

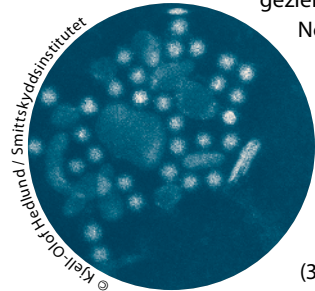


Fundstücke

Dr. med. Ulrich Mutschler, Chefredakteur

Nasal gegen Noroviren

Nicht nur Altersheime und Kreuzfahrtschiffe werden von Noroviren heimgesucht, auch Kinderkliniken sind von solchen Epidemien betroffen. US-amerikanische Forscher haben jetzt erste Ergebnisse einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Studie über eine Impfung gegen das Virus vorgestellt [Atmar RL et al. N Engl J Med 2011; 365: 2178–87]. Darin untersuchten sie die Wirksamkeit und Sicherheit einer neu entwickelten nasalen Vakzine nach einer gezielten Infektion mit Noroviren bei gesunden Versuchspersonen zwischen 18 und 50 Jahren. Die Impfung reduzierte signifikant die Häufigkeit einer Gastroenteritis (37% in der Verum- gegenüber 69% in der Placebogruppe, $p = 0,006$). Damit eröffnen sich neue Möglichkeiten für einen Impfstoff, der aber noch in seiner Wirksamkeit weiter verbessert und dann auch bei Kindern getestet werden müsste.



Neue Behandlungsoption bei Borreliose?

Eine einfache, unkomplizierte und preisgünstige Therapie direkt nach einem frischen Zeckenstich wäre schön. Demnächst wird in einer multizentrischen Studie ein innovatives Behandlungskonzept getestet: Dabei soll der Erreger mit einem Azithromycin-haltigen Gel behandelt werden, das zweimal täglich für drei Tage direkt auf die Bissstelle aufgetragen wird. In einem Mausmodell wurde bereits die Wirksamkeit dieses Vorgehens positiv getestet [Knauer J et al. J Antimicrob Chemother 2011; 66: 2814–

22]. Dabei erhielten Labormäuse Borrelien inokuliert, entweder per Nadel oder über infizierte Zecken. Danach wurde ein Azithromycin-Gel einmal täglich für drei Tage aufgetragen. Ergebnis: Bei den Mäusen nach der Nadelinokulation konnten im weiteren Verlauf keine Spirochäten festgestellt werden, sogar bei einer Anwendung erst drei Tage nach Stich. Auch bei den Zecken-exponierten Tieren wurden keine Erreger gefunden. Die Medizinische Universitätsklinik Köln um Prof. G. Fätkenheuer sucht jetzt Freiwillige für erste Anwendungsbeobachtungen am Menschen.



© Stefan Schejok / Fotolia.de

Gezielt gegen Schmerz bei Kindern

Eine Gruppe von Wissenschaftlern hat für das britische Gesundheitswesen einige wichtige Punkte herausgearbeitet, um die Schmerzlinderung bei Kindern zu verbessern [Stapelkamp C et al. Int J Evid Based Healthc 2011; 9: 39–50]:

1. Die Schmerzerfassung und v.a. -quantifizierung sollte in die Routinebeobachtung mit aufgenommen werden (als Modalität neben Bewusstseinszustand, Temperatur, Puls und Atmung).



© wavebreakmedia ltd / shutterstock.com

2. Das Schmerzmanagement sollte eine individuell angepasste Therapie, weitere Interventionen und vor allem eine fortlaufende Weiterbeurteilung umfassen.
3. Die verwendete Schmerzskala und weitere schriftliche Informationen über Beurteilung und Behandlung sollten den Eltern auch bei der Entlassung mitgegeben werden.
4. Die Eltern sollten dabei zuvor ausreichend angeleitet worden sein.
5. Jede Einrichtung sollte einen Verantwortlichen benennen, der eine Schmerztherapie für alle Kinder implementiert, v.a. auch für solche mit Behinderungen oder anderen Einschränkungen.

Wann führt ein Ikterus zur Enzephalopathie?

Zu dieser Frage konnte jetzt ein Kinderärzteam aus Kairo interessante Erkenntnisse vorstellen [Gamaleldin R et al. Pediatrics 2011; 128: e925–31]: Sie untersuchten 249 Neugeborene, die mit Werten über 25 mg/dl stationär betreut wurden. Der höchste Bili-Wert erreichte dabei 76,4 (!) mg/dl. 44 Neugeborene (18%) hatten eine akute Enzephalopathie bei Aufnahme, 35 (14%) dann bei Entlassung. Rheus-Inkompatibilität und Sepsis stellten dabei die größten Risikofaktoren dar mit einer Odds Ratio von 48,6 bzw. 20,6, besonders bei niedrigerem Gewicht. Der Schwellenwert für eine Enzephalopathie lag bei 25,4 mg/dl, wenn weitere neurotoxische Risikofaktoren bestanden. Bei den 111 Kindern ohne weitere Belastungsfaktoren kam es erst bei einem Bili-Wert von > 31,5 mg/dl zu einer Enzephalopathie.



© reflektastudios / Fotolia.com