

vorübergehend abgesetzt werden. Zwischenblutungen treten bei zu niedriger Dosierung auf. Zur Behandlung gibt man vorübergehend 2 Tabletten täglich. Die Sequentialpräparate dämmen eine verstärkte Blutung ein, die Kombinationspräparate führen zu einer verstärkten Blutung. Der Uterus wird hypoplastisch. Frauen mit Kinderwunsch sollen also keine Kombinationspräparate einnehmen. Die Brust reagiert auf Östrogenzufuhr mit einer leichten Vergrößerung, Gestagen bewirkt eine Erschlaffung. Zwar gibt es keinen bestimmten „Pillentyp“ bei Frauen, trotzdem ist der differenzierte Einsatz hormonaler Kontrazeptiva durchaus möglich. – Leitsymptome für östrogenbetonte Ovulationshemmer: Oligo-Hypomenorrhö, Zusatzblutungen, Uterushypoplasie, Mammahypoplasie. – Leitsymptome für gestagenbetonte Ovulationshemmer: Poly-Hypermenorrhö, Myohyperplasie. – Leitsymptome für die Minipille: Adolescentinnen, labiler Zyklus, Varikose, Übergewicht, Diabetes. – Leitsymptome für Gestagen-Depotpräparate: über 35 Jahre, kein Kinderwunsch, Menorrhagie, Myomatose, Endometriose, Mastopathie. – Ein Präparatewechsel ist sinnvoll, wenn der Östrogenanteil bzw. Gestagenanteil hoch ist. Leitsymptome für östrogenärmere Präparate: starke Extrablutung, Gewichtszunahme, Übelkeit, Migräne. – Leitsymptome für gestagenschwächere Präparate: Appetitzunahme, Hitzewallungen, Müdigkeit, Depressionen, Libidoverlust. Durch überlegte Einnahme der Pille läßt sich die Periode vorverlegen oder hinausschieben. So kann die Frau jedes Wochenende und jeden Urlaub blutungsfrei gestalten. – Während der Stillzeit kommt die Minipille in Frage. – Die morning-after-Pille muß in den ersten 36 Stunden nach dem Koitus eingenommen werden.

H. Ludwig (Essen): Die wichtigsten Nebenwirkungen durch hormonale Kontrazeptiva

Wirkung und Nebenwirkungen der hormonalen Kontrazeptiva sind eng

miteinander verknüpft. Extragenitale Nebenwirkungen: Die Blutgerinnungsfaktoren nehmen zu; es kommt zu einer kompensierten Hyperkoagulabilität. Die Trijodthyroninspeicherung ist erniedrigt, so daß bei Hypothyreose die Substitution erhöht werden muß und bei Hyperthyreose keine Kombination mit Thyreostatika erfolgen darf. Die 17-Hydroxykortikosteroide sind erniedrigt, eine Kombination mit Kortikosteroiden ist erlaubt. Bei 5% der Frauen ist der Blutdruck bei bestimmten Präparaten erhöht. Triglyzeride, Phospholipide und Gesamtcholesterin sind erhöht. Orale Kontrazeptiva sind also bei Hypertriglyzeridämie und Hypercholesterinämie kontraindiziert. Bei Langzeittherapie ist auf Gallensteinbildung zu achten. Kontraindikationen sind: vorausgegangener Schwangerschaftsiktterus, chronisch aggressive Hepatitis, Leberzirrhose. Die Ausscheidungsschwelle für Glukose ist gelegentlich herabgesetzt, so daß bei Diabetes Sequentialpräparate günstiger als Kombinationspräparate sind. Veränderungen am Endothel betreffen Zellumsatz, ADP-Abgabe und die Fibrinolyse-Aktivatoren. Bei 30 von 100 000 Frauen kommt es zu einer Venenthrombose. Für die Bundesrepublik bedeutet das pro Jahr 1000 oberflächliche und 3000 tiefe Venenthrombosen. Gesicherte Nebenwirkungen sind: Venenthrombose, Gallensteinleiden, depressive Verstimmung, Libido-Herabsetzung, Harnwegsinfekt, Photosensibilität, Chloasma, Neurodermitis, Morbus Crohn, Kolitis. Positive Effekte der oralen Kontrazeptiva: Brusttumoren, Ovarialgeschwülste, Eisenmangelanämien, Dysmenorrhö, Akne, Seborrhö, Duodenalgeschwülste treten seltener auf.

P. Obolenski (Basel): Die Intrauterin-Pessare

Bereits 1909 beschrieb *Richter* das 1. Intrauterinpessar. Mit dem Graefenberg-Ring wurden Ende der 20er Jahre sehr schlechte Erfahrungen gemacht. Erst 1959 berichtete *Oppenheimer* wie-

der über die Brauchbarkeit der intrauterinen Kontrazeption. Man schätzt, daß derzeit 15 Millionen Intrauterinpessare in Gebrauch sind, davon 3 bis 4 Millionen in den USA. Intrauterinpessare beeinträchtigen den Sexualakt nicht. Heute gebräuchlich: Lippeschleife, Dalton-Schild, Kupfer-Pessar. Auf 100 Frauenjahre treffen 2 bis 4 Schwangerschaften, das heißt 1 von 20 Frauen wird trotz Intrauterinpessar schwanger. Ein hoher Anteil sind Extrateringraviditäten. Kontraindikationen: Nulliparae, Hypermenorrhö, Entzündungen. Zu Perforationen kommt es in 1:500 bis 1:1000. In den ersten drei Monaten ist der Prozentsatz wegen Blutung und Schmerzen besonders groß. Bei 1% kommt es zu Infektionen.

H. Hepp (Mainz): Über den Einsatz kontrazeptiver Maßnahmen bei Jugendlichen (einschließlich mechanischer und chemischer Kontrazeptiva)

Die Vielfalt der Methoden entspricht der individuellen Annehmbarkeit. Empfehlung unzuverlässiger Methoden muß heute als Kunstfehler angesehen werden. – An ein Mittel zur Empfängnisverhütung sind folgende Anforderungen zu stellen: Unschädlichkeit, Zuverlässigkeit, Annehmbarkeit für beide Partner, Reversibilität, leichte Handhabung, geringe Kosten. Die Beratung Jugendlicher ist eine wichtige ärztliche Maßnahme, zumal wenn man bedenkt, daß von 15jährigen Mädchen jedes 10., von 16jährigen jedes 3. und von 17jährigen bereits jedes 2. Koitus-Erfahrung hat. Jedoch nur wenige kümmern sich um Kontrazeption. Bei Jugendlichen muß der Eintritt einer Schwangerschaft verhindert werden, da die Komplikationsrate sehr hoch ist, vor allem Frühgeburten, Mangelgeburten, hohe Säuglingssterblichkeit. – Für Jugendliche empfiehlt sich die Minipille, da anovulatorische Zyklen bis zum 20. Lebensjahr auftreten. Ein vorzeitiger Epiphysenverschluß ist nicht zu befürchten, dazu wäre eine 4- bis 5fache Östrogen-

27. Therapiekongreß in Karlsruhe

dosis notwendig. – Die Zeitwahl kann für Jugendliche nicht empfohlen werden, auch der Coitus interruptus ist ungeeignet. – Geeignete mechanische Mittel sind: Kondom und Scheidendiaphragma, geeignete chemische Mittel: Suppositorien und Ovula.

K. Semm (Kiel): **Methoden der operativen Sterilisation bei der Frau**

Bei der operativen Unfruchtbarmachung unterscheiden wir die Kastration (Entfernung der Gonaden) und die operative Sterilisation (Erzeugung einer mechanischen Barriere). Die Eileitersterilisation ist auf abdominalem, vaginalem oder inguinalem Weg möglich. Sie ist straffrei, wenn sie an Personen über 25 Jahre auf freiwilliger Basis durchgeführt wird. – Indikationen zur Sterilisation: medizinische, medizinisch-soziale, vikariierende, soziale, Gefälligkeitssterilisation. Von den überaus zahlreichen Methoden wird heute die Koagulation der Eileiter angewandt, die 99,9% Sicherheit bietet. Allerdings ist das Verfahren irreversibel. Die Verklebung der Eileiter mit chemischen Reagenzien ist noch im Versuchsstadium. Wenn die Sterilisation reversibel sein soll, kommt z. B. die Abquetschung der Eileiter mit Kunststoffklammern in Frage.

Internistische Probleme bei Unfallverletzten

E. Fritze (Bochum): **Internistische Probleme bei Unfallverletzten**

Unfälle im Beruf, im Haushalt und im Straßenverkehr gehören zu den häufigsten Krankheitsursachen. Unfallverletzungen können unmittelbare und mittelbare Ursachen von Organkrankheiten sein. Das bringt mit sich, daß neben oder nach dem die Erstversorgung vornehmenden Chirurgen häufig auch der Internist und der Allgemeinarzt vor schwierige pathogenetische, diagnosti-

sche und schließlich auch vor versicherungsrechtliche sozialmedizinische Fragen gestellt sind. Dabei handelt es sich, wie zum Beispiel bei einer traumatischen Herzschädigung, bei traumatischer Pankreasverletzung oder einer traumatisch bedingten Pneumonie, um direkte Organschäden. Oder es kommt, wie bei einer Cholangitis nach chirurgisch versorgter Leberzerreißung, bei einer Inokulationshepatitis nach Infusion oder Transfusion, bei Verdauungsinsuffizienz nach posttraumatischer Dünndarmresektion oder nach einem Milzverlust zu Funktionsstörungen und Krankheitsbildern, die zu einer versicherungsrechtlichen Beurteilung führen. Diese Probleme sind teils diagnostisch-therapeutischer Art; oft haben sie für den Betroffenen große soziale Bedeutung. Dem Hausarzt wird es zukommen, den Kranken zu beraten, ihm den richtigen Rechtsweg zu zeigen, aber auch vor falschen Hoffnungen zu warnen.

K. Uhlenbruch (Bochum): **Folgen am Herzen und Auswirkungen auf Kreislauf und Atmungsorgane**

Todesfälle durch äußere Gewalteinwirkungen nehmen zu. 25% der bei Verkehrsunfällen um das Leben gekommenen Personen sind an den Folgen einer Brustkorbverletzung gestorben. Arbeitsunfälle nehmen den nächsten Rang ein. Bei dem Geschehen steht die Schocksymptomatik im Vordergrund. Wir unterscheiden den Pneumothorax und den Hämatothorax, wobei der Pneumothorax in den geschlossenen, offenen und Ventil- oder Spannungspneumothorax unterteilt wird. Beim geschlossenen Pneumothorax kommt es zu einmaligem Lufteintritt in den Brustraum. Herzjagen und Herzstolpern sind die klinischen Symptome. Ein aktives Vorgehen ist meist nicht notwendig, da die Luft resorbiert wird. – Beim offenen Pneumothorax stehen Dyspnoe und Tachypnoe im Vordergrund. Die Therapie besteht im Absaugen des Pneumothorax. – Beim Ventilpneumo-

thorax wird inspiratorisch Luft angesaugt, die expiratorisch nicht entweichen kann. Durch die daraus resultierende Atemnot und Einflußstauung entsteht ein lebensbedrohliches Krankheitsbild, das sofortige Punktion und notfalls künstliche Beatmung erfordert. – Der Hämatothorax muß so schnell wie möglich punktiert werden. Er führt meist zu funktionell ungünstiger Schwartenbildung. Chylothorax, infizierter Serothorax, traumatisches Haut- und Mediastinalemphysem sind häufige Komplikationen schwerer Brustkorbkontusionen. Die Lungenkontusion ist mit einer Letalität von 30 bis 38% behaftet, da es oft zu Lungenblutungen kommt. Auch bei unverletzter Brustwand muß an eine Lungenkontusion gedacht werden. Die Frühbeatmung ist bei der Therapie von größter Bedeutung. Die Kontusionspneumonie wird wie eine Bronchopneumonie behandelt. – Mit traumatischen Herzschäden ist bei etwa 10% der Brustkorbverletzungen zu rechnen. Das EKG ist das wichtigste diagnostische Kriterium. Posttraumatisch kommt es zur Kurvenabweichung im EKG. Kammerflimmern tritt auf, wenn das Trauma in den Bereich der T-Welle zu lokalisieren ist. Wenn das Trauma in den QRS-Abschnitt fällt, kann daraus ein Schenkelblock resultieren. Die Koronarsklerose ist oft ein prädisponierender Faktor für die Schwere eines Thoraxtraumas. Das Herz beantwortet stumpfe Thoraxtraumen mit einer Sofortreaktion.

G. Reichel (Bochum): **Lungenfunktionsprüfungen in Praxis und Klinik**

Jedes Trauma kann die verschiedenen Teilfunktionen von Thoraxwand, Lunge und Atemweg stören und zu vorübergehender oder andauernder funktioneller Beeinträchtigung des Atemapparates führen. Die Früherkennung respiratorischer Komplikationen ist daher ein wichtiges Anliegen des Internisten, Unfallchirurgen und Anästhesisten. Die notwendigen diagnostischen