

Medizinische Klinik

Wissenschaftliche Zeitschrift
für die ärztliche Praxis



Klinik-Ausgabe

Computertomographie:
Indikation und derzeitige Wertigkeit

Jodiertes Kochsalz – Nutzen oder Gefahr?	P. C. Scriba	Seite: 537
--	--------------	------------

Computertomographie: Indikation und derzeitige Wertigkeit	M. Rath, J. Lissner	538
Die Computertomographie nahm in den letzten Jahren eine so rasche Entwicklung, daß der Nicht-Fachmann ihre Möglichkeiten und Grenzen kaum abschätzen kann.		

Übersichten		
Obturationsileus durch Fremdkörper	C. Hilber	546
Ziel der Therapie ist die Wiederherstellung der Darmpassage durch Beseitigung des Hindernisses und die Dekompression des Darms durch Darmöffnung oder retrograd durch Absaugen.		
Harnsteinleiden und Schwangerschaft	R. M. Kuntz, W. Schütz	548
Bezüglich Diagnostik und Therapie bestehen immer noch viele Unklarheiten.		
Paracetamol, Pharmakodynamik, klinische Toxikologie und Pharmakokinetik	R. K. Liedtke	551
Die analgetisch-antipyretische Wirkung von Paracetamol ist mit der von Acetylsalicylsäure vergleichbar, die entzündungshemmende Aktivität ist deutlich geringer.		
Therapeutische Möglichkeiten mit Somatostatin in der Gastroenterologie	J. Hotz, M. V. Singer	555
Aufgrund bisheriger Studien hat Somatostatin bei der Ulkusblutung einen gesicherten blutstillenden Effekt.		

Examen	T. Rabe	VII
(Antwort: Seite X)		

Fortsetzung nächste Seite

Grundinformation zu Nebacetin® Salbe, Byk Gulden, 7750 Konstanz
 Zusammensetzung: 3250 I.E. Neomycinsulfat (5 mg) entspr. 3,3 mg Neomycinbase und 250 I.E. Bacitracin in 1 g Salbe. Indikationen: Nebacetin ist bei allen lokalen Infektionen der Haut, Schleimhäute und Körperhöhlenräume indiziert. Frühtherapeutische Maßnahmen und lokale Therapie bakterieller Infektionen bei chirurgischen Eingriffen, Verletzungen, Abszessen, Verbrennungen, Pyodermien, Ulcera cruris etc. Kontraindikationen: sind bisher nicht bekannt. Nebenwirkungen: In seltenen Fällen Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut.
 Weitere Angaben zu Nebacetin®
 Anwendung und Dosierung: Das Einhalten strenger Dosierungsvorschriften ist bei lokaler Anwendung nicht erforderlich. Handelsformen und Preise: Salbe: Tube mit 5 g DM 4,87 m. MwSt., Tube mit 15 g DM 12,43 m. MwSt., Packung mit 2 Tuben à 50 g DM 59,98 m. MwSt.

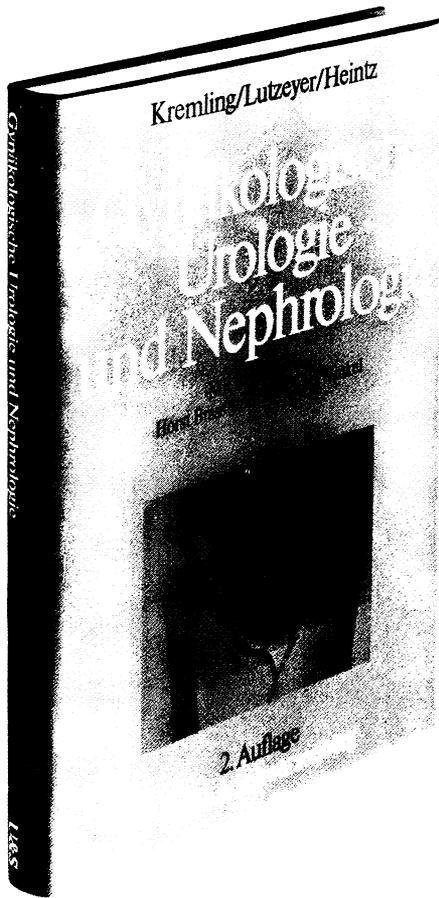
Byk Gulden
 Pharmazeutika
 Konstanz

→ auch nach 3 Tuben ohne Wirkung
 von Nebacetin,
 vergleichsweise frühe
 Reinstofflage



*Quelle: Colloquium-Lokal-Antibiotikum, 24. – 26. Sept. 81, Konstanz, Teil A: Aktuelle Fragestellungen und Grundlagen zur Therapie mit Lokal-Antibiotika.

Das Standardwerk in 2. Auflage.



Kremling/Lutzeyer/Heintz Gynäkologische Urologie und Nephrologie

Mit Beiträgen von Horst Brass und
Karl zum Winkel

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Von Prof. Dr. Horst Kremling, Würzburg, Prof. Dr.
Wolfgang Lutzeyer und Prof. Dr. Robert Heintz †,
Aachen

Mit Beiträgen von Prof. Dr. H. Brass und Prof. Dr.
K. z. Winkel

Unter Mitwirkung von Dr. J. Hannappel, Priv.-Doz.
Dr. R. Hautmann, Priv.-Doz., Dr. H.-J. Hermann,
Dr. H. Jost, Prof. Dr. H. Melchior, Dr. H. Rübber
und Prof. Dr. B. Terhorst

1981. 439 Seiten, 215 Einzeldarstellungen und
4 Farbtafeln. DM 220,-
(Preisänderungen vorbehalten)

Aus einer Besprechung zur Auflage

„Das Buch vermittelt in hervorragender Weise
die Probleme der Diagnostik und Therapie sich
überschneidender gynäkologischer bzw. uro-
logischer und nephrologischer Krankheitsbilder.
Stilistisch gefällt ganz besonders der flüssige
und schnörkelfreie Stil. Tabellen und Statistiken
unterstützen in anschaulicher Weise die didak-
tischen Ziele der Herausgeber. Das Bildmaterial ist
ausgezeichnet, das Literaturverzeichnis er-
schöpfend. Das Buch gehört in jede Bibliothek.“

(J. Sökeland, Dortmund, aus: Der Urologe)

Urban & Schwarzenberg

Informationen

Neues Langzeit-EKG-Gerätsystem

X

Originalarbeiten

Malignome der Schilddrüse –
ihre Behandlung und Prognose

Z. Hrgovic,
P. C. Alnor

559

Der histologische Befund entscheidet weitgehend über die
Überlebenschance.

Der Einfluß einer ballaststoff-
reichen Kost auf die Digoxin-
Resorption

W. Zilly et al.

563

Bei gleichzeitiger Gabe von Digoxin-Präparaten und ballaststoffreicher
Kost scheint man keine unzureichende oder aber beschleunigte Glykosid-
resorption befürchten zu müssen.

Kurze wissenschaftliche Mitteilungen

Prognostische Beurteilung des
malignen Melanoms

C. Schmoeckel et al.

567

Zur Chemotherapie von Bacteroides-
Infektionen

G. Peters,
H. Schütt-Gerowitz,
G. Pulverer

569

Buchbesprechung

Die Parkinson-Krankheit

XIII

Impressum

XIII

Sie lesen in der nächsten Ausgabe

XIV

Mindestens zehn Millionen Bundesbürger haben eine Schilddrüsenvergrößerung. Die weitaus gewichtigste Ursache für diese Strumaendemie ist der alimentäre Jodmangel. Er läßt sich durch jodiertes Kochsalz reduzieren oder beseitigen. Mit der letzten Änderung der „Diätverordnung“ vom 7.7.1981 wurden die gesetzlichen Grundlagen für eine wirksame Kropfvorsorge mit jodiertem Speisesalz in der Bundesrepublik Deutschland wesentlich verbessert. Es entfällt jetzt der unsinnige Warnhinweis „Nur bei ärztlich festgestelltem Jodmangel“ zugunsten der erlaubten Aussage „Geeignet zur Verhütung und Behandlung von Jodmangel“ mit der Begründung, daß der niedergelassene Arzt den Jodmangel kaum feststellen kann. Das

Patienten keine Illusionen machen. Die Jodprophylaxe muß ferner dann versagen, wenn andere Ursachen für eine Schilddrüsenvergrößerung vorliegen (strumigene Medikamente u. a.).

Unter Verhältnissen, die denen in der Bundesrepublik etwa entsprechen, ist in unserer Nachbarschaft in der letzten Zeit die Wirksamkeit der Prophylaxe mit jodiertem Kochsalz überzeugend nachgewiesen worden. So ging in Österreich die Kropfhäufigkeit bei Schulkindern von etwa 30 auf unter 4% zurück. In Ostfinland nahm sie ebenfalls bei Schülern von Werten zwischen 15 und 30% auf 1 bis 4% ab. In der Bundesrepublik Deutschland kann mit einer Reduktion der Anzahl der Strumen von zur Zeit mindestens 15 auf etwa 3% gerechnet wer-

g pro Tag in der Tat Exazerbationen von Hyperthyreosen hervorrufen kann, die schwerwiegend, schwierig zu behandeln und gelegentlich auch gefährlich oder deletär verlaufen sind. Im Gegensatz dazu bewirkt die bei der Jodprophylaxe der blanden Struma angestrebte Zufuhr von 100 µg Jod pro Tag ein geringes und noch dazu passageres Hyperthyreose-Risiko.

Es gilt noch heute, daß eine klinisch latente Hyperthyreose vom Typ des Morbus Basedow oder ein autonomes Adenom der Schilddrüse unter einer Jodsalzprophylaxe (100 µg Jod pro Tag) lediglich etwas eher auftritt und etwas einfacher diagnostizierbar wird, was bei diesen in jedem Fall behandlungsbedürftigen Erkrankungen eigentlich kein Nachteil ist. Es gibt darüber hinaus Vorstadien der kompensierten autonomen Adenome im Sinne der disseminierten oder multifokalen Autonomie, bei denen man möglicherweise mit einer echten Zunahme der Manifestation als Hyperthyreose rechnen muß, wenn 100 µg Jod pro Tag zusätzlich aufgenommen werden.

Bei einer in etwa vergleichbaren Jodprophylaxe mit 80 bis 300 µg Jod pro Tag hat man in Tasmanien eine drei bis vier Jahre anhaltende Zunahme der Hyperthyreose-Inzidenz um 1% beobachtet. Die betroffenen Personen waren älter als 40 Jahre und wiesen keine Zeichen für die immunologische Form der Hyperthyreose (Typ Morbus Basedow) auf. Daher muß man folgern, daß das Hyperthyreose-Risiko bei Jodprophylaxe genau die Gruppe trifft, die durch die Jodprophylaxe letztlich eliminiert wird, nämlich die Patienten mit autonomen Adenomen oder deren Vorstadien. Die Marburger Gruppe um Joseph konnte überdies zeigen, daß die Gabe von 100 µg Jod pro Tag bei der sogenannten thyreoidalen Autonomie keine Hyperthyreose zur Folge hatte.

Aus dieser differenzierteren Betrachtungsweise kann man schließen, daß das geringe passagere Hyperthyreose-Risiko auf der einen Seite durch den Vorteil der Reduktion der Häufigkeit der blanden endemischen Struma von mindestens 15% auf voraussichtlich 3% in der Bundesrepublik Deutschland um ein Vielfaches aufgewogen würde.

Fazit: Wir haben jetzt das richtige Salz: Sorgen wir dafür, daß es praktisch ausschließlich benutzt wird!

LITERATUR

1. Klein, E., et al.: In: Oberdisse, K., et al.: Die Krankheiten der Schilddrüse. Thieme, Stuttgart-New York 1980, S. 493.
2. Pfannenstiel, P., et al.: Dtsch. med. Wschr. 107 (1982), 867.
3. Scriba, P.C.: Therapiewoche 32 (1982), 29.

Verfasser: Prof. Dr. Peter C. Scriba, Klinik für Innere Medizin, Medizinische Hochschule, Ratzeburger Allee 160, D-2400 Lübeck 1.

Jodiertes Kochsalz – Nutzen oder Gefahr?

Kochsalz wird wegen der besseren Stabilität mit Natrium- oder Kaliumjodat anstelle von -jodid jodiert, und schließlich wird der Jodgehalt der jodierten Speisesalze so angehoben, daß im Mittel 20 mg Jod in einem Kilogramm Kochsalz enthalten sind. Mit diesem Salz kann man bei einer durchschnittlichen Zusatzmenge von 5 g pro Tag und Kopf mit der von der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie empfohlenen, zusätzlichen alimentären Aufnahme von 100 µg Jod pro Tag rechnen, wobei der Wunsch der Hochdruckliga nach Verminderung des Kochsalzverbrauchs bereits berücksichtigt wurde.

Unser Lebensmittelrecht läßt nur eine Benutzung von jodiertem Speisesalz als diätetisches Lebensmittel auf freiwilliger Basis zu. Jetzt kommt es darauf an, daß eine massive Aufklärungskampagne gestartet wird. Wir müssen zumindest erreichen, daß der „noch im generationsfähigen Alter“ befindliche Bevölkerungsanteil, das heißt vor allem die unter Vierzigjährigen, möglichst ohne Ausnahme freiwillig das jodierte Speisesalz benutzt. Dafür ist es auch erforderlich, daß bekannt wird, daß Meersalze aufgrund des zu geringen Jodgehalts gegenwärtig nicht zur Strumaprophylaxe geeignet sind. Jodierte Speisesalze im Sinne der Diätverordnung sind dagegen zur Zeit:

- Düra-Vollsalz,
- Bayerisches Vollsalz (regional erhältlich),
- Bad Reichenhaller Jodsatz (überall erhältlich).

Was kann man prophylaktisch mit jodiertem Kochsalz erreichen?

Die Jodprophylaxe dient der Vorbeugung, nicht etwa der Behandlung der blanden Struma – in dieser Hinsicht sollte man den

den. Diese 3% „Residualstrumen“ müssen anderen Ursachen als dem Jodmangel zugeschrieben werden.

Wenn man die große Wirksamkeit und die nur minimalen, jedem Verbraucher zumutbaren Kosten mit den Millionenbeträgen, die für Schilddrüsendiagnostik und -behandlung jedes Jahr ausgegeben werden müssen, vergleicht, so fragt man sich wirklich, warum diese ausgezeichnete Möglichkeit, durch Vorbeugung Krankheitskosten zu sparen, nicht mehr propagiert wird.

Die Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie hat aus den genannten Gründen gefordert:

- Das Jodmangelthema möge in die Lehrpläne sämtlicher Schulen eingebracht werden.
- Dokumentation der Strumafrequenz und Aufklärung über die Notwendigkeit der Kropfvorbeugung durch jodiertes Speisesalz sollen Bestandteil der schulärztlichen Untersuchung werden.
- Aufklärung durch Fernsehspots.
- Die Ernährungs- und Verbraucherberatung ist für dieses Thema besonders zuständig und sollte ihre bisherige Zurückhaltung aufgeben.
- Der einzelne Arzt sollte für seine Umgebung die mit dem Jodmangelproblem verbundenen Fragen kompetent beantworten können.

Seit fast 150 Jahren werden immer wieder die gleichen, zum Teil falschen, zum Teil unzutreffenden Gegenargumente gegen die Kropfprophylaxe mit jodiertem Kochsalz gebracht. Die Befürchtungen beziehen sich vor allem auf den sogenannten „Jod-Base-dow“. Es sei nicht bestritten, daß man durch massive Jodzufuhr im Bereich von mg oder