

Frakturversorgung im Kindesalter

Kinder sind auch aus unfallchirurgischer Sicht, so Prof. Dr. G. Muhr, Bergmannsheil Bochum, keine kleinen Erwachsenen. Wenngleich Kinder eine längere konservative Therapie zum Beispiel im Gipsverband physisch eher tolerieren als Erwachsene, sind die psychischen Folgen durch eine längere Hospitalisierung bei Kindern gravierender.

Da verschiedene operative Behandlungsverfahren wie zum Beispiel die Plattenosteosynthese oder der Fixateur externe – fachgerecht angewandt – heute ein geringes operatives Risiko haben, müssen nach Ansicht von Dr. J. Hanke, Universitätsklinikum Essen, zum Beispiel bei der Oberschenkelschaftfraktur im Wachstumsalter erweiterte Operationsindikationen neben den klassischen wie dem schweren Weichteil-

trauma oder den offenen Brüchen zweiten und dritten Grades durchaus diskutiert werden.

Sportverletzungen

Mit etwa 83 000 Sportverletzten pro Jahr muß in der Bundesrepublik Deutschland gerechnet werden. Nach Angaben von Prof. Dr. Th. Tilling, Unfallchirurgische Klinik Köln-Merheim, ist der Fußball Spitzenreiter in dieser speziellen Unfallstatistik, da dieser meistbetriebene Sport statistisch allein zu 3,9 Verletzungen pro Sportler und Jahr führt. Dabei sind die erlittenen Traumen nicht unerheblich. Aufgrund der Dynamik der sportlichen Bewegungsabläufe sind Gelenkverletzungen häufig.

Heute steht das Knie- und Sprunggelenk eindeutig im Vordergrund. 75 Prozent der Patienten mit einem blutigen Kniegelenkserguß – einem Hämarthros – haben eine Kreuzbandverletzung. Insbesondere

die perfektionierte Arthroskopie macht im Gegensatz zu früher diese Diagnose sicherer. Zudem ermöglichen die modernen Operationstechniken mit primärer Augmentation des Kreuzbandes eine physiologische Rekonstruktion, die bei zusätzlich frühfunktioneller Bewegungstherapie oft die Sportfähigkeit des Betroffenen wiederherstellt. Obschon auch der Kniegelenkersatz zum Repertoire der Unfallchirurgen gehört, muß trotz des erreichten technischen Standards darauf hingewiesen werden, daß rekonstruktive Maßnahmen auch bei degenerativen Erkrankungen zunächst vollständig ausgeschöpft werden sollten, da der Gelenkersatz hier nach wie vor nicht unproblematisch ist.

Dr. med. Lucien C. Olivier
Medizinische Einrichtungen
der Universität (GHS) Essen
Abteilung für Unfallchirurgie
Hufelandstraße 55
4300 Essen 1

Omeprazol besser als Ranitidin?

Omeprazol, seit einigen Wochen auf dem deutschen Markt eingeführt, legt die Säureproduktion des Magens weitgehend lahm. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, daß die effektive Hemmung der Säuresekretion insbesondere beim Ulcus duodeni zu einer beschleunigten Heilung führt. In einer Doppelblindstudie an 248 Patienten mit symptomatischen Ulcera duodeni erhielten 126 Patienten 20 mg Omeprazol morgens, 122 Patienten Ranitidin 300 mg zur Nacht. 79 Prozent der mit Omeprazol therapierten Geschwüre waren nach zwei Wochen bereits abgeheilt, 62 Prozent unter einer Ranitidintherapie. Die entsprechenden Vergleichszahlen nach 4 Wochen waren 91 Prozent (Omeprazol) und 80 Prozent (Ranitidin). Neben diesen signifikanten Unterschieden hinsichtlich der Heilungsraten ergaben sich ähnliche Befunde bezüglich der Schmerzfremheit. Nach zwei Wochen waren 77 Prozent der mit Omeprazol

behandelten Patienten und 59 Prozent der mit Ranitidin behandelten Patienten schmerzfrei. Auch hinsichtlich der Einnahme von Antazida ergaben sich signifikante Unterschiede zugunsten des Omeprazols. Bei den Nebenwirkungen ergaben sich keine Unterschiede. W

McFarland, R. J., M. C. Bateson, J. R. B. Green et al.: Omeprazole Provides Quicker Symptom Relief and Duodenal Ulcer Healing Than Ranitidine. *Gastroenterology* 98: 278–283, 1990.

Ulster Hospital, Dundonald, Belfast

Präklinische Analgesie bei internistischen Notfallpatienten

Der Schmerz ist nicht nur Leitsymptom, sondern therapeutischer Imperativ bei internistischen Notfällen. Nach Einordnung des Schmer-

FÜR SIE REFERIERT

zes im Rahmen der Anamnese gibt es jedoch keinen Grund mehr, den Notfallpatienten weiterhin in diesem Zustand zu belassen. Das Fortbestehen eines Schmerzzustandes kann aufgrund der Erhöhung des adrenergen Tonus zu negativen Beeinflussungen sowohl der Hämodynamik wie auch der Respiration führen. Die medikamentöse Schmerztherapie stellt im Gesamtbehandlungskonzept ein wesentliches Element dar. Das ideale Analgetikum, das, an den spezifischen Schmerz adaptiert, keine Nebenwirkungen hat, ist bis heute nicht gefunden, weshalb die Auswahl immer einen Kompromiß zwischen erwünschter Wirkung und noch akzeptabler Nebenwirkung darstellt. Jhn

Sefrin, P; Blumenberg, D.: Präklinische Analgesie bei internistischen Notfallpatienten. *Fortschritte der Medizin* 106 (1988) 636–641.

Prof. Dr. med. P. Sefrin, Dr. med. D. Blumenberg, Institut für Anaesthesiologie der Universität Würzburg.