

ÅRBOG

1980-81

redigeret af
NIELS CHR. CHRISTENSEN



DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

Forord

Det pædiatriske år, som årbogen omfatter, var præget af diskussion om uddannelsen af pædiatere på grund af omlægningen af specialistuddannelserne. De to ekstraordinære generalforsamlinger og de deraf følgende skrivelser til Sundhedsstyrelsen bl.a. om uddannelsens indhold og afdelingernes klassifikation er medvirkende til at gøre årbogen fyldigere end sidste år.

Også ved Vår mødet blev pædiatriens nutid og fremtid diskuteret og vi er glade for at vi i årbogen har fået lov til at trykke professor Melchior's indlæg in toto idet de mange deri berørte problemer er væsentlige for os alle.

Jeg takker sekretær Gitte Femerling Thürmer som ved denne og de to tidligere årbøger har ydet en stor indsats, såvel under indsamling af referater som ved færdiggørelsen af årbogen.

Redaktøren

Indholdsfortegnelse.

	Side
Johs. Melchior: Pædiatrien frem til år 2000.....	7
Møder og referater af foredrag:	
540. møde, 3. oktober 1980, frie foredrag.....	13
541. møde, 7-8. november 1980, Myelomeningocele.....	20
542. møde, 5. december 1980, Hirschsprung 150 år.....	30
Ekstraordinær generalforsamling...	76
543. møde, 9. januar 1981, Lungesygdomme.....	33
544. møde, 6. februar 1981, frie foredrag.....	39
545. møde, 6. marts 1981, Endokrinologi.....	45
546. møde, 3. april 1981, Neonatologi.....	55
Ekstraordinær generalforsamling...	78
547. møde, 23. maj 1981, Vår møde.....	63
548. møde, 4. september 1981, børndermatologi.....	71
Ordinær generalforsamling.....	102
Forfatterindex.....	73
Referat af ekstraordinær generalforsamling 5. december.....	76
Referat af ekstraordinær generalforsamling 3. april.....	78
Brev til Sundhedsstyrelsen vedr. undervisningsstillingerne på Landsdelssygehuse, deres antal, formål og indhold samt om de postgraduate kliniske lektorerers opgaver.....	81
Brev til Sundhedsstyrelsen vedr. de pædiatriske afdelingers uddannelsesmæssige placering samt om overgangsbestemmelser til den nye speciallægeuddannelse.....	86
Svar til Sundhedsstyrelsen vedr. markedsføring af mælkepulver i U-lande.....	88
Formandsberetning 1980-81.....	92
Beretning fra Uddannelsesudvalget 1980-81.....	96
Beretning fra Onkologiudvalget 1980-81.....	100
Regnskab 1.8.80-31.7.81.....	101
Referat af generalforsamlingen 4. september.....	102
Procedure ved og retningslinier for besættelse af undervisningsstillinger.....	107
Bestyrelse, udvalg etc. pr. 1. oktober 1981.....	110

PÆDIATRI FREM TIL ÅR 2000.

Johs. Melchior

Panelindlæg ved Dansk Pædiatrisk Felskabs møde i Ferring, den 24. maj 1981.

I det følgende kommer der en række betragtninger, som er løse og faste om pædiatri, som man oplever det, når man er professor i faget og er overlæge ved en stor meget grenspecialiseret universitetsafdeling, men samtidig også, når man går og spekulerer noget over fagets almindelige situation i dagens Danmark.

Jeg skal blankt indrømme, at jo mere jeg spekulerer over det, jo mere bekymret bliver jeg for vores fags fremtid. Det er en bekymring, der beror på den opsplittning, som faget er ved at få i 2 meget forskellige fagområder. Selvom der er mange lighedspunkter, så er der tilsyneladende en tendens til øget adskillelse imellem dem.

Jeg tænker her på:

- 1) hospitalspædiatri
- 2) ikke hospitalspædiatri.

Da jeg begyndte som pædiater for knapt 30 år siden, var pædiatrien på ingen måde opdelt, børnelæger tog sig af børn, og det gjaldt alt fra mad, påklædning, afføring, banale børnesygdomme til mere spændende og sjældne ting, og de få børneafdelinger, der på det tidspunkt fandtes i landet var ret generelle, når man lige så bort fra Rigshospitalets børneafdeling, som var meget specielt indrettet allerede på det tidspunkt. Til gengæld eksisterede pædiatri som specialpraksispædiatri så godt som ikke.

Efterhånden er pædiatrien så blevet mere og mere specialiseret, og det har vel været en nødvendighed for at kunne følge med udviklingen, men samtidig med det, så er der kommet en lang række, man kan næsten tale om paradokser ind i vores fag.

Hvis vi tager en afdeling som Rigshospitalets børneafdeling, højt ekspertspecialiseret, et specialiseringsniveau, som ofte kan kræve ret voldsomme indgreb overfor børnene, tænk blot på onkologi, hæmatologi, en række af de kardiologiske ting og meget andet, antibiotika i anledning af CF etc., og samtidig et fantastisk krav om åbenhed, man forklarer alt og alle, hvad der foregår omkring een, o.s.v. Det er principper jeg har meget svært ved at se, hvordan man forener på en acceptabel facon i årene fremefter.

Samtidig har vi uddannelsesmæssigt over en forholdsvis blød linje først fra den helt bløde, der jo sagde, at man blev pædiater gennem sine kliniske ansættelser, så via de forskellige krav til A-stilling, kursusindhold o.s.v. er vi nået frem til en så udpræget selekteren af vore kommende specialister samtidig med, at vi har reduceret antallet af kursister til et meget lavt tal. Dette betyder, såvidt jeg kan se en klar favorisering af den videnskabsdominerede hospitalspædiatri.

Vi uddanner få pædiatere, men til gengæld stiller vi store krav til deres både kliniske uddannelse, som skal være fuld acceptabel, men sandelig også til deres videnskabelige produktion, hvilket måske nok kan synes mindre acceptabelt i visse situationer.

Hvis man tænker fremefter til år 2000, så vil der formentlig komme nogle enkelte nye afdelinger, men det vil næppe blive det voldsomme, idet vi vel allesammen vil være enige om at sige, at pædiatri er ikke et fag, der går på indlæggelser, det er et fag, der går på viden og på forståelse og hvoraf meget kan klares i hjemmet, ved dagindlæggelser eller ambulante funktioner, så det vil sige, det ikke er på antallet af nye afdelinger, vi skal satse.

Hvor kunne vi så tænke os at gøre det i årene fremefter? Det

er en række grenspecialer, som vi ved, at specialistnævnet i Sundhedsstyrelsen har eller vil anerkende som ekspertområder, og her må jeg sige, at jeg med stor interesse har set, at socialpædiatrien er med her. Egentligt havde jeg vel en fornemmelse af, at her havde vi en parallel til eller en afviger fra almen pædiatri, men det er jo ikke tilfældet. Socialpædiatrien er mindst lige så meget ekspertområde, og behandler lige så få patienter, lige så intensivt som alle andre ekspertområder, det være sig hæmatologi, kardiologi, neurologi eller allergologi eller hvad, det måtte være.

Det vil sige, der hvor vi mangler noget i det billede, jeg ser frem efter, det er i retning af det, man kunne kalde egentlig en børnelæge, et menneske, som ved en frygtelig masse om det normale barn og udvikling og mange andre ting og interessere sig for de ting, opfatter det som sit egentlige arbejde og ikke nødvendigvis går og leder efter et par små dippedutjaser på Bismarcksklumpen eller forbedring af antibiotika, cytotoxica etc.

Dette menneske har vi egentlig ikke rigtig plads til i systemet i vores uddannelse, og det ser jeg som en stadig større fare, det betyder, at barnet, det ikke meget syge barn, men det næsten raske barn og mange af de kronisk syge børn overlades til vores alment praktiserende kolleger og i vid udstrækning til socialektoren, psykologer, pædagoger etc. De vordende praktiserende læger havde tidligere behov for pædiatrisk hjælp i deres uddannelse også efter de fik obligatorisk kursus og meget andet, men hvis man prøver at se på lærerkræfterne ved A-kurserne nu til almen medicin eller f.eks. til de store internatkurser, som lægeforeningen afholder om børn, er der i den grad mangel på pædiatrisk deltagelse som undervisere. Nu kunne man tænke sig, at det skyldtes en ulyst til at få speciallægerne

blandet ind i det, en vis form for konkurrence i det, men jo mere man igen tvinges til det ved en anledning som panelet i dag at tænke sig om, jo mere klart bliver det, at det, vi kan tilbyde dem, er ikke det, de har brug for. De har ikke brug for at få en hel masse superekspertviden, de har brug for at vide en hel masse i virkeligheden ret alment gyldige ting, som vi på den anden side gærdet fjerner os mere og mere fra. Igen en risiko, det vil sige almen medicin bliver selvforsynende med hensyn til undervisning i børn. Og det er der ingen af os, der kan være tjent med.

Der er mange andre paradokser med i spillet, men jeg vil nok synes, at det, jeg har halet frem her, er noget af det vigtigste, når man skal se på pædiatrien fremover. Jeg er ganske klar over, at selskabet deler sig i den gruppe der siger, pædiatri er et luksusspeciale for hospitaler, hermed er vi på linje med en lang række andre lande, jeg kan da eksempelvis nævne Norge, hvor man efterhånden mere og mere opgiver pædiatri ude i befolkningen, men centrerer det alene omkring et hospital og ambulatorier. Sverige er jeg lidt mere i tvivl om, men der er nok en bredere indstilling til, skal vi kalde det folkepædiatri. England har slet ikke vor form for pædiatere, der er det et yderst eksklusivt speciale, som alene er forbeholdt en vis form for hospitaler og nogle tilsvarende andre grupper, og sådan kunne vi blive ved. Det rent håndgribelige problem her i landet er vel, at vi er et så tilpas lille land, at det man egentlig kunne falde for, nemlig at tænke på, at man skulle uddanne 2 slags pædiatere, en om jeg så må sige gammeldags pædiater, som vidste en frygtelig masse alment om børn, og så ovenpå det en hospitalspædiater med grenspecialer og ekspertområder etc., det har vi vel ikke råd til i virkeligheden. Det er et resourceproblem igen, og jeg synes, pædiatrisk selskab i virkeligheden i dag

står ved en korsvej, hvor vi bør prøve selv virkelig at finde frem til, hvad vi ønsker af fremtiden. Ønsker vi det eksklusive, meget fornemme speciale eller ønsker vi en mere bred mulighed for at påvirke børns opvækst og børns forhold i samfundet eller ønsker vi et både/og.

Personligt er jeg ikke i tvivl om, at det er det sidste, jeg allerhelst ville se, jeg synes, begge dele er lige vigtige og ligeværdige i forholdet, men jeg har meget svært ved at finde løsningen på problemet, og jeg ville da personligt egentlig ønske, af et panel som det i dag, hvis det kunne munde ud i, at Dansk Pædiatrisk Selskab nedsatte en lille arbejdsgruppe, som prøvede at formulere selskabets og dets forskellige fraktioners holdning til pædiatri i de kommende 20 år. I så fald vil jeg synes, vi har ydet et lille bidrag ved at prøve at løse et mægtigt svært problem.

Men selvom vi ser masser af problemer i årene fremefter er vi alligevel særdeles privilegerede.

Man bliver jo slået med forfærdelse, når man ser tal, som f. eks. i sidste nummer af Ugeskriftet om sundhedstilstanden i Paraguay, med en børnedødelighed i 1. leveår på 120 ud af 1.000 og underernæring hos børn hos halvdelen af samtlige.

Der er stadig nok at gøre for os alle.

Program:

- 1) I. Thorn (børneafd. KAS Gentofte): Feberkræmper. Profylaktisk behandling og prognostiske overvejelser.
- 2) S. Pedersen og B. Sommer (børneafd. Kolding Sygehus): Teofyllaminrektiole som anfaldsbehandling af astma bronchiale.
- x)
3) B. Sommer, S. Pedersen og E. Nathan (børneafd. Kolding Sygehus): Langtidsbehandling af astma bronchiale med et sustained release teofyllamin præparat.
- 4) E. Dahlin (pæd. afd. Viborg Sygehus): Type 3 allergi overfor exotiske fugle.
- 5) B. Weile, B. Peitersen, E. Struve Christensen (Børnehospitalet på Fuglebakken): Pneumothorax i neonatalperioden.
- 6) H. Verder, J.J. Kjer og J. Hess (fødeafd. KAS Herlev og pæd. afd. KAS Glostrup): Hovedomfang på fødselstidspunktet hos børn af mødre behandlet med betametason.

x) ikke refereret

FEBERKRAMPER PROFYLAKTISK BEHANDLING OG PROGNOTISKE OVER- VEJELSER.

Ingrid Thorn (Børneafdelingen, Københavns Amts Sygehus i Gentofte).

En uselekeret serie på 1000 børn konsekutivt indlagt 1968-79 med 1. feberkrampe beskrives. Formålet med undersøgelsen var, bl.a. at finde den spontane incidens af feberkramperecidiv og at vurdere effektiviteten af 2 forskellige profylaktiske behandlinger.

1968-70 blev der ikke anvendt nogen profylaktisk behandling. Fra 1970 gaves Fenemal 3 mg/kg/dag fordelt på 2 doser gennem 2 år under regelmæssig ambulant kontrol. Fra 1973 indførtes gradvist behandling med diazepam, givet som suppositorie ca. $\frac{1}{2}$ mg/kg/dose ved temp. over 38.5, gentaget med 8 timers interval så længe feberen vedvarede, dog med større intervaller ved flere dages feber. Denne behandling er siden 1975 anvendt til alle.

153 ubehandlede børn blev fulgt gennem et minimum af 2 år. 226 børn gennemførte fenemalbehandlingen i 2 år og 207 børn er indtil nu behandlet i 2 år med diazepam. I denne 2 års periode havde 41% af de ubehandlede, 20% af de fenemalbehandlede og 12% af de diazepambehandlede et eller flere feberkramperecidiver. Forskellene er statistisk signifikante. - Ved sammenligning af recidivfrekvenser i relation til køn, alder ved 1. feberkrampe, forekomst af familiær disposition til feberkrampe og/eller epilepsi, forekomst af perinatale komplikationer og til varighed af 1. feberkrampe i de 3 grupper fandtes recidivfrekvenserne altid lavest i den diazepambehandlede gruppe og forskellene var oftest statistisk signifikante.

Desuden fandtes en bedre compliance, færre bivirkninger og lettere administration ved diazepambehandlingen. Den væsentligste ulempe ved denne behandling var, stikpillerne ikke altid blev givet i tide, i tilfælde af hastig temperatur-

stigning. - Spørgsmålet om en effektiv profylakse mod feberkramperecidiv også nedsætter antallet af senere afebrile kramper forblev åbent.

TEOFLAMINREKTIOLE SOM ANFALDSBEHANDLING AF ASTHMA BRONCHIALE
S. Pedersen & B. Sommer (pædiatrisk afdeling, Kolding).

Teofylamins snævre terapeutiske indeks vanskeliggør en hurtig effektiv administration af stoffet. For at opnå terapeutiske serumkoncentrationer bør den nødvendige dosis teofylamin således gives langsomt intravenøst i løbet af 20 minutter for at undgå toksiske serumkoncentrationer.

I et forsøg på at finde et alternativ til intravenøs indgift af teofylamin fik 20 børn administreret en enkelt dosis af en koncentreret vandig teofylaminopløsning rektalt. De fundne serumkoncentrationer og variationen i maksimumkoncentrationerne af teofyllin svarede til dem man ser efter en 20 minutter varende intravenøs injektion af stoffet. Absorptionen af teofylamin var konstant. Der var ingen bivirkninger og ingen børn kvitterede den rektalt administrerede opløsning.

Rektal administration af en koncentreret vandig opløsning af teofylamin kan hos børn i mange tilfælde være et værdifuldt alternativ til den ofte vanskelige intravenøse injektion. Administrationen er nem, metoden kan anvendes hjemme af forældrene også i tilfælde hvor barnet kaster op eller intet vil spise. Desuden muliggør den vandige opløsning en nøjagtig mg/kg dosering. Hjemmebrug bør kun anvendes efter meget grundig instruktion af forældrene.

TYPE 3) ALLERGI OVERFOR EXOTISKE FUGLE.

E. Dahlin (Viborg Sygehus, pæd.afd.)

En 4-årig pige indlægges u.d. / febris continua /, idet tilstanden det foregående $\frac{1}{2}$ år var præget af svingende feber, træthed, hoste og funktionsdyspnø. Flere antibiotika kure uden effekt, idet alm. laboratorieprøver viste i.a. fraset eosinofili. Under indlæggelse spontan remission af alle symptomer, anamnese om exotiske fugle i hjemmet rejser mistanke om tilfælde af "bird fancier's lung", idet der i pts. serum findes positiv titer overfor ekstrakt af fuglenes ekskrementer, målt ved præcipitinreaktion. Gentagne kliniske provokationer bestyrker hypotesen, og ved total elimination fra pts. omgivelser - medførende større sanering ved kommunens hjælp - forbliver pt. derefter symptomfri.

PNEUMOTHORAX I NEONATALPERIODEN.

B. Weile, B. Peitersen & E. Struve-Christensen (Børnehospitalet på Fuglebakken, København).

Pneumothorax ses hyppigt i neonatalperioden, især hos børn med IRDS, som bliver behandlet med artificiel ventilation.

I en syvårsperiode forekom i alt 31 tilfælde af neonatal pneumothorax. Diagnosen stilledes klinisk, radiologisk eller ved autopsi.

I samme periode behandlede 262 børn med alvorligere IRDS og af disse udviklede 23 pneumothorax, 15 af disse blev behandlet med artificiel ventilation. Fra denne gruppe udviklede 12 børn behandlingskrævende pneumothorax, som behandlede med tubulering. Af de tre ikke-tubulerede børn med IRDS og artificiel ventilation, blev to ikke tubuleret, idet pneumothorax diagnosticeredes omkring mors.

Incidensen af pneumothorax blandt børn med IRDS samt artificiel respiration var 18 %.

Tubulation var oftest nødvendig hos disse børn, men herefter syntes tilstanden at have en god prognose. Kun 3 af de 23 børn gik ad mortem på grund af pneumothorax, og ingen som direkte komplikation til pneumothoraxbehandlingen.

CRANIEOMFANGET PÅ FØDELSTIDSPUNKTET HOS BØRN AF MØDRE
BEHANDLET MED BETAMETASON.

H. Verder, J.J.Kjer & J. Hess.

Fødeafd., KASHerlev & Børneafd., KASGlostrup.

Glucocorticosteroider administreret antenatalt anvendes i stigende grad til forebyggelse af respiratory distress syndrom (RDS). Imidlertid er disse steroider kemisk meget potente, og hos aber er der konstateret en reduktion af den føtale hjernes vægt og cranieomfanget efter behandling med farmakologiske doser af dexametason og betametason (1,2). Det aktuelle arbejde er en undersøgelse af, om dette også kunne påvises hos børn efter RDS profylakse.

Materialet består af 46 børn af mødre behandlet antenatalt fra januar 1977 til marts 1978 med Celeston (betametason-acetat og betametason-dinatriumphosphat) 12 mg daglig i 3 dage, og 52 børn af mødre behandlet fra marts 1978 til maj 1979 med Celestona (betametason-dinatrium-phosphat) 8 mg daglig i 3 dage. Det anvendte cranieomfangsmål er den fronto-occipitale circumferens i cm. Det blev undersøgt om differencen mellem cranieomfanget svarede til 50%-percentilen hos normale og mellem de betametasonbehandlede var forskellig fra 0 ved hjælp af en parret t-test. Den ubehandlede population bestod af samtlige 1012 nyfødte, født på KASHerlev i 1978, dog med udeladelse af børn af anden race end vores, tvillinger, dødfødte og tilfælde med usikker termin samt steroidbehandlede. Til bestemmelse af gestationsalderen er sidste menstruations første dag anvendt.

Initialt blev cranieomfanget af de betametasonbehandlede sammenlignet med en standardkurve inkluderende begge køn (anvendt på flere danske afdelinger, men af delvis ukendt oprindelse). Udelukket var tilfælde med placenta insufficiens og tilfælde, hvor betametason var givet mindre end 7 dage før fødslen. Cranieomfanget for både den Celeston og Celestona behandlede gruppe var signifikant mindre

end for den ubehandlede gruppe. Derfor blev den ny referencurve konstrueret som nævnt ovenfor (1012 børn fra 1978), omfattende en kurve for hvert køn over relationen mellem gestationsalder og cranieomfang. Ved fornyede beregninger kunne der ikke påvises forskelle på cranieomfangene mellem de steroidbehandlede grupper og de ubehandlede børn.

Konklusion: Celeston og Celestona givet intramuskulært til gravide kvinder m.h.p. forebyggelse af RDS medfører ikke reduktion af cranieomfanget hos de nyfødte. Undersøgelsen viser endvidere betydningen af et korrekt referencemateriale. Pigernes cranieomfang var ca. 0,5 cm mindre end drengenes.

Udover disse resultater blev der præsenteret en præliminær opgørelse i kurveform over cranieomfanget ved forskellige gestationsaldre på 1000 nyfødte med fødselsvægt \leq 2500 g fra 1973-1979 fra KASGlostrup.

Litteratur:

1. DeLemos, R.A.: Glucocortisoid effect: Organ development in monkeys. In lung maturation and the prevention of hyaline membrane disease. Ross Laboratories 1976, p.77.
2. Johnson, J.W.C., Mitzner, W., London, W.T., Palmer, A.E. & Scott, R.: Betametason and the rhesus fetus: Multisystemic effects. Am.J.Obstet.Gynecol. 1979:133:677.

541. MØDE, 7. og 8. NOVEMBER 1980, RIGSHOSPITALET

Fællesmøde mellem Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Urologisk Selskab, Dansk Ortopædisk Selskab og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi om:

MYELOMENINGOCELE

Program:

mødet afholdes på engelsk.

Fredag

- 1) Else Andersen (børneafd., FAC Hillerød): Introduction.
- 2) J. Lorber (Children's Hospital, Sheffield): Experience with infants and children with myelomeningocele.
- 3) Prenatal Diagnostic
 - J. Chr. Jacobsen (Gyn.Obst. afd. YA, Rigshospitalet): Screening for neural tube defects in Denmark. Preliminary experiences.
 - J. Bang (Gyn.Obst. afd. YA, Rigshospitalet): Ultrasonic scanning for detection of neural tube defects.
 - B. Nørgård-Pedersen (Centrallab., Sønderborg Sygehus): Laboratory analyses for detection of neural tube defects.
- 4) Urological Aspects
 - J. Nordling, J. Thorup and K. Mauritzen (urologisk afd., Hvidovre Hospital, børnekir. afd., Rigshospitalet): Lower urinary tract dysfunction in patients with myelomeningocele.
 - V. Holsteen, K. Kastrop and B. Glahn (børneafd. og kir. afd. A, KAS Glostrup): Urological evaluation of spina bifida patients.
 - T. Hald (kir. afd. H, KAS Herlev): Treatment of urinary incontinence with an artificial sphincter.
- 5) J. Kjølbj (børnortopæd. afd., Rigshospitalet): The orthopedic prognosis for children with myelomeningocele.
- 6) P. Bjerre (neurokir. afd. Rigshospitalet): Shunt complications.

7) Social Aspects

K. Taudorf, P. Daugbjerg, V. Holsteen and B. Zachau-Christiansen (børneafd. G, Rigshospitalet, børneafd. KAS Glostrup): Social problems in patients with myelomeningocele.

H. Høpfner Nielsen, J. Pelck and V. Grynderup (psykologisk Inst., Århus Universitet, neuromed. afd. F, Århus Kommunehospital): A longitudinal study of myelomeningocele.

Lørdag

- 1) Discussion on selection criteria for treatment of the newborn with myelomeningocele. Introduced by Olle Hansson (barnmedicinsk afd., Østra Sjukhuset, Göteborg).
- 2) Organization of management and follow-up. Introduced by Olle Hansson (Barnmedicinsk afd., Østra Sjukhuset, Göteborg).

SCREENING FOR NEURALRØRSDEFEKTER I DANMARK.

PRÆLIMINÆRE RESULTATER.

J.C.N. Jacobsen (føde og gynækologisk afd. YA, Rigshospitalet).

I graviditeter med neuralrørsdefekte fostre findes stærkt forhøjet indhold af alfaføtoprotein (AFP) i amnionvæsken, og hyppigt også forhøjet AFP koncentration i maternelt serum.

Der gøres rede for den geografiske incidens-variation og gentagelses risikoen ved tidligere fødsel af neuralrørsdefekt barn.

Danmark er et lav-incidens område, hyppigheden af neuralrørsdefekt (NRD) er ca. 0,8 per 1.000. På årsbasis fødes i Danmark ca. 25 børn med spina bifida og ca. 25 børn med anencephali.

Med højt udviklet ultralydscanningsudstyr, sikker amniocentese-teknik og forfinede amnion-AFP analyse metoder til rådighed er der startet en prospektiv multicenter-screenings-undersøgelse på Rigshospitalet, afd. YA, Hvidovre Hospital, gyn.obst.afd., Kolding sygehus, gyn.obst.afd. og sygehusene i Sønderjylland. Se-AFP måles på alle gravide i 16.-20. svangerskabsuge. Abnorme værdier kontrolleres på en ny blodprøve. 2 forhøjede se-AFP værdier indicerer amniocentese med måling af amnion-AFP, hvis de forhøjede se-værdier ikke findes forklaret ved forkert gestationsalderberegning, tvillinggraviditet eller intrauterin fosterdød som kan afsløres ved en ultralydscanning. Der præsenteres et foreløbigt materiale på 1680 gravide kvinder fra Rigshospitalet og Sønderjylland. 3,1 % af initiale se-AFP værdier var forhøjet, 2,4 % af initiale se-AFP værdier var for lave. Amniocentesefrekvensen har været 0,7 %. Der er ikke foreløbig påvist NRD-fostre, men en række risikograviditeter. Det største praktiske problem har været at få blodprøven til se-AFP-bestemmelse udtaget på det optimale tidspunkt i graviditeten.

Det er planlagt at screene 10.000 graviditeter.

På flere centre foretages rutinemæssig ultralydscanning af de gravide, således at også værdier af denne undersøgelse og den kombinerede effekt af se-AFP-bestemmelser og ultralydscanning i afsløringen af risikograviditeter belyses.

LOWER URINARY TRACT DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH MYELOMENINGOCELE.

J.Nordling, J. Thorup & K.Mauritzen. (Urologisk afdeling, Hvidovre Hospital & Børnekirurgisk afdeling, Rigshospitalet).

Kontrol og behandling af forstyrrelser i urinvejenes funktion er et væsentligt led i behandlingen af patienter med myelomeningocele. Hovedformålet er at bevare nyrefunktionen, medens det i anden række drejer sig om at behandle de sociale og hygiejniske følger af urincontinentens og/eller besværet blæretømning. - Urinblæren innerveres parasymptisk og bækkenbunden somatisk fra den sakrale del af medulla spinalis. Ved neurologiske læsioner herover fås hyperaktiv blære- og sphincterfunktion. Ved læsioner af de perifere nerver derimod en slap detrusor og sphincter. Ved myelomeningocele vil læsionen ofte være inkomplet og af sammensat type med f.eks. slap blære og hyperaktiv sphincter. Til klassifikation af dysfunktionstypen kan bruges fyldningscystometri (blæretryksmåling under blærefyldning) helst kombineret med urethralt EMG. Simultan registrering af blæretryk-rectaltryk-bækkenbunds EMG under vandladning giver information om koordinationen mellem detrusor og sphincter. Miktionscystografi om de anatomiske forhold og reflux. - En hyperaktiv blære kan behandles med parasymptolytika mens afløbsbesvær kan behandles med sympatolytika, selvkateterisation eller sphincterotomi. En slap blære behandles med skematiseret vandladning ved hjælp af bugpresse eller Credémanøvre. Svær incontines på grund af slap sphincter kan eventuelt behandles ved indoperation af en kunstig sphincter. Sker der på trods heraf fremadskridende nyrefunktionsnedsættelse må der foretages urinafledning. - Af 28 patienter med myelomeningocele fulgt fra fødslen og mere end 5 år frem ved børnekirurgisk afdeling på Rigshospitalet er 17 undersøgt urodynamisk. 6 havde hyperaktiv blære og bækkenbund (4 urincontinente, 1 incontinent, 1 Brickerblære), 7 havde slap blære og bækkenbund (1 continent, 4 incontinente, 2 Brickerblære), 3 havde slap detrusor og normal bækkenbund (2 continente, 1 incontinent). Endelig havde 1 patient hyperaktiv blære med normal bækkenbund (pt. er continent, men den eneste af de 17 med infektionsproblemer).

UROLOGISK VURDERING HOS PATIENTER MED MYELOMENINGOCELE.

V. Holsteen, K. W. Kastrup & B. Glahn (Børneafdelingen & Urologisk afdeling T, Københavns amts sygehus, Glostrup).

Patientmaterialet omfatter 47 børn med spina bifida, den gennemsnitlige observationsvarighed er 5 år (fra 1-15 år). 27 patienter er endnu under skolealderen, kun 9 har nået puberteten. I den kliniske vurdering indgår bedømmelse af anal sfinkterfunktion, vandladningsmønster/incontinens og evt. effekt af blæreekspression. Den radiologiske vurdering omfatter som rutine urografi 1 gang årligt, men kun som: 1) oversigtsbillede, 2) 15 minutter p.i., 3) blærebillede 2-3 timer senere, efter habituel tømningprocedure (residualurin?). Nyrefunktionen er bedømt ved renografi og EDTA-clearance, almindeligvis fra 6-7 års alderen, evt. før ved behov. Vigtigste oplysning er funktionsfordelingen, mens afløbsfaserne næppe kan tillægges større betydning. Frekvensen af urindyrkning afhænger af infektionstendens. P.gr.a. hyppig kontaminering kræver infektionsdiagnosen 2-3 identiske svar. Undersøgelser, som kræver instrumentering (cystoscopi, cystometri, MCU og lign.) accepteres kun, såfremt rutineundersøgelser afslører forværrelse af forholdene i en grad, som indicerer intervention.

Normal blærefunktion er fundet hos 6 patienter, 2 har Bricker-blære, 2 cystostomi, 1 kateter á demeure, 7 patienter er sfinkterotomeret. 32 har urinincontinens (kun 4 selvhjulpne), 15 får foretaget blæreekspression hver 3. time om dagen.

Hos 11 findes spontan voluntær tarmkontrol, hos 14 opnås det ved digital udrømning (mere med refleksstimulerende end mekanisk sigte), resten har encoprese. Effektivt afføringsregime er afgørende for det urologiske forløb. - Hos enkelte findes svær blæreforstyrrelse uden andre sequelae, andre har normale forhold trods motorisk handicap. Kun 3 har moderat nedsat nyrefunktion ved sidste kontrolundersøgelse.

Omhyggelig kontrol er påkrævet, da langvarigt gode forhold pludselig kan forværres. Dårlige forhold kan være stationære i årevis eller bedres spontant. Evt. indgreb bør udsættes længst muligt og kun udføres på tvingende indikation.

BEHANDLING AF URININKONTINENS HOS MYELOYDYSPLASI PATIENTER
MED EN ARTIFICIEL SPHINCTER:

T. Hald, Urologisk afd. H, KAS Herlev.

Scott og medarbejdere udviklede først i 1970'erne en implanterbar artificiel urethral sphincter, som siden har undergået flere modifikationer. Protesen består af silicone og opererer med et rent hydraulisk princip. Den styres ved hjælp af en lille pumpe placeret i scrotum eller en labium majus.

11 patienter (7♂ og 4 ♀) (median alder 13 år) med lavt placerede myelodysplasier har fået implanteret denne protese i årene 1974-80.

Resultater.

9 patienter har opnået et tilfredsstillende resultat. 2 patienter fik et mislykket resultat. Den ene har siden fået anlagt Brickerblære. Den anden afventer reoperation. 3 patienter har fået udskiftet protesen på grund af malfunktion.

Diskussion.

Metoden indebærer mulighed for radikal behandling af urininkontinens hos en gruppe patienter, der ikke tidligere har kunnet behandles. Betingelserne for at udføre operationen er mange. En urodynamisk udredning er nødvendig, og afløbshindring fra blæren må behandles før sphincterimplantationen.

ORTOPÆDISK PROGNOSE VED ÅBENT MYELOMENINGOCELE.

J. Kjølbye (Rigshospitalet, børneortopædisk afdeling, København).

Materialet omfatter initialt 147 børn med åbent: ikke huddækket myelomeningocele (MMC) født i Danmark 1965-69 og henvist til neurokirurgisk afdeling. Forsækning og plastik af MMC foretages hos 2/3 i 1. levedøgn. Ved vurdering 1973 er 70 døde (48%), heraf alle ikke opererede (12%). 45 børn dør før 6 mdr's alder. Mortalitet ved thoracal og høj lumbal lokalisation er 56% mod 34% ved MMC under 3. lumbalsegment.

31 af 63 børn primært behandlet i det storkøbenhavnske område overlever og følges løbende. Observationstid 10 år (7-15). Den totale ortopædiske belastning analyseres specielt ad resulterende gangevne.

Det findes muligt ved tidlig postnatal vurdering at fastlægge neurologisk læsionsniveau.

Motorisk og sensitivt deficit er uændret i observationsperioden.

Læsionsniveau kan anvendes til prognostisk skøn over forventelig motorisk funktion og sfinkterkontrol.

Resultatet af den ortopædiske behandling er målt ved gangevne relateret til læsionsniveau tilfredsstillende.

SHUNTKOMPLIKATIONER

P. Bjerre (Neurokirurgisk afdeling, Rigshospitalet)

Til belysning af de aktuelle komplikationer under shuntbehandling præsenteres follow-up af børn, som er behandlet primært i 1974. Dette sikrer en rimelig observationstid samtidig med, at operationsteknikken siden da i alt væsentligt er uændret.

18 børn, median alder 35 dage (7 dage til 9 år) blev behandlet. 1 er fulgt 1½ år og er derefter afsluttet, svært retarderet. 2 døde efter 1 henholdsvis 6 måneder på grund af shuntmalfunktion. 15 er fulgt fra 6 til 7 år.

Der er foretaget 48 shuntrevisioner, i 34 tilfælde grundet obstruktion af drænet og i 10 tilfælde grundet infektion. 83% af revisionerne er foretaget indenfor det første år, uanset alder ved behandlingens start. Obstruktionens sæde var oftest den ventrikulære drænende. Infektionerne skyldtes lavvirulente bakterier og opstod kort tid efter et indgreb.

Det konkluderes at infektion er operativt betinget. Shuntmalfunktion er hyppig indenfor det første år.

MYELOMENINGOCELEPATIENTERS SOCIALE PROBLEMER.

K. Taudorf, P. Daugbjerg, V. Holsteen & B. Zachau-Christiansen (børneafdeling G, Rigshospitalet & børneafdelingen KAS. Glostrup).

De psykosociale forhold hos 26 myelomeningocelbørn, i alderen 8 måneder til 7 år og 4 måneder, er søgt kortlagt og evalueret ved en spørgeskemaundersøgelse. Børnene er rubriceret efter Lorber's 5 handicap kategorier og derefter relateret til de psykosociale parametre. Et barn tilhørte kategori I, ni kategori II, elleve kategori III, tre kategori IV og to kategori V.

Der er søgt oplysninger om forældrenes arbejde og arbejdssituation, familiernes struktur og økonomi, boligen, den daglige pasning af barnet, institution og skole, barnets psykiske trivsel samt indlæggelser og operationer.

Undersøgelsen viste, at næsten alle børnene i betragtning af deres handicap, har rimelige psykosociale forhold. To patienter er på døgninstitution, næsten alle synes iøvrigt velplacerede i dagligdagen og forældrene oplever deres børn positivt. Skilsmisseprocenten blandt forældrene er lavere end for normalbefolkningen. Det er moderen der ændrer arbejdssituation for at kunne passe det handicappede barn. Knap halvdelen af de hjemmeboende børns forældre har, på trods af offentlig støtte i henhold til bistandsloven, fået dårligere økonomi efter at have fået et handicappet barn. Børnene har været indlagt ca. én måned pr. år og har gennemgået ca. én operation årligt.

A LONGITUDINAL STUDY OF THE PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF MYELOMENINGOCELE.
H.H. Nielsen (Psykologisk Institut, Århus Universitet & Neurologisk afdeling F, Århus Kommunehospital).

The psychological effects on child and family of myelomeningocele is being followed in a longitudinal, interdisciplinary investigation. The first unselected sample of 30 children has been tested at regular intervals up till school age and their parents interviewed. Results indicate that the condition is often associated with psychomotor retardation in various degrees, depending on the seriousness of neurological complications. An unexpected finding was that performance level tended to improve with increasing age, mean IQ being lowest in the first couple of years approaching normal in the preschool years. After a crisis period from the last part of the child's first year till approximately 2 years, the strain on the family seems to lessen considerably and an improvement of psychological functioning and well-being can be observed. In the preschool years relatively few emotional and behavioral difficulties were registered.

Program:

x)

- 1) C.M. Madsen og K. Roed-Petersen (kir. afd. A, Odense Sygehus):
Hirschsprung 150 år.
- 2) C.M. Madsen og O.H. Nielsen (kir. afd. A, Odense Sygehus og børne-
kir. afd., Rigshospitalet): Hirschsprungs sygdoms naturlige forløb.
- 3) C. Koch og H. Zoffmann (børneafd. TG, Rigshospitalet): Nyere overve-
jelser vedrørende Morbilli-vaccination i Danmark.

Ekstraordinær generalforsamling.

x) ikke refereret

HIRSCHSPRUNGS SYGDOMS NATURLIGE FORLØB

C. M. Madsen & O. H. Nielsen (Odense sygehus, kirurgisk afd. K & Rigshospitalets børnekirurgiske afd.)

Arbejdet er en efterundersøgelse af 30 patienter i alderen 30-67 år, som alle er behandlet i barndommen for Hirschsprungs sygdom uden operation.

Længden af det aganglionære segment var hos

5 patienter ultrakort (få cm)

8 patienter kort (til midt i rectum)

17 patienter til øverst i rectum

Hos alle 5 patienter med ultrakort aganglionært segment aftog eller svandt symptomerne i adolescensen.

Blandt de 25 øvrige patienter var der efter 10-20 års alderen kun lette symptomer hos 9 patienter.

Symptomerne førte til operation hos 12 patienter, hvoraf 5 døde. Yderligere 2 patienter er døde af sygdommen uden operation.

Konklusioner:

1. I tilfælde af Hirschsprungs sygdom med aganglionært segment begrænset til rectum kan selv svære symptomer aftage betydeligt på et eller andet tidspunkt, sædvanligvis før 20 års alderen.

2. Meget lette symptomer kan forekomme til trods for en betydelig røntgenologisk dilatation af colon.

3. En periode - selv på adskillige år - med kun lette symptomer er ingen garanti imod senere forværring. Svære og endog fatale komplikationer kan pludselig optræde.

NYERE OVERVEJELSER VEDRØRENDE MORBILLI-VACCINATION
I DANMARK

Chr. Koch & H. Zoffmann (Rigshospitalet, afd. TG og
Statens Seruminstitut, epidemiologisk afd.).

De fleste lande har indført profylaktisk vaccination i barnealderen mod Morbilli (M). Danmarks hidtidige særstilling har været begrundet i M's ringe letalitet og godartede forløb her hjemme, samt betænkeligheder vedr.: 1) varigheden af vaccine-induceret immunitet, 2) mulige uheldige konsekvenser, som følge af ændring i M's naturlige epidemiologi, samt 3) acceptabiliteten her i landet. Godt 15 års erfaringer fra USA kan nu kaste nyt lys over disse spørgsmål. Den nu anvendte "yderligere afsvækkede" levende vaccine, har anslagsprocent på op mod 98 %, og synes foreløbig at give varig beskyttelse mod M. Alvorlige bivirkninger er uhyre sjældne. Med immunisering af op mod 60 procent af hver børne-årgang, har man stadig naturlig M, men incidens-maximum forskydes mod højere alder, hvor såvel morbiditet som frekvens af M-encephalit synes større. Kun efter en energisk indsats, blandt andet med krav om attest for naturlig M, eller vaccination før optagelse i skole, synes incidensen af M i USA nu at være bragt ned på et minimum i alle aldersklasser, og man påregner at udrydde sygdommen helt i USA. Et succes-rikt vaccinations-program herhjemme, må afhænge af om det er muligt at opnå en tilstrækkelig høj acceptabilitet. Dette vil igen afhænge af sundhedspersonalets og befolkningens engagement og motivation. De oplagte fordele ved M-vaccination, må således stilles overfor en nøje vurdering af acceptabiliteten, idet det bliver denne som bestemmer om vi kan undgå de alvorlige følger der kan opstå, som følge af en ændring af sygdommens naturlige epidemiologi, hvis den ikke udryddes her, og i vore nabolande.

Program:

- 1) M. Pedersen (børneafd. TG, Rigshospitalet): Kongenitte ciliedysfunktioner som årsag til kronisk luftvejslidelse.
- 2) T. Munkner og C. Koch (nuclearmed. afd. og børneafd. TG, Rigshospitalet): Ventilations- og perfusionsscintigrafi.
- 3) O. Østerballe (børneafd. G, Rigshospitalet): Forekomst af medicinske allergiske sygdomme i speciallægeregi. Hvilke allergenekstrakter skal anvendes til priktest ved allergidiagnostik. En dansk multicenterundersøgelse.
- 4) C. Koch, N.E. Møller og F. Karup Pedersen (børneafd. TG og G, Rigshospitalet): Bronchopulmonal allergisk aspergillose.
- 5) P. Tønnesen (børneafd. TG, Rigshospitalet): Korttidseffekten af lungefysioterapi og inhalationsbehandling hos cystisk fibrose patienter.
- x) 6) E. Winge Flensborg (børneafd. TG, Rigshospitalet): Første normale fødsel hos dansk kvinde med cystisk fibrose.

x) referat ikke modtaget

KONGENITTE CILIE-DYSFUNKTIONER OG KRONISK LUFTVEJSLIDELSE.
M. Pedersen (Børneafdeling TG, Rigshospitalet)

Ultrastrukturelle cilie- og spermatozohale defekter (tab af ATP-ase holdige dynein arme) er nylig påvist som årsag til Kartageners syndrom (situs inversus, sinuitis, bronchiectasier). Identisk defekt er siden påvist hos patienter uden situs inversus, og ud fra en antagelse af ciliebevægelighed ved dette syndrom er en ny benævnelse "Immotile cilia syndrome" indført.

Med henblik på in vitro undersøgelse af ciliebevægelserne på celler i nasalskrab, har vi på Afd. TG udviklet en ny mikrofotoscillografisk metode, som har muliggjort kvantitativ bestemmelse af 1) cellefraktionen med cilie motilitet, 2) frekvensen af cilieslag og 3) graden af cilier asynkroni.

23 patienter (13 med KS og 10 med lignende symptomer men uden situs inversus), der havde ophævet nasal mucocilier transport, er undersøgt med mikrofotoscillografi og elektronmikroskopi af cilier. Kun 1 patient havde immotile cilier, og var samtidig den eneste hvor der påvistes total mangel på dynein arme. 17 havde asynkrone ciliebevægelser og ultrastrukturel abnormitet i form af mikrotubulært dysarrangement. Hos de sidste fandtes dominans af hyperfrekvente sitrende ciliebevægelser, hvorimod ultrastrukturelle defekter ikke kunne afsløres.

Klinisk karakteristisk var daglige sekretstagnationsproblemer (tilstede fra fødslen), kronisk bronchitis, sinuitis og sekretorisk otit. Hyppige komplikationer var bronchiectasier (hos 2/3), atelektaser, nasalpolypper og høretab. Pneumonier forekom mindre hyppigt, mens tendensen til akut purulent otit og katarrale infektioner ikke fandtes øget.

Da cilieimmotilitet ikke er den eneste abnormitet, har vi foretrukket betegnelsen "Ciliary dysfunction syndrome", for sygdomsenheden, som indbefatter muligvis forskellige grunddefekter. Tidlig diagnose, der kan stilles med bl. a. mikrofotoscillografi, tilrådes, idet profylaktisk regime rettet mod sekretstagnation og infektioner kan nedsætte risikoen for udvikling af kroniske lungeforandringer.

VENTILATIONS- OG PERFUSIONSSCINTIGRAFI.

T. Munkner & C. Koch (Rigshospitalet, Nuklearmedicinsk afdeling og Børneafdeling TG).

Børneindlæggelser på Rigshospitalet andrager 11-12% af det samlede antal indlæggelser på de kliniske afdelinger, og de nuklearmedicinske børneundersøgelser andrager (under et) omkring 11% af alle undersøgelser på nuklearmedicinsk afdeling.

Lungeundersøgelser hos børn ved hjælp af radioaktive forbindelser giver regionale oplysninger om lungernes delfunktioner og medfører kun ringe strålebelastning. Undersøgelsen kræver ingen eller kun moderat Kooperation fra børnenes side. Lungernes funktioner kan gengives som statiske billeder (f.eks. som et billede af den regionale fordeling af gennemblødning i lungerne) eller som dynamiske billedserier, der illustrerer ventilationsfaserne og blodets strømning igennem lungerne.

Ventilationsundersøgelser med $^{81m}\text{Krypton}$ og med ^{127}Xe -non har sammen med perfusionsundersøgelser efter injektion af ^{99m}Tc -mikrosfærer gjort det muligt at bedømme, om ventilations- og perfusionsdefekter korresponderer eller afviger inden for de enkelte regioner. Tomografiske undersøgelser ved emissionsscintigrafi gør det muligt at undersøge perfusion (og eventuelt ventilation) i individuelle volumenelementer på ca. 2 x 2 x 2 cm. Kombinerede undersøgelser af denne art har været benyttet til undersøgelser af patienter med cystisk fibrose, ciliedysfunktions syndrom og andre kroniske lungelidelser. Undersøgelser af denne art er velegnede til registrering af sygdomsforløbet.

FOREKOMST AF MEDICINSK ALLERGISKE SYGDOMME I SPECIALLÆGEREGIE,
HVILKE ALLERGENEKSTRAKTER SKAL ANVENDES TIL PRIKTEST VED ALLERGIDIA-
GNOSTIK - EN DANSK MULTICENTERUNDERSØGELSE.

O. Østerballe, A. Dirksen, B. Weeke & Eva R. Weeke (Rigshospitalets
børneafdeling G og medicinsk afdeling TA).

En dansk multicenterundersøgelse blev udført i perioden 1.4.1978-
31.3.1979 og afspejlede fordelingen af diagnoser og kutanallergier i
speciallægeregie. Andre har tilsvarende beskrevet allergi i befolk-
ningen og almen praksis. I alt 5052 patienter blev testet med 118.333
hudtest, og resultaterne blev vurderet datalogisk. 1/4 af patienterne
var børn, 3/4 var voksne. 30% havde rhinitis, 26% asthma, 11% atopisk
dermatitis, 8% urticaria, 7% bronchitis, 4% non-atopisk eksem og 15%
andre sygdomme. Asthma forekom hyppigst hos børn og ældre, rhinitis
hyppigst hos yngre voksne og atopisk dermatitis overvejende hos børn
under 5 år. Kronisk urticaria var sjælden hos børn.

Intern medicinske og lungemedicinske centre testede ca. 50% af pa-
tienterne, dermatologiske centre ca. 40%, pædiaterne ca. 10% og almen
praksis knap 0,5%. Under halvdelen af børnene blev testet af pædiate-
re. Dermatologer testede såvel patienter med hudsygdomme som patienter
med rhinitis og asthma.

Positiv priktestreaktion (kutanallergi) defineres ved urticariare-
aktion som eller større end histaminreferencen. Dette forekom hos halv-
delen af de undersøgte, hos børn og yngre voksne hos ca. 80% og hos æl-
dre under 30%. Græspollen gav positiv priktest hos 1/4 af patienterne
og var hyppigste kutanallergi efterfulgt af dyr og husstøv, der for
hver gruppe gav positiv reaktion hos 1/5 af patienterne. Husstøvmider
gav positiv reaktion hos 1/6, træpollen og urtepollen hver hos 1/10 og
skimmelsvampe hos 1/15. Der blev ikke konsekvent testet for fødemiddel-
allergi.

Ved anvendelse af 10 standardallergener vil man kunne diagnosticere
kutanallergi i over 90% af tilfældene. Til påvisning af positiv hud-
reaktion med pollen har antallet af pollenekstrakter kunnet reduceres
betydeligt, fra 39 til 12. Anvendelse af fire pollenekstrakter inden
for hver af sæsonallergierne vil være tilstrækkelig til i over 95% af
tilfældene at stille diagnosen.

ALLERGISK BRONCHOPULMONAL ASPERGILLOSE

Chr. Koch, N.E. Møller, F. Karup Pedersen & V. Faber
(Rigshospitalet, afd. TG, G. og M).

Allergisk bronchopulmonal aspergillose (ABA) er én af flere lungesygdomme, som forårsages af Aspergillus (Asp.). ABA er karakteriseret ved Asp. i bronchial sekret, samt tilstedeværende Asp.-specifik (hyper-?) immunreaktivitet af såvel type I, som type III. ABA angives at være hyppig hos atopikere, - dog sjældent hos børn. Vi har set ABA hos fire børn, hvoraf kun een var atopiker. De to havde primær fagocyt defekt: "kronisk granulomatøs sygdom" (CGD), og én havde cystisk fibrose (CF). Hos de tre sidste, må man antage at lokale og/eller systemiske patologiske forhold, har fremmet vækst af Asp. i bronchial sekret. Tilstanden synes dog først at være blevet symptomgivende ved kombineret høj titer af specifikke IgE og IgG (IgM/IgA ?) anti-Asp. antistoffer. Longitudinelle undersøgelser hos de to CGD børn, bekræfter at en stigning i IgE forudgår symptomgivende ABA, men peger på at titeren af præcipiterende antistoffer er direkte korreleret til sygdomsaktiviteten. Kliniken var variabel, med pneumoni-symptomer hos CGD børnene, - asthma br. hos CF barnet, - og helt asymptomatisk hos barnet med atopi. Fundene støtter antagelsen af en multifaktoriel patogenese ved ABA, som foruden kombinationen af type I og type III hypersensibilitet, måske også kræver andre faktorer. Patienter med ABA/^{børn}undersøges nøje for prædisponerende lokale eller systemiske sygdomme.

KORTTIDSEFFEKTEN AF LUNGEFYSIOTERAPI OG INHALATIONSBEHANDLING
HOS CYSTISK FIBROSE PATIENTER.

P. Tønnesen & E. Bork (Børneafdeling TG, Rigshospitalet).

På 18 patienter med cystisk fibrose i alderen 8 - 31 år undersøgte vi den akutte effekt på lungefunktionen af lungefysioterapi alene (LFT) (dag 1); inhalation med et mucolytisk stof (16% urinstof) + LFT (dag 2); inhalation med et bronchodilaterende stof (salbutamol, dosis 0,15 mg/kg) + LFT (dag 3) og ingen behandling som kontrol (dag 4).

Følgende lungeparametre målttes: Peak-Flow (PF), forceret vital kapacitet (FVC), forceret ekspiratorisk flow 25 til 75% (FEF_{25-75%}) og sputum produktion før og 10, 30 og 120 minutter efter behandlingen.

Vi fandt at LFT alene nedsatte lungefunktionen straks efterfulgt af signifikant stigning i lungefunktionen efter 2 timer (FVC + PEF_R, $p < 0,01$).

Den eneste behandling, der gav øget lungefunktion 10 og 30 minutter efter terapiens ophør var salbutamol + LFT.

Urinstof inhalationer nedsatte lungefunktionen.

Ekspektoratmængden var for lille til at kunne bruges.

På basis af disse undersøgelser tilråder vi inhalation med et bronchodilaterende stof og LFT som daglig behandling til alle cystisk fibrose patienter, selv til patienter med lille eller ingen daglig ekspektoration.

Program:

- x) 1) F. Karup Pedersen og E. Zachariae (Rigshospitalets børneafd. G og fysiurgisk afd. Århus Kommnehospital): Systemiske inflammatoriske bindevævssygdomme hos børn i Danmark og i Norden 1970-1979, samt forslag til en Fællesnordisk Registrering-, Undersøgelses- og Behandlingsprotokol.
- 2) H.R. Lie (Særforsorgsinstitutionen Solbakken): Motorisk-Perceptuel udviklingsgrad hos 10 børn med myelomeningocele.
- 3) C. Joh. Ingomar Petersen (praktiserende speciallæge): Hvad ser man i pædiatrisk speciallægepraksis?
- 4) I. Thorn (børneafd. KAS Gentofte): EEG ved første feberkrampetilfælde og 2 år senere.
- 5) N. Kvist, J. Thorup, K. Mauritzen og O.H. Nielsen (børnekir. afd. GK, Rigshospitalet): Galdevejsatresi - nyere syn på ætiologi og behandling.
- 6) J. Thorup og N. Kvist (børnekir. afd. GK, Rigshospitalet): Den urodynamiske undersøgelses betydning for barndømmens urologi.

x) referat ikke modtaget

MOTORISK-PERCEPTUEL UDVIKLINGSGRAD HOS 10 BØRN MED
MYELOMENINGOCELE.

H. R. Lie (Århus Amts rådgivnings- og behandlingscenter for
handicappede børn, Solbakken, Højbjerg).

Der er foretaget en vurdering af den Motorisk-Perceptuelle udviklingsgrad hos 10 børn med myelomeningocele ved hjælp af det såkaldte MPU-skema, offentliggjort i 1977 af Britta Holle og medarbejdere. Skemaet er standardiseret på godt 1200 danske børn i alderen 0 - 7 år. Skemaet omfatter ialt 14 motoriske, perceptuelle og færdighedsmæssige udviklingsområder.

Der er undersøgt 7 piger og 3 drenge i alderen fra knapt 2 til godt 6½ år, alle hjemmeboende og alle modtagende vejledning og behandling fra Solbakken.

Ved en samlet vurdering, fandtes børnenes funktionsniveau at ligge 1 - 2 udviklingsstrin under det forventede. Specielt fandtes de svage m.h.t. rum- og retningsopfattelse, evne til at skelne figur fra grundmønster, opfatte tings konstans og helhedsopfattelse, ligesom de havde problemer med figurkopiering og talbegreb. Håndmotorisk syntes de funktionelt svage. Sprogligt fungerede de fonetisk og syntaktisk godt, men med relativt ringe auditiv forståelse.

Det konkluderes, at børn med myelomeningocele har flere problemer end de, man umiddelbart bemærker i den daglige routine, og at årsagen til disse problemer kan relateres til forskellige funktionelle områder af Centralnervesystemet. Udover den traditionelle neurologiske, ortopædiske og urologiske vurdering af børn med myelomeningocele, findes det derfor væsentligt, at man vurderer deres perceptuelle og finmotoriske færdigheder, fordi disse færdigheder er meget væsentlige for børnenes intellektuelle udvikling og hermed for deres fremtidige tilpasning.

HVAD SER MAN I PÆDIATRISK SPECIALLÆGEPRAKSIS ?
C.Joh.Ingomar Petersen (Rødovre Centrum 286,
2610 Rødovre).

Diagnoserne på 1900 børn, der fortløbende over et tidsrum af 5 år blev set i en pædiatrisk speciallægepraksis, meddeles.

Der blev stillet ialt 400 diagnoser af hvilke de hyppigste var: non infektiøs diarrhoe, obstipation, colica abdominalis, vomitus, enuresis, anorexi, encoprese, catarrhalia, nedre luftvejsinfektioner, cefalalgia, adipositas, hypothyreose, væksthæmning, psykiske lidelser, accicentielle cardiale mislyde, og streptococcose.

Flertallet kunne behandles ambulant og det konkluderes, at specialet er praksisegnet, ligesom flere sygdomme optræder med en sådan hyppighed, at der er grundlag for klinisk videnskabelig forskning, evt. ved samarbejde mellem flere praktiserende børnelæger.

Endelig foreslås det, at emnet: pædiatrisk speciallægepraksis under en eller anden form indgår blandt emnerne for kursusvirksomheden ved uddannelsen som børnelæge.

EEG VED FØRSTE FEBERKRAMPETILFÆLDE OG 2 ÅR SENERE

Ingrid Thörn (Børneafdelingen, Københavns Amts Sygehus i Gentofte).

Blandt 1000 børn indlagt KASGentofte 1968-79 med 1. feberkrampe er 425 fuldt electroencefalografisk ved undersøgelser 1-3 uger, 1 år og 2 år efter indlæggelsen, med det formål at vurdere undersøgelsens prognostiske værdi.

Ved 1. undersøgelse fandtes abnorme kurver hos 14% og ved 3. hos 47% med en øget forekomst af paroxystisk abnorme kurver. Abnormiteterne var ved 1. og 3. undersøgelse lavfrekvent aktivitet 5%/3%, lavfrekvent aktivitet og sharp-waves 3%/16%, universel paroxystisk aktivitet 4%/19%, spike/polyspike aktivitet ½%/3% og spike foci 1%/6%. - Hos børn med initialt normale EEG'er fandtes 43% med abnormiteter 2 år senere og hos 72% af de, der initialt havde abnorme kurver. Et betydeligt større antal børn, som ved 1. feberkrampe var over 3 år havde abnorme kurver både ved 1. og 3. undersøgelse (38 resp. 68%) end de, der var under 3 år (10 resp. 44%). Næsten samme forskel fandtes mellem børn med disposition til epilepsi (28 resp. 70%) og de uden nogen krampedisposition (11 resp. 45%). Disposition til feberkrampe, forekomst af perinatale komplikationer eller prolongeret 1. feberkrampe fandtes ikke at føre til øget forekomst af EEG-abnormiteter.

Et initialt abnormt EEG forudsagde ikke øget risiko for feberkramperecidiv eller senere afebrile krampe.

Der fandtes kun let forhøjet procent EEG-abnormiteter ved 2 års undersøgelsen blandt børn med feberkrampe-recidiver end uden.

38% EEG abnormiteter - af overvejende paroxystisk karakter - ved 2 års undersøgelsen af 120 børn, som var under 3 år ved 1. anfald, uden nogen krampedisposition, uden nogen perinatale komplikationer og uden nogen kramperecidi-

ver må opfordre til aktiv krampebehandling både akut og profylaktisk.

GALDEVEJSATRESI - NYERE SYN PÅ ÆTIOLOGI OG BEHANDLING.

N. Kvist, J. Thorup, K. Mauritzen & O. H. Nielsen (børnekirurgisk afdeling, Rigshospitalet).

Inden for de seneste 10 år er der fremkommet nye teorier om ætiologien til galdevejsatresi samt skabt behandlingsmuligheder for denne ellers 100% dødelige sygdom. Dette motiverer en redegørelse af vore resultater.

Flere patoanatomiske og kliniske iagttagelser tyder på, at neonatal hepatitis og galdevejsatresi er to manifestationsformer af den samme, muligvis virusbetingede grundlidelse.

Der redegøres for incidens og typeinddeling.

Af 51 børn henvist gennem 20 år til operativ leverbiopsi på grund af icterus prolongatus havde 30 børn galdevejsatresi.

Siden 1976 er 4 patienter opereret a.m. Kasai, hvor der foretages en portoenteroanastomose. 2 patienter opnåede sufficient galdedrønage. Af disse har 1 patient overlevet 5 år.

De 26 ikke Kasai-opererede er alle døde i leverinsufficiens med en gennemsnitsalder på 12 måneder. En blev 4 år.

Erfaringen viser, at både med hensyn til sufficient galdedrønage og langtidsoverlevelse forringes resultaterne betydeligt, såfremt barnet er ældre end 60 dage på operationstidspunktet.

DEN URODYNAMISKE UNDERSØGELSESBETYDNING FOR BARNDOMMENS UROLOGI.
J. Thorup & N. Kvist (Børnekirurgisk afdeling, Rigshospitalet).

For at belyse den urodynamiske undersøgelses anvendelsesmuligheder inden for børneurologien redegøres for erfaringer med 293 undersøgelser foretaget i årene 1977-80. 191 børn i alderen 4-16 år blev undersøgt med kombineret vandcystometri og tryk/flow måling med registrering af sphincteraktivitet med EMG.

Hovedindikationer for undersøgelser var inkontinens, recidiverende urinvejsinfektion, reflux, kendte neurogene blærelidelser og infravesikal obstruktion.

Blandt 35 enuresis børn fandt man 37% med detrusorinstabilitet. Instabilitet var hyppigst hos mindre børn og antages at være udtryk for sen blæremodning.

Ved undersøgelse af 17 myelomeningocelepatienter fandtes forskellige kombinationer af forstyrrelser i detrusor og sphincterfunktion.

Hos 85 overvejende inkontinente børn med eller uden vesico-ureteral reflux samt recidiverende urinvejsinfektion fandt man 25 børn med isoleret neuromuskulær blæredysfunktion. Det viste sig, at det netop var hos børn med en sådan blæredysfunktion, at neointplantation for reflux gav komplikationer.

Infravesikal obstruktion kan foruden højt miktionstryk og lavt flow medføre en dekomenseret blære.

Urodynamisk undersøgelse som supplement til radiologi giver mulighed for detaljeret klassifikation af funktionelle lidelser i nedre urinveje og dermed bedre retningslinier for valg af terapi såvel farmakologisk som pædagogisk og operativ. Endvidere er der mulighed for at vurdere behandlingsresultatet.

Program:

- 1) K.E. Petersen, A. Svejgård, J. Dissing og M. Damkjær (Børnehospitalet på Fuglebakken, vævstypelab., Rigshospitalet, blodtypeafd., Retsmedicinsk Inst., klinisk fysiologisk afd., KAS Glostrup): Undersøgelser i familier til patienter med adrenogenitalt syndrom (HLA-vævstyper, glyoxalase, ACTH og steroid analyser).
- 2) M. Damkjær, K.E. Petersen, E. Andersen, K. Brostrøm, O. Buus (klin. fys. afd., KAS Glostrup, Børnehospitalet på Fuglebakken, børneafd. FAC Hillerød, børneafd. Viborg, med. laboratorium): Adrenogenitalt syndrom - muligheder for prænatal diagnostik ved steroidanalyser.
- 3) K. Ringe, B. Brock Jacobsen og N.J. Brandt (børneafd. G, afsnit for klin. genetik, Rigshospitalet): Psykologundersøgelsen ved 1½ års alderen af patienter, fundet ved neonatal screening for kongenit hypothyreose.
- 4) K.W. Kastrup, M. Damkjær og H. Rotne (børneafd. og klin. fys. afd. KAS Glostrup): Væksthormonsekretionen under søvn.
- 5) H.B. Mørtensen, K.W. Kastrup og S. Vestermark (børneafd. KAS Glostrup): Hæmoglobin A_{1c}-bestemmelse hos juvenile diabetikere.
- 6) A. Bertelsen, N.E. Skakkebæk, K. Mauritzen, P. Preuss, P. Voldsted og J. Thorup (børneafd. G, reproduktionsbiologisk lab., afd. YA og børnekir. afd. Rigshospitalet): Intranasalt gonadotropinfrigørende hormon (LHRH) som behandling ved retentio testis.
- 7) T. Bille, K.E. Petersen, B. Brock Jacobsen og T. Iversen (Sygehuset Julianehåb, Børnehospitalet på Fuglebakken og børneafd. G, Rigshospitalet og børneafd. Århus): Binyrehypoplasi - en X-bunden arvelig sygdom.

UNDERSØGELSE I FAMILIER TIL PATIENTER MED ADRENOGENITALT SYNDROM (HLA-VÆVSTYPER, GLYOXALASE, ACTH OG STEROIDANALYSER).

Knud E. Petersen, Arne Svejgaard, J. Dissing & Meta Damkjær, (Børnehospitalet på Fuglebakken, Vævstypelab., Rigshospitalet, Blodtypeafd., Retsmedicinsk Institut, Klinisk Fysiologisk Afd., Københavns Amtssygehus i Glostrup, København.

Incidensen af adrenogenitalt syndrom (AGS) er i Schweiz omkring 1:14000, svarende til 4 - 5 tilfælde/år i Danmark. Dette svarer til en frekvens af heterozygoter på ca. 1:60. Det har hidtil ikke været muligt ved hjælp af steroidanalyser (selv efter ACTH belastning) individuelt at udpege heterozygoterne. Det er vist, at der er tæt genetisk kobling mellem HLA-vævstype - specielt B-locus og 21-hydroxylasedefekt.

På Børnehospitalet på Fuglebakken har man studeret 17 patienter i 14 familier, hvor der er søskende. Udover vævstype er foretaget glyoxalase (GIO) bestemmelse, plasma ACTH og cortisol og 17 hydroxyprogesteron i plasma basalt og 60 min. efter i.v. indgift af ACTH.

Blandt 18 ubeslægtede patienter er fundet 2 med HLA B 47 sv.t. 11% (normal 0,4%, $p < 0,01$). 2 har B 5 (11% - normal 10%, ikke signifikant forskel). De enkelte familiers vævstype og GIO type gennemgås. Ud fra patient og forældre påvises koblingen, og det kan afgøres, om søskende er anlagsbærere.

2 familier er særlig interessante: i den ene er der 2 HLA-identiske brødre, men den ene har ikke sygdommen - overkrydsning? mutation? I en anden familie er 3 søstre: nr. 1 (TK) er rask, 17 år gammel og har haft normal pubertet, nr. 2 er klassisk salttabende congenit AGS, nr. 3 er sent debuterende (late onset) AGS (pubesbehåring), ikke salttaber. Analyser hos denne familie synes at vise, at den

raske søster (TK) og også faderen (JK) må være såkaldt "kryptiske" patienter, således som det er beskrevet fra Italien og Amerika. Man kan bekræfte fundet af vævstype B 14 hos de kryptiske patienter og patienten med sent optrædende AGS.

Alle basale ACTH værdier var normale - bortset fra enkelte let øgede (stress?). Hos 30 forældre og søskende blev fundet normal cortisolrespons på ACTH stimulation. TK og JK responderer dårligt. Der er fundet normal (lav) respons i 17 hydroxyprogesteron - JK og TK har høje basalværdier og stiger stærkt under belastningen. Yderligere 3 døgns ACTH belastning bekræfter den abnorme biokemiske tilstand hos JK og TK ud fra cortisolmetabolitter, 17 KS og pregnantriol. Måske er der en glidende overgang mellem homozygot AGS i den klassiske form/"late onset" patienter/"kryptiske" patienter/heterozygoter/raske.

ADRENOGENITALT SYNDROM - MULIGHEDER FOR PRÉNATAL DIAGNOSTIK VED STEROIDANALYSER.

Meta Damkjær, Knud E. Petersen, Else Andersen, Karin Brostrøm & Ole Buus (klinisk fysiologisk afdeling, KAS Glostrup, Børnehospitalet på Fuglebakken, børneafdelingen, Hillerød, børneafdelingen, Viborg, Medicinsk laboratorium).

Prenatal diagnose ved hjælp af steroidanalyser er udført i 10 tilfælde i perioden 1974-1981.

Samtlige undersøgelser blev udført på kvinder som tidligere havde født eet eller to børn med salttabende 21-hydroxylaseenzymdefekt.

De første 7 undersøgelser på 6 patienter blev udført på følgende måde: Fostervand blev udtaget i 12-14 uge og analyseret for 17-ketosteroider og pregnantrioler. I eet tilfælde fandtes øgede koncentrationer (ca. 1 µg/ml) af 17-ketosteroider og pregnantrioler, og patienten aborterede efter eget ønske. Denne patient gennemførte senere normal graviditet med normale steroidkoncentrationer i fostervand. Øvrige patienter fødte normale børn.

I fostervand fra den 7. patient bestemtes yderligere 17-OH-progesteron, og samtlige steroidanalyser viste normale forhold. Denne kvinde fødte et normalt barn.

I fostervand fra 8. og 9. patient udtaget i 17. uge blev måling af androstendion, 17-OH-progesteron, pregnantrioler og 17-ketosteroider kombineret med HLA-vævstypebestemmelser.

Patient nr. 8 havde forhøjede koncentrationer af androstendion og 17-OH-progesteron, ligesom vævstypen viste,

at fosteret var en afficeret dreng. Patienten ønskede abort. Patient nr. 9 havde øgede koncentrationer af alle steroider og vævstypeanalyse viste, at fosteret var en afficeret dreng. Patienten ønskede at gennemføre svangerskabet. Navlesnorsblod viste forhøjede koncentrationer af 17-OH-progesteron, androstendion og testosteron ligesom urinanalyse viste, at barnet havde en 21-hydroxylase-enzymdefekt.

PSYKOLOGUNDERSØGELSEN VED 1 1/2 ÅRS ALDEREN AF PATIENTER FUNDET VED NEONATAL SCREENING FOR KONGENIT HYPOTHYREOSE
K. Ringe, B. Brock Jacobsen & N. J. Brandt (Børneafdeling G, Rigshospitalet).

Det er kendt, at prognosen for den mentale udvikling er alvorlig hos sent diagnosticerede hypothyreose patienter, hvilket er baggrunden for, at man har etableret neonatal screening for kongenit hypothyreose i Danmark fra oktober 1977.

Formålet med undersøgelsen er at belyse den mentale og somatiske udvikling hos disse tidligt erkendte patienter.

Ved den første af en række planlagte undersøgelser i 18 måneders alderen indgår 27 børn, der er undersøgt med Cattell's udviklingsprøve: The Measurement of Intelligence of Infant and Young Children. Man fandt 2 patienter generelt retarderede, deraf den ene utvivlsomt genetisk betinget.

De resterende 25 er alle alderssvarende udviklet i motorisk henseende ved vurdering af finmotorik og øje/håndkoordination. Alderssvarende opgaveløsning på handleplan forekommer hos 22, medens 3 er usikre. Den sproglige udvikling, som kan være vanskelig at bedømme på dette alderstrin, findes alderssvarende hos 14 og ikke alderssvarende hos 11, deraf er 3 tosprogede børn.

Yderligere indgår en vurdering af sociale forhold og forældrerelationer.

Konklusion: Denne første efterundersøgelse synes således at vise, at tidlig diagnosticering og behandling af patienter med primær hypothyreose betyder en langt bedre psykomotorisk status end før screening blev indført.

Fortsatte efterundersøgelser af patienterne er nødvendige for at bekræfte dette.

VÆKSTHORMONSEKRETIONEN UNDER SØVN.

K.W. Kastrup, M. Damkjær & H. Rotne (børneafd. & klinisk fysiologisk afd., KAS Glostrup.

Væksthormonmangel hos børn er en sjældent forekommende sygdom. Behandling med humant væksthormon er kostbar, og det er af interesse at udvikle metoder med høj diagnostisk sikkerhed til bedømmelse af hypofyseforlappens væksthormonsekretion.

Enkeltprøver til bestemmelse af væksthormon er uegnet. Der må anvendes stimulationsprøver. Der findes farmakologiske tests: Insulinhypoglycæmi, arginin test (intravenøs), Clonidin og L-DOPA (perorale) samt fysiologiske tests: Søvnstimulation og stress. Søvnstimuleret væksthormonstigning indtræder i forbindelse med dyb søvn med maximum 1 time efter søvnens indtræden. Er yderst reproducerbar og forekommer som enkelttop, undertiden med flere toppe, overstigende 20 mU/l. Der tages prøver før søvnens indtræden og herefter hver $\frac{1}{2}$ time i 3 timer under søvn. Der gives eksempler på subnormale eller marginale udfald ved arginin test, som viser normal søvnstimulation. Flade kurver ses ved væksthormonmangel, og der gøres da yderligere en farmakologisk test til bekræftelse af diagnosen. Subnormal stigning under søvn er beskrevet ved emotionel deprivation, Turners syndrom og forsinket pubertet.

Enkelte tilfælde er beskrevet med normal stigning ved en farmakologisk test, men manglende stigning under søvn. Disse tilfælde har responderet tilfredsstillende på væksthormonbehandling.

Konklusion: søvnstimuleret væksthormonstigning er en fysiologisk test, der sammenholdt med en farmakologisk test giver høj diagnostisk sikkerhed og ringe belastning for patienten.

HÆMOGLOBIN A_{1c} HOS BØRN MED JUVENIL DIABETES MELLITUS.

H. B. Mortensen, K. W. Kastrup & S. Vestermark (Børneafdelingen, Københavns amts sygehus, Glostrup).

Det glycosylerede hæmoglobin, hæmoglobin γ_{1c} (HbA_{1c}), blev bestemt ved isoelektrisk fokusering hos 90 børn med langvarig, insulinkrævende diabetes mellitus samt hos 13 børn med nydiagnosticeret diabetes mellitus.

Hos børn med diabetes mellitus af lang varighed fandtes en statistisk signifikant korrelation mellem HbA_{1c} og den aktuelle metaboliske kontrol hos de individuelle patienter vurderet ud fra et gradueret klinisk scoringssystem. Desuden konstateredes en sæsonbetinget variation i HbA_{1c}-niveauet med den laveste koncentration i juni og juli måned. Der fandtes et direkte forhold mellem en dårlig metabolisk kontrol vurderet ud fra HbA_{1c} og nedsat vækst udtrykt ved standard deviation score (SDS) for højde. Sammenlignedes den initiale HbA_{1c}-værdi med gennemsnits-HbA_{1c}-værdien for den enkelte patient for hele året, fandtes at kun børn med HbA_{1c}-værdier over 12,5% havde forbedret deres metaboliske status i løbet af undersøgelsesperioden.

Hos børn med nylig diagnosticeret diabetes mellitus faldt middel-HbA_{1c}-koncentrationen hurtigt i remissionsperioden og var negativt korreleret med længden af denne. I postremissionsfasen steg HbA_{1c} igen til udgangsniveauet til trods for intensiv behandling med insulin, diæt og motion.

HbA_{1c}-bestemmelser er derfor af største betydning i diabetesreguleringen af børn med en dårlig metabolisk status. Det er væsentligt at foretage hyppige bestemmelser (ugentligt) på disse børn, da blodsukker-niveauet ofte er tilbøjelig til store fluktuationer, hvilket kan medføre stigninger af HbA_{1c} på op til 1% ugentlig. Hos børn med nydiagnosticeret diabetes mellitus er HbA_{1c}-koncentrationen en god parameter til at definere starten på remissionsfasen og forudsige varigheden af denne periode.

INTRANASALT GONADOTROPINFRIGØRENDE HORMON (LH-RH) SOM BEHANDLING VED RETENTIO TESTIS.

A. Bertelsen, N.E. Skakkebæk, K. Mauritzen, P. Preuss, P. Volsted Pedersen & J. Thorup (børneafdeling G, reproduktionsbiologisk laboratorium, afd. YA & børnekirurgisk afd., Rigshospitalet).

Man har hidtil anvendt HCG og/eller kirurgi som behandling ved retentio testis. Siden 1975 har der været meddelelser om behandlingsforsøg med hypothalamushormonet, LH-RH, luteiniserende hormon - frigørende hormon, administreret intranasalt.

På Rigshospitalet har vi i et klinisk kontrolleret dobbeltblindt forsøg undersøgt virkningen af intranasalt LH-RH ved kryptorkisme. Fire ugers hormonbehandling af 23 drenge i alderen 5-12 år resulterede i descensus hos 6 drenge (8 af 34 testes), mens kun 1 af 23 placebobehandlede drenge (1 af 35 testes) opnåede descensus. Vi bemærkede gode resultater hos de 5-6 årige, men materialet er for lille til, at man kan vurdere, om yngre drenge responderer bedre end ældre. Der blev ikke observeret bivirkninger og der påvist ingen LH-RH antistoffer i serum.

Det konkluderes, at LH-RH kan anvendes som det primære behandlingsforsøg ved testisretention.

BINYREHYPOPLASI - EN X-BUNDEN ARVELIG SYGDOM.

Torben Bille, Knud E. Petersen, B. Brock Jacobsen & Torben Iversen (Julianehåb Sygehus, Grønland, Børnehospitalet på Fuglebakken, børneafd. G, Rigshospitalet, København, børneafd., Århus Kommunehospital).

Idiopatisk congenit binyrehypoplasi kan deles i 2 typer: En "miniature adult" type med normal, men reduceret permanent binyrebark, beskrevet hos både drenge og piger. En anden type "foetal-cortex-only" hvor det kan være svært at finde binyrebark, eventuelt ses kun foetal cortex - alle beskrevne tilfælde har været drenge, ofte i familier.

Der beskrives en grønlandsk familie med et antal afficerede drenge - 3 som blev erkendt og behandlet og 12, som døde tidligt i barnealderen p.g.a. binyrebarkinsufficiens.

Der beskrives 3 sygehistorier: 1) Dreng indlagt på Fuglebakken 3 uger gammel med dårlig trivsel, svær dehydrering, se-Na 100, stabiliseret på cortison og mineralocorticoid. Senere flere anfald af hypoglycæmi. Der er påvist lav cortisol secretion rate og lav udskillelse af 17 KGS uden stigning efter ACTH stimulation. Plasma ACTH meget højt, plasma cortisol lavt. Vækst og udvikling normal bortset fra lidt forsinket pubertet og forsinket knoglealder - 2) Dreng indlagt i Århus 2 uger gammel, var udtalt dehydreret med hyponatriæmi (Na 117). Der var lav udskillelse af 17 KGS og tilstanden ændredes drastisk ved behandling med salt, glucose, cortison og mineralocorticoid. Har udviklet sig psykisk og fysisk normalt dog let retarderet højdevækst, forsinket knoglekærneudvikling og pubertet. CT-scanning af binyrerne har ikke vist tegn på binyrevæv - 3) Dreng født i Grønland, var stærkt pigmenteret, mistænkt for binyrebarkinsufficiens p.g.a. opkastninger og høj kalium, behandlet med prednison og senere overført til Rigshospitalet, hvor

han trods behandling havde Na 124. Cortisol-metabolitudskillelse lav uden stigning under ACTH stimulation. Barnet klarer sig fint ca. 1 år gammel på cortison, mineralocorticoid og salt.

Der er tale om global binyrebarkinsufficiens, ingen tegn til adrenogenitalt syndrom eller andre salttabende binyresygdomme.

Familiehistorie: Familien har boet i Narssaq-området i ca. 50 år, og det har længe været kendt, at drengebørn i denne familie løb en risiko for at dø tidligt. Ved personlig interwiev er opnået oplysninger om 162 efterkommere (5 generationer) af det oprindelige grønlandske fåreholderpar. I stamtavlen udpeges 12 drenge, der er døde før 3-ugers alderen med opkastninger og/eller kramper, tydende på binyrebarkinsufficiens. Det er ikke muligt at påvise transmission fra far til søn, og alle mødre til de døde/syge drengebørn er raske.

Behandlingen af fremtidige graviditeter og nyfødte børn er nu organiseret.

Pubertetsudviklingen hos børn med congenit binyrehypoplasi er sen, og det er postuleret, at der skulle være hypogonadotrop hypogonadisme (LH-mangel). Hos de 2 omtalte, nu 14 årige drenge, er der foretaget LHRH stimulation, hos den ene findes normal stigning, hos den anden en mindre ud-talt stigning.

Program:

Ekstraordinær generalforsamling vedr. speciallægeuddannelsen.

- 1) K. Taudorf og P. Eie Christensen (pæd. afd. Viborg Sygehus): Efterundersøgelse af børn født i underkropsstilling.
 - 2) H. Verder, P.I. Jørgensen, F.U. Knudsen og O. Færø (børneafd. KAS Glostrup): Klinisk bedømmelse af dysmaturitetsgraden hos nyfødte.
 - 3) P. Volsted Pedersen, M. Hejl, W. Petersen og Fl. Hart Hansen (børneafd. GK og GN, Rigshospitalet): Nekrotiserende enterocolit hos nyfødte.
 - 4) J. Kamper, G. Nielsen, G. Erichsen, J.A. Filtenborg, K. Lillquist, V. Fauerholt Pedersen og J. Stabell (børneafd. Odense Sygehus): Transcutan pO_2 monitorering versus konventionel Pa_2 og syre-base monitorering ved CPAP behandling af børn med idiopatisk respiratorisk distress.
 - 5) N. Clausen og S. Pedersen (børneafd. GN, Rigshospitalet): Neonatal hypocalcæmi.
- x)
- 6) M. Nielsen, J. Prag, K. Kaas Ibsen, H. Hørlyk, C. Vrang, B. Peitersen, B. Korner og A. Friis-Møller (Børnehospitalet på Fuglebakken og mikrobiol. afd. Bispebjerg Hospital): Gruppe B streptokok infektion og kolonisering på en neonatalafdeling.
 - 7) N.C. Christensen, G. Greisen, S. Anker Pedersen og B. Friis-Hansen (børneafd. GN, Rigshospitalet): Børn med fødselsvægt ≤ 1250 g.

x) referat ikke modtaget

EFTERUNDERSØGELSE AF BØRN FØDT I UNDERKROPSTILLING. SAMMENLIGNING MEL-
LEM BØRN FØDT VED SECTIO CAESAREA OG BØRN FØDT VED VAGINAL FORLØSNING.
K. Taudorf & P. Eie Christensen (Viborg sygehus, pædiatrisk afdeling).

Enogtres børn født ved sectio caesarea på grund af underkropstilling (UK) på Viborg sygehus, hvor denne fødselsmåde er rutine, er sammenlignet med 61 børn født på Thisted sygehus ved vaginalforløsning fra UK, hvor denne fødselsmåde var rutine. Børnene er født i årene 1968 - 1972 og var ved undersøgelsen fra 5 år og 10 måneder til 10 år og 5 måneder.

Den samlede cerebrale morbiditet fandtes størst i gruppen af vaginalforløste. Da børnene med cerebrale skader desuden ikke adskilte sig fra de øvrige med hensyn til fødselsnummer og fødselsvægt, med undtagelse af 2 børn, mener vi, at undersøgelsen peger i retning af meget liberal indikation for sectio ved fostre læjret i UK.

KLINISK BEDØMMELSE AF DYSMATURITETSGRADEN HOS NYFØDTE.

H. Verder, P.I. Jørgensen, F.U. Knudsen & O. Færø (Fødeafdelingen, KASHerlev & børneafdelingen, KASGlostrup).

En gradering af dysmaturitetsgraden hos den nyfødte er fundet af betydning, dels m.h.p. anvendelse i den akutte behandling, dels m.h.p. vurdering af prognosen og til brug ved efterundersøgelse af børnene. Oplysninger om dysmaturitetsgraden er ikke mindst af betydelig værdi for obstetrikeren, der i sin kontrol, behandling og valg af forløsningsstidspunkt netop søger at undgå føtal vækstretardering og/eller dysmaturitet. Der er derfor udarbejdet et scoringssystem til bedømmelse af børnene i 2. levedøgn. Der gives 0-2 points for hvert af følgende parametre: Extremiteternes grad af magerhed, kroppens grad af magerhed, hudens tørhedsgrad, graden af "vaskekonehud", misfarvning af huden og graden af vågenhed.

Det aktuelle præliminære materiale udgøres af de 814 scorede børn ud af 900 som blev født fra 1.3. til 1.11. 1979 på KASHerlev. Dysmaturitetsgraden blev opdelt i 3 grader: Ingen dysmaturitet, let dysmaturitet og svær dysmaturitet. Gestationsalderen var fra 34-43 uger og i gennemsnit ca. 40 uger i alle grupper. Der var kun 4 overbårne børn i alt.

Der var god overensstemmelse mellem den obstetriske vurdering af den foetoplacentare funktion udtrykt ved se-østriol og HPL-værdier og dysmaturitetsscoren. Fødselsvægten var lavere jo mere dysmature børnene var, der var relativt lavere fødselsvægt i forhold til gestationsalderen jo højere scoren var, og forholdet mellem fødselsvægten og længden (udtrykt som Ponderal-index) var mindre jo højere score. Der var flere asphyktiske børn blandt de dysmature end blandt de normale, og de dysmature kom hurtigst i trivsel og deres maximale vægttab efter fødslen var mindre end de normales.

Scoringssystemet har således opfyldt formålet, idet børnene i de forskellige grupper har forskellige grader af komplikationer. Det er herefter hensigten, at anvende scoringssystemet ved senere efterundersøgelser af børn født i afdelingen.

NEKROTISERENDE ENTEROCOLIT HOS NYFØDTE.

P Volsted Pedersen, M Hejl, W Petersen & F Hart Hansen,
(Børneafd. GK & GN, Rigshospitalet, København).

Nekrotiserende enterocolit hos nyfødte (NEC) antages fremkaldt af en nedsat - kortere eller længere varende - blodgennemstrømning til mave-tarmkanalen som følge af perinatale stress-situationer (foeto-maternelle blødninger, asfyxi, hypoxi, RDS, afkøling, etc.) og fremkaldende læsioner i tarmkanalens slimhindebeklædning. Heri antages bakterier fra den udviklende tarmflora at proliferere og producere toxiner, der yderligere accelererer sygdomsforløbet, som ofte hastigt medfører nekrose af store tarmafsnit og/eller perforation til bughulen.

De første symptomer vil ofte være tiltagende fødeintolerance med tiltagende ventrikelretention, eventuelt opkastninger der kan være galdetilblandede; en tiltagende udspiling af abdomen, der radiologisk præsenterer sig som paralytisk ileus; blødning i mavetarmkanalen, der kan være makroskopisk, men oftest kun erkendes biokemisk.

Kulhydrater i føden synes ansvarlig for en bakteriel luftudvikling i og mellem tarmenes vævslag med fremkomst af luftblærer - pneumatosis cystoides intestinalis - indeholdende brint og metan og let erkendelige på røntgenbilleder.

Medicinsk behandling: intet peroralt, aspiration af ventriklen hver ½ time, bredspektret antibiotisk behandling incl stof mod anaerobe, parenteral vædske-ernæringsbehandling.

Operativ behandling ved perforation ("fri luft").

På afd GN er i årene 1975-1979 behandlet 45 tilfælde blandt godt 5000 indlagte. 18 ptt mindre end 1500 g, heraf døde 10; yderligere 10 ptt. mindre end 2000 g, heraf døde 3; af 17 ptt over 2000 g døde 3.

19--:	75	76	77	78	79	ialt
med.behdl.	6	6	4	2	5	23
+	2	2	1	0	0	5
med.+ op.	10	0	1	3	4	18
+	7	-	1	1	0	9
Hirschsprung	0	1	0	0	3	4
+	-	1	-	-	1	2
NEC ialt	16	7	5	5	12	45
+	9	3	2	1	1	16

De 5 døde under med. behdl. havde alle diffus peritonit. Af de 23 overlevende, med. behandlede har 3 senere måttet opereres for stenosing i tarmkanalen (1 i ileum, 2 i colon descendens). Af de 9 overlevende efter operativ behandling har een måttet reopereres for stenosing i ileocolisk anastomose, de øvrige klarer sig uden problemer fra mave-tarmkanalen, enkelte endog trods betydelige resektioner.

Patienterne var næsten udelukkende fra det nordøstsjællandske område.

TRANSCUTAN PO_2 -MONITORERING VERSUS KONVENTIONEL MONITORERING AF PaO_2 OG SYRE-BASESTATUS UNDER BEHANDLING MED CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE (CPAP) FOR IDIOPATISK RESPIRATORISK DISTRESS (IRDS).

J. Kamper, G. Nielsen, G. Erichsen, J.A. Filtenborg, K. Lillquist, V. Faurholt Pedersen og I. Stabell (Børneafdeling H., Odense Sygehus).

Formålet med dette arbejde var, at afprøve i hvilket omfang Tc- PO_2 monitorering kunne erstatte den konventionelle monitorering af arteriel oxygentension ved CPAP-behandling af nyfødte med IRDS. Fra juli 1979 til december 1980 indgik ialt 20 børn, som opfyldte følgende kriterier:

- 1) Symptomer og radiologiske tegn på IRDS,
- 2) fødselsvægt større eller = med 1000 g,
- 3) umbilical-arteriekatheter in situ,
- 4) PaO_2 mindre end 60 mm og pH større eller = med 7,15 under indånding af oxygenkoncentrationer større eller = med 40%.

Børnene fordeltes tilfældigt til henholdsvis konventionel og Tc- PO_2 monitorering. I første gruppe (N = 10) bestemtes rutinemæssigt PaO_2 (og syre-basestatus) hver 4. til 8. time; I Tc- PO_2 gruppen (N = 10) foretoges kun supplerende blodprøver p.n. ud fra et klinisk skøn udøvet af en af afdelingens seniorlæger. Tc- PO_2 apparaturet kalibreredes af sygeplejerskerne; der anvendtes en elektrodetemperatur på 44° og et terapeutisk område for PaO_2 respektive Tc- PO_2 mellem 60 og 90 mm. CPAP-behandlingen afsluttedes, når barnet spontant kunne opretholde værdier omkring 90 mm i 40% oxygen. Ved sammenligning af de to grupper fandtes ingen statistiske forskelle med hensyn til gennemsnitlig gestationsalder (31 respektive 32 uger), fødselsvægt (1654 respektive 2017 g), børnenes tilstand ved behandlingens start bedømt ud fra den alveolo-arterielle oxygengradient før behandling (215 respektive 202 mm). CPAP-behandlingen fandtes effektiv hos 8 af 10 børn i hver gruppe, som behand-

ledes i henholdsvis 71 og 63 timer ($P > 0,05$). 4 børn måtte respiratorbehandles, og af disse overlevede 1, således at overlevelsesraten blev henholdsvis 90 og 80%. Af komplikationer til behandlingen sås pneumothorax hos 15% og kateterbetinget sepsis hos 10%; i intet tilfælde opstod hudforbrændinger efter Tc- PO_2 -elektroden eller retrolentale fibroplasi. Forbruget af blodprøver til PaO_2 /syre-basestatus under CPAP-behandlingen var henholdsvis 138 og 13 svarende til et dagligt forbrug pr. barn på henholdsvis 5,3 og 0,6 ($P < 0,001$). I 2 tilfælde gennemførtes CPAP-behandlingen uden anvendelse af PaO_2 /syre-basebestemmelser.

Tc- PO_2 monitorering er fundet vel anvendeligt ved den rutinemæssige overvågning af respirations-insufficiente nyfødte og vil i et væsentligt omfang kunne reducere behovet for PaO_2 -bestemmelser.

Ved undersøgelsen er anvendt Radiometer Tc- M_1 .

NEONATAL HYPOCALCÆMI.

N. Clausen & S. Petersen (Børneafdeling GN, Rigshospitalet, København).

Omkring fødslen sker store ændringer i serum calcium niveauet. Aktiv transport af calcium-ioner fra mor til foster medfører en relativ føtal hypercalcæmi. Efter fødslen ophører denne transport og da calciumabsorptionen fra tarmen er beskeden de første levedage, er det fysiologisk at serum calcium er lavt 24-48 timer efter fødslen. Nyfødte med hypocalcæmi-symptomer har se-calcium under 1,75 mmol/l.

Serum calcium koncentrationen reguleres af parathyreoideahormon, calcitonin og det aktive D-vitamin. Disse ligger alle højt hos moderen og ingen af dem passerer placenta. PTH og calcitonin dannes i fosteret. Genuint D-vitamin tilføres fosteret fra moderen. Det 25-hydroxyleres i leveren og 1-hydroxyleres i nyrerne til det mest aktive D-vitamin 1,25 dihydroxy-vitamin D_3 . 1-hydroxyleringen stimuleres af PTH, lavt calcium og lavt fosfat.

Hos nyfødte med lav fødselsvægt eller asfyksi samt børn af diabetiske mødre ses hypocalcæmi hos 30-50%. Patogenesen hertil er kun delvis kendt. Der er påvist relativ hypoparathyreose på grund af PTH-suppression som følge af det høje calciumniveau ved fødslen.

Tidlig hypocalcæmi hos præmature kan forebygges med i.v. infusion af 35 mg/Ca/kg/døgn hvorimod 400 IE genuint D-vitamin er vist ikke at have effekt. Profylakse er også forsøgt med forskellige D-vitamin metabolitter. Der er fundet effekt hos præmature af farmakologiske doser, mens mindre, fysiologiske doser ikke havde effekt.

En undersøgelse på Rigshospitalet viste, at 0,10 μg $1\alpha\text{-OH-D}_3$ /kg/dag i.v. ikke forebyggede hypocalcæmi hos præmature eller børn af diabetiske mødre. Derimod var serum calcium højere 5. og 7. dag hos asphyktiske børn, der havde fået $1\alpha\text{-OH-D}_3$.

I visse grupper af nyfødte må hypocalcæmi profylakse overvejes. Calciuminfusion er uegnet p.gr.a. komplikationerne ved paravenøs infusion. $1\alpha\text{-OH-D}_3$ er kommersielt tilgængeligt, men yderligere us. af administrationsform og dosis er påkrævet. Således må man for tiden anvende peroral calcium. Men en opfølgende behandling med et D-vitamin præparat vil være rationel så snart dosis er fastlagt.

BØRN MED FØDSELSVÆGT \leq 1250 G.

N.C. Christensen, Gorm Greisen, Søren Anker Petersen, B.Friis-Hansen. (Afd. GN, Rigshospitalet).

Overlevelseschancen for de cirka 200 børn, der årligt fødes her i landet med fødselsvægt \leq 1250 g er bedret væsentligt i de senere år.

For at vurdere de overlevne børns tilstand, er journalerne på børn med fødselsvægt \leq 1250 g født i 1976, 1977, 1978 og indlagt på afdeling GN, Rigshospitalet, indenfor de første 4 levedøgn gennemgået, og de overlevende er indkaldt til efterundersøgelse.

Af de 75 overlevne er 59 undersøgt. 2 var døde inden efterundersøgelsen og oplysninger er indhentet over 12 af de 14 resterende børn.

Børnene var indlagt fra 40 til 231 dage før de kunne udskrives til hjemmet. 35 af de overlevne havde været i respiratorbehandling.

Efter udskrivelsen havde knap halvdelen af børnene været indlagt på sygehus, men kun 11 af 64 forældre fandt at børnene var hyppigere syge end søskende. Børnene havde fulgt en vækstkurve for såvel højde som vægt svarende til fuldbårne børns vækstkurver, men lå i området mellem middelværdien og $\frac{1}{2}$ s.d.

12 af 15 børn med fødselsvægten \leq 1000 g var efter objektiv undersøgelse, Denver-score og forældrenes vurdering fuldstændig raske og normalt udviklede, mens det samme gælder for 25 af 49 børn med fødselsvægt over 1000 g. Afvigelserne fra det normale drejer sig om 5 børn med synshandicap, hvoraf 2 er blinde, 5 børn med cerebral parese, hvoraf 2 med multiple handicap. 2 børn var døde af cor pulmonale, 16 børn havde, hvad der betegnes som minor-handicap, der hos 8 bestod i mistanke om sproglig retardering.

547. MØDE i forbindelse med vårmøde i Herning 23.-24. maj, 1981.

Program

- x) 1) M. Dirdal, A. Adler, E.N. Andersen, T.N. Brøchner, J. Erlandsson, J. Haahr, H. Jelert, B. Jeune, K. Kehler og I.L. Pedersen (de jyske børneafdelinger): Meningitis purulenta, letalitet og senfølger. En jysk multicenterundersøgelse.
- 2) I.H. Grøn og B. Sommer (Centrallab. og pæd. afd., Kolding Sygehus): Cerebrospinal laktat i differentialdiagnosen af meningitis.
- 3) N.H. Rasmussen og L.N. Rasmussen (børneafd., Herning Centralsygehus): Den diagnostiske værdi af leukocyt- og differentialetælling hos børn med akutte infektionssygdomme.
- 4) M.F. Christensen (børneafd., Herning Centralsygehus): Hjælper bulk-præparater på børn med recidiverende mavesmerter? En dobbelt blind kontrolleret undersøgelse med ViSiblin.
- 5) K.A. Jørgensen og A.S. Pedersen (klinisk-kemisk afd. og børneafd., Ålborg Sygehus Nord og med. nefrologisk afd., Ålborg Sygehus Syd): Familiær mangel på prostacyclinproduktionsstimulerende faktor ved hæmolytisk uræmisk syndrom.
- 6) T. Miller, V. Asfeldt, I.D. Rasmussen og V. Holm (gyn.obs., med. og pæd. afd., Herning Centralsygehus); Resultatet af diabetiske svangerskaber i Ringkøbing Amt.
- 7) P.O. Eidner (Herning Centralsygehus): Pyknodysostosis, 6 patienter i Ringkøbing Amt.
- 8) H. Winzentsen (børneafd., Herning Centralsygehus): 2 brødre med Reye syndrom, en biokemisk forklaring.
- 9) K. Brostrøm (børneafd., Viborg Sygehus): Jern - 1. leveår.

x) ikke refereret

CEREBROSPINALVÆSKE LAKTAT I DIFFERENTIALDIAGNOSEN AF MENINGITIS

I.H. Grøn og B. Sommer (Centrallaboratoriet og pædiatrisk afdeling, Kolding Sygehus).

En hurtig diagnose af meningitis purulenta er vigtig for en hurtig påbegyndelse af den rigtige terapi. I de fleste tilfælde kan denne stilles på baggrund af klinik og udførelsen af en række laboratorieundersøgelser på spinalvæsken. Er barnet i behandling ved indlæggelsen, kan dette påvirke de sædvanligt anvendte laboratorieparametre, således at de er vanskelige at tyde, og dyrkningen kan være negativ. I de senere år er fremkommet undersøgelser, som beskriver måling af laktat (mælkesyre) i spinalvæsken i forbindelse med diagnose af meningitis purulenta. Vi har med henblik på de delvist behandlede patienter undersøgt anvendeligheden af en simpel analyse til måling af laktat i spinalvæsken.

Undersøgelsen er foretaget på 137 konsekutive prøver, hvoraf 118 var fra børn mistænkt for meningitis purulenta og 19 fra voksne, udtaget i forbindelse med myelografi.

Vi har fundet, at alle 16 børn med såvel ubehandlet som delvist behandlet meningitis purulenta havde en laktat koncentration >3.0 mmol/l i spinalvæsken, mens alle 13 børn med aseptisk meningitis havde en laktat koncentration <3.0 mmol/l, svarende til kontrolgruppen. Ni patienter fandtes at have laktat koncentrationer >3.0 mmol/l i spinalvæsken, imidlertid faldt disse udenfor kontrolgruppen, idet de i forbindelse med deres sygdom havde et stærkt nedsat oxygentilbud til hjernen.

Vi har i undersøgelsen sammenlignet laktat med de traditionelle parametre: protein, glucose, celletælling, Gramfarvning og dyrkning. Undersøgelsen viser, at måling af laktat koncentrationen i spinalvæske er en pålidelig hjælp til en hurtig diagnose af meningitis purulenta. Endvidere synes den at være mere pålidelig end flere af de ovennævnte parametre.

DEN DIFFERENTIALDIAGNOSTISKE VÆRDI AF LEUKOCYT- OG DIFFERENTIALTÆLLING HOS BØRN MED AKUTTE INFEKTIONSSYGDOMME.

N. H. Rasmussen & L. N. Rasmussen (Pædiatrisk afdeling, Centralsygehuset i Herning).

Leukocyt- og differentialtælling blev i 1. indlæggelsesdøgn foretaget på 107 børn mellem 3 måneder og 13 år, indlagt med akut infektionssygdom på en amtspædiatrisk afdeling.

Leukocyt- og differentialtælling viste sig at være uanvendelig som metode til, i det daglige kliniske arbejde, at skelne mellem bakteriel og nonbakteriel infektion.

HJÆLPER BULK-PRÆPARATER PÅ BØRN MED RECIDIVERENDE MAVESMERTER?

EN DOBBELT BLIND KONTROLLERET UNDERSØGELSE MED VI-SIBLIN

M. Fjord Christensen (børneafd., Herning Centralsygehus).

31 børn med recidiverende mavesmerter gennemførte en dobbelt blind kontrolleret undersøgelse med Vi-Siblin i en dosis på 5 ml morgen og aften i 7 uger. Der var ingen forskel i antallet af episoder med mavesmerter imellem 16 patienter i placebogruppen og 15 patienter i Vi-Siblingruppen. 17 patienter fra begge grupper havde imidlertid færre episoder med mavesmerter efter indlæggelsen i forhold til tiden før indlæggelsen. Dette forhold tages som udtryk for effekt af indlæggelsen og af afdelingens psykoterapeutiske indsats.

FAMILIÆR MANGEL PÅ PROSTACYKLINPRODUKTIONSSTIMULERENDE FAKTOR VED
HÆMOLYTISK URÆMISK SYNDROM

K.A. Jørgensen og R.S. Pedersen (klin.kem. afd., med.nefr. afd., børne-
afd., Ålborg Sygehus).

Det er blevet tiltagende klart, at det hæmolytiske uræmiske syndrom er en sygdomstilstand med flere patogenetiske mekanismer og forskellig prognose. Således er der forskel på arvelige og epidemiske former. Thrombocytaktivering synes at spille en væsentlig patogenetisk rolle.

I de seneste år er man blevet klar over den vigtige rolle arakidon-syremetabolitterne, det stærkt pro-aggregatoriske thrombocytderiverede thromboksen og det stærkt anti-aggregatoriske endothelderiverede prostacyclin, spiller i interaktionen mellem karvæg og thrombocyt. Remuzzi og medarbejdere fandt i 1978, at 2 patienter med hæmolytisk uræmisk syndrom manglede en plasma-faktor, der stimulerer prostacyclinproduktionen. Patienterne blev helbredt efter plasmaudskiftning. Hos den ene patient var denne plasma-defekt også tilstede hos andre medlemmer af familien.

Vi har også fundet mangel på denne faktor på en 2-årig pige med hæmolytisk uræmisk syndrom. Pigen blev rask efter plasmaudskiftning. Plasma-defekten fandtes også hos pigens mor, men ikke hendes far. Pigen var enebarn. Vores undersøgelser tyder på, at faktoren er et lille proteinstof med en MW på mellem 10.000 og 30.000. Det virker på arakidonsyrefrigørelsen fra fosfolipiderne.

Bestemmelse af denne faktor kan muligvis blive en hjælp til at finde den rigtige behandling til den enkelte patient.

RESULTATET AF DIABETISKE SVANGERSKABER I RINGKØBING AMT

T. Miller, V. Asfeldt, I.D. Rasmussen og V. Holm (Gyn.obs. afd., med. afd. og pæd. afd., Herning Centralsygehus).

I en ca. 10 årig periode har man på gyn/obs. afd. Herning CS født 99 børn af diabetiske mødre. Heraf er tre børn døde. Det giver en perinatal mortalitet på 3.0%.

Man har kombineret White klassificeringen med PBSP (prognostically bad signs in pregnancy) klassificeringen og fundet at der i PBSP gruppen er to døde børn ud af ialt 22 børn, mens der i gruppen uden PBSP komplikationer er et dødt barn ud af ialt 77 børn.

I gruppen af børn med fødselsvægt under 2500 g er et barn dødt ud af ialt 10 børn. I gruppen mellem 2500 g og 4500 g er der to døde børn ud af ialt 89 børn. Der er ikke født børn med fødselsvægt over 4500 g.

Sectiofrekvensen ligger på 52%, højst i de "svære" White klasser.

Der er født tre børn med congenitte misdannelser, heraf er et barn dødt.

Seks børn fik RDS. Alle i White grupperne C, D og F. Ingen af disse børn er døde.

24 børn fik hypoglycæmi. Ingen døde.

PYCNODYSOSTOSIS - 7 TILFÆLDE I RINGKØBING AMT

P.O. Eidner (pæd. afd. Centralsygehuset i Herning).

Pycnodysostosis er en autosomal recessivt arvelig knoglelidelse karakteriseret ved retarderet vækst, generaliseret osteosclerose, fragile knogler og hypoplastisk ansigtsskelet med affladet angulus mandibulae og tandudviklingsanomalier samt dysplastiske terminale phalangeres.

Kort statur og lille ansigt giver indtryk af relativt stort cranium, som er karakteriseret af åbenstående fontaneller og kraniesuturer.

Der er normal hæmopoiese uden anæmi eller extramedullær kompensation.

Der fremlægges et materiale på 7 ptt. i alderen 6-43 år fra Ringkøbing amt.

4 af disse ptt. er identiske med de af dr. Erik Lykkegård Nielsen i Acta Pædiatrica Scandinavica og Ugeskrift for Læger 1973 publicerede tilfælde.

Ud fra dette materiale gennemgås symptomatologi og væsentlige træk ved pycnodysostosis.

Patogenesen er endnu uafklaret.

Der er udført histomorfometrisk undersøgelse efter knoglemarkering med tetracyclin på udtagne knoglebiopsier fra 6 af disse patienter. Denne analyse udførtes af dr. med. Flemming Mehlsen, Århus Amtssygehus, hvor resultaterne sammenlignes med et tilsvarende normalt materiale.

Der synes at være en klar tendens til ændring i knogleomsætnings-hastigheden (bone turn-over rate - BTOR), således at ptt. inden pubertetsalder har en øget BTOR, mens de ældre ptt. har en nedsat BTOR.

Den øgede BTOR fundet hos 4 børn i alderen 6-12 år har, efter odontologisk analyse ved prof., dr.odont Birth Mehlsen, Århus Tandlægehøjskole, givet anledning til tandregulering hos disse ptt. Der understreges betydningen af gennemførelse af denne behandling inden BTOR når et subnormalt niveau.

Frakturtilbøjeligheden er disse ptt.'s største problem, da de kan opstå efter selv lette traumer.

På basis af frakturanamnesen i dette materiale og BTOR-analyserne

henledes opmærksomheden specielt på behandling af femur- og crusfrakturer hos især ældre ptt., så man tager højde for forsinket healing.

Af speciel pædiatrisk interesse er de små pladsforhold i pharynx i de første leveår. Aspirationsdødsfald og pulmonal hypertension med cor pulmonale som følge heraf, er beskrevet i litteraturen.

Prognosen pro af vitam ved pycnodysostosis er iøvrigt god.

2 BRØDRE MED REYE' s SYNDROM, EN BIOKEMISK FORKLARING

H. Winzentsen (børneafd., Herning Centralsygehus).

Sygehistorierne om 2 brødre med Reye's Syndrom (henholdsvis 1968 og 1979) forelægges. Nr. 2 har let myopati og desuden betydelig dicarboxylsyreuri. Riboflavin-behandling har mindsket urin-dicarboxyls reudskille sen og tilsyneladende bremset et recidiv. Mange mulige ætiologier til Reye's Syndrom diskuteres. Det findes nærliggende at tro, at en defekt i beta-oxidationen af fede syrer, visende sig ved dicarboxylsyreuri, er forklaringen på vor(e) patient(er)s tilfælde af Reye's Syndrom. Det understreges, at det er vigtigt at være opmærksom på dicarboxylsyreuri ved Reye's Syndrom, da behandling med Riboflavin måske kan forhindre recidiv.

JERN - 1. LEVEÅR K. Brostrøm

Undersøgelser vedr. de faktorer, der gør at spædbørn løber en stor risiko for at udvikle jernmangel og anæmi, og som er baggrunden for, at American Academy of Pediatrics (AAP) så sent som i december 1980 igen har påpeget nødvendigheden af jerntilskud i denne alder, vil blive omtalt.

Thandrup foreslog i 1977 i en redaktionel leder i Ugeskriftet lignende retningslinier for profylakse mod jernmangel og anæmi for danske børn. De kom imidlertid ikke til udtryk i Sundhedsstyrelsens Vejledning i Profylaktiske Undersøgelser eller i Vejledning for Forældre, der udkom henholdsvis 1 og 2 år senere, men som udtryk for problemets størrelse

foreslås hæmoglobinbestemmelse ved 5, 10 og 15 måneders undersøgelsen.

En normal hæmoglobin ved 5 måneder vil ikke være afgørende for, om der skal gives jerntilskud fremover og det er urealistisk at tro, at praktiserende læger måler hæmoglobin på alle børn ved 10 og 15 måneder, foruden at en jernmangel ikke afsløres. Jernmangel og anæmi i spædbarnsalderen kan undgås, men ikke uden et jerntilskud enten i form af et medikamentelt jernpræparat eller ved ernæring med jernberiget modermælkserstatning/vælling. Profylakse må være at foretrække fremfor screening for behandlingskrævende anæmier. Desuden ved vi fra svenske undersøgelser, at hvis børn får deres jernbehov tilstrækkeligt opfyldt i de første leveår, løber de en meget lille risiko for senere i barnealderen at udvikle en kostbetinget anæmi.

Jeg har forsøgt at omsætte AAP's retningslinier til danske børn. Stillingtagen til jerntilskud er tilpasset tidspunktet for de profylaktiske børneundersøgelser. Der er taget hensyn til hvilken mælk barnet får og hvilken forældrene er indstillet på at fortsætte med. Den praktiserende læge fratages ikke ansvaret for i sin kostvejledning at tilstræbe, at barnet i løbet af 2. leveår spiser varieret, så behovet for jern tilgodeses gennem kostens naturligt forekommende jern.

Ved 5 ugers undersøgelsen motiveres for bryst- og/eller modermælks-erstatning i de første 5 levemåneder. Hvis moderen foretrækker at give sødmælksblanding fremfor modermælkserstatning, rådgives om et medikamentelt jerntilskud fra 3 måneder. Man sikrer sig, at børn med fødselsvægt under 2500 gram får deres jerntilskud.

Ved 5 måneders undersøgelsen tages stilling til medikamentelt jerntilskud for det næste halve år til 1) barnet der brysternæres og begynder med tilskud og 2) barnet der skifter fra modermælkserstatning til konsummælkeprodukter, men 3) der ikke gives medikamentelt jerntilskud i 2. levehalvår, hvis forældrene er indstillet på, at barnet fortsætter med modermælkserstatning eller en af de jernberigede vællinger.

Ved 10 måneders undersøgelsen sikrer man sig før seponering af jerntilskud/jernberiget vælling, at barnets kost er nogenlunde alsidig og at mælkeprodukter ikke overstiger 3/4 liter dagligt.

Ved 15 måneders undersøgelsen anbefales, at den børnevitamintablet, der i 1½ års alderen afløser vitamindråberne, indeholder jern.

Fra 2 år behøver raske børn hverken jern eller vitamintilskud.

Program

Niels Hjorth (dermatologisk afd., KAS Gentofte): Børnedermatologi 1981.

Der afholdes derefter ordinær generalforsamling.

AKTUEL BØRNEDERMATOLOGI

Niels Hjorth (dermatologisk afd., KAS Gentofte).

Herpes genitalis er i akut stigning. Udbrud sent i svangerskabet medfører en betydelig risiko for infektion af det nyfødte barn. Ofte får barnet en systemisk infektion, der kan være letal eller medføre blivende neurologiske beskadigelser. Mange børn smittes med herpes simplex virus i de første 2 leveår. I de fleste tilfælde giver herpes kun lokalsymptomer; enkelte får dog herpetisk gingivo-stomatit. Herpes på fingrenes yderstykker fejldiagnosticeres ofte som panaritium, der behandles med incision eller fjernelse af fingerneflen. Det er vigtigt at være opmærksom på muligheden ved recidiverende panaritium på samme fingerspids. Sygdommen kommer sig spontant.

Bulløs impetigo er oftest lokaliseret på nates, optræder især i sensommeren og fremkaldes af staphylococcus aureus, phag-type 71. Denne danner et enzym, epidermolysin, som i mikrogrammængder er blæredannende på huden. Halsinfektioner med denne stafylokoktype kan medføre resorption af enzymet med sekundær udvikling af toksisk epidermal nekrolyse.

Den bulløse impetigo kan ikke klinisk skelnes fra bulløse insektreaktioner, der ligeledes optræder i sensommeren, oftest på crura.

De praktiserende læger er nu meget opmærksomme på "Battered Child Syndrome". Diagnosen er vanskelig. Mongolpletter nedadtil på ryggen kan ligne kontusioner, bulløs lysprovokeret plantedermatit kan også føre tanken hen på mekanisk fremkaldte læsioner. Har set tre tilfælde

af toksiske eczemer stribeformet rundt om halsen fra samme vuggestue. Skønt de er udtryk for ætsninger, lykkedes det ikke at spore årsagen. Toksiske er hyppigere end allergiske eczemer i barndommen. Afføringsmidler som Danthron kan fremkalde toksisk eczem på nates, meget skarpt afgrænset. Farveblyanter kan fremkalde toksiske eczemer i ansigtet.

Eczem på fødderne skyldes næsten aldrig allergi for fodtøj og ej heller mykoser. Atopikere har eczem på dorsalsiden af 1. tå. Børn med tør hud har dermatitis plantaris sicca, en sygdom der viser sig ved en tørhed med fissurer og afglatning af forfodens trædeflader. Årsagen er ukendt, men sygdommen ebber ud efter 2-3 år. For nylig er beskrevet endnu en type af fodeczem fremkaldt af stafylokokker, oftest lokaliseret i 1. og 2. interstitis. Upåvirkelig af antimycotica.

Zincmangelsygdommene har tiltrukket sig megen interesse i de seneste år, efter at det i 1973 blev påvist, at acrodermatitis enteropathica skyldtes en svigtende zincoresorption. Zincmangel er beskrevet hos for tidligt fødte, efter intravenøs ernæring og endelig som led i anorexia nervosa.

FORFATTERINDEX

Andersen, E.....	48
Asfeldt, V.....	67
Bertelsen, A.....	52
Bille, T.....	53
Bjerre, P.....	27
Bork, E.....	38
Brandt, N.J.....	49
Brostrøm, K.....	48, 69
Buus, O.....	48
Christensen, M.F.....	65
Christensen, N.C.....	62
Christensen, Eie P.....	56
Clausen, N.....	61
Dahlin, E.....	16
Dankjær, M.....	46, 48, 50
Daugbjerg, P.....	28
Dirksen, A.....	36
Dissing, J.....	46
Eidner, P.O.....	68
Erichsen, G.....	59
Faber, V.....	37
Filtenborg, J.A.....	59
Friis-Hansen, B.....	62
Færø, O.....	56
Glahn, B.....	24
Greisen, G.....	62
Grøn, I.H.....	64
Hald, T.....	25
Hansen, Hart F.....	58
Hejl, M.....	58
Hess, J.....	18
Hjorth, N.....	71
Holm, V.....	67
Holsteen, V.....	24, 28
Iversen, T.....	53

Jacobsen, Brock, B.....	49, 53
Jacobsen, J.C.N.....	22
Jørgensen, K.A.....	66
Jørgensen, P.I.....	56
Kamper, J.....	59
Kastrup, K.....	24, 50, 51
Kjer, J.J.....	18
Kjølbye, J.....	26
Knudsen, F.U.....	56
Koch, C.....	32, 35, 37
Kvist, N.....	43, 44
Lie, H.R.....	40
Lillquist, K.....	59
Madsen, C.M.....	31
Mauritzen, K.....	23, 43
Miller, T.....	67
Mortensen, H.B.....	51
Munkner, T.....	35
Møller, N.E.....	37
Nielsen, G.....	59
Nielsen, Høpfner, H.....	29
Nielsen, O.H.....	31, 43
Nordling, J.....	23
Pedersen, S.A.....	62
Pedersen, Karup F.....	37
Pedersen, M.....	34
Pedersen, Volsted P.....	58
Pedersen, R.S.....	66
Pedersen, S.....	15
Pedersen, Fauerholt V.....	59
Peitersen, B.....	17
Petersen, Ingomar C.J.....	41
Petersen, K.E.....	46, 48, 53
Petersen, S.....	61
Petersen, W.....	58
Preuss, P.....	52
Rasmussen, I.D.....	67
Rasmussen, L.N.....	65
Rasmussen, N.H.....	65
Ringe, K.....	49
Rotne, H.....	50

Skakkebæk, N.E.....	52
Sommer, B.....	15, 64
Stabell, I.....	59
Struve-Christensen, E.....	17
Svejgård, A.....	46
Taudorf, K.....	28, 53
Thorn, I.....	14, 42
Thorup, J.....	23, 43, 44
Tønnesen, P.....	38
Verder, H.....	18, 56
Vestermark, S.....	51
Weeke, B.....	36
Weeke, E.R.....	36
Weile, B.....	17
Winzentsen, H.....	69
Zachau-Christiansen, B.....	28
Zoffmann, H.....	32
Østerballe, O.....	36

EKSTRAORDINÆR GENERALFORSAMLING d. 5. DECEMBER 1980.

program:

- 1) Stillingtagen til antallet af kursister i 1981 og fremover indtil Sundhedsstyrelsens afgørelse om antallet af kursusstillinger foreligger.
- 2) Diskussion af kriterierne for udvælgelse af kursister.
Oplæg fra Uddannelsesudvalget.

REFERAT AF DEN EKSTRAORDINÆRE GENERALFORSAMLING I DPS D. 5.12.80.

Referent: H. Verder.

Ad punkt 1, stillingtagen til antallet af kursister i 1981 og fremover indtil Sundhedsstyrelsens afgørelse om antallet af kursusstillinger foreligger.

Melchior blev valgt som dirigent.

Knud Petersen orienterede og henviste til det af uddannelsesudvalget udsendte materiale vedhæftet her.

Meddelte endvidere, at Hans Karle fra specialistrådet har meddelt, at man regner med at være klar med de nye speciallægebestemmelser, således at ordningen kan træde i kraft fra sommeren 1982.

Else Andersen orienterede om de nye stabsopbygningsregler og den optimisme, der lå i et forventet antal nye slutstillinger.

Zachau gik ind for at udsætte tidspunktet for stillingtagen til antallet af kursister.

Melchior opfordrede til at følge uddannelsesudvalgets forslag på 10 kursister, til de nye regler træder i kraft. Der var ingen protester. Antallet 10 kursister om året blev således vedtaget.

Ad punkt 2, diskussion af kriterierne for udvælgelse af kursister.

Knud Petersen orienterede og henviste til uddannelsesudvalgets udsendte forslag (vedhæftet). (se nedenfor).

Krasilnikoff gjorde opmærksom på, at de videnskabelige aktiviteter ifølge uddannelsesudvalgets mening var lige så vigtige som ancienniteten i specialet og bestemt ikke kunne udelades ved bedømmelse af ansøgerne.

Melchior opfordrede igen til at følge uddannelsesudvalgets forslag, og der kom ingen protester til dette. Uddannelsesudvalgets forslag blev således vedtaget.

Udsendte forslag.

Uddannelsesudvalget vil foreslå følgende kriterier for udvælgelse af a-kursister anvendt fra 1981:

A-kriterier (absolutte minimumkrav).

- 1) 30 mdr. ansættelse udenfor specialet, heri 6 mdr. intern medicin og 6 mdr. kirurgi.
- 2) 18 mdr. ansættelse på pædiatrisk a/b afdeling, således at der i dette indgår enten 12 mdr. a-ansættelse eller mindst 6 mdr. a-ansættelse på a-afdeling inden 1.9. det år, hvor kursus starter.

B-kriterier (relative).

Kursisterne udpeges ud fra en samlet vurdering af den enkeltes kvalifikationer.

I første række anciennitet i specialet (a-, b- og d-afdelinger - dog således at ansættelse udover 3 år i specialet ikke nødvendigvis kvalificerer yderligere) og videnskabelig aktivitet.

I anden række pædiatrisk relevant uddannelse i øvrigt (f.eks. børnepsykiatri, u-landspædiatri og ansættelse på institutioner for børn med fysiske og/eller psykiske handicap), uddannelse i andre specialer, som har relation til pædiatri og aktivitetsniveau i øvrigt (kursusdeltagelse, undervisning, studierejser og faglige tillidshverv).

Referent: H. Verder.

Dagsorden:

1) valg af dirigent

2) Fastlæggelse af kriterier for klassifikation af afdelinger i den kommende speciallægeuddannelse. Vedr. 1. reservelægestillingerne var der følgende 3 forslag:

- a) Der skal ved afdelingen være mindst 2 overlæger, 2 1. reservelæger og selvstændig vagtberedskab for alle vagttag. Kun 6 måneders ansættelse ved højt specialiserede afdelinger godkendes. 6 måneders ansættelse ved pædiatriske afdelinger, der ikke opfylder disse kriterier, kan evt. godkendes.
- b) Som forslag a), dog godkendes afdelinger med kun 1 overlæge.
- c) Som forslag b), dog godkendes afdelinger, hvor der er vagtfællesskab i reservelægelaget.

3) Overgangsbestemmelser for de pædiatere, der er under uddannelse nu.

4) Diskussion af fremgangsmåden ved udvælgelse af læger til undervisningsstillinger.

Pærrgård blev valgt til dirigent. Det kunne konstateres, at generalforsamlingen var lovlig indkaldt.

Ad punkt 2: Else Andersen introducerede.

Herefter fulgte en del diskussion. Man var enige om, at alle afdelinger kunne fungere som introduktionsstillinger, dog kunne højst 6 måneders ansættelse på højt specialiserede afdelinger godkendes.

Med hensyn til 1. reservelægestillingerne anførte Steinicke og Pærrgård, at de var bekymrede for, at deres afdelinger med kun en overlæge ikke ville kunne fungere, hvis de ikke fik tilstrækkelig gode 1. reservelæger.

Sardemann mente, at forslag a) nok var det bedste. Han foreslog dog, at ordningen skulle indføres over en årrække (3-4 år). Der var flere der var bekymrede for, om der nu var R_I -læger nok, hvis man indførte ordning a). Med 8 læger i undervisningsstillinger om året og 38 R_I -

stillinger, der tæller efter ordning a) blev det af bl.a. Ole Andersen og Henrik Verder anført, at der var R_1 -stillinger nok.

Det kom til slut til afstemning om ordning a), b) eller c), eller om det skulle være b) i 3-4 år og herefter a), eller ordning a) med revision om 3-4 år.

Ordning	stemmer for	stemmer imod
a)	1	25
b)	10	21
c)	4	28
b) i 3-4 år og herefter a)	36	0 Vedtaget
a) i 3-4 år og herefter revision	9	24

De kriterier, man vedtog en afdeling skal opfylde, for at 1. reservelægetiden kan godkendes blev følgende:

Der skal som led i speciallægeuddannelsen ved afdelingen være mindst 2 1. reservelæger og selvstændig vagtberedskab for alle vagtlag. Højest 6 måneders ansættelse ved pædiatriske afdelinger, der ikke opfylder disse kriterier og 6 måneders ansættelse ved højt specialiserede afdelinger kan godkendes.

Efter 4 år godkendes kun afdelinger, hvor der er mindst 2 overlæger, 2 1. reservelæger og selvstændigt vagtberedskab for alle vagtlag. Højest 6 måneders ansættelse på højt specialiserede afdelinger kan godkendes.

Ad punkt 3: Else Andersen introducerede.

Punkt a) vedr. den børnepsykiatriske uddannelse blev vedtaget enstemmigt. Ordlyden af denne er følgende: den børnepsykiatriske uddannelse bør, indtil der bliver oprettet rotationsstillinger indeholdende $\frac{1}{2}$ års ansættelse på børnepsykiatrisk afdeling, kunne opnås gennem deltagelse i kursus i børnepsykiatri, som det hidtil har været tilfældet.

Punkt b): der blev straks diskussion om ordlyden. Ordlyden som foreslået var: de første 4 år efter ordningens ikrafttrædelse kan læger, der på ikrafttrædelsestidspunktet er kvalificeret til kursusstillinger, få adgang til det teoretiske kursus, således at antallet af deltagere i

det teoretiske kursus bliver større end 8. Flere ytrede sig om, at ordlyden skulle være som den anførte. Hertel, Ole Andersen, Niels Chr. Christensen m.fl. gik ind for, at antallet af kursister bør være 10 om året. Knud Petersen fremførte, at det eksakte tal for køen af vordende pædiatere, der er i systemet, ikke kan opgives, da der ikke foreligger noget om, hvornår man er i uddannelse.

Det kom til afstemning om 3 formuleringer: ordlyd som nu, eller 8 + 2 kursister i 4 år, eller 8 kursister + ekstra antal, som afgøres på de årlige generalforsamlinger (foreslået af Krasilnikoff). Man gik ind for ordlyd som nu, idet der var 27 stemmer for og 6 imod. De øvrige 2 forslag kom ikke til afstemning.

Punkt c): læger, som har gennemgået kursus, skal de første 4 år efter den nye ordnings ikrafttrædelse have mulighed for at færdiggøre deres uddannelse efter den gamle ordning. Forslaget blev vedtaget enstemmigt.

Ad punkt 4 angående udvælgelse af læger til uddannelsesstillinger blev det besluttet at udskyde diskussion til næste generalforsamling, idet tidspunktet var ret fremskredent, og man kunne forudse en langvarig diskussion.

Til Sundhedsstyrelsen

Repræsentanter fra DPS indvilligede ved mødet i Sundhedsstyrelsen d. 26.1. i at besvare en række spørgsmål.

Man går ind for, at der oprettes 8 undervisningsstillinger på de 7 landsdelsafdelinger med 2 stillinger på Rigshospitalet, 1 på Århus Kommunehospital, 1 på Odense Amts- og By Sygehus, 1 på Børnehospitalet på Fuglebakken, 1 på KAS Gentofte, 1 på Ålborg Sygehus Nord og 1 på KAS Glostrup. Antallet bør kunne øges, hvis der viser sig et øget behov. Flere af afdelingerne er villige til at modtage 2 uddannelsessøgende.

Man er indforstået med, at 6 måneders ansættelse ved børnepsykiatrisk afdeling sker i forbindelse med ansættelse i undervisningsstillingen, altså som en rotationsordning. Med henblik på antallet af de postgraduate kliniske lektorer ønsker man sig 7, 1 ved hver af landsdelsafdelingerne.

Med hensyn til beskrivelsen af indholdet af undervisningsstillingen på landsdelssygehus samt beskrivelsen af funktionen for den postgraduate kliniske lektor, har man i DPS i 1972 vedtaget en række krav, som man bør kunne stille til en speciallæge i pædiatri.

Specialisten i pædiatri skal:

- 1) Selvstændigt kunne stille diagnose, lægge behandlingsplan, varetage eventuel langtidskontrol.
- 2) Kunne rekvirere og fortolke nødvendige undersøgelser, foretaget af læger fra andre specialer.
- 3) Kunne fungere som pædiatrisk rådgiver for andre specialer.
- 4) På basis af kendskab til samfundsforholdene og de offentlige hjælpemuligheder kunne formidle og koordinere hjælp til børn og deres familier.
- 5) Kunne fungere som tillidsmand for offentlige myndigheder og omvendt som patientens tillidsmand over for disse.

- 6) Kunne orientere og rådgive om børns fysiske og psykiske udvikling.
- 7) Kunne vurdere faglige arbejder inden for sit felt.
- 8) Kunne tilrettelægge og gennemføre videnskabelige undersøgelser.
- 9) Kunne undervise inden for sit felt.

Med disse hovedformål for øje skal man under henvisning til speciallægenets beskrivelse af undervisningsstillinger på landsdelssygehuse, spalte 30, 31 og 32 opstille følgende

formål for reservelægen i uddannelsesstillingen på landsdelsafdeling.

Han bør bevidst trænes til at arbejde selvstændigt på alle pædiatriske arbejdsområder. Ved undervisningen må den uddannelsessøgende bibringes

1) færdigheder, 2) holdning, 3) klinisk viden og erfaring.

1) Den uddannelsessøgendes arbejde i afdelingen skal være af en sådan art, at han indøver færdigheder i at indsamle relevante oplysninger, bearbejde dem og anvende sin viden om de indlagte børn og deres samspil med omgivelserne. Den uddannelsessøgende skal kunne skrive en fyldestgørende journal og ud fra anamnesen og objektive undersøgelser stille diagnoser, iværksætte relevante undersøgelser og instituere indledende behandling eller tilkalde fornøden ekspertise. Han skal kunne sammenligne og resumere en journal og påpege eventuelle mangler samt kunne affatte en fyldestgørende epikrise.

Han skal kunne kommunikere om patienten med det øvrige personale, med kontaktede eksperter og ikke mindst, med forældre om sygdom, undersøgelser, behandling og prognose. Endelig skal han have erhvervet en række nærmere specificerede praktiske færdigheder.

2) Man ønsker hos den uddannelsessøgende at fremme en ansvarsbevidst holdning med forståelse for raske og syge børns situation. Endvidere at fremme en selvstændig, udforskende holdning, en objektiv, kritisk og vurderende indstilling, samt en hensyntagen til og fornuftig anvendelse af andres meninger og viden, og endelig at fremme viljen og lysten til at indhente mere viden og til at erkende og løse problemer.

3) Man ønsker, at den uddannelsessøgende skal erhverve sig viden, ikke blot om det syge barn, men også viden, som udvikler hans begrebs- og erfaringsverden omkring det normale barn, dets udvikling og dets samspil

med omgivelserne, samt endelig viden om profylaktiske forholdsregler over for belastninger, som kan virke patogene.

Undervisningsstillingens indhold

For at opfylde formålet må den uddannelsessøgendes arbejde tilrettelægges således, at han systematisk og selvstændigt får lejlighed til at arbejde med alle de forskellige opgaver, som afdelingen beskæftiger sig med.

Under ansættelsen på landsdelssygehus bør den uddannelsessøgende gennemgå et program med følgende indhold:

1) Den uddannelsessøgende skal under supervision være ansvarlig for alle faser af arbejdet med den enkelte patient, ligesom han skal tage del i arbejdet med fastlæggelsen af de almindelige retningslinier for undersøgelse og behandling af patienter af forskellige sygdomskategorier. Han bør have lejlighed til at forelægge sygdomsforløb.

2) Den uddannelsessøgende skal trænes i at vurdere børns fysiske og psykiske udvikling, og have kendskab til forskellige udviklingstests.

3) Den uddannelsessøgende skal gøres fortrolig med udførelsen af specielle undersøgelses- og behandlingsmæssige procedurer, som pædiatere skal kunne foretage, således at han behersker teknikken og er bekendt med indikationer og risici. Følgende eksempler kan gives, men er i øvrigt afhængige af den enkelte afdelingspatientmateriale og afdelingsarbejdets organisation:

Genoplivning af nyfødte, herunder behandling af respirationsvanskeligheder med assisteret ventilation, intubation, iltbehandling og respiratorbehandling. Behandling af hjertestop, EKG-optagelse, monitorering af dårlige patienter, knoglemarvspunktur, lumbalpunktur, incl. celletælling og farvning for bakterier, fontanellepunktur, otoskopi, oftalmoskopi, rectoskopi, venefremlægning, duodenal sondering, pleurapunktur incl. behandling af pneumothorax, allergologisk diagnostik.

4) Den uddannelsessøgende skal have lejlighed til at overvære mere specielle procedurer, som pædiatere i almindelighed ikke skal kunne udføre selv, men som de bør være bekendt med:

tarmbiopsi, peritonæaldialyse, leverbiopsi, nyrebiopsi, EEG, CT-scanning, angiocardiografi, hjertekateterisation, renografi, ultralydsscanning, psykologisk testning.

Den enkelte afdelings patientmateriale og arbejdsgang er afgørende for, hvilke procedurer den uddannelsessøgende kan gøres bekendt med.

- 5) Den uddannelsessøgende skal deltage i samarbejde med den obstetriske afdeling angående det perinatologiske arbejde, herunder undersøgelser af de nyfødte børn.
- 6) Den uddannelsessøgende bør deltage i afdelingens arbejde med børn med socialpædiatriske problemer, herunder samarbejde med socialrådgiver, psykolog, pædagog og repræsentanter fra den primære sundhedstjeneste og børnepsykiater.
- 7) Den uddannelsessøgende skal trænes i at anvende den medicinske litteratur, dels i forbindelse med konkrete kliniske problemer, dels i afdelingens bestræbelser for at holde sig a jour, og endelig i forbindelse med videnskabeligt arbejde.
- 8) Den uddannelsessøgende bør så vidt muligt deltage i klinisk forskning samt i tilrettelæggelse af videnskabeligt arbejde.
- 9) Den uddannelsessøgende skal deltage i undervisningsmæssige opgaver, idet der også herved foregår en uddannelse af den kursussøgende.

Den postgraduate kliniske lektors opgaver beskrives under de generelle regler, spalte 38, 39. Den postgraduate kliniske lektor bør tilrettelægge den uddannelsessøgendes arbejde, således at det først og fremmest tjener uddannelsesformål. Denne tilrettelæggelse af arbejdet indebærer, at patienterne, som den uddannelsessøgende skal følge, bør være repræsentativt udvalgt, ligesom antallet af patienter, han skal følge, bør begrænses af hensyn til hans øvrige arbejdsopgaver, herunder forberedelsen til det teoretiske kursus.

Den postgraduate lektor bør sikre sig, at den uddannelsessøgende tilegner sig de færdigheder og kundskaber, som er beskrevet i undervisningsstillingens indhold. Det indebærer, at han ved daglig kontakt kontrollerer den uddannelsessøgendes arbejde, underviser i procedurer, informerer om principielle problemer og om afdelingens særlige undersøgelses- og behandlingsprogrammer.

Den uddannelsessøgende går kun i 5-6 skiftet vagt, uanset om dette medfører en øget vagtbyrde for de øvrige reservelæger på afdelingen. Den postgraduate lektor bør påse, at den uddannelsessøgendes arbejdsbyrde med hensyn til rutinearbejdet begrænses således, at han får det til-

sigtede udbytte af uddannelsesstillingen.

Med hensyn til kriterierne for de pædiatriske afdelingers uddannelsesmæssige placering bliver man nødt til at vente med besvarelsen til efter en ekstraordinær generalforsamling, som vil blive afholdt d. 3. april 1981. Specialistnævnet skal snarest herefter få svar på dette spørgsmål, samt få tilsendt forslag til løsning af overgangsproblemerne.

Med venlig hilsen

Else Andersen, overlæge, dr.med.
formand for DPS
FAC Hillerød, pæd. afd.

Til Sundhedsstyrelsen.

Som meddelt i brev af d. 27.2.81 til specialistanævnet afholdt Dansk Pædiatrisk Selskab ekstraordinær generalforsamling d. 3. april 1981, hvor specialistuddannelsen i pædiatri drøftedes.

Med hensyn til kriterier for de pædiatriske afdelingers uddannelsesmæssige placering vedtog man at anbefale følgende:

- 1) Alle pædiatriske afdelinger med selvstændig stab kan godkendes til introduktionsuddannelsen, dog bør kun 6 måneders ansættelse på højt specialiserede afdelinger godkendes.
- 2) Pædiatriske afdelinger med mindst 1 overlæge, mindst 2 l. reservelæger og selvstændigt vagtberedskab i alle vagtlag kan godkendes til l. reservelægeuddannelse, dog kan 6 måneders ansættelse ved de pædiatriske afdelinger, der ikke opfylder disse kriterier eller 6 måneders ansættelse ved højt specialiserede afdelinger godkendes.

Herefter vil følgende sygehuses pædiatriske afdelinger opfylde kriterierne for, at hele l. reservelægeuddannelsen kan foregå der:

Esbjerg, Fuglebakken, Gentofte, Glostrup, Herning, Hillerød, Kolding, Næstved, Odense, RH, afd. G, Roskilde, Sundby, Viborg, Ålborg Nord, Århus Kommunehospital.

På følgende sygehuses pædiatriske afdelinger vil kun 6 måneders l. reservelægetid kunne godkendes:

Hjørring, Holbæk, Nykøbing Falster, Randers^{x)}, RH, CP-klinik, RH, afd. GN, RH, socialpæd. amb., RH, afd. TG, Slagelse, Sønderborg.

Man vil anbefale, at følgende kriterier anvendes om 3-4 år:

- 1) Med hensyn til introduktionsuddannelsen indføres ingen ændringer.
- 2) Med hensyn til l. reservelægeuddannelsen godkendes pædiatriske afdelinger med mindst 2 overlæger, mindst 2 l. reservelæger og selvstændigt vagtberedskab i alle vagtlag, dog kan 6 måneders ansættelse ved de pædiatriske afdelinger, der ikke opfylder disse kriterier

^{x)} Randers er siden flyttet op i den første gruppe

eller 6 måneders ansættelse ved højt specialiserede afdelinger godkendes.

Ny liste bør udarbejdes i 1985.

Følgende overgangsbestemmelser foreslås:

- 1) Den børnepsykiatriske uddannelse bør, indtil der bliver oprettet rotationsstillinger indeholdende 6 måneders ansættelse ved børnepsykiatrisk afdeling, kunne erhverves ved deltagelse i kursus i børnepsykiatri, som det hidtil har været tilfældet.
- 2) De første 4 år efter ordningens ikrafttrædelse kan læger, der på ikrafttrædelsestidspunktet er kvalificeret til kursusstilling, få adgang til det teoretiske kursus, således at antallet af deltagere i det teoretiske kursus bliver større end 8.
- 3) Læger, som har gennemgået kursus, skal i de første 4 år efter den nye ordnings ikrafttrædelse have mulighed for at færdiggøre deres uddannelse efter den nugældende ordning.

Med venlig hilsen

Else Andersen, Overlæge, dr.med.
formand for DPS
FAC Hillerød, pæd. afd.

MARKEDSFØRING AF MODERMÆLKSERSTATNINGER af Bent Friis-Hansen.

Sundhedsstyrelsen havde sendt selskabet det omtalte dokument til udtalelse. Bestyrelsen svarede følgende, der er skrevet af Bent Friis-Hansen:

Det fremsendte dokument fra WHO: Infant and Young Child Feeding. Draft international code of marketing of breast milk substitutes. Reported by the director general (10. December 1980) er vist 3. eller 4. revision, som skal vedtages ved det kommende World Health Assembly.

I dette dokument søger man at fremsætte regler for markedsføring af modermælkserstatninger. Babymad og anden form for tilskudskost omfattes imidlertid ikke af disse regler.

Hele problemet om salg af modermælkserstatninger er en vanskelig og speget affære, der accentueredes omkring 1974, da en gruppe i England udsendte "War On Want" pjecer: The Baby Killer. Baggrunden for dette skridt var, at man i U-landene gennem nogle år med stigende bekymring havde set, at reklamefremstød for modermælkserstatninger medvirkede til at give disse præparater en farlig udbredelse og prestige, idet man ved annoncering lokkede mødre til at opgive brysternæring og starte kunstig ernæring, som de ikke havde gnist af chance for at gennemføre, hverken af økonomiske eller hygiejniske grunde. En dåse mælkepulver kan således let koste ligeså meget, som man har til at købe mad til resten af familien for, og erfaring viste også, at når sutteflaskerne ikke blev gjort ordentligt rene, hvad der sjældent var tilfældet, virkede de som en tidsindstillet bombe, der før eller senere ville give barnet en alvorlig gastroenteritis, som hos et i forvejen underernæret barn, ofte vil have dødeligt forløb.

En vigtig årsag til hele denne diskussion er at U-landene oven i deres øvrige vanskeligheder har kolosale problemer p.g.a. den stigende overbefolkning i landdistrikterne. Folk må derfor flytte ind til byernes slumkvarterer, hvor der ikke er mulighed for ordentlig levevis.

I mange af tilfældene må mødre derfor kort efter fødslen gå ud og arbejde, for overhovedet at tjene til livets ophold, og de må derfor ofte overlade pasningen af nyfødte spædbørn til ældre søskende, der naturligvis kun har mulighed for at give barnet kunstig ernæring, medens moderen er borte. U-landene kan derfor ikke undvære modermælkserstatninger, og denne håbløse

situation kan man desværre ikke afhjælpe ved helt at forbyde disse præparater. Derfor er det af afgørende betydning at begrænse brugen, og ikke at give kunstig ernæring unødigt prestige.

Dette resulterede blandt andet i den kendte retssag mod Nestle i 1978, som firmaet imidlertid vandt. Samtidig begyndte WHO at arbejde med problemet og industrien lavede deres egne retningslinier, ved at danne en organisation ICIFI (International Council of Infant Food Industries), der lagde restriktioner for avertering, og anden markedsføring af modernælkserstatninger. Dette var imidlertid frivilligt, og reglerne blev svækket af at ikke alle producenter ville tilslutte sig ICIFI.

Diskussionen er nu atter blusset op jævnfør korrespondance i Ugeskriftet og i The Lancet, hvoraf kopier vedlægges.

I Sverige havde børnelægerne udarbejdet nogle udmærkede og sobre regler for markedsføring i Sverige, som blev offentliggjort i 1977.

Her i landet har WHO's udkast været diskuteret ved et møde mellem industri og ernæringsfolk sidste forår arrangeret af DANIDA.

Den store vanskelighed er, at det er svært, for ikke at sige umuligt, at finde frem til retningslinier, der på en gang dækker, og beskytter mødrene i den 3. verden, og samtidig kan anses for rimelig i industrilandene.

Man må i denne forbindelse ikke glemme, at de fremragende modernælkserstatninger, der står til rådighed i dag, og som er udviklet i samarbejde mellem industri og børnelæger, vel er en vigtig årsag til den lave spædbarns mortalitet, og den ringe frekvens af kroniske dyspepsier vi har i dag. Denne sygdom, som tidligere fyldte børnehospitalerne, ses nu kun meget sjældent.

Her på Rigshospitalet forbød vi allerede for en halv snes år siden enhver form for uddeling af reklamer om modernælkserstatning, gavekurve etc. På den anden side må man sige at mange af de brochurer, som firmaerne har publiceret, såsom "bogen om amning", og "Retningslinier for spædbørnsernæring" etc. etc. gør stor nytte, da de på en udmærket måde redegør for retningslinier ved både amning og kunstig ernæring. Men disse brochurer må naturligvis ikke udsendes direkte til alle gravide eller nybagte mødre.

Det springende punkt i WHO's dokument er nok, at man fremhæver, at enhver form for oplysningsarbejde under firmanavn ikke må være tilladt. Selvom dette vil være rimeligt for U-landene og nok vanskeligt at gennemføre, kan det måske være u hensigtsmæssigt i I-landene.

Til slut et privat hjertesuk: Så længe vi bor i et barbarisk land, der tvinger mødrene tilbage til arbejde efter 3 måneders barselsorlov, kan man ikke forvente at mødrene skal amme deres børn i 6 måneder. Det er derfor nødvendigt at vi har gode modermælkserstatninger, og den danske Sundhedsstyrelse anbefaler da også direkte brugen af disse præparater.

Som svar for WHO vil jeg derfor foreslå at man udtaler, at man i princippet varmt støtter WHO's arbejde, men måske kan nære tvivl om hvorvidt de foreslåede retningslinier er omfattende nok til brug i U-landene.

Det foreliggende udkast er imidlertid et vigtigt skridt fremad, og meget vil afhænge af om reglerne vil blive administreret på en fornuftig måde, både i I- og U-landene.

ORDINÆR GENERALFORSAMLING d. 4. SEPTEMBER 1981

Dagsorden:

- 1) valg af dirigent
- 2) formandsberetning
- 3) beretning fra udvalgene:
specialistnævnets tilforordnede, paragraf 14 udvalg, uddannelsesudvalg, diagnoseudvalg, allergiudvalg, onkologiudvalg, vaccinationsudvalg, repræsentanter i foreningen for familieplanlægning, repræsentanter i bestyrelsen for Nordisk Pædiatrisk Forening, repræsentanter i Dansk Medicinsk Selskab.
- 4) valg til udvalg
- 5) fremlæggelse af regnskabet
- 6) valg af bestyrelse
- 7) valg af revisorer
- 8) drøftelse af kriterier for udvælgelse af læger til undervisningsstillingerne
- 9) drøftelse af udkast fra allergiudvalget vedr. paragraf 14 krav i ekspertområdet pædiatrisk allergologi
- 10) eventuelt.

Formandsberetning 1980-81

DPS mistede et af sine medlemmer, da overlæge, dr.med. Povl Bræstrup døde den 21. februar 1981.

Foreningen har nu 247 medlemmer. I det forløbne år har 17 søgt om optagelse i selskabet. 1 er udmeldt.

Efter generalforsamlingen den 5.9.80 konstituerede bestyrelsen sig med Hans Jørgen Andersen som næstformand, Jens Løchte (repræsentant for DBO) som kasserer, Niels Christian Christensen som videnskabelig sekretær og redaktør af årbogen, Henrik Verder (repræsentant for yngre pædiatere) som faglig sekretær og undertegnede som formand.

I 1980-81 har der været afholdt 9 møder. De 4 var temamøder. Mødet vedrørende myelomeningocele den 7.-8.11.80 med professor Lorber som gæst var tilrettelagt i samarbejde med Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Urologisk Selskab, Dansk Ortopædisk Selskab og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi.

Bestyrelsen takker de kolleger, som havde tilrettelagt temamøderne og takker specielt Vagn Holm og Mogens Fjord Christensen for et festligt og godt vårmøde i Herning d. 23.-24.5.81. D. 18.-20.3.81 gennemførte uddannelsesudvalget et efteruddannelseskursus i profylakse på Hindsgavl.

Speciallægeuddannelsen er blevet drøftet ved ekstraordinære generalforsamlinger i selskabet d. 5.12.80 og d. 3.4.81. Endvidere i Sundhedsstyrelsen d. 26.1.81 mellem repræsentanter fra specialistnævnet og DPS.

Der vil formentlig blive oprettet 8 undervisningsstillinger på 7 landsdelsafdelinger, fordelt med 2 stillinger på RH og 1 på hver af de øvrige landsdelsafdelinger.

Antallet af undervisningsstillinger vil efter aftale med specialistnævnet kunne øges efter behov.

På specialistnævnets foranledning har bestyrelsen i samarbejde med uddannelsesudvalget og i kontakt med landsdelsafdelingerne udarbejdet beskrivelse af indholdet af undervisningsstillingerne på landsdels- sygehusene samt beskrevet den postgraduate kliniske lektors opgaver ved undervisning af læger i uddannelsesstillingerne.

Beskrivelserne er sendt til Sundhedsstyrelsen og vil blive trykt i årbogen 1980-81.

Efter den ekstraordinære generalforsamling d. 3.4.81, hvor man drøftede kriterier for de pædiatriske afdelingers uddannelsesmæssige placering samt overgangsbestemmelser, sendte man efter anmodning fra Sundhedsstyrelsen d. 22.4.81 følgende svar:

// 1) Alle pædiatriske afdelinger med selvstændig stab kan godkendes til introduktionsuddannelsen, dog bør kun 6 måneders ansættelse på højt specialiserede afdelinger godkendes.

2) Pædiatriske afdelinger med mindst 1 overlæge, mindst 2 l. reservelæger og selvstændigt vagtberedskab i alle vagtlag kan godkendes til l. reservelægeuddannelse, dog kan 6 måneders ansættelse ved de pædiatriske afdelinger, der ikke opfylder disse kriterier eller 6 måneders ansættelse ved højt specialiserede afdelinger godkendes.

Herefter vil følgende sygehuses pædiatriske afdelinger opfylde kriterierne for, at hele l. reservelægeuddannelsen kan foregå der:

Esbjerg, Fuglebakken, Gentofte, Glostrup, Herning, Hillerød, Kolding, Næstved, Odense, RH, afd. G, Roskilde, Sundby Viborg, Ålborg Nord, Århus Kommunehospital.

På følgende sygehuses pædiatriske afdeling vil kun 6 måneders l. reservelægetid kunne godkendes:

Hjørring, Holbæk, Nykøbing Falster, Randers, RH, CP-klinik, RH, afd. GN, RH, socialpæd. amb., RH, afd. TG, Slagelse, Sønderborg.

Man vil anbefale, at følgende kriterier anvendes om 3-4 år:

1) Med hensyn til introduktionsuddannelsen indføres ingen ændringer.

2) Med hensyn til l. reservelægeuddannelsen godkendes pædiatriske afdelinger med mindst 2 overlæger, mindst 2 l. reservelæger og selvstændigt vagtberedskab i alle vagtlag, dog kan 6 måneders ansættelse ved de pædiatriske afdelinger, der ikke opfylder disse kriterier eller 6 måneders ansættelse ved højt specialiserede afdelinger godkendes.

Ny liste bør udarbejdes i 1985.

Følgende overgangsbestemmelser foreslås:

- 1) Den børnepsykiatriske uddannelse bør, indtil der bliver oprettet rotationsstillinger indeholdende 6 måneders ansættelse ved børnepsykiatrisk afdeling, kunne erhverves ved deltagelse i kursus i børnepsykiatri, som det hidtil har været tilfældet.
- 2) De første 4 år efter ordningens ikrafttrædelse kan læger, der på ikrafttrædelsestidspunktet er kvalificeret til kursusstilling, få adgang til det teoretiske kursus, således at antallet af deltagere i det teoretiske kursus bliver større end 8.
- 3) Læger, som har gennemgået kursus, skal i de første 4 år efter den nye ordnings ikrafttrædelse have mulighed for at færdiggøre deres uddannelse efter den nugældende ordning.

//

Kriterier for udvælgelsen af læger til undervisningsstillinger har ved flere lejligheder været berørt.

Emnet skal drøftes nærmere på generalforsamlingen.

Ved mødet i Herning, hvor man drøftede pædiatriens fremtid, foreslog Melchior, at man overvejede at nedsætte et udvalg til drøftelse af pædiatriens fremtid. Generalforsamlingen bedes tage stilling hertil.

I den enquete, Thamdrup foretog om forældres overnatning og bespisning på de pædiatriske afdelinger, bemærkede Lillquist, at der er behov for en mere ensartet holdning, og at det ville være velkomment, hvis DPS angav en officiel holdning til dette problem og evt. ridsede nogle forslag og principper op, som der kunne skabes enighed om på landets pædiatriske afdelinger.

I maj 1980 drøftedes ved The World Health Assembly regler for markedsføring af modermælkserstatninger.

WHO havde forinden udbedt sig DPS' indstilling. B. Friis-Hansen formulerede svaret, som vil blive trykt i Årbogen 1980-81. I brevet støtter man WHO's synspunkt, der bl.a. går ud på, at begrænse reklameringen for modermælkserstatning uden for fagkredse.

Sundhedsstyrelsens planlægnings- og visitationsudvalg har i skrivelse af 12. marts 1981 meddelt, at man vil inddrage pædiatrisk eksper-

tise, i det omfang der bliver tale om udarbejdelse af visitationsretningslinier for børn med maligne sygdomme.

FAS har den 28.3.81 afholdt møde for repræsentanter for de videnskabelige selskaber og speciallægeorganisationerne vedrørende det centrale råd for lægers videreuddannelse, FAS' position i det europæiske speciallæge samarbejde, de nye specialistregler og stabsopbygningsudvalgets forslag.

Referat i Ugeskrift for Læger nr. 19, 20, 21, 22 1981.

B. Friis-Hansen repræsenterede DPS ved IPA's møde i Barcelona september 1980.

Jens Løchte repræsenterede DBO og DPS ved CESP's møde i Torino maj 1981.

Bestyrelsen har indmeldt DPS i Nordisk Forening for Syge Børns Behov. Foreningen blev startet i 1980.

Enqueten vedrørende DPS' møder blev besvaret af 78 medlemmer ud af 247.

Flertallet foretrak at bevare den nuværende mødeform.

Niels Christian Christensen takkes for arbejdet med redigering af årbogen 1979-80.

Else Andersen

BERETNING FRA UDDANNELSESUDVALGET 1980/81

I kursus 80/81 deltog 12 kursister i de 4 obligatoriske kurser. Der afvikledes 4 valgfri kurser: i lungesygdomme (udsat fra 79/80), cardiologi (18 kursister), endokrinologi (18 kursister) og socialpædiatri (15 kursister).

Der var deltagelse i Sundhedsstyrelsens integrerede kurser i klinisk farmakologi og klinisk mikrobiologi som planlagt.

Til kursus 81/82 forelå 19 ansøgninger, og Udvalget optog 10 kursister, som bestemt ved generalforsamlingen, idet de, der ikke havde a-ansættelse, mindst 18 mdr. pædiatri og mindst 30 mdr. ansættelse udenfor specialet, ikke kom i betragtning. Herudover så man på længden af den pædiatriske ansættelse og videnskabelig og anden indsats.

I 1981/82 gennemføres de 4 obligatoriske kurser, 4 valgfri kurser nemlig neurologi, gastro-enterologi, ernæring og nyrer og urinveje, og der er deltagelse i Sundhedsstyrelsens integrerede kurser i immunologi og hæmatologi.

Andre kurser: Udvalget har bl.a. godkendt deltagelse i svenske specialistkurser f.eks. pædiatrisk klinisk fysiologi, som ækvivalerende med deltagelse i valgfrit kursus.

Efteruddannelseskursus: planlagte efteruddannelseskursus i profylakse blev afholdt efter planen på Hindsgavl 18.-21.3. 1981. Der var problemer med økonomien, men det lykkedes at få regnskabet til at balancere. Kursus var forholdsvis kort, og det har været kritiseret i evalueringerne, men i øvr. må kurset vist betegnes som en succes, bedømt ud fra kursisternes evaluering. Det er ønsket af mange, at et sådant efteruddannelseskursus bliver en tilbagevendende begivenhed f.eks. hvert andet år, og nye emner er under overvejelse i Udvalget.

Kursusledermøde har været afholdt i januar 81 med deltagelse af Friis-Hansen og Knud Pedersen og omfattende: teoriudvalgets arbejde, referat af tværfaglige kurser, kommende integrerede kurser, administrationscirkulærer, økonomi og budget, kursuskatalog og "klippekortsystem", evaluering og praktiske problemer.

Ny speciallægeuddannelse: denne har været drøftet ved forskellige lejligheder: Uddannelsesudvalgets oplæg til den ekstraordinære gene-

ralforsamling 5.12.80 blev vedtaget med 10 kursister pr. år indtil Sundhedsstyrelsens afgørelse om antallet af kursusstillinger foreligger.

Kriterier for udvælgelse af a-kursister fra 1981 blev vedtaget og anvendt som ovenfor anført.

Selskabets repræsentanter har holdt møde med Specialistnævnet i Sundhedsstyrelsen 26.1.81, og der blev her anbefalet 8 pædiatriske undervisningsstillinger. Disse er senere fastlagt efter aftale med de nuværende a-afdelinger. Herudover er en nærmere beskrivelse af introduktionsuddannelsen, 1. reservelægeuddannelsen og undervisningsstillingerenes indhold drøftet på møder, og undervisningsstillingerenes indhold og den postgraduate lektors funktion er formuleret i et forslag til Specialistnævnet ud fra en tidligere betænkning om uddannelse i pædiatri fra 1972.

Ved ny ekstraordinær generalforsamling 3.4.81 vedtoges kriterier for klassifikation af afdelinger og overgangsbestemmelser, hvorimod diskussion af fremgangsmåden ved udvælgelse af læger til undervisningsstillinger blev udsat til den ordinære generalforsamling. De tilforordnede til Specialistnævnet, repræsentanter for §14 udvalget, Uddannelsesudvalget og Bestyrelsen søger ved et møde i august at udarbejde et oplæg til diskussion af dette.

Kapacitet i pædiatri: De sædvanlige tabel I og II er søgt ajourført (evt. korrektioner modtages). Enkelte afdelinger, væsentligst i København, er blevet nednormeret, en enkelt afdeling udenfor København er blevet opnormeret, alt i alt er der lidt færre pædiatriske senge.

Der er 3 nynormerede overlægestillinger, men kun 1 ny 1. reserve-lægestilling og 1 ny reservelægestilling (afdelingen i Hjørring er ikke medregnet i disse tal).

16.7.81

Knud Pedersen

Tabel I

Antallet af afdelinger, sengepladser og stillinger på pædiatriske afdelinger august 1981.

Afdelinger	Senge	O	R _I	r
<u>a-afdelinger</u>				
Rigshospitalet, G	77	8	6	9
Børnehospitalet på Fuglebakken	84	3	5	9
KAS Gentofte	96	2	4	8
Odense	67	3	4	4
Århus KH	84	3	4	4
Ålborg SH nord	105	3(+1)	3	8

<u>b-afdelinger</u>				
Sundby Hospital	50	1	2	5
KAS Glostrup	82	4	4	7
Hillerød	107	3	4	7
Næstved	54	1	2	4
Kolding	52	2	3	4
Randers	27	2	1	3
Herning	65	3(+1)	3(+1)	4
Viborg	50	1	2	5(+1)
Roskilde	41	1	2	6

<u>d-afdelinger</u>				
Rigshospitalet, GN	38	1	2	5
Rigshospitalet, TG	30	1	2	6
Slagelse	32	1	2	2
Nykøbing F.	30	2	0	2
Esbjerg	57	1	2	4
Holbæk	46	1	2	2
Sønderborg	46	2(+1)	2	2
Hjørring	23	1	1	3

TABEL II

Sumtal over antallet af afdelinger, sengepladser og stillinger på pæ-
diatriske afdelinger i København og provinsen august 1981.

Afdelinger	Senge	O	R _I	r
a-afd.				
København	257	13	15	26
resten	256	9	11	16
hele landet	513	22	26	42
b-afd.				
København	132	5	7	12
resten	396	13	17	33
hele landet	528	18	24	45
d-afd.				
København	68	2	4	11
resten	234	8	9	15
hele landet	302	10	13	26
a + b + d-afd.	1343	50	63	113

Rotationsstillinger er ikke udspecificerede.

BERETNING FRA ONKOLOGIUDVALGET

Udvalget har i det forløbne år vedtaget:

- 1) En ensartet behandling for alle børn med Wilms tumor, idet børnene tilsluttes det terapeutiske trial og det prospektive studium om nefroblastomer (SIOP 6) under International Society og Pediatric Oncology. Sagen er sendt til godkendelse i den videnskabetiske komite for Københavns Kommune.
- 2) En fælles nordisk registrering af børn med maligne sygdomme, idet eet center i hvert land tager sig af indsamlingen af oplysningerne for det enkelte land, mens den statistiske bearbejdelse på nordisk plan efterfølgende vil foregå i Oslo for de solide tumores vedkommende og i Uppsala for leukæmiernes vedkommende.
- 3) At tilslutte sig et fælles nordisk sæt af definitioner for risikogrupper ved ALL.
- 4) At tilslutte sig et fælles nordisk behandlingsoplæg for børn med akut lymfoblastær leukæmi i standard risiko gruppen. Der foregår fortsat bestræbelser på at opnå enighed om behandlingen af de øvrige risikogrupper, i første omgang indenfor Danmark.
- 5) At tilslutte sig en fælles nordisk efterundersøgelse af børn med medulloblastom som er planlagt igangsat ved årsskiftet 1981/82.

Ved to nordisk pædiatrisk-onkologiske møder i København i henholdsvis januar og maj 1981 er det vedtaget at søge de nationale selskabers samtykke til dannelsen af en nordisk pædiatrisk onkologisk forening, hvis formelle stiftelse er planlagt at skulle finde sted i Trondheim april 1982.

H. Hertz

REGNSKAB FOR PERIODEN 1.8. 1980 - 31.7. 1981

Indtægter:

Kontingenter.....55.480

Udgifter:

Administration.....12.285
Rejse- og mødeudgifter.....5.650
Udgifter vedr. foredrag.....2.290
Gaver og blomster.....152
Kontingenter.....1.932
Udgifter årbog.....10.302
Annonceindtægter.....10.000

Indtægter vårmøde.....18.354
udgifter.....16.902 -1.452

Udgifter myelomeningocelomødet.....11.979
Indtægter.....9.460 2.519

Tilskud til uddannelsesudvalget.....15.000
Andre udgifter.....719 39.397

Overskud før renter.....16.083
Renteindtægter.....1.767
Samlet overskud.....17.850

Formue 1.8. 1980:

Kasse og giro.....14.935
Københavns Handelsbank 4720-658631.....16.301
Skyldige omkostninger.....-1.000 30.236

Overskud for året 1980/81.....17.850
Formue 31.7. 1981.....48.086

Som specificeres således:

Girobeholdning.....16.525
Københavns Handelsbank 4720-658631.....32.361
Skyldige omkostninger.....- 800 48.086

Referat af generalforsamlingen i DPS d. 4. september 1981.

Ref.: H. Verder

Pærregaard blev valgt til dirigent.

Enkelte punkter af formandsberetningen, som var udsendt i forvejen blev kommenteret af Else Andersen.

1. Bestyrelsen havde fundet det rimeligt, at hele første reservelæge-uddannelsen kunne foregå på Randers børneafdeling. Ingen havde kommentarer til dette punkt. Dette er meddelt Sundhedsstyrelsen.
2. Som foreslået af Melchior i Herning blev bestyrelsen opfordret til at formulere et kommissorium for et udvalg til drøftelse af pædiatriens fremtid. Der var ingen protester mod forslaget. Flere talere støttede. Niels Michelsen mindede om, at det var vigtigt også at medtage pædiatrien udenfor "murene". Foruden at formulere udvalgets kommissorium fik bestyrelsen også mandat til at udarbejde udvalgets sammensætning.
3. Vedr. en fælles holdning overfor overnattende forældre på børneafdelinger havde Thamdrup formuleret følgende:
"Et hospitalsophold er især for mindre børn en betydelig psykisk belastning. Der bør derfor være fri besøgstid på afdelinger, hvor børn indlægges. Der bør endvidere være mulighed for at en af forældrene kan overnatte på afdelingen, specielt hvis det drejer sig om små børn, meget angstelige eller meget syge børn.
På pædiatriske afdelinger bør der være rimelige pladsmæssige faciliteter for evt. overnattende forældre, og der bør være mulighed for, at overnattende forældre kan få kost på hospitalet, evt. mod en rimelig betaling. Overnattende forældre bør medregnes i afdelingens belægning". Ingen gik imod forslaget. Vesterdal anførte, at forslaget kun kunne være en rekommandation for selskabet, anbefalede også ordlyden. Thamdrup anførte, at denne fælles formulering fra DPS måske kunne være en hjælp for flere afdelinger overfor sygehusadministratorer og politikere, når

ordningen skulle indføres.

4. Else Andersen nævnte herefter indholdet i et brev fra Zachau-Christian-
sen til bestyrelsen:

Pædiatri bør være obligatorisk ved uddannelsen til praktiserende læge og der foreslås en henvendelse til Sundhedsstyrelsen. Else Andersen nævnte yderligere at bestyrelsen har sendt et brev til specialistnævnet og anbefalet, at pædiatri bør indgå i uddannelsen til alment praktiserende læge.

Vesterdal gjorde opmærksom på, at det tidligere har været drøftet i selskabet og at det var opgivet af kapacitetsmæssige grunde. Else Andersen anførte, at der nu var mulighed for at klare nogle af disse problemer i forbindelse med løsningen af den nye overenskomst for yngre læger.

Der blev ikke vedtaget noget på dette punkt, men det må herefter være op til bestyrelsen at gå videre med dette.

Melchior fik herefter ordet til et par bemærkninger angående uddannelse. Melchior har i nogle år siddet i Det Europæiske Fællesråd angående Lægeuddannelsen. Gjorde opmærksom på, at man var blevet uenige om regler, når det drejer sig om lægeuddannelse udenfor ens eget land. "Den enkelte læge bør inden udrejsen sikre sig hvilke krav, der stilles m.h.p. hans specialistuddannelse".

For 1½ år siden var man endvidere blevet enige om, at det var muligt at uddanne sig til specialist på deltidbasis. Det burde dog ikke være hovedreglen og hele uddannelsen måtte (helst) ikke være på deltidbasis. Denne regel var indført specielt for at imødekomme italienernes krav. Om det sidste vil få betydning i Danmark er vel et spørgsmål.

- 1) Herefter fulgte beretningerne fra udvalgene, idet beretningen fra børneallergiudvalget dog blev behandlet senere. De fleste udvalg havde udsendt beretningerne i forvejen. Vesterdal kunne fra diagnoseudvalget meddele, at man længe havde ventet på nyt diagnoseindex fra WHO, men da man nu var blevet klar over, at listen først kunne foreligge i 1990, var det

klart for udvalget, at man nu måtte igang med korrektioner.

Vaccinationsudvalget kunne meddele, at man fra Indenrigsministeriet ventede på nyt angående rubella-vaccination og havde fremsendt et debatoplæg til Ugeskriftet vedr. morbilli-vaccination. Man var også ifærd med at diskutere kontraindikationer mod pertussis-vaccination.

I Nordisk Pædiatrisk Forening vil Friis-Hansen træde tilbage i 1982. Man blev enige om at skrive til Kildeberg i Odense, om Kildeberg eller Kamper skulle være foreningens repræsentant. Det blev foreslået, at Nordisk Pædiatrisk Kongres finder sted i 1991 i Odense.

2) Følgende udvalg blev genvalgt uændret:

§-14 udvalgene, specialistnævnets tilfornordnede i pædiatri, diagnoseudvalget, allergiudvalget, onkologiudvalget, vaccinationsudvalget og selskabets repræsentanter ved Dansk Medicinsk Selskabs Repræsentantskab og ved Foreningen for Familieplanlægning.

3) Kassereren uddelte herefter regnskabet, som er godkendt af revisorerne. Regnskabet blev godkendt.

4) Herefter fulgte valg af bestyrelse:

Else Andersen og Niels Chr. Christensen trådte tilbage. Hans Jørgen Andersen, Jens Løchte og Henrik Verder blev genvalgt, og Vagn Holm og Brock Jacobsen blev nyvalgt. Bestyrelsen har senere konstitueret sig med Hans Jørgen Andersen som formand, Vagn Holm som næstformand, Brock Jacobsen som videnskabelig sekretær, Jens Løchte som kasserer og Henrik Verder som faglig sekretær.

5) Vesterdal og Pærregaard blev genvalgt som revisorer.

6) Herefter blev kriterierne for udvælgelse af læger til uddannelsesstillingerne gennemdrøftet. Knud Petersen havde på forhånd udsendt et oplæg (se side). Det blev vedtaget, at uddannelsesudvalget skal bestå af 4 overlæger fra afdelinger, der er godkendt til undervisningsstillinger,

1. reservelægeansættelse eller introduktionsuddannelse, samt 4 yngre læger. Herudover skulle kursuslederen være fast medlem af udvalget. Jens Hertel trådte tilbage fra udvalget og i stedet blev som yngre-læge-repræsentant Carsten Heilmann indvalgt. Som nyvalgt yngre medlem blev Birgitte Djernes indvalgt.

Det udsendte oplæg til procedure for udvælgelse til uddannelsesstillingerne blev vedtaget med små modifikationer:

vedr. punkt 2: Stillingerne skal opslås 1.4.

vedr. punkt 5: Ansøgningen skal fremsendes til sygehuse man ansøger på og samtidig til uddannelsesudvalget.

vedr. punkt 7: Uddannelsesudvalget skal være repræsenteret ved et medlem.

Punkt 8 og 9 ombyttes.

Melchior anførte, at det var en absolut nødvendighed at de yngre læger blev i undervisningsstillingerne hele året. Knud Petersen svarede, at der fulgte retningslinier fra Sundhedsstyrelsen.

Det blev drøftet, om der skulle være en ankeinstans (en slags ombudsmand) i forbindelse med udvælgelsen til uddannelsesstillingerne. Der var overvejende stemning for, at en sådan instans ikke skulle eksistere. I tvivlstilfælde kunne man kontakte DPS's bestyrelse.

Det er fortsat usikkert, hvorledes stilling som klinisk assistent skal tælle i kvalifikationsbedømmelsen.

- 7) Herefter blev den pædiatriske allergologi diskuteret. Jørgen Bent Andersen forelagde et revideret udkast. Allergologigruppen foreslår, at pædiatrisk allergologi bliver et ekspertområde, der formentlig skal drives på omkring 10 forskellige ambulatorier rundt omkring i landet. Hvilke steder det skal være har man ikke taget stilling til, og der er heller ikke gjort overslag over hvor mange læger, der skal uddannes. Det er klart at de privat praktiserende pædiatere også skal have uddannelse i børne-

allergologi. Udvalget foreslog som vejledende krav i ekspertområdet pædiatrisk allergologi:

1. Specialistanerkendelse i pædiatri.
2. 24 måneders R_I-tid på en udpeget afdeling med allergologi som speciale.
3. 6 måneder på et allergologisk laboratorium.

Det blev af Vesterdal og Knud Petersen samt Jørgen Bent Andersen diskuteret om det var overlægekrav eller andre krav man opstillede, men der var enighed om, at det måtte være §-14-krav. Forslaget blev i princippet godtaget. Haahr foreslog dog, at man kunne stryge 12 måneder af 1. reservelægetiden, som i stedet for kunne tages under den almene uddannelse i pædiatri.

Else Andersen foreslog til slut, at Jørgen Bent Andersen udformede udkast til et brev til Sundhedsstyrelsen, og at den endelige udformning skulle finde sted i samarbejde mellem allergiudvalget og bestyrelsen.

- 8) Som sidste punkt på generalforsamlingen stod eventuelt.

Kirsten Lee foreslog, at selskabet skrev til Indenrigsministeriet for at gøre opmærksom på, at nye skolelægestillinger burde besættes med pædiatere. Forslaget blev bakket op af forsamlingen.

Til slut takkede Løchte Else Andersen og Niels Chr. Christensen for deres indsats.

Vedr. kriterier for ansættelse i uddannelsesstillinger og procedure for udvælgelsen.

På et møde afholdt 14.8.81 blev repræsentanter for bestyrelsen, uddannelsesudvalget, §-14 udvalget og speciallægenævnets tilfornordnede enige om at foreslå følgende til generalforsamlingen, dagsordenens punkt 8.

Undervisningsstillingerne skal formentlig besættes pr. 1.9.82 for første gang, og det er vedtaget, at der skal være 8 stillinger på Rigshospitalet (2), børneafdelingerne i Gentofte og Glostrup, Børnehospitalet på Fuglebakken, børneafdelingerne i Odense, Århus og Aalborg.

Følgende procedure for udvælgelse til undervisningsstillingerne foreslås:

- 1) Stillingerne opslås ledige i eet opslag, som nævner samtlige afdelinger.
- 2) Stillinger opslås ledige pr. 1.9.
- 3) Ansøgningerne skal i prioriteret rækkefølge indeholde oplysninger om ved hvilke afdelinger, ansættelse søges.
- 4) Ansøgningerne udformes individuelt, men ansøgerne bedes udfylde et specielt ansøgningsskema, der fås fra uddannelsesudvalget.
- 5) Ansøgningerne indsendes i 8 eksemplarer til Dansk Pædiatrisk Selskabs uddannelsesudvalg.
- 6) Ansøgningerne vurderes primært af uddannelsesudvalget, der prioriterer ansøgerne i grupperne "velkvalificerede", "kvalificerede" og "ikke kvalificerede" i henhold til nedenstående kriterier.
- 7) Den endelige udvælgelse foretages på et fællesmøde, hvori deltager en overlæge fra hver af de afdelinger, der har undervisningsstillinger, og hvor uddannelsesudvalget er repræsenteret.
- 8) De enkelte administrerende overlæger udarbejder indstillingerne efter gældende regler og fremsender dem til de respektive sygehusadministrationer.

- 9) Hver sygehusadministration modtager kopi af samtlige ansøgninger til det pågældende sygehusvæsen.
- 10) Den under punkt 6 nævnte vurdering, betragtes som rådgivende og anfægter ikke overlægerens indstillingsret eller sygehusvæsenets ret til at besætte ledige lægestillinger. Det er en forudsætning, at alle a-afdelingerne deltager i ordningen.
- 11) Vurderingen, nævnt i punkt 6, er konfidentiel, ikke tilgængelig for administrationen. Ansøgerne informeres fra uddannelsesudvalgets side om antal af ansøgere og fordeling af ansøgere på velkvalificerede, kvalificerede og ikke kvalificerede samt orienteres om ansøgerens egen placering indenfor disse kategorier.
- 12) Følgende kriterier anvendes af uddannelsesudvalget ved ovennævnte kvalifikationsbedømmelse:

A-kriterier (minimumskrav for kvalifikation)

- 1) 30 mdr. anættelse udenfor specialet, heri 6 mdr. intern medicin og 6 mdr. kirurgi.
- 2) 18 mdr. ansættelse på pædiatrisk afdeling, således at der heri indgår 12 mdr. introduktionsuddannelse.

Disse minimumskriterier skal være opnået inden 1.9. hvor ansættelsen og kursus starter.

Ved opdelingen i velkvalificerede og kvalificerede anvendes:

B-kriterier: Kursisterne udpeges ud fra en samlet vurdering af den enkeltes kvalifikationer.

I første række anciennitet i specialet (dog således at ansættelse udover 3 år i specialet ikke nødvendigvis kvalificerer yderligere) og videnskabelig aktivitet.

I anden række pædiatrisk relevant uddannelse i øvrigt (f.eks. børnepsykiatri, U-landspædiatri og ansættelse på institutioner for børn med psykiske og/eller fysiske handicap), uddannelse i andre specialer, som har relation til pædiatri og aktivitetsniveau i øvrigt (kursusdeltagelse, undervisning, studierejser og faglige tillidshverv).

Knud Petersen

Uddannelsesudvalget skal indarbejde de på generalforsamlingen vedtagne ændringer, hvorfor dette må betragtes som foreløbigt.

(red.)

BESTYRELSE, UDVALG m.v. UNDER DANSK PÆDIATRISK SELSKAB OG BESLÆGTEDE
ORGANISATIONER pr. 1.9.81.

Bestyrelse:

Hans Jørgen Andersen (formand), Vagn Holm (næstformand), B. Brock-Jacobsen (videnskabelig sekretær), Jens Løchte (kasserer), Henrik Verder (faglig sekretær).

Uddannelsesudvalg:

K.E. Petersen (formand), B. Friis-Hansen (kursusleder), P.A. Krasilnikoff, J. Kamper, E. Nathan, K. Lee, C. Heilmann, B. Djernes og O. Andersen.

§-14-udvalg:

B. Friis-Hansen med E. Ryssing som personlig suppleant,
J. Vesterdal med E. Thamdrup som personlig suppleant,
N. Hobolth med P. Kildeberg som personlig suppleant.

Specialistnævnets tilforordnede i pædiatri:

B. Friis-Hansen og E. Thamdrup med V. Holm og K.E. Petersen som suppleanter.

Diagnoseudvalg:

J. Vesterdal, H. Sardemann og G. Eg Andersen.

Allergiudvalg:

K. Wilken-Jensen, J.B. Andersen, O. Østerballe, P.A. Østergård og C. Koch.

Onkologiudvalg:

T. Iversen, H. Hertz, J. Vesterdal, J. Christoffersen, J. Kamper og B. Peitersen.

Vaccinationsudvalg:

C. Koch og F. Karup Pedersen.

Medlemmer af bestyrelsen i Nordisk Pædiatrisk Forening:

B. Friis-Hansen, N. Hobolth, P.A. Krasilnikoff og J. Melchior.

Repræsentanter i Dansk Medicinsk Selskabs Repræsentantskab:

J. Melchior, J. Vesterdal og N. Hobolth.

Repræsentanter i Foreningen for Familieplanlægning:

B. Friis-Hansen og K.E. Petersen.

Danske Børnelægers Organisations Bestyrelse:

J. Löchte (formand), P.A. Krasilnikoff og N.Chr. Christensen.

Yngre Pædiateres Bestyrelse:

H. Verder (formand), Ole Andersen, E. Scheibel, P. Uldall, B. Djernes.