Kindern sind noch weitgehend unbekannt, und auch die Einflüsse der Ernährung sind durchweg strittig. Wenn man bei 10- bis 15jährigen Kindern bereits atherosklerotische Plaques fand (Unfallopfer), so weiß man nicht, ob aus diesen Plaques später zum Tode führende Atherome und Gefäßverschlüsse werden. Da man weiß, daß permanent erhöhte und krankhaft veränderte Blutfettwerte Risikofaktoren erster Ordnung für die Arteriosklerose und ihre Folgekrankheiten sind, wird nahegelegt, bei den Formen der familiären Hyperlipämie, die nur etwa 0,5 Prozent der Bevölkerung betreffen, eine sorgfältige Untersuchung der Kinder durchzuführen. Die Durchuntersuchung sollte nach Lindquist nicht generell bei allen Kindern durchgeführt werden, sondern es sollten vor allem Familien mit Kreislaufkrankheiten in der Anamnese geprüft werden. Auch beim Vorhandensein von hohen Cholesterinspiegeln in den Familien sollte eine Untersuchung der Kinder möglichst bereits im ersten Lebensjahr durchgeführt werden. Die sozialen Faktoren sollten anlässlich der Erhebung solcher Da-

ten mitberücksichtigt werden. Verhaltensmuster und Persönlichkeitsstrukturen sind zu prüfen, auch was mögliche Ernährungsänderungen angeht. Bisher fehlen aber Langzeitbeobachtungen, die bereits im Kindesalter beginnen und bis ins Erwachsenen- und Greisenalter hinführen. Es wird darauf hingewiesen, daß man nicht nur die Lipide, sondern auch die Gerinnungsfaktoren prüfen sollte, um das Risiko des einzelnen zu erfassen. Für eine vernünftige Ernährung wird das frühe Vorschulalter vorgeschlagen. Es sollte aber die ganze Familie in eine notwendige Diät einbezogen werden. Vermeidung von Übergewicht, Begrenzung der Gesamtfettzufuhr in der Nahrung auf 30 Prozent der Energieaufnahme, Reduktion des Nahrungscholesterins auf deutlich unter 200 mg täglich sowie Verzehr komplexer Kohlenhydrate, von Ölsäure, Linolsäure, von schlackenreichen Kostformen, eine Verminderung des Salzkonsums werden empfohlen. Damit sind diese präventiven Maßnahmen jenen beim Erwachsenen adäquat. nwo

Lindquist, B.: Ernährung und Blutfett im Kindesalter im Hinblick auf die Verhütung der Atherosklerose. *Kinderarzt* 7 (1989) 977

Professor Dr. B. Lindquist, Direktor em., Universitäts-Kinderklinik, Lund, Schweden.

Frühoperation bei akuter Cholezystitis empfehlenswert

Unter der Frühoperation versteht man die Cholezystektomie innerhalb 48 Stunden nach Aufnahme bei histologisch nachweisbarer, akuter, ulcero-phlegmonöser Cholezystitis im Gefolge einer Cholezystolithiasis.

Die Autoren führten bei 74 Patienten mit akuter Galle eine Frühoperation durch; als Kontrollgruppe dienten 74 Patienten, die, entsprechend alters- und geschlechtskorreliert, im Intervall bei abgelaufener akuter Cholezystitis in der Anamnese und dem histologischen Befund einer chronischen Cholezystitis bei Cholezystolithiasis operiert worden

waren. Kein Patient der Kontrollgruppe wurde einer geplanten Intervalloperation unterzogen. Sie entschlossen sich wegen persistierender Koliken oder Verschlußikterus zur Operation, wobei das zeitliche Intervall zur Cholezystitis 1,5 bis 48 Monate betrug. Operationsverfahren, Operationsdauer, Konservenverbrauch, chirurgische und allgemeine Komplikationen sowie Letalität zeigten keinen signifikanten Unterschied. Lediglich der operative Blutverlust war bei Frühoperationen signifikant, aber praktisch unbedeutend höher.

Da die Frühoperation im Gegensatz zur Intervalloperation frei

vom Zusatzrisiko der Sofortoperation wegen Versagens der konservativen Therapie ist, vermag sie das Gesamtrisiko eindeutig zu senken und stellt somit im Regelfall nach Meinung der Autoren die Methode der Wahl dar. W

Meissner, K., G. Meiser, E. Schwaiger: Akute Cholezystitis bei Cholezystolithiasis: zum Stellenwert der Frühoperation – Eine vergleichende Studie. *Wien. klin. Wschr.* 101: 78–84, 1989.

Chirurgische Abteilung und Anästhesieinstitut des allgemeinen öffentlichen Krankenhauses, Tamsweg, Österreich.

Furosemid-Inhalationen bei allergischem Asthma

Offensichtlich ist die Bedeutung der Wasser- und Elektrolytretention bei obstruktiven Lungenerkrankungen bislang unterschätzt worden.

Die Autoren untersuchten bei Asthma-Patienten im Rahmen einer inhalativen Provokation mit bekanntem Allergen die Wirkung von 4 ml Furosemid (10 mg/ml, als Inhalation verabreicht) auf die 1-Sekundenkapazität und den spezifischen Widerstand. Im Vergleich zu einer Placebomedikation führte die Gabe von Furosemid zu einer deutlichen Abschwächung der Frühreaktion auf das inhalierte Allergen bei allen elf untersuchten Patienten und ebenso zu einer deutlichen Abschwächung der Spätreaktion bei allen Probanden bis auf einen. Auch wenn es noch zu früh ist, Inhalationen von Furosemid bei der Behandlung des allergischen Asthmas zu propagieren, so kann man aus der Untersuchung doch schließen, daß ein furosemidsensitiver Mechanismus bei der Pathogenese allergischer Reaktionen eine Rolle spielen dürfte. W

Bianco, S., M. G. Pieroni, R. M. Refini, L. Rottoli, P. Sestini: Protective effect of inhaled Furosemide on allergen-induced early and late asthmatic reactions. *N Engl J Med* 321: 1069–1073, 1989

Institute of Respiratory Diseases, Via dei Tufi 1, University of Siena, I-53100 Siena, Italien