

ÅRBOG 1989-90

Redigeret af Karin Brostrøm



DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

FORORD

Årbogen 1989–90 viser den store aktivitet på det videnskabelige område, der har været i selskabet i det forløbne år.

Årbogen rummer som tidligere en del praktiske oplysninger, som har medlemmernes interesse.

Tak til annoncørerne for deres velvillige interesse for årbogen.

Med venlig hilsen

BESTYRELSEN

INDHOLDSFORTEGNELSE

MØDER OG RESUMÉ AF FOREDRAG	Side
621. møde, 6. oktober 1989 BØRNEALLERGOLOGI	9
622. møde, 2. december 1989 JULEMØDE	17
623. møde, 5. januar 1990 CYSTISK FIBROSE	18
624. møde, 3. februar 1990 PERINATAL HJERNESKADE	24
625. møde, 2. marts 1990 FÆLLESMØDE MED DANSK NEUROPÆDIATRISK SELSKAB	35
626. møde, 27. april 1990 VENTRIKELSEPTUMDEFEKT	38
627. møde, 5. maj 1990 VÅRMØDE I GENTOFTE	46
628. møde, 14. september 1990 DEN PÆDIATRISKE SPECIALISTUDDANNELSE I 90'ERNE ORDINÆR GENERALFORSAMLING	57
Fællesmøde for Dansk Selskab for Allergologi og Dansk Pædiatrisk Selskab, 17. marts 1990 CELLER OG MEDIATORER VED DEN ALLERGISKE INFLAMMATION	58
Symposium on Growth and Reproduction, 29. maj 1990	59

BERETNINGER

Formandsberetning 1989-90	60
Beretning fra DANSK PÆDIATRISK SELSKAB's § 14-RÅD	65
- SPECIALISTNÆVNETS TILFORORDNING I PÆDIATRI	65
- UDDANNELSESUDVALGET	66
- AIDS-UDVALGET	67
- ALLERGIUDVALGET	68
- DIAGNOSEUDVALGET	68
- ERNÆRINGSUDVALGET	69
- HÆMATOLOGI- OG ONKOLOGIUDVALGET	69
- INFORMATIONSUDVALGET	70
- KAPACITETS- OG FORDELINGSUDVALGET	70
- NEONATOLOGIUDVALGET	71
- SCREENINGSUDVALGET	71
- U-LANDSUDVALGET	72
- SUNDHEDSSTYRELSENS VACCINATIONSUDVALG	72
- LIPIDGRUPPEN UNDER DANSK CARDIOLOGISK SELSKAB	73

REFERAT

AF GENERALFORSAMLINGEN I DPS

den 14. september 1990 74

KASSEREREN

Regnskab for perioden 04.07.89 til 31.07.90 81

Regnskab for DPS' JUBILÆUMSFOND 83

PROFESSOR TORBEN IVERSENS REJSEFOND FOR YNGRE BØRNELÆGER

VEDTÆGTER 84

NYE MEDLEMMER

I DPS 1989/90 85

ÆRESMEDLEM 87

AFDELINGS/BEMANDINGSLISTE PÅ PÆDIATRISKE AFDELINGER pr. 1. september 1990

..... 88

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

og beslægtede organisationer pr. 1. september 1990

Bestyrelse, udvalg, kommissorier m.v. 89

DIVERSE ORIENTERINGER

Til regeringerne i de lande, der grænser op til Østersøen 92

Vejledende retningslinier for behandling af
hyperbillrubinæmi hos nyfødte børn 94

Forebyggelse af allergi 96

Målbeskrivelse for den pædiatriske
speciallægeuddannelse 98

621. møde - 6. oktober 1989 - Rigshospitalet

Mødeemne: BØRNEALLERGOLOGI

tilrettelagt og ledet af: Ole Østerballe.

Program

1. Dyrnlæge Charlotte Madsen (Levnedsmiddelstyrelsen): **Allergibørn og tilsætningsstoffer.** En undersøgelse fra Levnedsmiddelstyrelsen og Børneafdelingerne i Aalborg, Kolding, Odense og Viborg. Baggrund for undersøgelsen.
2. Gunvor Fuglsang (Børneafdelingen, Viborg): **Allergibørn og tilsætningsstoffer.** Resultater af undersøgelsen.
3. Ove Ramsgaard Hansen og Søren Pedersen (Børneafdelingen, Kolding): **Spirocortbehandling med nebulator eller turbohaler.**
4. Ole D. Wolthers og Søren Pedersen (Børneafdelingen, Kolding): **Knemometriundersøgelse af længdevæksten hos børn med astma bronchiale i peroral steroidbehandling.**
5. Arne Høst, Susanne Halken, Lars Hansen og Ole Østerballe (Børneafdelingerne i Sønderborg, Odense og Viborg): **Hypoallergen modermælkserstatning. Primær profylakse.**
6. Steffen Husby, Arne Høst, Lars Hansen og Ole Østerballe (Institut for medicinsk mikrobiologi Odense Universitet og Børneafdelingerne i Odense og Viborg): **Komælksprotein i human mælk: forekomst og relation til atopi.**
7. Henrik Harving (Lungemedicinsk afdeling Århus Kommunehospital): **Husstøvmideallergi - aktuelle forebyggelsesmetoder. Konsensus rapport fra Dansk Selskab for Allergologi.**

ALLERGIBØRN OG TILSÆTNINGSSTOFFER.

C. Madsen & G. Fuglsang (Levnedsmiddelstyrelsen og børneafdelingerne Aalborg, Kolding, Odense & Viborg).

Der har i flere år været stor offentlig interesse om den mulige skadelige virkning af tilsætningsstoffer i kosten. Den lægevidenskabelige interesse har stået i stærk kontrast til den store bevågenhed, problemet har haft i befolkningen.

Undersøgelsen omfatter børn i alderen 4-15 år, nyhenvist til allergologisk udredning. Formålet med undersøgelsen var at undersøge incidensen af intolerance over for tilsætningsstoffer i kosten hos børn med atopisk lidelse. De tilsætningsstoffer, der indgik i undersøgelsen tilhører grupperne: farvestoffer, konserveringsmidler og aromastoffer.

Efter 14 dages eliminationsdiæt blev børnene provokeret åbent med en blanding af tilsætningsstofferne. Hertil anvendtes to provokationssodavand, der var udviklet specielt til dette projekt.

472 børn indgik i undersøgelsen. Heraf blev 335 provokeret med sodavand på allergiklinikken. Ved positiv reaktion herpå blev de provokeret dobbeltblindt med kapsler. Resultatet viste, at 7% (23/335) reagerede positivt på åben provokation og 2% (6/335) reagerede positivt på blindprovokation. 5-12% af børnene med atopisk dermatitis og 11-22% med urticaria reagerede positivt, mens kun 0-6% og 0-9% blandt henholdsvis patienterne med rhinitis og asthma reagerede positivt. Dette resultat kan få konsekvenser for den fremtidige udredning af børn med atopiske hudsymptomer.

SPIROCORTBEHANDLING MED NEBULATOR ELLER TURBUHALER.

Ove Ramsgaard Hansen & Søren Pedersen, (Børneafdelingen, Kolding Sygehus.)

Det er generelt accepteret, at der er forskellige fordele ved at give inhalationssteroider via spacersystemet. Det er derfor naturligt at sammenligne nye inhalationssystemer med spacersystemet. Budesonide kom august 1989 på en Turbuhaler, og vi har i en dobbeltblindet, dobbeldummy cross-over undersøgelse sammenlignet effekt og bivirkninger af budesonide givet via en Nebulator og via en Turbuhaler. 20 børn med moderat til svær astma, der krævede steroidinhalationsbehandling med budesonide i en dosis på 400 ug for at være velbehandlet, indgik i undersøgelsen. Alle havde uacceptable astmasymptomer i run-in perioden, hvor de blev behandlet med 200 ug dagligt givet på Nebulator. I selve undersøgelsen anvendtes 400 ug dagligt både fra Turbuhaler og fra Nebulator.

Børnene førte hjemme en dagbog med registrering af morgen- og aften-peak-flow, dag- og natsymptomer samt beta-2 agonistforbrug. I slutningen af hver periode blev der i ambulatoriet foretaget lungefunktionmåling samt anstrengelsestest og bivirkninger blev registreret. Den sidste week-end i hver periode opsamlede børnene døgnurin til cortisol og creatininbestemmelse. Undersøgelsen viste, at der på enkelte parameter var signifikant bedre effekt af Turbuhaler end af Nebulator. For de øvrige parameter var der en tendens til bedre effekt af Turbuhaler, men forskellene var ikke statistisk signifikante.

Der sås ingen lokale bivirkninger, men der var en signifikant lavere urin-cortisoludskillelse, når budesonide 400 ug pr. dag blev givet via en Turbuhaler i forhold til Nebulatorperioden.

Resultaterne antyder, at man skal anvende mindre doser budesonide, når dette gives via en Turbuhaler, men der kræves yderligere undersøgelser for at bekræfte dette.

KNEMOMETRIUNDERSØGELSE AF LÆNGDEVÆKSTEN HOS BØRN MED ASTHMA BRONCHIALE I PERORAL STEROIDBEHANDLING.

O.D. Wolthers & S. Pedersen (Børneafdelingen Kolding sygehus).

Knemometri, måling af underbenets længde, har vist sig at være en uhyre præcis metode til monitorering af længdevæksten hos børn indenfor få uger. Der er ikke tidligere foretaget kontrollerede, gruppesammenlignende undersøgelser af mulige, væksthæmmende medikamenters indflydelse på længdevæksten undersøgt med knemometri. Derfor har vi udført en undersøgelse af korttidsvæksten hos børn med asthma under peroral steroidbehandling.

Vi undersøgte prednisolondoser på 2.5 og 5 mg i døgnet givet delt i en morgen og aften i et dobbeltblindet, cross-over design med randomiseret behandlingsrækkefølge forudgået af en run-in og wash-out-perioder efter behandlingsperioderne. Alle perioder varede 16 dage. Der blev foretaget knemometri to gange ugentligt, idet der hver gang blev foretaget 4 estimeringer af underbenslængden, hvoraf de 3 sidste indgik i beregningen af den aktuelle underbenslængde. Den gennemsnitlige standarddeviation på 3 målinger var 0.05 mm. Undersøgelsespopulationen bestod af 12 børn med let asthma, som normalt var velbehandlede på beta-2-inhalationsbehandling: 8 drenge og 4 piger, 7 - 11 år (middel 9.1 år), alle præpubertale; højdevækstraten det foregående år lå mellem 3,0 og 9,0 cm (middel 5.1 cm/år), og børnenes standard deviation scores (SDS) varierede mellem -1.19 og +2.72 (middel +0.34 SDS), medens vægten lå mellem 23.0 og 35.6 kg (middel 31.1 kg). Igennem hele undersøgelsen monitorerede børnene hjemme peak-flow, beta-2 forbrug og symptomer. Ved hvert andet besøg blev der udført lungefunktionsundersøgelse på Vitalograph.

Den gennemsnitlige underbensvæksthastighed udtrykt i mm/uge var ens i de 3 behandlingsfrie perioder: 0.7 - 1 mm/uge. Under behandling med 2.5 mg prednisolon i døgnet faldt den gennemsnitlige væksthastighed til 0.04 mm/uge, medens væksthastigheden under behandling med 5 mg var 0.10 mm/uge. Der var ikke signifikant forskel på væksthastigheden i de to behandlingsperioder, dvs. maximal væksthæmning blev fundet ved 2.5 mg prednisolon i døgnet. I 21 af de 24 behandlingsperioder blev der fundet et tab af underbenslængde indenfor første behandlingsuge. Børnenes lungefunktion var normal igennem hele undersøgelsen.

Undersøgelsen viser, at knemometri er en velegnet metode til undersøgelse af medikamenters mulige væksthæmmende virkning i undersøgelsesdesigns som det her anvendte. Selv i små doser hæmmer prednisolon korttidsvæksten hos børn med let asthma.

HYPOALLERGEN MODERMÆLKSERSTATNING. PRIMÆR PROFYLAKSE.

A. Høst, S. Halken, L. Hansen & O. Østerballe (Børneafdelingerne Sønderborg Sygehus, Odense Sygehus & Viborg Sygehus).

I en prospektiv undersøgelse af nyfødte med høj risiko for allergiudvikling (begge forældre atopisk sygdom eller mindst én af barnets forældre/søskende helårsallergi samtidig med navlesnors-IgE ≥ 0.5 kU/l) randomiseredes til enten et kasein-hydrolysat (Nutramigen) eller et valleprotein-hydrolysat (Profylac). Disse hypoallergene modermælkserstatninger blev kun givet i tilfælde af insuffICIENT eller manglende brysternæring. Tilskud af fast føde blev først givet fra 6 måneders alderen, og fra samme tidspunkt introduceredes også almindelig komælksbaseret modermælkserstatning. Børnenes ernæring og eventuelle atopiske symptomer registreredes prospektivt fra fødslen til 18 måneders alderen. Endvidere undersøgte børnene klinisk ved 6, 12 og 18 måneders alderen. Ingen af mødrene fik diæt uden højpotente allergener, hverken i graviditeten eller i ammeperioden. Diagnosen komælksallergi (KMA)/komælksproteinintolerans (KMPI) stilledes ved 1) forsvinden af allergiske symptomer på komælksproteinfri kost (hos rent brysternærede via elimination af moderens indtagelse af komælk, 2) genopståen af identiske symptomer ved kontrolleret provokation med komælksbaseret modermælkserstatning, efterfulgt af 3) forsvinden af symptomer ved fornyet elimination af komælksproteinholdig kost.

De præliminære resultater, hvor alle højrisiko-børn er fulgt til 9 måneders alderen, er følgende: af i alt 2009 nyfødte fra Odense kommune tilhørte 83 (4,1 %) højrisiko-gruppen. 3 udgik af undersøgelsen (ingen af disse udviklede KMA/KMPI), og de resterende 80 er blevet efterundersøgt. Heraf har 7 udviklet KMA/KMPI (8,8 %). I hele populationen udviklede 20/2003 (1,0 %) KMA/KMPI. 3 af de 7 børn med KMA/KMPI havde i det første levedøgn fået tilskud af komælksbaseret modermælkserstatning, og i alt havde 8 af de 83 højrisiko-børn fået tilskud af komælksbaseret modermælkserstatning på trods af givet information om undgåelse heraf. Udvikling af KMA/KMPI i de enkelte grupper var 2/13 (15 %) af rent brysternærede, 3/33 (9 %) af Profylac-ernærede og 2/34 (6 %) Nutramigen-ernærede.

Sammenlignet med 1985-årgangen af Odense-nyfødte, hvor der ikke institueredes diætisk allergiprofylakse, og hvor totalincidensen af KMA/KMPI var 39/1749 (2,2 %) og i højrisiko-gruppen 15/73 (20,5 %), fandtes således i dette materiale en 2-3 fold reduktion i incidensen af KMA/KMPI, en reduktion, som er statistisk signifikant i højrisiko-gruppen ($p < 0.05$).

I et samtidigt og tilsvarende materiale på Viborg Sygehus tilhørte 50/1189 (4,2 %) højrisiko-gruppen. I alt 49 blev efterundersøgt, og udviklingen af KMA/KMPI var som følger: 0/12 rent brysternærede, 0/16 Nutramigen-ernærede og 0/21 Profylac-ernærede.

Den lavere forekomst af KMA/KMPI i Viborg-materialet, sammenlignet med Odense-materialet, kan måske skyldes, at indgift af supplerende modermælkserstatning i de første levedøgn forekom signifikant sjældnere (14 %) end i Odense-materialet (84 %), og der blev overhovedet ikke givet komælksbaseret modermælkserstatning (Allomin) til højrisiko-børn i Viborg-materialet, sammenlignet med 10% af højrisiko-børnene i Odense-materialet.

KOMÆLKSPROTEIN I HUMAN MÆLK: FOREKOMST OG RELATION TIL ATOPI.
S. Husby, A. Høst, L.G. Hansen & O. Østerballe (Børneafdeling
H, Odense Sygehus, Institut for Medicinsk Mikrobiologi,
Odense Universitet & Børneafdelingen, Viborg Sygehus).

Komælksprotein er blevet påvist i modermælk i flere undersøgelser, og er blevet relateret til komælksallergi/intolerans. Vi har med enzymimmunologisk teknik (ELISA) undersøgt forekomsten af komælksproteinet beta-lactoglobulin (BLG) i mælken fra kvinder med brysternærede børn med komælksallergi/intolerans verificeret ved diæt og provokation. BLG blev påvist i 3/9 mælkeprøver og i 1/10 brystmælksprøver fra kvinder med raske børn. Størrelsesfordelingen af BLG i modermælken blev bestemt v.h.j.a. højtryks-væske-gel-permeations kromatografi i kombination med ELISA. BLG fandtes som intakt monomert protein (MV 18 kD) i de 4 mælkeprøver, og kunne ikke påvises i yderligere prøver.

Vi analyserede derefter brystmælk fra 10 raske og 10 allergiske mødre, der fik dels homogeniseret og dels uhomogeniseret komælk. Ialt blev 360 prøver analyseret. Brystmælken fra 19/20 kvinder indeholdt BLG i mængder fra 0.3-200 ug/l. Der var ikke signifikant forskel på BLG-koncentrationen i mælken fra de raske og de allergiske mødre og ingen forskel efter indtagelse af de to komælkstyper.

Komælksprotein forekommer i små mængder hos praktisk taget alle mødre, der drikker mælk. Ud fra vores undersøgelser synes mængden af BLG i brystmælken ikke at have betydning for udvikling af komælksallergi/intolerans. Derimod kan symptomerne udmærket fremkaldes af de små mængder komælksprotein i brystmælken.

HUSSTØVMIDEALLERGI - AKTUELLE FOREBYGGELSESMETODER
H.Harving (Lungeklinikken Århus Kommunehospital).

En arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Allergologi har udformet en konsensusrapport om husstøvmideallergi, et emne som ofte har givet anledning til diskussioner vedrørende forebyggelsesmetoder. I rapporten gennemgås bl.a den foreliggende viden om midebekæmpelse, og på denne baggrund fremlægges en rekommandation af fremgangsmåde ved forebyggelse.

Boligens luftfugtighed er i væsentlig grad bestemmende for forekomsten af husstøvmider, og undersøgelser tyder på, at en høj boligventilation, kan nedbringe luftfugtigheden og i mange tilfælde fjerne forekomsten af husstøvmider. Det kan derfor anbefales, at patienter med husstøvmideallergi og stærk eksposition for husstøvmider øger ventilationen i hjemmet. Den mest sikre metode til øgning af boligens luftskifte forekommer i dag at være anvendelse af mekaniske ventilationsanlæg med varmegenvinding. Det synes derfor rimeligt i udvalgte tilfælde at anbefale installering af sådanne anlæg i eksisterende boliger. Forudsætning herfor bør være:

1. En allergologisk vurdering foretaget af speciallæge, som godtgør, at patientens symptomer i væsentlig grad kan tilskrives husstøvmideallergi.
2. Astmasymptomer i en sådan grad, at de daglige aktiviteter hos patienten er indskrænket til trods for optimal behandling.
3. Påvisning af høj husstøvmideeksposition i hjemmet.
4. Byggeteknisk vurdering, som udelukker konstruktionsmæssige fejl, som årsag til fugtproblemer i boligen, eksempelvis grundfugt.

Husstøvmidesanerering i form af intensiv rengøring, udskiftning af inventar, forsegling af madrasser o. lign. er for øjeblikket uden tilstrækkeligt videnskabeligt grundlag.

Arbejdsgruppen finder behov for yderligere forskning vedrørende ventilationsanlæg, alternative metoder til fjernelse af boligfugt, midesanering af boliger og muligheder for midebekæmpelse ved varme- og kuldebehandling.

622. møde - 2. december 1989
JULEMØDE - Søpavillionen, København

Program

Professor, nestor, dr.med. Preben Plum:
Parapsykologi set ud fra lægens synsvinkel.

623. møde – 5. januar 1990 – Rigshospitalet

Mødeemne: CYSTISK FIBROSE

tilrettelagt og ledet af Christian Koch.

Program

1. Christian Koch (Børneafdeling GGK Rigshospitalet): Introduktion.
2. Marianne Schwartz (Klinisk Genetisk afsnit, Børneafdeling GGK Rigshospitalet): **Gen-teknologi og prænatal diagnostik.**
3. Niels Jacob Brandt (Klinisk Genetisk afsnit, Børneafdeling GGK Rigshospitalet): **Screening for cystisk fibrose.**
4. Peter Steen Pedersen (Klinisk Genetisk afsnit, Børneafdeling GGK Rigshospitalet): **Studier af den abnorme jontransport ved cystisk fibrose.**
5. Svend Stenvang Pedersen (Børneafdeling GGK og Klinisk Mikrobiologisk afdeling på Rigshospitalet): **Pseudomonas aeruginosa-immunologi og klinisk forløb — P. aeruginosa alginat.**
5. Tatjana Pressler (Børneafdeling GGK og Klinisk Mikrobiologisk afdeling på Rigshospitalet): **Pseudomonas aeruginosa-immunologi og klinisk forløb — IgG subklasser.**
7. Susanne Lannig (Børneafdeling GGK Rigshospitalet): **Diabetes mellitus ved cystisk fibrose.**

*) Resumé ikke modtaget

*) *) *)

CYSTISK FIBROSE. INTRODUKTION.

C.Koch (Børneafdelingen Rigshospitalet).

For ganske nylig er Cystisk fibrose-genet blevet karakteriseret, og mutationen for den hyppigste CF type identificeret (Science, 8. september 1989). Den komplette cDNA sekvens omfatter 6.129 base-par og indeholder en "open reading frame" som koder for et polypeptid på 1.480 aminosyrer. Ved den hyppigste CF type, som omfatter cirka 60% af patienter i USA, men 80-90% af Danske patienter, er 3 baser ved siden af hinanden faldet ud og derved mangler een aminosyre (phenylalanin) i position nr. 508 i polypeptidet. Denne type betegnes nu som "508-deletionen". Man arbejder nu med at karakterisere den - eller de - resterende mutation(er).

De første indlæg vil omhandle de nye muligheder, som åbner sig i lyset af disse fremskridt, for forbedret prænatal diagnostik, udvidelse af genetisk rådgivning i familierne, og for mere eller mindre selektiv screening af befolkningen.

Det tilhørende gen-produkt kendes således også, og det er indtil videre benævnt CFTR = "cystic fibrosis transmembrane conductance regulator". Denne betegnelse refererer til genproduktets betydning for trans-cellulær ion-transport, idet dets lokalisation og funktion endnu mangler endelig klarlægning. Dette studeres i en række forskellige in vitro systemer, og dagens tredje indlæg vil omhandle nyere resultater af sådanne funktionelle studier med anvendelse af epithelcelle-kulturer fra det resorptive afsnit af svedkirtlens udførselsgang.

De første spæde forsøg på klinisk "modulation" af den primære ion-transport-defekt er nu i gang, men indtil videre er vores behandlingsmuligheder langt overvejende rettet mod komplikationerne til CF, først og fremmest den kroniske bronchopulmonale Pseudomonas aeruginosa infektion. Det Danske CF landscenter på RH har her været førende, ikke mindst gennem forskning indenfor betydningen af immunreaktionerne for forløbet af infektionen, og dermed det kliniske forløb. De to følgende indlæg omhandler nyere resultater indenfor denne forskning, - dels betydningen af kritiske overflade-strukturer hos P.aeruginosa og værtens specifikke immunologiske respons på disse, - dels betydningen af individuelle (genetiske?) forskelle i immunglobulin G subklasse respons for det kliniske forløb.

Forbedrede behandlings-resultater har ført til forlænget overlevelse, og det er blevet tiltagende klart, at forekomst af DM er positivt korreleret til alderen. Det sidste af dagens indlæg redegør bl.a. for en omfattende screening af glucose-omsætningen hos centerets CF patienter.

GEN-TEKNOLOGI OG PRÆNATAL DIAGNOSTIK

M.Schwartz (Afsnit for Klinisk Genetik, Børneafdelingen G GK, Rigshospitalet)

I 1905 blev genet for cystisk fibrose lokaliseret til den lange arm på kromosom nr. 7. Dette fund betød et reelt gennembrud for cystisk fibrose forskningen: lokaliseringen af genet til kromosom nr. 7 muliggjorde isolation af adskillige tæt-koblede DNA-markører, der kunne vises at flankere genet for cystisk fibrose. Dette fund muliggjorde prænatal diagnostik i de familier, hvor der allerede var født et barn med cystisk fibrose.

I 1987 isoleredes endnu tættere liggende DNA-markører (KM19/XV2c). Ved at undersøge haplotyperne på de kromosomer, der bærer cystisk fibrose genet, fandtes en meget høj grad af koblingsuligevægt mellem disse markører og genet for cystisk fibrose. I den danske CF population har 91% af disse kromosomer således samme haplotype (kaldet B).

I efteråret 1989 blev selve genet for cystisk fibrose klonet og karakteriseret. Det viste sig, at den hyppigste mutation, der forårsager cystisk fibrose, er en 3 basepar stor deletion, som medfører et udfald af aminosyren fenylalanin i selve proteinet. Ved anvendelse af polymerase chain reaction (PCR) er det muligt direkte at påvise, om denne mutation er til stede eller ej. Ved at undersøge ca. 150 patienter med cystisk fibrose i Danmark har det kunnet vises, at 86% af alle CF kromosomer herhjemme har denne mutation kaldet F-508. Dette er en utrolig nem og sikker test og muliggør hurtig prænatal diagnostik og meget sikker anlægsbærerdiagnostik. Denne sidste diagnostik kan således udvides til direkte screening for anlægsbærere i befolkningen som helhed.

DEN EPITHELIALE ION-TRANSPORT VED CF.

Peter Steen Pedersen (Afsnit for Klinisk Genetik, Metabolisk Laboratorium, Børneafdelingen, Rigshospitalet).

Svedens abnormt høje saltindhold ved CF har i 37 år været kendt som værende et af hovedkriterierne for denne sygdom. Indtil for 7 år siden ansås en defekt Na^+ -reabsorption som årsag til disse forhold, men siden er en primært hæmmet Cl^- transport med sekundært nedsat Na^+ reabsorption anerkendt som værende årsag til reabsorptionsdefekten. Lignende forhold i luftvejsepitheler, pancreas og tarm har etableret Cl^- impermeabiliteten som en generel basal defekt, der iøvrigt også er fundet i "symmetriske" celler såsom fibroblaster og lymfocytter. Svedkirtlen er i kraft af sin lokalisation, mangfoldighed, og manglende infektiøse sekundær-skader, et særdeles attraktivt organ, som imidlertid er svært at isolere og om muligt endnu sværere at undersøge in toto. Det var derfor naturligt at udvikle metoder til hurtig isolation og multiplikation af vævet. Dette lykkedes for 6 år siden ved hjælp af selektiv enzymatisk opløsning af hudens kollagen, med frigørelse af store mængder frit svømmende svedkirtler, og efterfølgende selektiv dyrkning af den del af svedkirtlens udførselsgang, det snoede stykke, hvori CF-defekten tidligere var blevet påvist. I kraft af denne kultur teknik er det lykkedes at producere tilstrækkeligt celle materiale til en lang række biokemiske analyser, foretaget i samarbejde med andre institutter, og samtidig henholdsvis lagre en betragtelig cellemængde i flydende kvælstof til senere forsøg samt foretage elektrofysiologiske undersøgelser på celler, dyrket på en permeabel membran. Når celler dyrkes på en sådan overflade, opfører de sig, som om denne overflade var basalmembranen, og lejrer sig bekvemmeligt med serosamembranen nedad og mucosamembranen opad mod mediet. Således polariseret kan salttransporten vurderes elektrisk, og sammenholdes med den unidirektionelle transport af diverse salt-isotoper. Ved hjælp af ion-substitutioner og anvendelse af ion-kanal blokkere er svedcelle kulturens ion-transportssystemer karakteriseret (Cl^- og Na^+ kanaler i mucosamembranen - K^+ -kanaler af mindst to typer, HCO_3^- og Cl^- kanaler, Na^+/K^+ pumper, Na^+/H^+ antiporter og en speciel Ca^{2+} -permeabilitet i serosamembranen). Endvidere er specifikke dele af iontransporten fundet reguleret af beta-adrenerge stoffer, prostaglandiner, acetylcholin, histamin og bradykinin, via henholdsvis cAMP-systemet og fosfoinositol/ Ca^{2+} -systemet.

Som i andre CF-afficerede celler er Cl^- kanalerne i svedkirtel-kulturen fundet inaktiverede ved CF med manglende åbning efter beta-adrenerg stimulation, men aktiverbare efter stimulation med stoffer som aktiverer det intracellulære Ca^{2+} -signalsystem. Alt tyder derfor på, at den hæmmede salttransport ved CF skyldes et abnormt højt spejl af en Ca^{2+} -afhængig intracellulær substans, som inhiberer åbningen af de iøvrigt velfungerende Cl^- kanaler. Det burde være muligt, ved en rimelig målrettet satsning indenfor det basale fysiologiske og biokemiske område, at karakterisere denne substans indenfor en overskuelig tid med deraf følgende mulighed for farmakologisk korrektion af CF-defekten.

PSEUDOMONAS AERUGINOSA-IMMUNOLOGI OG KLINISK FORLØB. IgG SUBKLASSER.

T.Pressler, S.S.Pedersen, F.Espersen, N.Høiby & C.Koch (Børneafdeling Rigshospitalet & klinisk mikrobiologisk afdeling Rigshospitalet).

Cystisk fibrose (CF) er den hyppigste af de alvorlige arvelige lidelser i den kaukasiske race. Basal-defekten er endnu ikke kendt i detaljer, men der foreligger ændringer i sammensætningen af sekreter fra eksokrine kirtler hvilket blandt andet medfører udtalt tendens til recidiverende og kroniske bakterielle infektioner i nedre luftveje. Blandt disse er den kroniske infektion med Pseudomonas aeruginosa - som over 80% af CF patienter erhverver med alderen - langt den alvorligste komplikation ved CF, og er alene hoved-ansvarlig for langt den største del af den øgede morbiditet og mortalitet ved CF.

På trods af mange års forskning er mekanismerne omkring lungebeskadigelse i forbindelse med kronisk P.aeruginosa infektion hos CF patienterne, ikke fuldstændigt afklaret. Den kroniske infektion giver kraftigt humoral immun-respons, med forhøjede titre af specifikke antipseudomonas antistoffer. Dårlig prognose korrelerer til høje - og især stigende - titre.

Det er imidlertid karakteristisk, at det kliniske forløb er meget vekslende fra patient til patient. Nogle patienter er nu højt op i voksenalder, med bevaret lungefunktion, trods mange års P.aeruginosa infektion, medens andre - trods ensartet behandling - viser hastigt progredierende sygdomsforløb med død i sen barnealder, eller tidlig voksenalder.

På baggrund af denne betydelige heterogenicitet i klinisk forløb - samt på baggrund af vores viden om immunreaktionernes helt centrale betydning for den progredierende lungebeskadigelse - har vi i de senere år interesseret os meget for mulige forskelle i fordeling af IgG subklasse antistoffer, som mulig forklaring på forskelle i klinisk forløb. Vi har vist at total indholdet i serum af IgG2 og IgG3 er positivt korreleret til høje titre af specifikke anti-pseudomonas antistoffer, samt til dårlig lungefunktion.

Vi har også vist, at indholdet af specifikke pseudomonas-antistoffer af IgG2 og IgG3 subklasse korrelerede signifikant positivt med dårlig lungefunktion, - samt at - hvad der er mere betydningsfuldt - mønsteret for fordeling af specifikke IgG subklasse anti-pseudomonas antistoffer, er stationært over mange års forløb for den enkelte patient - tydende på en primær (genetisk ?) tilgrundliggende bestemmelse af den enkelte patients IgG respons, og dermed forløb af de komplicerende infektioner. De forskellige IgG subklasser har forskellige biologiske egenskaber og det er sandsynligt at forskelle i IgG subklasse mønster kan forklare infektionens varierende kliniske forløb hos forskellige patienter.

DIABETES MELLITUS VED CYSTISK FIBROSE.

S. Lanng, G. Erichsen, B. Thorsteinsson & C. Koch (Cystisk fibrose centret, børneafdeling GGK, Rigshospitalet & medicinsk afdeling C, Bispebjerg hospital).

Udvikling af diabetes mellitus (DM) hos patienter med cystisk fibrose (CF) er i de senere år blevet et stigende problem med CF-patienternes tiltagende livslængde. Den videnskabelige litteratur om incidensen og prævalensen af DM og nedsat glukosetolerans (IGT) hos CF-patienter er sparsom med prævalensangivelser på 20-75 %.

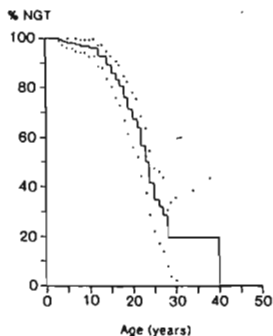
Vi har foretaget en tværsnitsundersøgelse af glukosetoleransen hos 210 uselekterede CF-patienter tilknyttet CF-centret på Rigshospitalet. Patienternes medianalder var 14 år (range 2-40). Ni (4 %) havde i forvejen erkendt DM; alle var insulinbehandlede. Ved oral glukosebelastning (OGTT, 1.75 g/kg, max. 75 g) af de resterende 201 patienter fandtes 155 (74 %) med normal glukosetolerans (NGT), 31 (15 %) med IGT og 15 (7 %) med DM bedømt ud fra WHO's kriterier fra 1985.

Haemoglobin A_{1c}-niveauet (normalområde: 4.1-6.4 %) udviste en statistisk signifikant stigning med tiltagende glukosetolerans: NGT (5.2 %), IGT (5.5 %), DM diagnosticeret ved OGTT (5.9 %) og erkendt DM (8.6 %).

Incidensen og prævalensen af IGT og DM steg med alderen. Prævalensen af NGT var 85 % i 15-årsalderen, men faldet til 35 % i 25-årsalderen (FIGUR). Således vil 5 % af alle CF-patienter i alderen 15-30 år udvikle IGT eller DM per år.

Den med alderen tiltagende glukosetolerans' betydning for CF-patienternes livslængde og livskvalitet er uvis. Vore resultater har dog medført, at årlig OGTT fremover indgår i CF-patienternes rutinekontrol.

Percentage of CF-patients with normal glucose tolerance (NGT) against age. Life table analysis. Dots: 95% confidence limits.



624. møde — 3. februar 1990 – Rigshospitalet

I anledning af professor Bent Friis-Hansen's 70 års fødselsdag.

Mødeemne: PERINATAL HJERNESKADE

Program

1. **Indledning — Tale til professor Bent Friis-Hansen**
Gorm Greisen (Neonatal afdeling GN Rigshospitalet)
2. **Expressionen af neurotransmitterer ved præmaturitet og asfyksi.**
Prof. Hugo Lagerkrantz (Karolinska Sjukhuset, Stockholm).
3. **Kramper hos nyfødte. Rationale bag diagnose og behandling.**
Prof. Niels Svenningsen (Universitetsslasarettet i Lund).
4. **Hjernens oxygenering**
Liselotte Skov (Neonatalafdeling GN Rigshospitalet).
5. **Regulation af hjernens gennemblødning efter asfyksi og før større hjerneblødning.**
Ole Pryds (Afdeling G Rigshospitalet).
6. **Tærskler for cerebral iskæmi hos nyfødte.**
Gorm Greisen (Neonatalafdeling GN Rigshospitalet).
7. **Meget lav fødselsvægt (under 1500 gram), lavintensiv behandling og hæmorrhagi cerebri. Et 2 års materiale.**
Jens Kamper (Børneafdelingen Odense Sygehus).
- *) 8. **Intracraniel hæmorrhagi hos fuldbårne børn uden disponerende faktorer.**
Finn Ebbesen (Børneafdelingen Ålborg Sygehus Nord).
9. **Neurologisk og psykologisk efterundersøgelse i 4 års alderen af ved fødslen lavvægtige børn.**
Minna Bloch Petersen (Børneafdelingen Roskilde Amtssygehus).
10. **Efterundersøgelse med flow-tomografi. Et organisk grundlag for attention deficit disorder?**
Hans Lou (John F. Kennedy Instituttet).

*) Resumé ikke modtaget

TALE TIL PROFESSOR BENT FRIIS-HANSEN I ANLEDNING AF 70-ÅRS
FØDSELSDAGEN.

G.Greisen (Neonatalafdeling GN, Rigshospitalet).

Tillykke med dine 70 år!

Vi vil her i dag især fejre dig som forsker, ja som forskende sjæl. I forordet til din disputats citerer du Claude Bernard:

"Den eksperimentelle metode er i virkeligheden kun at anvende logikken til at koordinere naturens fænomener for derved at afsløre dens love."

Det er netop med den brede videnskabsopfattelse du har inspireret så mange af os.

Du disputerede i 1956 på baggrund af undersøgelser af legemets vandindhold og dets ændringer under væksten, med data, der stadig bliver citeret. Alligevel fortalte Gunnar at du engang sagde: "Vi skal jo huske at vi ikke skal regne med at finde de evige sandheder".

Vi har valgt dagens emne fordi du for 15 år siden indså, at problemet for fremtidens neonatologi, ikke kun ville blive at øge overlevelseschancerne for syge nyfødte, men måske endnu mere at mindske risikoen for overlevelse med hjerneskade.

Du satte derfor mange af os der er her i dag igang - og vi vil forsøge at hædre dig som en gammel kæmpe, ikke med en parade, men med strid - nej jeg mener med en åben og søgende diskussion af dette emne som er så vigtigt, men svært at trænge ind i.

EXPRESSION AV NEUROTRANSMITTORER VID PREMATURITET OCH ASFYXI.
H. Lagercrantz /Barnkliniken Karolinska sjukhuset Stockholm)

Klassiska neurotransmittorer såsom serotonin och noradrenalin bildas under tidig utveckling i CNS; noradrenalin är under en övergående fas den dominerande neurotransmittorn i cortex och förefaller då ha en viktig trofisk roll. Vissa neuropeptider bildas i hög koncentration under fosterstadiet, såsom somatostatin og enkelfalin, vilka också kan tänkas ha betydelse för hjärnans utveckling. Möjligen föreligger en viss dominans av hämmande neurotransmittorer/modulatorer under det senare fosterstadiet. Vid födelsen sker ett neurohormonellt påslag, som är av betydelse för den neonatala adaptation (1). Omställningen från intrauterin till extrauterin miljö förefaller medföra "switch-on" och "switch-off" av olika neurotransmittersystem. Exempelvis sker en kraftigt ökad noradrenalinomsättning i locus coeruleus efter födelsen hos råttungar, vilken kan vara associerad med den arousal man ser hos nyfödda. Vidare har vi kunnat visa att mRNA för preprotachykinin (förstadium till substans P) ökar med 380% i en av andningskärnorna hos kaninungar (2). Detta kan vara av betydelse för andningskontrollens omställning ved födelsen. Som exempel på "switch-off" av neurotransmittor-syntes vid födelsen fann vi att dopaminomsättningen hos råttungar närmaste dygnet efter födelsen vilket kan vara orsaken till omställningen av hypoxi-driven vid födelsen (3).

Referenser:

1. Lagercrantz H & Slotkin T, *Sci. Am.* 4:100, 1986.
2. Lagercrantz H et al., *J. Physiol.* 417:25P, 1986.
3. Hertzberg T et al., *J. Physiol.* (in press), 1990.

KRAMPER HOS NYFÖDTE. RATIONALE BAG DIAGNOSE OG BEHANDLING
N.W. Svenningsen (Neonatalintensivvårdsavdelningen, Pediatrika Institutionen, Lunds Universitet og Lasarettet, Sverige).

"Whom to treat? What to treat and how long?" -

Kramper hos nyfödde er ofte blevet betragtet som et helhedsfænomen uden hensyn-tagen till forskelle i patofysiologisk baggrund. Med **on-line-kontinuerlig amplitude-integreret EEG** er det muligt at skelne mellem forskellige typer af kramper både med hensyn till grad af hjernepatologi med forstyrrelser i EEG-baggrundsaktivitet og ud fra effekter af antikonvulsiv behandling:

1. **Epileptisk:** tidssynkroniseret kliniske kramper og iktalt EEG.
2. **Non-epileptisk:** kliniske manifestationer udan iktalt EEG, som sandsynligvis er manifestationer af primitive hjernestammereflekser ofte ved postasfyktisk hypoxisk-ischæmisk encefalopati.
3. **Subklinisk ("silent"):** iktal EEG uden kliniske kramper som kan ses både ved asfyxi og hjerneblødning hos præmature børn (1).

Diagnostiske undersøgelser med henblik på elektrolyt-, syre-base- og glukose-balanceforstyrrelser, infektioner, muskelsygdomme etc. er selvfølgelig ved neonatale kramper. Vore EEG-monitorering studier viser at metoden har både diagnostisk, terapeutisk og prognostisk værdi i den kliniske overvågning af syge nyfödde (2). Det er muligt at sikrere styre antikonvulsiv behandling da man umiddelbart ser om den påvirker ikke kun de perifere krampemanifestationer ("de-coupling") men også elektrografiske iktale kramper og således også kan seponere behandling med potentielt toksiske lægemidler tidligere i sygdomsförlöbet. Det er åbenbart at en del nyfödde kun behöver en meget kort initial krampedæmpende behandling og derved kan undgå langtidsterapi.

Resumé: I fremtiden må indenfor neonatalmedicinen lægges meget større vægt ved kontinuerlig overvågning af den cerebrale aktivitet hos kritisk syge nyfödde for at opnå bedre resultat med hensyn til neurologiske handicap blandt de overlevende små.

1. Hellström-Westas L, Rosén L, Svenningsen NW. (1985). Silent seizures in sick infants in early life. *Acta Paediatr Scand* 74:741-748.
2. Svenningsen NW. (1989). Amplitude Integrated EEG Monitoring in Newborn Infants. In: **Neurobiology of early infant behaviour** (eds. von Euler, Forsberg, Lagercrantz), Stockton Press, New York, pp 357-365.

HJERNENS OXYGENERING.

L.Skov. (Neonatalafdeling GN, Rigshospitalet).

Hjernen forbrænder næsten kun glukose og ilt. Iltdepoter findes ikke og glukose/glukogen-depoter er minimale, hvorfor en kontinuerlig tilførsel heraf med blodet er af essentiel betydning for den cerebrale funktion.

Hjernens iltomsætning er en funktion af hjernegennemblødningen og iltextraktionen. Iltextraktionen er forskellen i koncentrationen af ilt på den arterielle side og koncentrationen af ilt på den venøse side. Den venøse iltkoncentration kan måles direkte ved punktur af sinus sagitalis superior eller vene jugularis interna. Indirekte kan iltomsætningen måles ved hjælp af f.eks positron emissions tomografi. Ved denne metode bruges radioaktive stoffer, hvilket begrænser antallet af målinger og desuden skal de ofte syge børn transporteres til et teknisk avanceret apparatur.

På GN har vi i et par år arbejdet med en noninvasiv målemetode, der benytter sig af hjernens gennemskinnelighed i det nær infrarøde område. Der findes 2 kromoforer indenfor dette lysspektrum der har oxygeneringsafhængig absorption nemlig hæmoglobin og cytochrom aa3. Ved hjælp af algoritmer kan oxyhæmoglobin, deoxyhæmoglobin, total hæmoglobin og cytochrom aa3 udregnes. Sidstnævnte er dog noget usikker idet mængden af cytochrom i hjernen er meget mindre end mængden af hæmoglobin, og dertil kommer at PaO₂ skal være meget lav, førend der sker et skift i cytochromsignalet. Målingerne kan endnu ikke kvantiteres idet spredningen i vævet og dermed lysvejen er ukendt.

Under endotracheal sugning hos respiratorbehandlede børn

er demonstreret hypoxi ved et fald i oxyhæmoglobin i hjernen og under surfaktantbehandling af respiratorisk distressede børn ses hyperoxi med en kraftig stigning i oxyhæmoglobin. Hurtige skift i HbO₂ og HbR kan fremkaldes ved at vippe børnene ca. 10 grader med hovedet nedad samtidig med at SaO₂ og PaCO₂ er konstante. Under den forudsætning at det cerebrale blodflow og iltforbruget ikke forandres nævneværdigt under denne manøvre må forandringerne i absorption skyldes forandringer i det cerebrale venøse kargebet. Ved at sammenligne forandringerne i stigningerne i HbO₂ og HbR kan den blandede venøse saturation udregnes efter formelen:

$$SvO_2 = dHbO_2 / (dHbO_2 + dHbR).$$

Hos et normalt præmaturot barn med en hjernegennemblødning på 9.2 ml/ 100g/ min bestemt ved Xenonudvaskning fandtes en venøs saturation på 45% mens der hos et asfyktisk barn med en luxusperfusion på 53.2 ml/100g/min fandtes en venøs saturation på 80%.

REGULATION AF HJERNENS GENNEMBLØDNING EFTER ASFYKSI OG FØR STØRRE HJERNEBLØDNING.

O. Pryds (Afdeling for nyfødte, Rigshospitalet).

Intracerebral blødning og hypoksisk-iskæmisk læsion er de to vigtigste årsager til neurologisk handicap hos nyfødte børn. De pato-fysiologiske mekanismer er delvis ukendte, selvom talrige risikofaktorer er blevet identificeret. Det er således uvist, om læsionen opstår i en normal hjerne eller om læsionen er forudgået af et traume.

I den normale hjerne inducerer kuldioxid (CO_2) vasodilatation, hvorved hjernegennemblødningen (CBF) øges. Ved mindre fluktuationer af det arterielle blodtryk (MABP), forbliver CBF derimod uændret. Dyreeksperimenter har vist, at CBF regulationen er defekt i tiden efter et sværere cerebralt insult såsom hypoksi eller iskæmi.

Ved brug af $^{133}\text{Xenon}$ udvaskningsmetoden er der fundet total vasoparalyse hos børn, som senere fik diffus hypoksisk hjerneskode eller udviklede en stor hjerneblødning. Børn, som udviklede en mindre hypoksisk hjernelæsion havde dissocieret vasoparalyse med et trykpassivt CBF, men med bevaret CO_2 -reaktivitet. Til sammenligning havde børn, som forblev neurologisk intakte en normal CBF regulation.

Det synes derfor, at CBF regulationen er defekt hos børn, som senere udvikler svær hjernelæsion. Fødsel efter svær asfyksi eller abruptio placentae var væsentlige risikofaktorer hos henholdsvis mature og præmature børn. Hvorvidt vasoparalysen er en følge af disse påvirkninger eller medvirker til hjernelæsionens udvikling diskuteres.

TÆRSKLER FOR CEREBRAL ISKÆMI HOS NYFØDTE.

G.Greisen & O.Pryds. (Neonatalafdeling GN, Rigshospitalet).

Hos respiratorbehandlede for tidligt fødte nyfødte, er den globale hjernegennemblødning (CBF_{OO}) kun 10 - 12 ml/100g/min, omkring halvdelen af værdien hos "raske" for tidligt fødte, og omkring 25% af referenceværdien for voksne. Det er derfor nærliggende at søge efter tegn på at gennemblødningen er for lav hos nogle af disse børn, tegn på cerebral iskæmi. Hos forsøgsdyr påvirkes hjernens funktion og elektriske aktivitet før der opstår vævsskade, når den globale hjernegennemblødning sænkes.

Hos for tidligt fødte børn påvirkes flash udløste EEG potentialer ved hypoxæmi under 2,5 kPa sv.t. en arteriel iltmætning noget under 50%. Under sådan hypoxæmi må CBF_{OO} formodes at øges til sit maximum, knapt en tredobling. Flash potentialerne er derimod upåvirkede af fald i CBF_{OO} ned til de laveste niveauer, omkring 5 ml/100 g/min, hvorunder iltextraktionen må formodes at øges til sit maximum, ca. 70%. Disse observationer er konsistente og peger begge på et minimalt globalt cerebralt iltforbrug på 0,5 - 0,7 ml ilt/100 g/min.

Imidlertid er der en tydelig statistisk association mellem lavt CBF_{OO} og manglende baggrundsaktivitet i det spontane EEG. Hos nyfødte hundehvalpe er hjernens hvide substans særligt vulnerabel ved arteriel hypotension og hypoxæmi, og hos for tidligt fødte børn ses der specielt vævsskade i den paritale periventriculære hvide substans, svarende hertil er cerebral parese relativt hyppig, hvorimod cerebral blindhed er sjælden. For at undersøge denne lokale patofysiologi behøves regionale metoder.

MEGET LAV FØDSELSVÆGT (UNDER 1501 G), LAVINTENSIV BEHANDLING OG HÆMORRHAGIA CEREBRI. ET 2 ÅRS MATERIALE.

J. Kamper, S. Lindequist, C. Larsen og K. Wulff (Børneafdeling H og Røntgenafdelingen, Odense Sygehus).

I årene 1988 og 89 behandlede ialt 83 børn med fødselsvægt mellem 369 og 1501 g; gestationsalderen var fra 24 til 34 fulde uger. Der er efter afdelingens sædvane tilstræbt en skånsom og non-invasiv behandling med tidlig anvendelse af binasal CPAP og selektivitet med hensyn til respiratorbehandling m.v., som tidligere omtalt i selskabet (i 1987 og 89). Der er i hele perioden foretaget systematisk ultralydsscanning af cerebrum; undersøgelsen er foretaget 3 gange med 3-4 dages interval i de første 2 leveuger og 1 gang i 4 ugers alderen, de tidlige scanninger med særligt henblik på intracranial blødning, den sene med henblik på leucodystrofi.

Seksten børn døde (19%); hos 11 af disse forelå de intracranielle forhold belyst ved scanning og/ eller sektion. Der fandtes intracranial blødning hos ialt 18 børn (23%), hvoraf 7 døde. Blandt de overlevende fandtes således blødning hos 11 børn (17%) fordelt med 8 grad -1, 2 grad -2, og 1 grad -4 blødning efter Papile's klassifikation. Der påvistes ingen tilfælde af periventriculær leucodystrofi.

Undersøgelsen taler således for, at lavintensiv ("low touch", "minimal touch" etc.) behandling efter de skitserede principper er skånsom mod den præmature hjerne. Undersøgelsesresultatet er i overensstemmelse med den lave forekomst af neurologiske komplikationer i tidligere materialer af meget lavvægtige børn fra afdelingen, jvf. foredragsabstracts fra 1987 og 89.

NEUROLOGISK OG PSYKOLOGISK EFTERUNDERSØGELSE AF LAVVÆGTIGE
BØRN I 4-ÅRS ALDEREN, DE NEONATALE FAKTORERS BETYDNING.

M. Bloch Petersen & G. Greisen (Neonatalafdelingen GN, Rigshospitalet).

I alt 280 børn med fødselsvægt (FV) <2300g heraf 114 med FV <1500g indgik ved 4-års alderen i en efterundersøgelse. Børnene var født i perioden okt.1980 - marts 1982; alle havde været indlagt på GN. Af de 241 børn heraf 102 med FV <1500g, som blev undersøgt, var 224 uden alvorlige handicap; fordelingen af disse efter gestationsalder (GA) var: 15 med GA 26-27 uger, 34 med GA 28-29 uger, 76 med GA 30-32 uger, 63 med GA 33-36 uger og 36 med GA >37 uger. "Light for date"-børn forekom stort set kun blandt børn med GA >33 uger. Børnene med GA <29 uger havde haft flest problemer i neonatalperioden. Henholdsvis 80% af børnene med GA 26-27 uger, 41% med GA 28-29 uger og 6,6% med GA 30-32 uger havde haft intrakraniell blødning i den germinale matrix (GLH). Børnene var blevet udskrevet til hjemmet omkring den forventede termin.

Samtlige registrerede neonatale faktorer var indbyrdes højsignifikant korrelerede. Gestationsalderen fandtes at være eneste neonatale faktor med signifikant relation til den kognitive funktion, når børn med GLH kompliceret af ventrikeldilatation var ekskluderet (multiple regression). Tilstedeværelsen af og graden af GLH fandtes at have signifikant jævn effekt såvel på den kognitive som på den fin-motoriske funktion og visuo-motoriske integration (variationsanalyse). Mht de motoriske funktioner iøvrigt var kun respiratorbehandling >10 dage signifikant relateret til den kvalitative, men ikke den kvantitative, motoriske funktion.

De motoriske score var signifikant relaterede til det kognitive score. Det kognitive score var signifikant relateret til forældrenes socialklasse og deres forholden sig til barnet. De motoriske score og det kognitive score er derfor standardiseret for nævnte forhold.

I alt 20 børn (3 heraf ikke set ved 4-års alderen) havde alvorlige handicap; 11 af disse som følge af perinatal hjerneskade og 6 af disse 11 havde fået påvist GLH. Procenten af alvorligt handicappede børn pga perinatal hjerneskade var højst hos børnene med de laveste gestationsaldrer.

EFTERUNDERSØGELSE MED FLOW-TOMOGRAFI. ET ORGANISK GRUNDLAG FOR ATTENTION DEFICIT DISORDERS?

H.C.Lou, H.Skov & L.Henriksen (John F. Kennedy Institutttet, Neuropædiatrisk afdeling, Rigshospitalet, afd. GGK og Neuro-medicinsk afdeling.

Tolv børn der havde fået foretaget bestemmelse af CBF som nyfødte blev genundersøgt i 9-10 års alderen med klinisk neurologisk undersøgelse, neuropsykologisk undersøgelse og flow. tomografi (133Xe SPECT).

De neuropsykologiske undersøgelsesresultater var korrele-rede til neonatalt CBF, men kun undtagelsesvist med andre ne-onatale parametre (fødselsvægt, gestationsalder, Apgar score ved 5 min.)

Dårlige præstationer var i de fleste tilfælde korreleret til en karakteristisk flow fordeling ved SPECT.

Dysfunktionelle områder med lav perfusion var fortrinsvis lokaliseret periventrikulært og i vandskelsområder mellem de større arterielle forsyningsområder.

Et særligt distinkt billede sås ved hyperaktivitetssyn-dromet (DSM III: attention deficit disorder with hyperactivi-ty) idet der her var lav perfusion i striatum og præfrontal regioner.

Det konkluderedes at lav neonatal perfusion synes at være en indikator og er måske en determinator, for senere intellek-tuel dysfunktion, og at specifikke neuropsykologiske deficit synes korreleret til specifikke fordelingsmønstre af den ce-rebrale aktivitet.

625. møde - 2. marts 1990 - Rigshospitalet

Fællesmøde med Dansk Neuropædiatrisk Selskab.

Mødet ledet af: Flemming Juul Hansen

Program

1. Presentation of the **Queen Louise Memorial Lecture Diplomas** to Professor Victor Dubowitz and Dr. Lilly Dubowitz.
2. Dr. Lilly Dubowitz, MD, Lecturer, Department of Paediatrics & Neonatal Medicine, Royal Postgraduate Medical School, Hammersmith Hospital: **An Integrated approach to the neurological assessment of the newborn.**
3. Minna Bloch-Petersen, Gorm Greisen, cand.psych. Rosl Kovacs, cand.psych. Hanne Munk & Bent Friis-Hansen (neonatal afdeling GN Rigshospitalet): **Physical, neurological and psychological status in low-birth-weight infants vs. normal-birth-weight infants at 4 years of age.**

AN INTEGRATED APPROACH TO THE NEUROLOGICAL ASSESMENT OF THE NEWBORN.

Lilly Dubowitz (Department of Pediatrics & Neonatal Medicine, Royal Postgraduate Medical School, Hammersmith Hospital).
(Referent Søren Anker Pedersen, Børneafdel. Hvidovre Hosp.)

Lilly Dubowitz (LD) beklagede primært Victor Dubowitz' fravær p.g.a. trafikuheld. Fortsatte dernæst et inspirerende foredrag om sine erfaringer med neurologisk vurdering af præmature og mature nyfødte.

LD pointerede vigtigheden af at kende den normale neurologiske udvikling for meget præmature til mature nyfødte og diskuterede hvor længe det var relevant at foretage korrektion for præmaturitet! LD korrelerede dernæst forskellige undersøgelsesmetoder (Ultralyd, MRI, EEG & VEP) med neonatale neurologiske forhold til senere neurologisk udvikling. LD pointerede vigtigheden af at gentage tidlige undersøgelser specielt ultralyd til erkendelse af periventriculære cyster. Disses lokalisering blev korreleret til senere cerebral parese - blindhed - mental retardation og epilepsi.

LD tilrådte minimum neurologisk vurdering ved korrigeret alder: forventet fødsel, 6 måneder og 9 måneder, samt ved kronologisk alder: 12, 18 og 24 måneder. De benyttede neurologiske tests var naturligvis hendes egne, disse diskuteredes over for andre forskeres. Fra diskussionen fremhæves specielt hvad neurologisk remodulering kan betyde for senere neurologisk udvikling, samt at visual "acuity" først er udviklet fra 8 - 12 uger efter ventet fødselstidspunkt.

SOMATISK, NEUROLOGISK OG PSYKOLOGISK VURDERING AF 4-ÅRIGE
BØRN MED LAV FØDSELSVÆGT VERSUS BØRN MED NORMAL FØDSELSVÆGT.
M. Bloch Petersen, G. Greisen, cand.psych. R. Kovacs, cand.
psych. H. Munck & B. Friis-Hansen (Neonatal afdeling GN,
Rigshospitalet).

En efterundersøgelse af 4-årige børn med lav fødselsvægt (FV) præsenteres. I alt indgik 395 børn i undersøgelsen: 114 børn med FV <1500g (VLBW), 166 børn med FV 1501-2300g (LBW) og 115 børn med FV >2500g (NBW).

McCarthy Scales of Children's Abilities blev bl.a. anvendt i den psykologiske vurdering af børnene ved RK. Lægeundersøgelsen (ved MBP) omfattede følgende: somatisk og neurologisk undersøgelse, en kvantitativ og kvalitativ vurdering af den motoriske udvikling og en vurdering af den visuo-motoriske integration. Et omfattende spørgeskema vedrørende børnenes opvækstvilkår og forældrenes oplevelse heraf - samt et semi-struktureret interview om barnets hverdag dannede grundlag for en vurdering af de psyko-sociale baggrundsfaktorer, barnets og forældrenes umiddelbare ressourcer (metode og materialer udarbejdet af HM).

Efter eksklusion af de sværest handicappede børn fandtes VLBW-børnene at klare sig dårligst. Forskellene mellem grupperne var signifikant på alle undersøgte områder; disse forskelle kunne ikke forklares ved psyko-sociale faktorer, køn eller korrigeret alder på undersøgelsestidspunktet. Forældrenes forhold til barnet, den vægtigste psyko-sociale faktor, havde større indflydelse på udfaldet end socialklasse.

VLBW-gruppens score i McCarthy-testen, den kvalitative motoriske funktion og den visuo-motoriske integration (fin motorisk) - lå alle omkring 15-percentilen for NBW-gruppen. Mere end dobbelt så mange VLBW-børn (28%) som NBW-børn (12%) havde emotionelle og sociale samspils vanskeligheder - i LBW-gruppen drejede det sig om 17%. Fysisk adskilte VLBW-gruppen sig også markant fra de to andre grupper idet over 20% var under 3-percentilen mht højde og vægt - kun 4 børn lå over 50-percentilen for begge parametre.

Risikoen for senere problemer i skolen blev diskuteret for alle tre grupper vedkomne; 48% af VLBW-, 24,5% af LBW- og 12% af NBW-børnene forventes at få behov for støtte af forskellig art.

626. møde - 27. april 1990 - Rigshospitalet

Mødeemne: VENTRIKELSEPTUMDEFEKT

tilrettelagt af DANSK SELSKAB FOR MEDFØDTE HJERTESYGDOMME i samarbejde med DANSK PÆDIATRISK SELSKAB.

Program

1. Joes Ramsøe Jacobsen (Børneafdelingen, Rigshospitalet)
Indledning: **Præsentation og diagnose.**
2. Kristian Emmertsen, Keld Sørensen, Bent Østergaard Kristensen og Ole Kromann Hansen (Kardiologisk afdeling og Thoraxkirurgisk afdeling, Skejby Sygehus): **Ekkokardiografisk vurdering af morfologi og hæmodynamik ved ventrikelseptumdefekt.**
3. Gunner Nielsen, Kristian Emmertsen, Børge H. Jensen og Ole Kromann Hansen (Pædiatrisk afdeling, Kardiologisk afdeling, Anæstesiologisk afdeling og Thoraxkirurgisk afdeling, Skejby Sygehus): **Hæmodynamiske forhold ved ventrikelseptumdefekt.**
4. Ulrik Baandrup (Patologisk-anatomisk Institut, Århus Kommunehospital): **Pulmonal hypertensiv karlidelse.**
5. Dorthe Hansen, Kjeld Schmiegelow og Joes Ramsøe Jacobsen (Børneafdelingen, Rigshospitalet): **Endokardit ved ventrikelseptumdefekt.**
6. Alf Wennevold (Medicinsk afdeling B, Kardiologisk laboratorium, Rigshospitalet): **Graviditet og fødsel ved Eisenmengers syndrom.**
7. Ole Kromann Hansen (Thoraxkirurgisk afdeling, Skejby Sygehus): **Kirurgisk behandling af ventrikelseptumdefekt.**
8. Bent Østergaard Kristensen, Kristian Emmertsen, Keld Sørensen og Ole Kromann Hansen (Kardiologisk afdeling og Thoraxkirurgisk afdeling, Skejby Sygehus): **Restdefekt efter operation for ventrikelseptumdefekt. En farve-dopplerekkokardiografisk undersøgelse.**

EKKOKARDIOGRAFISK VURDERING AF MORFOLOGI OG HÆMODYNAMIK VED VENTRIKELSEPTUMDEFEKTER.

Kristian Emmertsen, Keld Sørensen, Bent Østergaard Kristensen & Ole Kromann Hansen (Kardiologisk afdeling og Thoraxkirurgisk afdeling, Skejby Sygehus)

Formål. At undersøge værdien af ekkokardiografi til morfologisk og hæmodynamisk diagnose af ventrikelseptumdefekter.

Materiale og metode. Niogtyve børn fik operativt lukket en isoleret ventrikelseptumdefekt i perioden 01.01.1988-31.12.1989. Præoperative videooptagelser af ekkokardiografiske undersøgelser var tilgængelige hos 24 og blev gennemset til beskrivelse af morfologi og hæmodynamik. Morfologien blev sammenlignet med de kirurgiske fund. Hæmodynamiske data blev sammenlignet med resultaterne ved hjertekateterisation hos ikke bandede børn, hvor tidsintervallet mellem de to undersøgelser var kort. Dette var muligt hos 8 patienter.

Resultater. Ventrikelseptumdefekterne var ekkokardiografisk erkendelige hos alle 24. Den ekkokardiografiske topografiske placering på højre ventrikels septale overflade var korrekt hos 21 (87%) og fejlagtig hos 3 (13%). Det ekkokardiografiske estimat af det systoliske pulmonaltryk afveg kun lidt fra det invasivt målte. Derimod var der stor uoverensstemmelse mellem ekkokardiografisk og invasiv bestemmelse af henholdsvis pulmonal/system-flowratio og lungekardmodstand.

Konklusion. Ekkokardiografi er en god metode til morfologisk diagnostik af ventrikelseptumdefekter og til bedømmelse af pulmonaltrykket. Estimeringen af flowratio og lungekardmodstand er derimod for usikker til klinisk anvendelse. Hjertekateterisation er derfor nødvendig til hæmodynamisk vurdering af ventrikelseptumdefekter, som ud fra klinik og ekkokardiografi findes, eller mistænkes for at være, hæmodynamisk betydende.

HÆMODYNAMISKE FORHOLD VED VENTRIKELSEPTUMDEFEKT.

G. Nielsen, K. Emmertsen, B. H. Jensen & O. Kromann Hansen (Pædiatrisk afdeling Århus Kommunehospital, Cardiologisk afdeling, Intensiv afdeling og Hjerte- lunge- karkirurgisk afdeling Skejby Sygehus).

Hæmodynamiske data opnået ved præoperativ hjertekateterisation hos patienter opereret for ventrikelseptumdefekt (VSD) i 5 årsperioden 1. januar 1985 til 31. december 1989 er gennemgået og sammenlignet med det postoperative forløb. I perioden er opereret ialt 62 børn, hvoraf 36 børn i alderen 2 mdr. til 10 år er opereret primært radikalt og 26 børn i alderen 18 mdr. til 8 år er opereret efter forudgående banding af arteria pulmonalis. Hjertekateterisationen er foretaget i inhalationsanæstesi med halothan med spontan ventilation hos de fleste i begyndelsen af perioden, men i de seneste år i større omfang i lokal anæstesi. Tendensen i perioden har været at børn i større udstrækning er opereret primært uden forudgående banding af arteria pulmonalis. De postoperative parametre, der er registreret, er varighed af: respiratorbehandling, inotrop behandling og intubation for de sidste 2 års vedkommende, hvor disse data var tilgængelige, og for hele perioden varighed af indlæggelsen på intensiv afdeling.

Der fandtes en ringe korrelation mellem de præoperative hæmodynamiske parametre og forløbet af den postoperative periode.

Der døde 1 barn i 1985 og 1 barn i 1986 begge med tidligere udført banding. De hæmodynamiske data hos disse børn afveg ikke fra gruppen som helhed.

Der fandtes en signifikant længere intensiv varighed hos de børn der primært havde fået udført banding ($P < 0,01$) og hos børn der primært opereredes før 2 årsalderen ($P < 0,01$). Børn med påvist forhøjet lungekarmodstand ($\geq 4 \text{ units} \cdot \text{m}^2$), hos hvem inhalation med oxygen førte til fald i pulmonalarteriestrykket på $\geq 10 \text{ mm Hg}$, havde signifikant kortere intensiv varighed end den, der fandtes hos børn uden effekt af oxygeninhalation ($P < 0,05$).

PULMONAL HYPERTENSIV KARLIDELSE:

U.Baandrup (Patologisk-Anatomisk Institut, Aarhus Kommunehospital).

Pulmonal hypertension (PH) skyldes øget flow og/eller øget vaskulær modstand i pulmonalkredsløbet. Øget modstand er oftest forbundet med abnormiteter i det prækapillære kargebet eller hæmmet venøst outflow. PH kan være begrundet i funktionelle forhold (eks. hypoxi) eller organiske forandringer (eks. tromboemboli).

Tilstande af vidt forskellig natur kan give samme morfologiske forandringer (eks. hæmmet outflow: mitralstenose/insuff.; ve. ventrikelsvigt; myxom i ve. atrium; inflam. med efterflg. pulmonalveneobstruktion).

PH som ses ved kongenit hjertesygdom er morfologisk stort set identisk med forholdene ved primær PH. Graden af de morfologiske, strukturelle forandringer har ofte relation til shunters størrelse og deres lokalisation (prætricuspidale; posttricuspidale). Hos det enkelte individ er det dog erfaringsmæssigt vanskeligt, at sige noget sikkert om prognosen alene på basis af det hæmodynamiske forhold. Varigheden af tilstanden spiller en rolle og det gør i høj grad også individforhold på basis af formentlig genetiske forhold. Her kommer specielt endothelets "reaktivitet" på tale. Eksperimentelle undersøgelser synes at pege i retning af såvel art- som individforskelle. Ved endothelstimulation (f.eks. via øget flow)producerer endothelet sandsynligvis proteaser samtidig med at der sker en degranulering af neutrofile granulocytter. Herved sker der en nedbrydning af laminae elasticae og precursorceller differentieres til glatte muskelceller.

Vi har lejlighedsvis analyseret lungebiopsier før operation for medfødt hjertesygdom i håb om at tydeliggøre indikationen for korrigerende operation. Vore erfaringer (der som allerede antydtes er af kasuistisk karakter) er i overensstemmelse med større undersøgelser fra andre institutioner: Lungebiopsi bør i den nævnte sammenhæng kun udføres i prospektive undersøgelser med defineret sigte. Vurdering af den enkelte biopsi (individorienteret biopsi) tillader ikke i øjeblikket en nøjagtig prognostisering.

ENDOCARDITIS VED VENTRIKEL SEPTUM DEFEKT HOS BØRN.

Dorthe Hansen, Kjeld Schmiegelow & Joes Ramsøe Jacobsen
(Børneafdelingen GKG, Rigshospitalet).

En retrospektiv opgørelse i perioden 1970-1989 baseret på 38 børn med diagnosen infektiøs endocarditis (IE) i Østdanmark, identificeret ved direkte henvendelse til de implicerede børneafdelinger, Retmedicinsk Institut i København og Dødsårsagsregisteret. Femogtredive børn havde medfødt hjertelidelse (CHD), heraf 14 ventrikel septum defekt (VSD). Medianalderen var godt 10 år, spændvidde (2-15 år).

Debutsymptomerne var oftest snigende og diffuse. Det hyppigst symptom var febrilia, oftest intermitterende over kortere eller længere tid, kombineret med uspecifikke symptomer. Kun 4 var febrile ved indlæggelsen. De diffuse debutsymptomer kunne selv hos børn med velkendt VSD volde diagnostiske problemer såvel i praksis som i hospitalsregl. Mediantiden fra symptomdebut til indlæggelse var 13,5 døgn (0-227 dage), halvdelen fik stillet diagnosen inden for første døgn af indlæggelsen (0-81 dage). Der nævnes ex. på vanskelighederne. Medianen for latenstiden for de øvrige børn med CHD var 36 dage (0-185 dage) til indlæggelse og til diagnose 2 døgn (0-15 dage).

Mulig udløsende infektioner sås hos en tredjedel af børnene. IE var hyppigst udløst af nonhæmolytiske streptokokarter, næsthypigst af stafylokokarter. Vegetationer blev påvist hos 23 ved echocardiografi eller autopsi. Ni børn med VSD havde højresidige vegetationer, heraf døde 2, og en havde venstresidige. Hos de øvrige 13 med CHD var forandringerne ligeligt fordelt på mitral og aortaklapperne, og dødsfaldene fortrinsvis associeret til forandringer på aortaklapperne.

Mortaliteten var 14% for børn med VSD og 30% for de øvrige med CHD. Tre af de 12 overlevende med VSD fik alvorlige sequelae.

IE er således fortsat en alvorlig lidelse med høj dødelighed og stor risiko for alvorlige sequelae.

GRAVIDITET OG FØDSEL VED EISENMENGENS SYNDROM.

A. Wennevold, M. Bitsch, C. Johansen & M. Osler (Medicinsk afdeling B & Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y Rigshospitalet).

Ved Eisenmengers syndrom forstår man en abnorm forbindelse mellem systemkredsløb og lungekredsløb (VSD, DAP, og/eller ASD) med veno-arteriel shunt på grund af øget lungekarmodstand.

Ved Eisenmengers syndrom er graviditet og fødsel kontraindiceret på grund af den meget høje mortalitet (26-66% i de offentliggjorte serier). 1/3 af dødsfaldene sker i puerperiet. Der er særlig høj risiko ved sectio. Abort er sikrere end nogen form for fødsel.

De patofysiologiske forandringer er en faldende perifer karmodstand, evt. forstærket ved blødning, hypotension, øget veno-arteriel shunt, nedsat arteriel iltmætning, refleks bradykardi og pludselig død. Uteruskontraktioner nedsætter ratio lungeflow/systemflow, ligesom hypotension, mændens oxygen øger denne ratio. Ratio påvirkes ikke af oxytocin, den liggende stilling eller epidural anæstesi.

Af 31190 kvinder, der i 1978-1987 fødte på Rigshospitalet, havde 2 Eisenmengers syndrom. De var henholdsvis 27 og 28 år gammel, begge var førstegangsfødende, og begge var kun let cyanotiske. Den ene havde ventrikelseptumdefekt og den anden åbentstående ductus. Begge gennemførte graviditet og fødsel under nøje overvågning og de slap levende fra det. På basis af vore erfaringer og litteraturen anbefaler vi ved Eisenmengers syndrom:

Indlæggelse ved 25 uger, sengeleje og oxygen ved episoder med dyspnø. Vi anbefaler ikke antikoagulationsbehandling eller præmatur fødsel. Når fødslen er i gang monitoreres kvinden med ekg og arterietryk, og der anlægges epiduralt kateter. Oxytocin kan gives. Man skal være klar med blod så blodtab straks kan erstattes, og ved blodtryksfald gives noradrenalin. Oxygen gives liberalt. Man foretrækker vaginal fødsel med vacuumeaktion, men hvis obstetriske komplikationer nødvendiggør sectio, anbefales epidural anæstesi.

Graviditet og fødsel ved Eisenmengers syndrom kan gennemføres, men risikoen er høj. Bedst er det at undgå graviditet (og allerbedst er det at undgå Eisenmengers syndrom).

KIRURGISK BEHANDLING AF VENTRIKELSEPTUMDEFEKT

O. Kromann Hansen (Thoraxkirurgisk afd. T, Skejby Sygehus)

Teknikken ved operation for VSD gennemgås, idet adgangsvejene henholdsvis gennem højre atrium og højre ventrikel beskrives. Stort set alle VSD'er kan nås via højre atrium, således at man undgår at åbne direkte i højre ventrikel og de deraf følgende problemer. Teknikken ved indsyning af en patch i VSD'en beskrives og specielt, hvorledes man undgår AV-blok.

I årene 1988-1989 incl. har vi på Skejby Sygehus opereret ialt 30 børn < 15 år for VSD. 29 blev radikalopereret, heraf havde 12 børn gennemgået en tidligere banding, mens 17 blev primært radikalopereret. Kun 1 barn fik foretaget banding i denne periode. Tendensen går således i retning af primær radikaloperation, og banding foretages for VSD nu kun hos børn < 3 mdr. eller ved multiple VSD'er. 52% af børnene var ved radikaloperationen < 3 år, 33% af børnene var > 5 år og repræsenterer en gruppe børn, der efter tidligere indikation først blev banded og derefter sat til radikaloperation i den alder.

Ca. 80% af de opererede VSD'er var af perimembrans eller muskulær inlet type. Ledsagende andre cong. hjertefejl var: korrigeret transposition 2, ASD 2, pulmonalstenose 1, aortastenose 1, aortainsufficiens 1.

Hos de 29 radikalopererede børn kunne VSD'en lukkes med direkte sutur i 7 tilfælde, mens 22 måtte lukkes ved indsyning af en dacronpatch.

Den gennemsnitlige cardioplegitid (hjertestandsningstid) var for alle radikalopererede 33 minutter, for børn med tidligere banding var tiden 55 min., mens den kun var 26 min., hvis der ikke tidligere var banded. En tidligere banding forlænger således cardioplegitiden betydeligt.

35% af børnene kunne extuberes samme dag de var opereret og 1 døgn postoperativt var 80% af børnene extuberet. Kun undtagelsesvis benyttedes inotrope droger i den postoperative periode, idet kun 3 børn fik dopamin eller dobutrex i små doser i 2-3 døgn og 1 barn i 1 døgn.

1/3 af børnene var < 3 døgn på intensivafdelingen og 2/3 mindre end 6 døgn. 3 børn opholdt sig > 14 dg. på intensivafdeling.

16 børn var på udskrivningstidspunktet i behandling med digoxin + diuretika, 5 fik kun diuretika, 1 fik kun digoxin og 8 blev udskrevet uden medicin.

Vi har på vores afdeling ikke haft nogen postoperativ mortalitet i de sidste 3 år.

Konklusion:

Langt de fleste børn med VSD kan idag primært radikalopereres, og med en risiko, der er meget lille. Radikaloperationen gennemføres bedst inden 3 års alderen. Kun børn < ca. 3 mdr. samt børn med multiple VSD'er bør bandes.

RESTDEFEKT EFTER OPERATION FOR VENTRIKELSEPTUMDEFEKT.

B.Ø. Kristensen, K.E. Sørensen, K. Emmertsen & O. Kromann Hansen (Kardiologisk- og Thoraxkirurgisk afdeling, Skejby Sygehus).

Pga. risiko for endocarditis er diagnostik af rest VSD vigtig. Farvedoppler-ekkokardiografi har øget den diagnostiske sikkerhed af ventrikelseptumdefekter (VSD) fra ca. 60% til mere end 90%. Ved hjælp af kontrast ekkokardiografi er der påvist rest VSD hos 90% af VSD opererede i første postoperative døgn; ved 5 ugers undersøgelse var forekomsten reduceret til 5%-10%, formentlig som følge af reaktive vævsprocesser.

Formålet med dette studie har derfor været, ved hjælp af farvedoppler-ekkokardiografi, at undersøge forekomsten af rest-VSD, mere end 3 mdr. efter VSD-operation. Undersøgelsen omfatter 19 børn, 6 piger og 13 drenge i alderen 0,3-13 år (gns. 3,9 år) som var VSD-opereret. De blev undersøgt fra 3-13 mdr. (gns. 7,9 mdr.) efter operationen. Fjorten børn havde isolerede VSD. Ni børn, 4 piger og 5 drenge, var primært bandet. Tre børn havde fået foretaget suturering, medens 16 havde fået indsat dacronpatch. Efterundersøgelsen omfattede objektiv undersøgelse og farvedoppler-ekkokardiografi.

Alle børn var i forbedret klinisk stand. Systolisk mislyd fandtes hos 13 børn, heraf 9 tidligere bandet. Farvedoppler afslørede flow fra venstre til højre ventrikel via kantdefekter hos 13 børn (68%). Pulmonaltrykket fandtes normalt. Shuntten fandtes mindre end 100% ($Q_p:Q_s < 2$) hos alle. Der fandtes ingen associeringer mellem rest-VSD forekomst og VSD-type (inlet/outlet, ect.), VSD størrelse, tidligere banding, alder på operationstidspunkt og postoperative tidsinterval.

Konklusion: Der er ikke foretaget systematisk undersøgelse af alle VSD-opererede børn; den påviste forekomst af residual VSD hos 68% kan således være begrundet i selektionsbias, jfr. at de 13 børn havde mislyd. Der var i alle tilfælde tale om hæmodynamisk betydningsløse restdefekter, typisk kantdefekter. På basis af det foreliggende kan man ikke prediktere højrisikogrupper for rest VSD; ændret kirurgisk teknik vil muligvis kunne reducere forekomsten af rest VSD, hvis påvisning må medføre fortsættelse af endocarditis profylakse.

627. møde - VÅRMØDE - 5. MAJ 1990 — GENTOFTE

Vårmøde arrangeret af Børneafdelingen Amtssygehuset i Gentofte.

Program

1. Ingrid Thorn: **Feberkrampers naturhistorie.**
2. Palle Prah: **Bivirkninger ved behandling med inhaleret binyrebarkhormon.**
3. H. Bisgaard, S. Munck, J.P. Nielsen (Børneafdelingen, Aalborg Sygehus), W. Petersen & S.W. Ohlsson (Draco, Lund): **Spray-behandling med steroid af astmatisk bronchitis hos småbørn.**
4. David Rubin (Dept. Pediatrics, Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, New York), B. Weile & P.A. Krasilnikoff: **Prospective evaluation of infant feeding, tobacco smoking and infectious illness during the first year of life.**
5. I.M. Hjuler & B. Moltesen (Børneafdelingen, KAS Glostrup): **Hospitalsindlæggelse af børn i by og på land.**
6. W. Petersen, P. Albertsen, P.A. Krasilnikoff & Katja Voigt: **Sygdomshyppighedens afhængighed af pasningsformen hos børn under 3 år.**
7. B. Welle & P.A. Krasilnikoff: **Diagnose og epidemiologi af mb. coeliacus.**
8. K. Hjelt, A. Pærregaard & P.A. Krasilnikoff: **Vitamin B₁₂- og folinsyreabsorptionen hos børn med malabsorption og hos normale børn.**

FEBERKRAMPERS NATURHISTORIE

I. Thorn (Børneafdelingen, KAS Gentofte)

På ovennævnte børneafdeling er 1969-86 indlagt 1587 børn med 1.feberkrampe (f.k.l). De er ensartet klinisk og elektroencefalografisk undersøgt, ligesom relevante parametre omkring anfaldet, om præ- peri- og postnatale forhold og om familiær disposition til f.k. og epilepsi er ensartet registreret. Ialt 81 % er fulgt klinisk og elektroencefalografisk i minimum 2 år.

Med hjælp af befolkningsstatistikker fandtes en prævalens for f.k. i første to leveår, eller rettere fra 6-24 måneders alderen, på 1-2 %, i 3. leveår på 0,3-0,6 % og i 4. leveår på 0,1-0,3 %. Der var nogen variationer i prævalenserne i årenes løb, men ingen tendens til konsekvent stigning eller fald.

Materialet viste sig at have den klassiske sammensætning hvad angår køn, alder ved f.k.l, feberårsager, febervarighed før f.k., tp.højde ved f.k., anfaldstype og -varighed og postparoxystisk fase. Det gjaldt også hyppighed af familiær krampedisposition og forhold omkring fødslen. Det bemærkes, at der hos 2,5 % forud for f.k.l havde været CNS-sygdomme eller -traumer med forbigående eller blivende symptomer eller symptomer på CNS dysfunktioner, medens der hos 2,2 % havde været symptomer på CNS dysfunktioner i efterforløbet, med en vis overlappning mellem de to grupper. For langt de fleste parametre fandtes nogen variationer i frekvens fra år til år uden nogen konsekvent retning. En undtagelse syntes dog at være forekomsten af langvarige f.k., som viste en faldende tendens, fra 15-25 % i de første år til 10-15 % efter 1978, med en i hvert fald tidsmæssig sammenhæng med mere aktiv akut krampebehandling.

Blandt 247 ptt. behandlet kontinuerligt med fenemal 3 mg/kg/døgn i to år og blandt 696 ptt. behandlet i to år med diazepam suppositorier ½ mg/kg/dose, kun givet ved tp. over 38,5, fik henholdsvis 23 % og 20 % et eller flere f.k.recidiver, og i begge grupper havde 2,6 % afebrile krampoer i efterforløbet. Til sammenligning forekom blandt seriens første 154 konsekutivt indlagt - og ubehandlede - ptt. f.k. recidiver hos 44 % og afebrile anfald i efterforløbet hos 5,8 %. I alle tre grupper forekom ca.15 % af recidiverne senere end to år efter f.k.l.

Ialt 1298 ptt. blev fulgt i minimum 2 år. I søgen efter prognostiske

holdepunkter foretoges sammenligning mellem forskellige parametre blandt gruppen uden f.k.recidiv (986 ptt.), gruppen med 1-2 recidiver (249 ptt.), gruppen med flere end to recidiver (63 ptt.) og gruppen med afebrile anfald, f.k.recidiver ufortalt, (38 ptt.). I gruppen med flere recidiver fandtes en højere repræsentation af ptt. med tidlig debutalder (uden kønsforskell) og af ptt. med familiær disposition til f.k., medens familiær disposition til epilepsi sås lige hyppigt i alle grupper, incl. gruppen med afebrile anfald. Langvarige f.k.l var let overrepræsenteret i gruppen med flere recidiver og i gruppen med afebrile anfald, medens multiple f.k. var tydeligt hyppigere forekommende i fler-recidivgruppen og let hyppigere i gruppen med afebrile anfald. Fokale f.k. var ligeligt repræsenteret i alle grupper. Dominerende repræsentation af CNS symptomer både før og efter f.k.l sås i gruppen med afebrile anfald, formentlig indicerende, at årsagssammenhængen mellem f.k. og afebrile anfald ikke er eentydig. (16 %)

Da imidlertid såvel f.k. recidiv-frekvensen som frekvensen af afebrile anfald er dobbelt så stor i den ubehandlede gruppe som i de behandlede grupper, og da man ikke med nogen rimelig sikkerhed klinisk (eller elektroencefalografisk) kan adskille en højrisiko gruppe fra en lav-ditto, anbefales profylaktisk behandling af alle. Fordele og ulemper ved de to her skitserede behandlinger er tidligere diskuteret, og den intermitterende behandling med diazepam suppositorier anbefales.

Dette kan også finde støtte i de elektroencefalografiske forhold, hvor der blandt 425 ptt. indlagt med f.k.l i 1968-78 påvist eeg-abnormaliteter hos 14 % en måned efter f.k.l og hos 47 % to år senere, medens de tilsvarende tal for 208 ptt. indlagt 1979-85, alle diazepambehandlede, var 19 % og 25 %.

BIVIRKNINGER I FORBINDELSE MED BEHANDLING MED INHALERET
BINYREBARKHORMON.

P.Prahl (Børneafdelingen, KAS Gentofte)

Asthma bronchiale er en kronisk inflammatorisk lungesygdom, som kræver behandling med et effektivt antiinflammatorisk præparat for at kunne kontrolleres.

Inhaleret binyrebarkhormon er et effektivt antiinflammatorisk præparat med få bivirkninger.

Effekten af inhaleret binyrebarkhormon er dosisrelateret, ligesom bivirkningerne er det. Ved stigende dosis ses faldende udskillelse af frit cortisol i urinen og faldende basalt serum-cortisol. Kun ved meget store doser (mere end 3000 mikrogram/1,73 m² overflade/24 timer) ses signifikant påvirkning af cortisolproduktionen ved ACTH-stimulation.

De ekstrapulmonale bivirkninger kan reduceres betydeligt ved at anvende spacere frem for almindeligt mundstykke. Denne effekt skyldes en nedsat oral deponering. Den binyrebarksupprimerende effekt af Spirocort og Becotide synes at variere fra person til person.

ASTHMATISK BRONKITIS BEHANDLET MED STEROIDSPRAY FRA SPACER MED ANSIGTSMASKE

H.Bisgaard, S.Muck, J.P.Nielsen, W.Petersen & S.V.Ohlsson (Børneafd. Gentofte Amts Sygehus, børneafd. Hillerød Amts Sygehus, børneafd. Aalborg Sygehus og Medicinsk Forskningsafd. DRACO, Lund, Sverige)

Asthmatisk bronkitis hos småbørn er den hyppigste årsag til akut indlæggelse i denne aldersgruppe. En af årsagerne hertil er de ringe behandlingsmuligheder. Behandlingen må oftest ske peroralt med systemiske bivirkninger til følge. Inhalationsbehandlingen er begrænset af adgangen til forstøverapparater. Vi introducerer her et nyt princip til inhalationsbehandling af småbørn med asthmatiske bronkitis. Børnene behandles med spray fra spacer med ansigtsmaske. Vi antager, at symptomerne afspejler en inflammationsproces i bronkierne og har derfor søgt at behandle børn med moderat svær asthmatiske bronkitis med inhalationssteroidspray.

Syvoghalvfjers børn, 11-36 måneder, med moderat svær asthmatiske bronkitis behandlede i et dobbelt-blindt parallel gruppestudie i 12 uger med enten Budesonid (Spirocort) spray 400 µg b.i.d. eller placebo. Spray blev givet til børnene via en spacer (Nebulator) med ansigtsmaske. Den aktive behandling bevirkede en significant forbedring af børnenes symptomer og anfaldsfrekvens. De udviste således en significant forbedring af hvæsende vejrtrækning, søvnforstyrrelser og almen velvære og glæde ($p < 0.05$), samt et reduceret antal prednisolonkure ($p < 0.01$). Behandlingseffekten var fuldt etableret efter 6-8 uger. Den aktive behandling forårsagede ingen erkendelige bivirkninger.

Den gode kliniske effekt demonstrerer, at det er muligt for småbørn at inhalere spray fra en spacer med ansigtsmaske. Dette er en hurtig, simpel, billig og vedligeholdelsesfri metode til behandling af småbørn med asthmatiske bronkitis. Resultaterne demonstrerer desuden, at inhalationssteroid kan anvendes i behandlingen af moderat svær asthmatiske bronkitis hos småbørn. Det resterer at studere dosis-afhængigheden af steroidbehandlingen, samt at undersøge bivirkningsprofilen. De foreliggende resultater tyder dog på, at anvendelsen af disse behandlingsprincipper kan tilbyde en forbedret behandling af den store gruppe af småbørn med moderat svær asthmatiske bronkitis.

PROSPECTIVE EVALUATION OF INFANT FEEDING, TOBACCO SMOKING, AND INFECTIOUS DISEASE DURING THE FIRST YEAR OF LIFE.

D.H.Rubin, B. Weile & P.A.Krasilnikoff (Børneafdeling L, KAS Gentofte).

Prior studies investigating the relationship between infant feeding and infectious illnesses in developed countries have provided conflicting data about whether breast-feeding protects against common infectious illnesses early in life. These conflicts may in part be due to the failure to consider the following methodologic issues : 1) collecting data prospectively at frequent intervals for active surveillance of the detection of infections and the feeding practices, 2) specifying what is meant by infectious illnesses and breast-feeding, 3) controlling for confounding variables such as social class or presence of sibling in the household, and 4) applying appropriate analytical strategies to a population in which both feeding and exposure to illness change over time. A total of 500 infants born consecutively in a university affiliated community hospital in the County of Copenhagen, Denmark, were studied prospectively for the first 12 months of life by means of a detailed, monthly, mailed questionnaire that focused on feeding practices and illness (overall response rate, 73%). The percentage of infants who were completely or mostly breast-fed decreased from 88% at 1 month to 20% at 12 months of age. After adjustment for major covariates, no statistically significant relationship was found between the type of infant feeding and the incidence of four categories of infectious illnesses: gastroenteritis, upper respiratory illness, otitis media, and lower respiratory illness. The adjusted incidence density ratio for gastroenteritis was 1.067 (95% confidence interval=0.982, 1.226) and for upper respiratory illnesses 0.984 (95% confidence interval=0.883, 1.096). These data suggest there is no substantial protective effect of breast-feeding against occurrence of infectious illnesses early in life in a largely middle class urban population in a developed country.

HOSPITALSINDLÆGGELSE AF BØRN I BY OG PÅ LAND.

I.M.Hjuler & B.Moltesen.

For året 1988 er foretaget en registerundersøgelse over forskellen i indlæggelseshyppigheden af børn i byen og på landet. Resultaterne for indlæggelseshyppigheden er sammenholdt med visse levevilkårsvariable, som de tegner sig statistisk set. De udvalgte områder er Københavns kommune, Københavns amt, Vestsjællands amt og Sønderjyllands amt. Københavns kommune er mest belastet målt ved parametre som andelen af enlige forsørgere og familier som modtager kontanthjælp, hvor Københavns amt ligger nærmere de to landamter. Daginstitutionsdækningen er for de 0-2 årige er ca 40% i hovedstadsområdet 6 og 5% i landamterne. Hvilket er den parameter hvor Københavns kommune og Københavns amt statistisk ligner hinanden mest.

Resultaterne af indlæggelseshyppigheden viser at børn i byen som forventet indlægges hyppigere end børn på landet, med 155/1000 i Københavns kommune, 134/1000 i Københavns amt, 96/1000 i Vestsjællands amt og 100/1000 i Sønderjyllands amt. For de 0-2 årige er forskellen endnu mere markant.

Derefter er der udtrykket antallet af indlæggelser for øvre og nedre luftvejsinfektioner samt uspecifikke febrilesygdomme. Det viser sig at disse sygdomme kan forklare ca. en tredjedel af forskellen i indlæggelseshyppighed mellem land og by.

Adskillige undersøgelser har påvist at pasning i daginstitution øger risikoen for infektionssygdomme for børn under 3 år og vi mener at vor opgørelse kan tolkes i den retning. Der er naturligvis også andre forhold der gør sig gældende, hvad variationer indenfor amterne tyder på. Indlæggende læges kendskab til familien og afstanden til hospitalet kan tænkes at influere. Faktorer som manglende social integration, negative life events og stress i familien påvirker formentlig også indlæggelseshyppigheden af børn.

SMÅBØRNS SYGELIGHED AFHÆNGIG AF PASNINGSFORM.

W. Petersen, P. Albertsen, P.A. Krasilnikoff & K. Vogt (Børneafdelingen KAS-Gentofte).

Forskellige undersøgelser peger i retning af, at der er en højere sygelighed hos småbørn, som passes i daginstitution sammenlignet med børn passet i dagpleje (P. Uldall, 1983). I en svensk undersøgelse af Strangert (1976) fandtes imidlertid ingen significant forskel. Dertil har men det sidste årti ændret og udbygget eksisterende pasningsformer. På denne baggrund må det være relevant at efterprøve, om de forskelle i sygelighed, som Uldall har fundet, kan eftervises.

Undersøgelsens formål er at undersøge, i hvilken grad småbørns sygelighed afhænger af de pasningsformer, som forældre benytter sig af. Projektet tester således ikke eventuelle forskelle i sygeligheden mellem hjem og pasningsordning, men alene forskelle i sygeligheden mellem de forskellige pasningsordninger indbyrdes.

Sygeligheden er vurderet hos småbørn passet i vuggestue, kommunal dagpleje og integreret institution. Oplysningerne om sygeligheden er daglig registreret af pædagoger på basis af forældrerapporterede sygdomme. Endvidere forældrebesvarede spørgeskemaer, indeholdende oplysninger om boligform, familiestruktur, rygning, sociale forhold mv.

Undersøgelsen fandt sted vinteren 1989 i Søllerød kommune. 255 småbørn deltog.

Undersøgelsen viste, at:

- A) Børn passet i vuggestue har en significant højere sygelighed end børn passet i dagpleje og integreret institution. Derimod ingen forskel i sygelighed mellem dagpleje og integreret institution.
- B) Ingen forskel i sygeligheden mellem børn, som starter tidligt i en pasningsordning og børn, som starter senere.
- C) Børn med hyppige luftvejsinfektioner før start i en pasningsordning er også significant sygere efter start, og denne sygelighed er uafhængig af pasningsordning.

DIAGNOSE OG EPIDEMIOLOGI AF MORBUS COELIACUS.

B. Weile & P.A. Krasilnikoff (Pædiatrisk afdeling L, KAS Gentofte.

Med baggrund i tyndtarmsbiopsier udført fra 1972-87 på 392 børn beskrives incidensen af coeliaci i Københavns amt. I henhold til The European Paediatric Society for Gastroenterology & Nutrition (ESPGAN)'s kriterier fra 1969 forudsætter en korrekt diagnostik af coeliaci mindst 3 tyndtarmsbiopsier. - Ved coeliaci vil den første biopsi vise en affladning af slimhinden på glutenholdig kost. Efter ca. et års glutenfri diæt vil den næste biopsi vise en normalisering af slimhinden. Efter som regel 3 måneders provokation med gluten vil den tredje biopsi afsløre affladning af slimhinden. - I vort materiale fandt vi, noget uventet, kun 22 patienter med coeliaci, svarende til en incidens på 0.11/1000 nyfødte i perioden.

I Irland er der fundet incidenser op mod 12 gange højere og i Finland omkring 5 gange højere. Både i Irland, Finland, England og Italien beskrives gennem de seneste år fald i incidensen af coeliaci. I Sverige ligger incidensen 10 gange højere end i vort materiale, men med preliminaire tal tydende på, at coeliaci forekommer med en hyppighed der er 40-80 gange større end vor.

Grundet entydige diagnostiske kriterier (ESPGAN), homogen demografi, ensartet repræsentation af sygdommen i amtets kommuner, lige adgang til sundhedsvæsenet og kun ringe svingninger i incidensraterne, mistænkte vi, at en eventuel fejlagtig "frasortering" af patienter uden coeliaci, kunne forklare den lave incidens.

Ved kontakt til alle tidligere patienter fik vi oplyst, at ingen havde fået stillet diagnosen coeliaci. Kun 6% havde minimale gastrointestinale gener, der ikke gav mistanke om coeliaci.

Tilbage til ekstremerne: vores og de svenske observationer fra populationer bosiddende ned til 30 km fra hinanden, med sammenlignelige sundhedsvæsener, klima, genetik, ja, selv ameforhold. Den for os umiddelbare forklaring på forskellen kunne ligge i ernæringen af spædbørn i det første leveår.

Danske børn har ikke siden 1960 fået gluten i kosten før

(Diagnose og epidemiologi af morbus coeliacus -fortsat).

efter 4-6 måneders alderen. Dette skete først i fuldt omfang for svenske børn i begyndelsen af 1980'erne. Hertil kommer at svenske børn siden 1982 har fået et endog øget tilskud af værling fra 6 måneders alderen.

Fremtidige studier må klarlægge, om denne forskel i kosten gennem det første leveår, kan forklare de store forskelle i incidensen af coeliac, samt om en sen introduktion af gluten kan maskere symptomer, om den medfører en sen debut eller måske slet ingen debut af coeliac.

VITAMIN B₁₂ - OG FOLINSYREABSORPTION HOS BØRN MED MALABSORPTION OG HOS NORMALE BØRN.

K.Hjelt, A.Pærregaard og P.A.Krasilnikoff (Børneafdelingen KAS Gentofte).

B₁₂ - og folinsyreabsorptionen undersøgte med nyudviklede dobbeltisotopmetoder specielt velegnede til børn. Metoderne udtrykker direkte den absorberede fraktion og kræver ingen Kooperation ligesom strålingsdosis er minimal. B₁₂ absorptionen er mætbar og undersøgelsen beskriver børns fysiologiske øgning af absorptionskapaciteten igennem barnealderen. Folinsyreabsorptionen er ganske vist aktiv, men ikke mætbar. Inden for de undersøgte, fysiologiske rammer fandtes således uændret absorptionskapacitet igennem barnealderen.

Ved forskellige gastrointestinale sygdomme, der medfører mucosaskade (ex. cøliaki, kronisk giardiasis og postgastroenteritis sygdom) fandtes relativt udtalt tendens til B₁₂ malabsorption. Ved introduktion af gluten til cøliakipatienter observeredes ret hurtigt indtrædende reduktion i B₁₂ absorptionen (i løbet af 1-3 mdr.). Patofysiologiske u.s. indicerer, at årsagen hertil er en reduceret stimulation af den exokrine pancreas pga. mucosalæsion i den proksimale tyndtarm. Da B₁₂ absorptionen under fysiologiske forhold foregår med samtidig fødestimulation er B₁₂ malabsorptionen hos denne patientgruppe reelt mindre udtalt end målinger i fastende tilstand viser. Først ved læsion af ileum optræder B₁₂ malabsorption påvirkelig af fødestimulation. Dette forhold kombineret med store B₁₂ depoter og relativt store B₁₂ mængder i kosten medfører, at B₁₂ mangel sjældent udvikles ved de beskrevne sygdomme i barnealderen.

Folinsyreabsorptionen synes at have en ret stor reservekapacitet og malabsorption er et sjældent fænomen ved tyndtarmsmucosalidelser i barnealderen. Der skal normalt være omfattende mucosalæsioner før der ses markant folinsyremalabsorption. Imidlertid kan en kombination af nedsat folinsyre i kosten og moderat malabsorption i enkelte tilfælde medføre folinsyremangel. Derimod er jernmangel et hyppigt fænomen hos børn med intestinale mucosalæsioner. Her ses generelt ret udtalt reduktion i indtagelse af fødejern, hvilket i sig selv, eller kombineret med jernmalabsorption fører til jernmangel.

628. møde — 14. september 1990 — Rigshospitalet

Program

Knud E. Petersen: **Den pædiatriske specialluddannelse i 90'erne.**

N. Chr. Christensen: **Overgangsordningen.**

Derefter

ORDINÆR GENERALFORSAMLING

Dagsorden

1. Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Beretning fra udvalg
4. Aflæggelse af reviderede regnskab
5. Fastsættelse af kontingent
6. Indkomne forslag fra bestyrelse og medlemmer
7. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer
8. Valg af 2 revisorer
9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet
10. Eventuelt

Fællesmøde for Dansk Selskab for Allergologi og Dansk Pædiatrisk Selskab —
17. marts 1990 — Rigshospitalet.

Mødeemne: **CELLER OG MEDIATORER VED DEN ALLERGISKE INFLAMMATION.**

1. **Velkomst.** Ulrik Gerner Svendsen (Formand, Dansk Allergologisk Selskab).
2. **Introduktion til den allergiske inflammation.** Hans Bisgaard (Børneafdelingen, KAS Gentofte).
3. **Eosinofilocyten.** Ronald Dahl (Lungeklinikken, Aarhus Kommunehospital).
4. **Mastcellen.** Professor Lennart Enerbäck (Institut för patologi, Sahlgrenska Sjukhuset).
5. **Celler i luftvejene ved den allergiske inflammation.** Professor Jan de Monchy (Groningen, Holland).
6. **Mediatorer i luftvejene ved den allergiske inflammation.** Docent Ulf Pipkorn (ÖNH avd, Lund Lasarett).
7. **Introduktion til den immunologiske kontrol af den allergiske inflammation.** Lars Frølund (Medicinsk afdeling P, Bispebjerg Hospital).
8. **Makrofager, T-lymfocytter og deres mediatorer.** Klaus Bentzen (Lab. med. immunol. Rigshospitalet).
9. **Perspektiver for behandling af den allergiske inflammation.** Bent Weeke (Medicinsk afdeling TTA, Rigshospitalet).

Symposium on Growth and Reproduction — 29. maj 1990 - Rigshospitalet.

Arrangeret af Afdelingen for Vækst og Reproduktion, Rigshospitalet i samarbejde med Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk Pædiatrisk Selskab.

1. **David de Kretser, Melbourne**
The role of inhibin in normal and impaired testicular funktion.
2. **Frederick Wu, Edinbourg**
Studies on endocrine therapy in male hypogonadism and infertility.
3. **Alexsander Glwercman, Hans von der Maase, Jørgen G. Bertelsen, Aksel Bertelsen, Mikael Rørth, Niels E. Skakkebæk, Copenhagen**
Effects of irradiation on carcinoma in situ testis and Leydig cell funktion.
4. **General discussion**
5. **Wolfgang Sippell, Kiel**
New trends in diagnosis and management of patients with congenital adrenal hyperplasia.
6. **Jørn Müller, Harriet Dige Petersen, Copenhagen**
Treatment of patients with congenital adrenal hyperplasia in Denmark.
7. **Katharina Main, Malou Phillips, Niels E. Skakkebæk, Copenhagen**
Uninary growth hormone excretion pattern in normal childhood and puberty and in growth disorders.
8. **Niels E. Skakkebæk, Katharina Main, Copenhagen**
Decreased sweating in children with growth hormone deficiency.
9. **Jens Sandahl Christensen, Jens Møller, Jørn Müller, Niels E. Skakkebæk, Århus and Copenhagen**
Should growth hormone treatment be continued after growth has ceased in young individuals with growth hormone deficiency? A call for collaboration on a research project.
10. **Kim Fleischer Michaelsen, Copenhagen**
Growth in 91 children from birth to 12 months. Results from the Copenhagen study of infant nutrition and growth.
11. **Stephen Shalet, Manchester**
Growth and reproduction in children and young individuals treated for cancer.
12. **General discussion**

Formandsberetning 1989-90.

Dansk Pædiatrisk Selskab består nu af 333 medlemmer.

Selskabet har modtaget anmodning om optagelse eller udmeldelse fra de i vedlagte liste nævnte kolleger. Efter sidste generalforsamling konstituerede bestyrelsen sig med undertegnede som formand, Niels Michelsen som næstformand, Jens Christoffersen som kasserer, Karin Brostrøm som videnskabelig sekretær, Henrik Mortensen som faglig sekretær (Y.P.-repræsentant) og Helle Rotne (DBO-repræsentant).

Ved neonatalmødet februar 1990 blev Bent Friis-Hansen udnevnt som æresmedlem af selskabet.

I beretningsperioden har der været afholdt i alt 9 videnskabelige møder, heraf 6 temamøder, et julemøde arrangeret af Yngre Pædiatere og et vårmøde arrangeret af børneafdelingen i Gentofte. 3 af temamøderne var arrangeret i samarbejde med henholdsvis Dansk Neuropædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for medfødte hjertesygdomme og Dansk Selskab for Allergologi. Bestyrelsen skal hermed takke mødetilrettelæggerne ved temamøderne samt Y.P. og værterne i Gentofte for veltilrettelagte møder. Bestyrelsen har holdt i alt 8 møder, heraf 1 fællesmøde med uddannelsesudvalget.

Hovedopgaverne har været arbejdet med reform for lægers kliniske videreuddannelse (målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer, antal undervisningsstillinger), ændringen af den lægelige vagt- og stabsstruktur og endelig planlægning af selskabets nye mødeaktivitet. Bestyrelsen har haft et nært samarbejde i disse opgaver med selskabets uddannelsesudvalg.

Kontakt til Sundhedsstyrelsen/Specialistnævnet.

Til opfølgning af betænkningen fra september 1989 vedrørende Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse var selskabet repræsenteret ved formand, uddannelsesudvalgets formand samt de tilfornordede til møde 23.11.1989 til drøftelse af det kommende samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Specialistnævnet og de videnskabelige selskaber. På mødet blev udleveret Sundhedsministeriets skrivelse af 21.11.1989 vedrørende iværksættelse af reformen for videreuddannelse for læger. Af denne fremgik som væsentligste grundelementer, at der var planlagt en forbedelsesfase frem til 1.1.1991 og en iværksættelsesfase herefter på 5-7 år, at en afgørende forudsætning for løsning af videreuddannelsesproblemerne er gennemførelsen af en faststillingsreform, at der udarbejdes målbeskrivelser (inden 1.5.1990), uddannelsesprogrammer (inden 1.10.1990)

samt evalueringsprocedure. Endvidere at der tilrettelægges blokansættelsesforløb og nedsættes amtslige videreuddannelsesudvalg samt etableres overgangsordninger. Knud E. Petersen blev udpeget som hovedansvarlig for udarbejdelsen af målbeskrivelserne. Uddannelsesudvalget har i samarbejde med bestyrelsen arbejdet videre med de allerede foreliggende målbeskrivelser, og der er ultimo april indsendt til Sundhedsstyrelsen målbeskrivelser for den pædiatriske speciallægeuddannelse (introduktionsstilling, undervisningsstilling og 1. reservelægestilling). Målbeskrivelserne vil blive trykt i årbogen.

I brev af 26.2.1990 har Sundhedsstyrelsen meddelt, at man på basis af beregninger om sammenhæng mellem faststillingsreformen og videreuddannelsesreformen har beregnet det ønskelige antal pædiatriske undervisningsstillinger til 14 i 1991. Samtidig blev der anmodet om forslag til placering af disse undervisningsstillinger inden 1.4.1990. I brevet lovede Sundhedsstyrelsen at forelægge en detaljeret beregning medio 1990, således at vi får lejlighed til at gøre opmærksom på nødvendige korrektioner af undervisningsstillinger for årene efter 1991.D.d. har selskabet ikke modtaget nogen beregning. Sundhedsstyrelsen vil december 1990 fremkomme med samlet redegørelse for antallet af undervisningsstillinger.

Efter drøftelse med uddannelsesudvalget og kontakt til de involverede afdelingers administrerende overlæger har bestyrelsen foreslået 2 stillinger til hver af de afdelinger, der tidligere har haft undervisningsstillinger, med forbehold for en enkelt afdeling. Til opfølgning af drøftelsen ved generalforsamlingen september 1989 angående fordeling af undervisningsstillinger havde selskabet ved uddannelsesudvalgsformanden anmodet Sundhedsstyrelsen om udvidelse af antal undervisningsstillinger fra 8 til 10 og fået accept heraf.

Som kontaktperson til Sundhedsstyrelsens planlæggende arbejde med WHO's 10. sygdomsklassifikation er udpeget formanden for selskabets diagnoseudvalg Finn Ursin Knudsen.

Sundhedsstyrelsen har april 1990 anmodet om udpegning af medlem til ekspertgruppe vedrørende organisation af den fremtidige operative behandling af patienter med epilepsi. Bestyrelsen har til denne opgave udpeget Karen Taudorf.

I brev af 13.6.1990 har Sundhedsstyrelsen anmodet selskabet om at udpege en kontaktperson, som Sundhedsstyrelsen på et uformelt grundlag kan tage kontakt til i forbindelse med styrelsens sagsbehandling ved bedømmelse af ansøgere til overlægestilling. Som svar har selskabets bestyrelse anbefalet at fastholde §14-rådene som kontaktorgan, også i overensstemmelse med holdningen i FAS.

Som svar på brev fra Specialistanævnet til de videnskabelige selskaber og Specialistanævnets tilforordnede om forslag til ændringer af nuværende uddannelser af speciallæger har bestyrelsen og de tilforordnede ønsket præciseret, at ud-

dannelsesstillingen bør indeholde mindst 3 måneders neonatologi eller et ansættelse foregår på en afdeling, der har neonatologi på landsdelfunktionsniveau som en del af arbejdsområdet. Dette for at sikre den nødvendige alsidighed i uddannelsen.

Kontakt til udenlandske pædiatriske organisationer.

Nordisk Pædiatrisk Forening holdt konference med bestyrelserne fra de nordiske landes pædiatriske selskaber i Oslo 30.9. til 1.10.1989. Fra Danmark deltog Johannes C. Melchior, Else Andersen, Vagn Holm og Niels Hobolth som medlemmer af den nordiske styrelse, Henrik Sardemann som medlem af Dansk Pædiatrisk Selskabs bestyrelse. Ved konferencen blev drøftet emnerne miljø og børns helbred, nordisk pædiatri frem til år 2000, specialistuddannelse, børneombudsinstitution, nordisk pædiatri forhold til CESP og UNEPSA samt samarbejde mellem læger og farmaceutisk industri. I forbindelse med miljødrøftelsen diskuteredes et brev fra Estisk Pædiatrisk Selskab om henvendelse til Østersølandenes regeringer vedrørende forureningsproblemer i Østersøområdet. I løbet af vinteren 1989-1990 er udarbejdet en fælles skrivelse fra de pædiatriske selskaber i Østersølandene med opfordring og støtte til forureningsforebyggelse. Skrivelsen er overgivet til regeringerne i de respektive lande omkring 1.6.1990. Henvendelsen er ligeledes fremsendt til pressen, men synes ikke publiceret. Den vil blive gengivet i årbogen. Fra Finsk Pædiatrisk Selskabs bestyrelse har selskabet modtaget kopi af brev til Nordisk Pædiatrisk Forening med forslag til lovændring om, at hvert land vælger 4 medlemmer til Nordisk Pædiatrisk Forenings bestyrelse, hvoraf 1 medlem altid er formanden i det nationale selskab. Bestyrelsen modtager fra Norsk Pædiatrisk Selskab og Svenska Barnläkarforeningen velskrevne medlemsblade og kopi af øvrige udsendte informationer. Vore mødeudsendelser samt årbog fremsendes til de øvrige nordiske landes pædiatriske selskabers bestyrelser.

UNEPSA (Unionen af Nationale Europæiske Pædiatriske Selskaber og Associationer) holdt sin 7. konference i Budapest april 1990 i samarbejde med det ungarske pædiatriske selskab. Karin Brostrøm og Henrik Sardemann deltog på selskabets vegne. Ved mødet var de videnskabelige emner screening og etik i pædiatri, og selskabet har besvaret forespørgsel fra UNEPSA vedrørende disse emner. Fra dansk side savnes årlige opgørelser over resultaterne af neonatal screening. Næste nummer af Paediatrics in Europe vil indeholde beretning. Fra engelsk side fremkom forslag om epidemiologiske overvågningsenheder i europæisk regi angående sjældnere pædiatriske sygdomme. Timothy Chambers fra England blev valgt som formand. UNEPSA's tidsskrift Paediatrics in Europe vil blive udsendt hver 3. måned til alle overlæger.

Ved EF organisationen CESP's årlige møde, dette år i Irland, var selskabet repræsenteret ved Vagn Holm og Joes Ramsøe Jacobsen, begge udpeget til denne funktion af Den Almindelige Danske Lægeforening. Der drøftes her samarbejde med de østeuropæiske lande, definition af pædiatri samt uddannelse af pædiatere i fællesmarkedområdet.

Kontakt til Den Almindelige Danske Lægeforening og FAS.

Bestyrelserne for DBO og DPS har fra FAS modtaget orientering om forhandlingerne mellem amtskommunen i Århus og Amtsrådsforeningen vedrørende stabsstruktur.

På anmodning har bestyrelsen januar 1990 til Ugeskriftets redaktion fremsendt forslag til konsulenter med særlige videnskabelige interesseområder inden for pædiatrien.

Kontakt til DPS udvalg.

Udover ovennævnte har bestyrelsen haft flere drøftelser med uddannelsesudvalget vedrørende den kommende mødeform. Der arbejdes stadig med planer om 4 årlige møder af 1-2 døgns varighed med opdeling i gruppemøder en del af tiden og større muligheder for socialt samvær. Der har været problemer med at finde egnede lokaler. Den nye mødeform påregnes gennemført fra 1991.

Neonatologiudvalget har udarbejdet vejledende retningslinier for behandling af hyperbilirubinæmi, som er udsendt til alle landets pædiatriske og obstetriske afdelinger og vil blive givet i årbogen.

Bestyrelsen har bevilget kr. 2.500 til u-landsudvalget til bog gave til Ho Chi Minh City Hospital i Vietnam.

Erik Thamdrup er efter eget ønske udtrådt af screeningsudvalget og erstattet af Else Andersen.

I øvrigt.

Bestyrelsen har oprettet en fond på basis af arven efter Torben Iversen og jubilæumsfonden. Beløbene herfra har ved sammenlægning kunnet komme op over kr. 200.000, som er mindstebeløb for oprettelse af en fond. Dette var den enkleste og skattemæssigt mest fordelagtige anbringelse af gaven efter Torben Iversen. Vedtægterne for professor Torben Iversens Rejsefond for yngre børnelæger vil blive publiceret i årbog 1989-90.

På forespørgsel fra Justitsministeriet vedrørende forslag til lov om ligsyn, obduktion og transplantation har bestyrelsen i overensstemmelse med tidligere besvarelse i 1987

anbefalet, at forældre/værge kun kunne give tilladelse til indgreb med fjernelse af regenererbart væv fra et barn.

På opfordring fra Niels Valerius, Børneafdelingen Hvidovre har bestyrelsen fremsendt skrivelse med anbefaling af, at børn med meningitis visiteres til pædiatriske afdelinger.

Fra Dansk Neuropædiatrisk Selskab har vi modtaget en henvendelse om at udpege 2 medlemmer til et udvalg til drøftelse af uddannelsesmæssige retningslinier for pædiatere og neurologer med henblik på at søge om godkendelse af neuropædiatri som et ekspertområde. Karl Wulff og Flemming Juul Hansen er udpeget hertil. Bestyrelsen mener fortsat, at pædiatriske subspecialer/ekspertområder må baseres på pædiatrisk specialistanerkendelse. Samme holdning er kommet til udtryk i forbindelse med drøftelse af uddannelse såvel i nordisk som i europæisk sammenhæng.

For at lette arbejdet for kommende bestyrelsesmedlemmer har bestyrelsen udarbejdet funktionsbeskrivelse for de enkelte bestyrelsesmedlemmer.

I lighed med de øvrige nordiske landes pædiatriske selskaber har Dansk Pædiatrisk Selskab fra Estisk Pædiatrisk Selskab modtaget henvendelse om øget kontakt mellem baltiske og nordiske kolleger. I forbindelse hermed var undertegnede inviteret til Estisk Pædiatrisk Selskabs 13. kongres i Tallinn 29.-31.maj 1990. Et af kongressens hovedemner var forureningsproblemer, og en opfølgning af den fælles henvendelse til Østersølandenes regeringer blev planlagt. Novo-Nordisk Farmaka Danmark ydede økonomisk støtte til rejsen. Der var stor begejstring fra de estiske pædiateres side for besøg fra Danmark og stort behov for kontakt vestpå. Vore estiske kolleger har kun mulighed for at rejse til de nordiske lande, såfremt de får officiel invitation. Der var ligeledes stort ønske om at lære den vestlige pædiatriske litteratur nærmere at kende. Bestyrelsen har derfor besluttet at donere 1 års abonnement af Acta Paediatrica Scandinavica til de pædiatriske selskaber i Estland, Letland og Litauen.

Roskilde, den 16. juli 1990
Henrik Sardemann.

BERETNING FRA DANSK PÆDIATRISK SELSKABS § 14-RÅD

Siden sidste generalforsamling har Dansk Pædiatrisk Selskabs § 14-råd udtalt sig vedrørende 9 overlægestillinger på følgende børneafdelinger: Århus Kommunehospital, Glostrup (2), Rigshospitalet (2), Randers, Herning og Næstved (2). Stillingen i Herning er den første stilling, der er opslået som vagtbærende overlæge.

De 5 af stillingerne var nynormerede og i 7 tilfælde ønskede man en pædiater med et eller flere angivne ekspertområder, hvilket har været en gennemgående tendens i de senere år. Stillinger opslået inden den 01 08 90 skal vurderes af § 14-rådet, men herefter ophører § 14-rådet med at eksistere i sin nuværende form. Ifølge den nyelægelov skal der for fremtiden foretages en lægefaglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger inklusive vagtbærende overlæge i et fagligt bedømmelsesudvalg nedsat af ansættelsesmyndigheden i diverse amter. Før beslutningen om ansættelse i en overlægestilling træffes, skal ansættelsesmyndigheden forelægge sin indstilling for Sundhedsstyrelsen, som skal udtale sig inden 10 dage, hvis man har bemærkninger til bedømmelsesudvalgets faglige vurdering. Forelæggelsen for Sundhedsstyrelsen er obligatorisk, men styrelsens vurdering er dog ikke bindende for ansættelsesmyndigheden, men er af vejledende karakter. Hvis Sundhedsstyrelsen får brug for rådgivning fra et af de videnskabelige selskaber, ønsker man at kunne forespørge et enkelt af selskabet udpeget medlem. Fra flere sider er der givet udtryk for, at det er ønskeligt, at man i disse tilfælde fortsat har et slags § 14-råd bestående af 3 medlemmer. Dette synspunkt er vi enige i, og rådets sammensætning med repræsentant fra lands- og landsdelsafdeling samt fra B-afdelingerne har vist sig hensigtsmæssig.

Jørgen Haahr
Jens Kamper
Minna Yssing

BERETNING FRA SPECIALISTNÆVNETS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI

De tilforordnede har bedømt en række ansøgers kvalifikationer m.h.p. pædiatrisk speciallægeuddannelse. Kravene til speciallægeuddannelse synes velkendt og langt de fleste ansøgninger har været ukompliceret.

Vi har derudover på opfordring fra specialistnævnet og sammen med bestyrelsen formuleret et krav om, at uddannelsesstillingerne bør indeholde mindst 3 måneders neonatologi eller at ansættelse foregår på en afdeling, der har neonatologi på landsdelsfunktionsniveau som en del af arbejdsområdet.

For øjeblikket er vi ved at gennemgå ansøgningerne om dispensation i forbindelse med overgangsordningen i 1990 i pædiatri.

Else Andersen
N. Chr. Christensen

BERETNING FRA UDDANNELSESUDVALGET

Kursus: På grund af aflyste kurser som følge af kravet om mindst 15 kursister pr. kursus udarbejdede udvalget en ny fordeling, som bl.a. indebar en samling af 2 tidligere valgfri kurser til 1. Man forsøgte at "rationalisere" kursusprogrammet, således at det kunne gennemføres som et fast program for 2 år. Det totale kursusbudget blev nogenlunde det samme som tidligere. Specialistnævnet meddelte, at man ikke kunne godkende forslaget - dels fordi der var et specielt pædiatrisk kursus i hæmatologi/onkologi, dels at programmet indebar en udvidelse af det antal undervisningstimer, den enkelte uddannelsessøgende læge skulle gennemgå. Man så også gerne, at SOSA-kursus blev obligatorisk.

Der blev herefter udarbejdet et korrigeret forslag, som specialistnævnet og Sundhedsstyrelsen herefter har tiltrådt.

Kursus 89/90 er herefter afviklet som planlagt, dog måtte nefrourologi-kursus aflyses.

Kursus 90/91 vil indeholde deltagelse i kursus i neuropædiatri, neonatologi og gastroenterologi + ernæring, foruden de tværfaglige kurser i genetik, mikrobiologi m.v. - dersom det ikke ændres.

Undervisningsstillinger 1990/91: Der forelå 33 ansøgninger, 1 blev betegnet som ikke kvalificeret, 19 som kvalificerede og 13 som velkvalificerede.

Ved mødet med undervisningsafdelingernes chefer udpegedes 8 velkvalificerede og 2 kvalificerede til de 10 stillinger (1 ekstra i Odense og 1 ekstra i Aalborg).

Efteruddannelse: Et kursus i perinatologi er gennemført og et kursus i neuropædiatri vil blive gennemført.

Videreuddannelsesreformen: Med udgangspunkt i betænkningen 1183 og cirkulæret fra Sundhedsministeriet af 21.11.89 afvikler Sundhedsstyrelsen nu det indledende arbejde til reformen ud fra den tidsplan, der bl.a. blev fremlagt ved et møde på Christiansborg den 23.11.89.

Der er fastsat flere undervisningsstillinger indenfor de fleste specialer. Efter en (midlertidig) accept af de 10 stillinger, som var foreslået fra selskabets side med baggrund i øst/vest-problematikken, fastsatte Sundhedsstyrelsen 26.02.90 antallet af pædiatriske undervisningsstillinger til 14 fra 1991. Vi kender endnu ikke de prognoser, der ligger til grund. Selskabet har peget på oprettelse af 2 stillinger på hver af de nuværende "a-afdelinger", men der er fra nogle afdelinger stillet betingelser til disse stillingers oprettelse.

Målbeskrivelser: For de fleste specialer foreligger nu. Uddannelsesudvalget har arbejdet med den pædiatriske, og den blev indsendt som ønsket pr. 01.05.1990.

Uddannelsesprogrammer på afdelingerne: Der er udsendt vejledende retningslinier 30.04., og de skal være etableret pr. 01.10.90. Amtslige videreuddannelsesudvalg er oprettet.

Enkelstillingssklassifikation: Vejledende retningslinier foreligger 02.05.

Der er udarbejdet en oversigt over, hvilke stillinger i de enkelte amter, som skal reserveres til uddannelse.

Blokansættelser og en nøjere evalueringssprocedure påregnes iværksat pr. 01.01.1991. Regionsinddelingen er fortsat usikker.

Dispensationsrunde/overgangsordning: Der foreligger over 1500 ansøgninger til alle specialer og ca. 60 for det pædiatriske område. Der skal skaffes ansættelse - formentlig på a-afdelinger til en del af disse, ligesom de skal have 1. reservelægeansættelse, og i den anledning er antallet af enkeltstillingsklassifikationer udvidet.

Der skal herudover skaffes plads til de teoretiske kurser, hvad der kan betyde en total ændring af kursusprogrammet igen, måske en dublering af nogle af kurserne. I august har uddannelsesudvalgets formand deltaget i et møde med specialistrepræsentanterne for at vurdere ansøgningerne.

I øvrigt har man i fællesmøde mellem bestyrelsen, de tilforordnede og uddannelsesudvalget drøftet evt. ændringer i speciallægebestemmelserne, herunder neonatologisk uddannelse i undervisningsstillingen. Der er planlagt en drøftelse mellem bestyrelsen og uddannelsesudvalget omkring uddannelsen i grenspecialer.

Uddannelsesudvalget har sammen med bestyrelsen drøftet en ny mødeform i selskabet.

Knud E. Petersen

BERETNING FRA AIDS-UDVALGET

AIDS-udvalget har i september 1989 udsendt forslag til retningslinjer for:

- Indikationer for HIV-testning af børn
- Undersøgelserprogram for gravide med risiko for HIV-infektion og deres nyfødte børn.
- Kontrolundersøgelser hos HIV-positive børn med og uden tegn på HIV-infektion.
- Vejledning vedrørende prøver og forsendelse.

AIDS-udvalget har desuden udarbejdet retningslinjer for behandling af børn med symptomgivende HIV-infektion og AIDS, som ligeledes vil blive udsendt til børneafdelingerne i efteråret 1990.

Udvalget søger desuden at følge udviklingen i antallet af HIV-positive børn i Danmark.

F. Karup Pedersen

BERETNING FRA ALLERGIUDVALGET

I forbindelse med Scanticon mødet i Kolding i februar 1990 blev der nedsat en konsensusgruppe, der har diskuteret problematikken omkring måling af navlesnors IgE og allergiprofylakse. På baggrund af en samlet vurdering af den seneste viden om allergiprofylakse og risikofaktorer, som angiver en sygdomsrisiko på mindst 50%, anbefales at strategien vedrørende forebyggelse af allergi revideres, således at højrisikogruppen nu kan defineres enten ved anamnesen alene uden måling af IgE i navlesnorsblod, eller ved en kombination af anamnesen og IgE i navlesnorsblod med en ny cut-off-værdi på 0,3 kU/l. Endvidere anbefales nu hypoallergen ernæring til 4-måneders alderen for begge højrisikogrupper. Rådgivning vedrørende sanering for eksogene potentielle allergener må indtil videre baseres på individuel strategi.

De vejledende retningslinier er blevet fremsendt til bestyrelsen i DPS, der har godkendt, at de kan anbefales til medlemmerne som en generel rekom-mendation. Konsensusgruppen har aftalt at følge udviklingen på området og at tage retningslinierne op til ny drøftelse om 3-4 år.

De vejledende retningslinier vedr. forebyggelse af allergi vil blive trykt i årbogen.

Ole Østerballe

BERETNING FRA DIAGNOSEUDVALGET

Udvalget har intensiveret arbejdet med den pædiatriske diagnoseliste. Den er nu færdigbearbejdet og medio juli 1990 udsendt til landets børneafdelinger til kommentarer og evt. ændringsforslag.

Listen er en opdatering af den i mange år anvendte og nu revisionskræven-de "Vesterdalske" liste, og revisionen bygger konsekvent på sundhedsstyrelsens blå klassifikation, som er en version af WHO's internationale sygdomsklassifikation, nr. 8.

Nr. 9 har ikke været anvendt her i Danmark.

Sundhedsstyrelsen regner med, at den 10. revision af den internationale sygdomsklassifikation kan tages i brug her i Danmark i 1993. Det kan imidlertid meget vel blive senere. Denne klassifikation er opbygget efter et nyt system, det såkaldte alfanumeriske, det vil sige hver sygdom er karakteriseret ved et bogstav, efterfulgt af 3 cifre. Systemet skulle give større fleksibilitet og rummelighed.

Den nu reviderede diagnoseliste kan også opfattes som støtte til sundhedsstyrelsen under udarbejdelsen af den danske version af ICD 10, idet der indgår en række forslag til nye diagnoser, som endnu ikke er accepteret af sundhedsstyrelsen. Det drejer sig specielt om perinatologiske diagnoser. Når diagnoseudvalget har modtaget skriftlige kommentarer fra landets børneafdelinger vil vi forsøge at udsende den færdigredigerede version af listen i løbet af efteråret, så den kan tages i anvendelse fra januar 1991.

Finn Ursin Knudsen

BERETNING FRA ERNÆRINGSUDVALGET

Ernæringsudvalget har besvaret forespørgsel fra Sundhedsstyrelsen om retningslinier for vitaminer og jern til præmature børn. Udvalget har april 1990 fremsendt forslag, som angivet i beretningen årbog 88/89, men har endnu ikke hørt fra Sundhedsstyrelsen, om man vil acceptere dette som generel rekommendation. Udvalget har ikke set det som sin opgave, at fremkomme med forslag for vitaminer og jern til den lille gruppe af lavvægtige børn med FV < 1250 gram i disse børns første levemåneder, hvor de er hospitaliserede. Imidlertid vil forslaget tilgodese også disse børns behov fra udskrivningstidspunktet, hvilket vil forenkle rådgivningen for primærsundhedstjenesten. Ernæringsudvalget har rådgivet Sundhedsstyrelsen overfor producenterne af vitamindråber indeholdende ACD-vitaminer, således at dagsdosis fremover vil blive reduceret til A-vitamin 1000 IE, C-vitamin 35 mg, D-vitamin 400 IE, hvilket er i overensstemmelse med internationale anbefalinger om, at en dagsdosis vitamin som kosttilskud ikke bør overstige Nordisk Næringsstofanbefaling. Udvalget har overfor Sundhedsstyrelsen anført, at ACD-dråber fortsat vil finde anvendelse ved 1) som ekstra tilskud til præmature de første 3 levemåneder, 2) Børn der skulle få sødmælkblandinger de første 6 måneder, 3) Børn der fra 6 måneder er ensidigt ernærede. Udvalget vil snarest besvare forespørgsel fra Sundhedsstyrelsen, om hypoallergen mælkeerstatning bør anvendes på barselsafdelingerne til alle nyfødte børn, indtil amningen er tilfredsstillende etableret, når det findes nødvendigt at give tilskud.

Karin Brostrøm

BERETNING FRA HÆMATOLOGI- OG ONKOLOGIUDVALGET

Udvalget har i det forløbne år holdt møde den 1.9.1989 på Rigshospitalet, den 1.12.1989 på Hvidovre Hospital, den 27.3.1990 på Århus Kommunehospital og den 29.6.1990 på Rigshospitalet.

Ved møderne har der været grundige drøftelser om det fælles nordiske samarbejde i NOPHO, herunder især drøftelser af nye fælles nordiske behandlingsoplæg til børn med leukæmi. NOPHO holdt sit årlige videnskabelige møde i Reykjavik, Island, i april 1990. Ved denne lejlighed konstateredes det dels, at den fælles nordiske registrering er værdifuld og vel fungerende for så vidt angår leukæmi, hvor den allerede har dannet basis for flere publikationer. Den tilsvarende registrering for solide tumorer kan indenfor få år forventes at kunne give tilsvarende interessante epidemiologiske oplysninger. I øvrigt synes de nordiske, herunder de danske, resultater og behandling af børn med leukæmi med den protokol, som blev initieret i 1986, at være særdeles tilfredsstillende.

Dansk Pædiatrisk Selskab's udvalg for pædiatrisk hæmatologi og onkologi har endvidere fortsat drøftet recidivbehandlingen af ALL og er igang med at udarbejde et landsdækkende sæt regler vedr. isolation m.v. af malignt syge børn, som er immunsupprimeret p.g.a. behandling. Udvalget håber allerede ved generalforsamlingen i 1990 at kunne fremlægge en dansk

multicenter undersøgelse vedr. ITP og har i øvrigt tanker om i den kommende periode at indlede drøftelser m.h.p. fælles retningslinier for auto-transplantation af børn.

Henrik Hertz

BERETNING FRA INFORMATIONSUDVALGET

Informationsudvalget har i det forløbne år haft et par enkelte møder, men har som tidligere været i tæt kontakt i øvrigt. Vi har fulgt de sager, vi synes, der kunne have interesse og har med glæde noteret DPS engagement i Østersøforureningen.

Vi har ikke modtaget henvendelser fra medlemmerne om enkeltsager, vi burde tage op, og ikke selv følt, at de sager, der var aktuelle, kunne nå at blive behandlet af os, før de på en for os tilfredsstillende måde var blevet besvaret eller kommenteret i medierne.

Udvalget er stadigvæk af den opfattelse, at vi bør være restriktive, og at vi meget gerne modtager henvendelser fra selskabets medlemmer om emner, man ønsker, vi bør tage op.

J.C. Melchior

BERETNING FRA KAPACITETS- OG FORDELINGSUDVALGET

Ved generalforsamlingen i DPS i september 1989 vedtog et flertal at følge udvalgets råd om at udvide kapaciteten af uddannelsesreservelægestillinger. Under hensyntagen til den skæve fordeling vedtoges at arbejde for at hæve antallet af uddannelsesreservelægestillinger fra 1 til 2 på de tre Vestdanske afdelinger for en 3-årig periode.

Denne vedtagelse er siden blevet overhalet af udviklingen, idet Sundhedsstyrelsen har anmodet selskabet om at hæve antallet af uddannelsesreservelægestillinger til 14 om året. Hvis det lykkes at gennemføre intentionerne i Steen Christensen-udvalgets betænkning om lægers kliniske videreuddannelse, vil de fordelingsmæssige forskelle mellem landsdelene mellem antallet af speciallæger i pædiatri mindskes, idet uddannelsen vil ske regionsvis gennem blokansættelser.

Udvalget betragter hermed sit arbejde som afsluttet.

Jens Kamper

BERETNING FRA NEONATOLOGIUDVALGET

Neonatologiudvalget har i samarbejde med Finn Ebbesen udarbejdet nye retningslinier for behandling af hyperbilirubinæmi hos nyfødte. Retningslinierne er med selskabsposten udsendt til alle medlemmer af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi og Dansk Pædiatrisk Selskab. Endvidere har udvalget sammen med ernæringsudvalget og allergologiudvalget behandlet spørgsmål vedrørende allergiprofylakse hos spædbørn, brugen af moder-mælkerstatninger på barselgangen etc. samt vejledende retningslinier for anvendelse af vitamin- og jerntilskud til præmature børn.

Neonatologiudvalget indsendte i april 1989 et fyldigt responsum til Det Ethiske Råd vedrørende etiske problemer i forbindelse med behandling af præmature børn; vi venter den bebudede offentlige debat initieret af Ethisk Råd.

Med udgangen af maj måned afgik Neonatologiudvalgets formand, Bent Friis-Hansen, til et velfortjent otium. Vi vil på dette sted takke for et inspirerende, sagligt og altid fornøjeligt samarbejde i Neonatologiudvalget. På grund af stigende opgavemængde vil udvalget blive udvidet fra 4 til 5 medlemmer fra september 1990.

Jens Kamper

BERETNING FRA SCREENINGSUDVALGET

Udvalget har udarbejdet en liste over sygdomme, som i øjeblikket er under vurdering med henblik på neonatal screening. Listen omfatter følgende sygdomme:

Biotindase mangel. Maple syrup urine disease. Arvet hypercholesterolæmi. Congenit hypothyreose. Cystisk fibrose. Duchennes muskeldystrofi. Galaktosæmi. Homocystinuri. Phenylketonuri. Segl-celle anæmi. Thalassæmi. Alfa-I-antitrypsin. AIDS. Toxoplasmose. CMV. Rubella. Hepatitis B. Herpes. Adrenogenitalt syndrom. Kromosomdefekter. Immundefekter. Høredefekter. Bly.

Det er udvalgets plan at udarbejde en kort betænkning med beskrivelse af problemstillingen for de enkelte sygdomme.

Udvalget har et tæt samarbejde med Statens Seruminstutts screeningsudvalg.

Udvalget har haft besøg af dr. Günther Scheuerbrandt fra Freiburg, som leder et center vedrørende Duchennes muskeldystrofi i Vesttyskland. Kun ca. 10% af alle nyfødte screenes. I en 12 årig periode er screenet 308.500 drenge, der blev fundet 95 med Duchennes muskeldystrofi og 7 med Beckers muskeldystrofi. De særdeles gode muligheder for profylakse og prænatal diagnostik ved DNA-analyser gør det fristende også at indføre screening for sygdommen her i landet. Imidlertid er en opsporing af alle anlagsbærere i Duchennes slægter igang, og dette vil selvsagt give den bedst mulige profylakse. Teoretisk skulle antallet af fødte Duchenne-børn ved en sådan opsporing falde til ca. 3 om året. (De spontane mutationer), og på denne baggrund kan det næppe betale sig at indføre screeningen.

N.J. Brandt

BERETNING FRA U-LANDSUDVALGET

U-landsudvalget har etableret kontakt med Børnehospital nr. 1 i Ho Chi Minh City i Vietnam. Hospitalet er et 650 sengs børnehospital, der modtager lokalpatienter fra Ho Chi Minh City samt henviste patienter fra alle Syd-vietnams provinser, ligesom det har uddannelsesmæssige opgaver i den primære sundhedssektor i hele Sydvietnam.

2 af udvalgets medlemmer, Else Andersen og F. Karup Pedersen, besøgte i en 2 ugers periode i november/december 1989 hospitalet. Formålet med besøget var dels klinisk og teoretisk undervisning af hospitalets læger, dels at undersøge mulighederne for et fremtidigt undervisnings- og forsknings samarbejde.

Udgifterne til besøget finansieredes dels af Dansk-Vietnamesisk Forening, dels af Ho Chi Minh City's sundhedsmyndigheder.

Sammen med hospitalets direktion og sundhedsmyndigheder udarbejdedes planer for et 3-årigt samarbejdsprojekt omkring uddannelse og forskning vedrørende akutte luftvejsinfektioner hos børn. Projektet vil bl.a. omfatte udveksling af vietnamesiske og dansk børnelæger og mikrobiologer i projektperioden. Projektet søges gennemført med DANIDA-midler via Dansk-Vietnamesisk Forening.

I forbindelse med besøget på hospitalet overrakte en boggave til hospitalet fra Dansk Pædiatrisk Selskab til en værdi af ca. 5000 kr.

F. Karup Pedersen

BERETNING FRA SUNDHEDSSTYRELSENS VACCINATIONSUDVALG

Drøftelserne i det forløbne år har især drejet sig om MFR programmet, herunder alderen for 2. vaccination. Tidspunktet har været drøftet, men der er endnu ikke taget bestemmelse om evt. ændring.

Udvalget har noteret sig de mange positive resultater af indførelse af MFR programmet, men der er fortsat visse betænkeligheder med hensyn til dækningsgraden i fremtiden.

Udvalget har også drøftet nyere viden om aftagende immunitet overfor difteri og tetanus med alderen og har anbefalet en difteri og tetanus booster vaccination f.eks. i 5-års alderen. Sundhedsministeriet har imidlertid endnu ikke kunnet imødekomme en sådan anbefaling.

Udvalget har desuden især fulgt udviklingen af nye vacciner, herunder de konjugerede Hæmofilus influenzae vacciner.

Udvalgets 2 pædiatriske medlemmer har desuden i det forløbne år deltaget i en række møder med Epidemiologisk afdeling på Statens Seruminstitut, hvor man især har drøftet vaccinations bivirkninger, - herunder en række konkrete anmeldelser af mistænkte bivirkninger.

Christian Koch

BERETNING FRA LIPIDGRUPPEN UNDER DANSK CARDIOLOGISK SELSKAB

Lipidgruppen blev oprettet i 1987 under Dansk Cardiologisk Selskabs fraktion for præventiv cardiologi med det formål at skabe et forum for løbende faglig vurdering af spørgsmål vedrørende hyperlipidæmi. Gruppen består af repræsentanter for følgende videnskabelige selskaber: Almen Medicin, Cardiologi, Hypertension, Intern Medicin, Klinisk Kemi og Pædiatri. Der er desuden en observatør fra Sundhedsstyrelsen.

Der har i 1989 været afholdt tre møder, hvor man har drøftet gruppens organisatoriske forhold, dens manifestation i den offentlige debat omkring hyperkolesterolæmi, samarbejdet med Hjerteforeningen og Sundhedsstyrelsen omkring rådgivningsvirksomhed samt revurdering af retningslinierne for behandling af hyperlipidæmi. En klinisk-kemisk arbejdsgruppe har udarbejdet anbefalinger for analyser af lipider og lipoproteiner, og arbejdet er siden publiceret i Ugeskrift for Læger. Det er planen at udarbejde en redegørelse om pædiatriske aspekter af hyperlipidæmi.

Flemming Skovby

Referat af generalforsamling i Dansk Pædiatrisk Selskab
Fredag 14. september 1990

1. **Valg af dirigent.**

Henrik Hertz blev valgt og konstaterede at generalforsamlingen var lovligt indkaldt.

2. **Formandens beretning.**

Formanden indledte med at fastslå, at for selskabet og dets bestyrelse havde perioden 1989 til 1990 været begivenhedsrig. Planlægningen af uddannelsesreformen var stort set forløbet efter de linier sundhedsstyrelsen havde lagt i efteråret 1989. Der havde ved flere lejligheder været meget korte tidsfrister til besvarelse til Sundhedsstyrelsen og kun ringe muligheder for påvirkning af Sundhedsstyrelsens beslutninger, f.eks. angående antallet af undervisningsstillinger. Formanden fremhævede desuden, at selskabet kun havde haft ringe indflydelse på den kommende vagt- og stabsstruktur på afdelingerne. Beslutningerne herom var først og fremmest sket lokalt, og en egentlig centralkoordinerings syntes ikke at foregå. Stabsstrukturen har først og fremmest været et emne af organisatorisk karakter, og bestyrelsen mente, at det primært hjemmehørte under DBO.

I august måned i år havde selskabet modtaget en anmodning fra Sundhedsstyrelsen om hjælp til revision af cirkulæret vedrørende lands- og landsdelsfunktioner. Man havde specielt forhørt sig om suppleringer og ændringer samt optagelse af eventuelt nye funktioner. Bestyrelsen havde besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe til at udarbejde forslag til en besvarelse til Sundhedsstyrelsen. Arbejdsgruppen kom til at bestå af Jens Kamper fra Odense, Niels Clausen fra Århus, Jens Christoffersen fra Aalborg, Henrik Hertz og P.A. Krasilnikoff fra København med sidstnævnte som formand.

Herefter omtalte formanden, at bestyrelsen sammen med uddannelsesudvalget fortsat arbejdede med rammerne for en ny mødestruktur for selskabet. Målet for omlægningen var færre og længerevarende møder, idet der planlagdes 4-5 møder årligt, af 1/2 - 1 1/2 døgns varighed på fredage og lørdage. Møderne tænkes dels arrangeret som temamøder, dels som møder i parallelsektioner for subspecialeraktionerne en del af tiden og endelig som korte frontlinie og/eller opdateringskurser. Koordination af møderne med

egentligt efteruddannelseskursus kunne tænkes. Den ny mødeform forventedes at kunne tiltrække flere medlemmer, og specielt yngre læger, også fra provinsen, idet formen ville gøre det faglige udbytte større og rejseomkostningerne på årsbasis mindre. Muligheden for socialt samvær i forbindelse med møderne vil kunne tilgodeses. Den ny mødeform forventedes iværksat fra januar 1991.

Dernæst orienterede formanden om, at selskabet medio august havde modtaget et brev fra Sundhedsstyrelsen med en orientering om den ny vejledning til sygehusforvaltningerne om faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger. Sundhedsstyrelsen havde igen anmodet om udpegning af kontaktperson til vurdering af ansøgere. Man måtte derfor reelt nok betragte paragraf 14-rådet som nedlagt, hvilket betød at selskabets vedtægter skulle ændres. Formanden anførte, at bestyrelsen ligesom vores paragraf 14-råd ikke var tilfreds med, at vurderingen kun skulle foretages af en enkelt person. Bestyrelsen havde drøftet sagen og ville foreslå, at man pegede på en kontaktperson samt 2 suppleanter blandt de 3 nuværende medlemmer af rådet.

Formanden understregede herefter, at informationsudvalgets kommissorium indeholdt, at udvalget skulle medvirke til at udbrede pædiatrisk viden og synspunkter udenfor fagkredsen. Af udvalgets beretning fremgik, at man havde valgt en mere restriktiv holdning. Bestyrelsen så gerne, at pædiatere markerede sig tydeligere i offentligheden og mente, at aktuelle emner som kiropraktorers behandling af børn, forureningsproblemer, mulig nedlæggelse af børne-epilepsicenteret i Dianalund kunne tages op til debat i offentligheden gerne på udvalgets foranledning.

Til sidst fremhævede formanden, at bestyrelsen havde forladt den tidligere afvisende holdning overfor sponsorering af selskabets aktiviteter. De vanskelige økonomiske forhold havde medført, at bestyrelsen havde været positivt indstillet overfor acceptable former for sponsorering som f.eks. aktuelle produktinformationsudsendelser sammen med egne udsendelser mod et vederlag. Formanden oplyste, at sponsorering også var set anvendt i andre nordiske pædiatriske selskaber samt i andre selskaber herhjemme. Formanden afsluttede med at takke kolleger i bestyrelsen og uddannelsesudvalgets formand for et aktivt, positivt, engageret samarbejde over en årrække.

Diskussion af formandsberetning:

Den ny mødeform blev drøftet. Zachau-Christiansen foreslog, at man i stedet for fredag-lørdag evt. planlagde møderne lørdag og søndag, for ikke at trække medlemmerne væk fra deres arbejde.

Karin Brostrøm fremførte, at det måtte være muligt at planlægge det ambulante og kliniske arbejde på afdelingerne, således at møderne kunne afholdes i København fredag kl. 16. Hun var af den mening, at det ville være mest praktisk for de fleste. Efter en kortere debat blev det vedtaget, at bestyrelsen kunne gå videre med arbejdet med den ny mødereform og man blev enige om, at evaluere den ny mødestruktur efter en tidsperiode på et år.

Henrik Hertz anførte derefter, at bestyrelsen ønskede at informationsudvalget skulle være et aktivt problemsøgende organ og han appellerede til forsamlingen om, at gøre pædiatrien synlig ude i befolkningen. Det enkelte medlem skulle henvende sig til informationsudvalget hvis man ønskede, at sager skulle tages op. Dette kunne alle gå ind for. Man gik herefter over til drøftelse af bestyrelsens forslag om sponsorering. Der var generel enighed om bestyrelsens holdning i forsamlingen, og bestyrelsen fik mandat til evt. at drive sponsoreringen videre til betaling af eventuelle gæsteforlæsere og rejseudgifter i forbindelse hermed.

Man drøftede herefter Sundhedsstyrelsens udspil til ændring af paragraf 14-funktionen. Minna Yssing fremførte, at rådet ville være tilfreds, hvis det bestod af en kontaktperson med 2 suppleanter, som foreslået af bestyrelsen. Peer Pærregaard fremførte, at han var betænkelig ved om rådet kunne give en vurdering af en enkelt ansøger i løbet af de foreslåede 10 dage. Henrik Sardemann svarede, at arbejdsbyrden nu var blevet langt mindre, idet rådet blot skulle fastslå, om en person var fagligt kvalificeret til at varetage en bestemt stilling eller ej. Zachau-Christiansen anførte, at man havde drøftet nedlæggelsen af paragraf 14-rådene i bestyrelsen for Foreningen af Speciallæger. Han mente ikke, at man skulle modsætte sig en decentralisering som foreslået af Sundhedsstyrelsen og bestyrelsen fik herefter mandat til at foreslå en vedtægtsændring, således at paragraf 14-rådet kunne nedlægges. Krasilnikoff fremførte herefter at han med bekymring havde erfaret at bestyrelsen i samråd med de tilforordnede havde ændret uddannelsesreglerne, således at uddannelsesstillingen nu inkluderede mindst 3 måneder neonatologi. Han mente, at den slags ændringer burde vedtages på en generalforsamling. Niels Christian Christensen svarede, at Sundhedsstyrelsens tilforordnede havde pligt til at sikre sig, at uddannelsesstillingen havde det rette indhold. De tilforordnede havde derfor i samråd med repræsentanter fra uddannelsesudvalget og bestyrelsen for Dansk Pædiatrisk Selskab truffet beslutningen alene for at sikre standarden af undervisningsstillingen. Krasilnikoff erklærede sig tilfreds med dette svar. Herefter blev formandsberetningen godkendt.

3. Beretning fra udvalg.

Uddannelsesudvalgets formand Knud E. Petersen havde indledningsvist omtalt videreuddannelsesreformen og overgangsordningen. Der var nu 29 kursister, der skulle bringes igennem kurser, og mange af dem der ønskede dispensation havde ikke haft kurser. Det var derfor nødvendigt at dublere visse kurser. Man havde som tidligere overvejet at slå visse kurser sammen. Knud E. Petersen foreslog endvidere, at uddannelsesudvalget måske skulle være koordinator for den ny uddannelsesstruktur og indsamle uddannelsesprogrammer fra samtlige afdelinger. Desuden omtalte Knud E. Petersen, at man kunne overveje om uddannelsesudvalget skulle have en evalueringsmæssig funktion ved en afsluttende samtale med kursisterne fra de forskellige afdelinger.

Kommentarer til uddannelsesudvalgets beretning: Oluf Schiøtz ønskede en redegørelse fra bestyrelsen om, hvorfor man uden videre havde accepteret Sundhedsstyrelsens krav på 14 kursister inden for grundspecialet pædiatri. Han ønskede at få oplyst hvilke prognoser Sundhedsstyrelsen baserede sin beregning på. Han efterlyste et aktivt modspil fra bestyrelsen til Sundhedsstyrelsen. Karen Nørgaard Hansen redegjorde for YP's enqueteundersøgelse fra 1989, hvori man forudså en overproduktion af kvalificerede pædiatere i løbet af få år. Formanden svarede, at bestyrelsen forsat ikke havde fået Sundhedsstyrelsens prognostiske beregninger, og at man vanskeligt kunne gå i en dialog med Sundhedsstyrelsen, når man ikke kendte baggrunden for disse. Desuden var det umuligt, at opstille nogen prognoser for hvor mange læger der blev brug for, når man ikke kendte konverteringskvotienten af 1.reservelæger og reservelæger. Formanden understregede endvidere, at der vil blive mulighed for at gøre indsigelser imod udvidelsen af antallet af undervisningsstillinger efter 1992, hvis udvidelsen ikke balancerer med det fremtidige udbud af slutstillinger. Zachau-Christiansen fremførte herefter, at man jo i mange år havde drøftet hvor mange børnelæger, der skulle uddannes, og hvilke funktioner de burde have. Man måtte være klar over, at ikke alle kunne få arbejde på sygehus, og han opfordrede, støttet af Bente Hansen, børnelæger til at slutte op om, at arbejde for børn, primært i kommunalt regi. Ole Østerballe fremførte, at de enkelte afdelinger burde se på hvorledes de kunne få stillingsstrukturen til at hænge sammen på deres afdelinger, da dette ville kaste lys over problemet på landsplan. Henrik Hertz foreslog, at vi ret snart fik lejlighed til at debatere udvidelsen af antal undervisningsstillinger i plenum og opfordrede uddannelsesudvalget og bestyrelsen til at udarbejde et oplæg evt. sammen med andre specialistgrupper og indkalde til et møde om

sagen i januar/februar måned 91. Hele forsamlingen kunne tilslutte sig dette.

Finn Becker Christiansen anførte, at DPS var et videnskabeligt selskab, der burde sikre børnelægerne tilstrækkeligt højt fagligt uddannelsesniveau. Han foreslog derfor, at man indførte en specialisteksamen analogt med den svenske ordning. Knud E. Petersen anførte, at man tidligere havde overvejet en specialisteksamen, men at dette krævede store ressourcer og næppe var gennemførligt med selskabets nuværende økonomi.

Beretning fra øvrige udvalg:

AIDS-udvalget. Freddy Karup Petersen meddelte, at man ville følge udviklingen hos HIV-positive børn i Danmark, og at det var lovligt at foretage en registrering af disse børn.

Allergi-udvalget. Ole Østerballe gjorde opmærksom på, at der var nået konsensus i udvalget om anvendelse af navlesnors-IgE og hypoallergene ernæringspræparater og opfordrede andre udvalg til at udforme sådanne rekommandationer.

Diagnose-udvalget. Finn Ursin Knudsen redegjorde for den ny ICD10 liste der var blevet sendt til Sundhedsstyrelsen. Zachau-Christiansen opfordrede til et samarbejde mellem de nordiske lande, således at diagnoselister kunne koordineres og opfordrede vores repræsentant i Nordisk Pædiatrisk Forening til at tage dette op ved det næste møde.

Hæmatologi/onkologi-udvalget. Freddy Karup Petersen anførte her, at man forventede, at en dansk multicenterundersøgelse ville løbe af stablen i løbet af efteråret, hvor man ville vurdere iv-immunglobulin versus prednison til behandling af ITP. Man håbede på stor tilslutning blandt afdelingerne.

Beretning fra informations-udvalget og fra Dansk Pædiatrisk Selskabs paragraf 14-råd: drøftet under formandsberetning.

Knoglemarvstransplantationsudvalget: Henrik Hertz anførte her, at der ikke forelå nogen beretning, og da han ikke længere fandt, at man havde behov for udvalget, foreslog han det nedlagt. Dette blev vedtaget.

Beretninger fra øvrige udvalg: godkendt uden kommentarer.

4. Aflæggelse af revideret regnskab.

Kasserer forelagde regnskabet og anførte, at selskabet i den forløbne periode havde pådraget sig et underskud på ca. 32.000 kr, bl.a. i forbindelse med tyveri af et AV-apparat. Derfor blev det måske nødvendigt, at bruge af efteruddannelsesmidler de næste år til selskabets aktiviteter. Regnskabet blev godkendt.

Niels Michelsen redegjorde herefter for tyveriet af det stjålne AV-udstyr på selskabets møde d. 29. april 1989 omhandlende børns dagligdag. Sagen blev taget til efterretning af forsamlingen.

Herefter redegjorde kasserer for sammenlægning af jubilæumsfond og Torben Iversens fond. Den nye fond havde fået navnet Professor Torben Iversens rejsefond for yngre børnelæger i overensstemmelse med testators ønske. Første uddeling fra fonden finder sted efter 1.2.91. Sammenlægning af fondene blev vedtaget. Vedtægterne vil blive trykt i årbogen.

5. Fastsættelse af kontingent.

Det blev vedtaget, at kontingentet på 500 kr skulle fortsætte uændret.

6. Indkomne forslag fra bestyrelse og medlemmer.

Ingen.

7. Valg af bestyrelse blandt de ordinære medlemmer.

Henrik Sardemann, Niels Michelsen, Karin Brostrøm og Henrik B. Mortensen udtrådte af bestyrelsen. Nyvalgt blev: Erling Nathan, Niels Christian Christensen, Jørn Müller (videnskabelig sekretær) og Catherine Rechnitzer (faglig sekretær). Jens Christoffersen fortsatte som kasserer og Helle Rotne som repræsentant for DBO.

8. Valg af 2 revisorer.

Peer Pærregaard blev genvalgt, Svein Vestermark ønskede ikke genvalg. I stedet valgtes Finn Ursin Knudsen.

9. Valg af udvalgsmedlemmer og repræsentanter for selskabet.

Bent Friis Hansen ønskede at udtræde af neonatologiudvalget, i stedet blev Gorm Greisen og Finn Ebbesen indvalgt. Fra screeningsudvalget fratrådte Erik Thamdrup og Else Andersen blev indvalgt i stedet.

Fra uddannelsesudvalget fratrådte Knud William Kastrup, Karl Wulff og Steffen Husby. Udvalget havde i stedet suppleret sig med Finn Ursin Knudsen, Karen Nørgaard Hansen og Flemming Skovby. Peer Pærregaard fratrådte som en af vores repræsentanter i Dansk Medicinsk Selskab. Niels Henrik Valerius blev indvalgt i stedet. I Nordisk Pædiatrisk Forening fratrådte Johannes Melchior. Henrik Hertz blev indvalgt i stedet. I paragraf 14-udvalget fortsatte Jens Kamper og Minna Yssing, mens Jørgen Haahr ønskede at udtræde. Hans personlige suppleant Timo Klinge blev indvalgt i stedet, og det blev aftalt, at de 3 konstituerede sig med en kontaktperson og 2 suppleanter. Som tidligere vedtaget blev knoglemarvstransplantationsudvalget nedlagt.

De øvrige udvalg fortsatte med uændret personsammensætning.

Henrik B. Mortensen og Niels Michelsen

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB,

Regnskab for perioden 04.07.89 til 31.07.90.

INDTÆGTER

Kontingenter, indgåede.....	139.290,00
til gode.....	10.210,00
Tilskud til gode DBO.....	3.875,00
Renter og aktieudbytte.....	7.448,40
Tilbagebetalt fra endokrinologi-kursus.	11.282,45
Overskud fra neuropædiatrisk møde.....	<u>650,50</u>
Ialt.....	172.756,35

UDGIFTER

Administration.....	59.314,00
Rejser (excl. DBO-tilskud).....	29.414,55
Møder og efteruddannelse:	
Neonatologimøde.....	9.638,24
Julemøde.....	6.485,00
Øvrige ordinære møder.....	4.953,75
Allergologimøde.....	5.000,00
Vækst og reproduktions-møde.....	3.000,00
Neuropædiatrikursus (å konto).....	7.415,00
Perinatologikursus (å konto).....	15.000,00
Foreningskontingenter.....	10.675,53
Publikationer.....	5.947,80
Eftergivet kontingent for udmeldte.....	5.825,00
Boggave til Vietnam.....	2.570,49
A.V.-tyverisag (se bemærkninger).....	39.903,96
Ialt.....	<u>205.143,32</u>
Resultat.....	- 32.386,97

FORMUEBEVÆGELSE

Formue 04.07.89.....	148.361,00
Resultat 89/90.....	- <u>32.386,97</u>
Formue 31.07.90.....	115.974,03

(fortsættes)

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB

Regnskab for perioden 04.07.90 til 31.07.90 (fortsat)

FORMUEPLACERING

Giro 5 40 3308.....	616,44
Den Danske Bank 3428-019571.....	98.122,09
Aktier (købsværdi).....	7.500,00
Til gode DADL.....	10.210,00
Til gode DBO.....	3.875,00
Gæld til DNPS.....	- 4.349,50
Formue 31.07.90.....	115.974,03

Båndlagt til efteruddannelsesfond

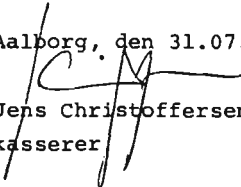
Overført fra 88/89.....	96.582,00
Tilskrevet 89/90.....	33.000,00
Anvendt 89/90 (se bemærkninger).....	-28.771,00
Overført til 90/91.....	100.811,00

Bemærkninger til regnskabet:

Udgiftsposten A.V.-tyverisag refererer til, at foreningen ved civildomstol er blevet pålagt det fulde ansvar for omkostningerne i forbindelse med tyveri af et videofremvisningsapparat anvendt i forbindelse med et medlemsmøde i 1989. Der henvises til speciel redegørelse, som vil blive fremsat i forbindelse med generalforsamlingen.

Under hensyntagen til A.V.-sagens belastning af foreningens økonomi og som forskud på den planlagte ændring i møde- og efteruddannelsesaktiviteten, er der af efteruddannelsesfonden anvendt midler til de i 89/90 afholdte subspecialorienterede møder, idet de skønnes at have efteruddannelsesmæssig værdi.

Aalborg, den 31.07.90


Jens Christoffersen,
kasserer

DANSK PÆDIATRISK SELSKABS JUBILEUMSFOND
Regnskab for perioden 30.06. - 14.11.89

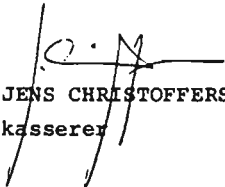
Formue pr. 30.06.89.....	19.672,60
Tilskrevne renter.....	<u>1.342,89</u>
Formue pr. 14.11.89.....	<u>21.015,49</u>

ARV EFTER PROFESSOR TORBEN IVERSEN
Regnskab for perioden 30.06. - 14.11.89

Formue pr. 30.06.89.....	176.000,00
Tilskrevne renter.....	<u>4.474,75</u>
Formue pr. 14.11.89.....	<u>180.474,75</u>
Samlet beløb.....	<u>201.490,24</u>

Beløbet overført 15.11.89 til
Professor Torben Iversen's Rejsefond for Yngre Børnelæger.
Bikubens Forvaltningsafdeling, depot nr. 996-000931.
Se særskilt redegørelse.

Aalborg, den 10. juli 1990


JENS CHRISTOFFERSEN
kasserer

DANSK PÆDIATRISK SELSKAB
PROFESSOR TORBEN IVERSEN'S REJSEFOND FOR YNGRE BØRNELÆGER

VEDTÆGTER

1. Fondens navn er "Professor Torben Iversens rejsefond for yngre børnelæger".
2. Fondens formål er at yde støtte til unge børnelægers rejser med henblik på videre-uddannelse og videnskabelig forskning.
3. Fondens midler, der ved oprettelsen af denne vedtægt, andrager kr. 200.000 og foreligger i form af kontante midler, hidrører som arv fra afdøde professor Torben Iversen.
4. Fonden ledes af den til enhver tid siddende bestyrelse i Dansk Pædiatrisk Selskab, som vælges i henhold til gældende vedtægt.
Bestyrelsen er konstitueret bl.a. med formand, næstformand og kasserer.
Der føres referat over bestyrelsesmøderne.
Fonden tegnes af kassereren.
5. Fondens kapital placeres i værdipapirer m.v. i overensstemmelse med de af Justitsministeriets fastsatte regler herom.
6. Fondens regnskabsår er kalenderåret.
Senest 3 måneder efter regnskabsårets afslutning skal bestyrelsen have udarbejdet regnskab over fondens indtægter og udgifter, herunder en status.
Regnskabet indsendes senest 6 måneder efter regnskabsårets afslutning til Fondsregistret.
7. Årets indtægter med tillæg af eventuel overførsel fra sidste regnskabsår og efter fradrag af administrationsomkostninger og eventuelt konsolideringsbeløb til den bundne kapital uddeles af bestyrelsen i overensstemmelse med punkt 2.
8. For det tilfælde at fondens formål ikke længere kan tilgodeses eller indtægterne ikke er tilstrækkelige til at opfylde formålet, kan bestyrelsen efter tilladelse fra fondsmyndigheden og Justitsministeriet anvende den bundne kapital til formålet eller søge fonden sammenlagt med anden fond med et tilsvarende formål.

* * * * *

Fonden er efter godkendelse i Dansk Pædiatrisk Selskab's bestyrelse oprettet ved sammenlægning af den testamentariske gave fra professor Torben Iversen på 176.000,00 kr. og DPS' jubilæumsfond, idet man herved har kunnet komme op på den samlede sum af 200.000,00 kr., som er minimumsbeløbet for oprettelse af en fond i henhold til den danske fondslov. De udarbejdede vedtægter er aftrykt ovenfor. Bikuben's Forvaltningsafdeling varetager administrationen. Saldoen på depotnr. 996-000931 udgør med tilskrevne renter pr. 10.07.90 kr. 213.416,86.

Bestyrelsen agter i henhold til professor Torben Iversen's ønske at foretage uddeling af portioner på 5.-10.000 kr. første gang februar 1991. Lignende procedure vil blive anvendt 1 gang årligt indtil videre.

NYE MEDLEMMER I DANSK PÆDIATRISK SELSKAB 1989/90

Steen Rosthøj	Niels Thomas Hertel
Aksel Lange	Marianne Schmiegelow
Hans Jelert	Helle Hansen
Ester Garne	Las P. Madsen
Birgitte Frederiksen	Susan Bodé
Thomas Balslev	Astrid Schulze
Vibeke Wewer	Henrik Hasle
Marta Nir	Dorte Hansen

Udmeldte af DANSK PÆDIATRISK SELSKAB 1989/90

Jette Jansen	Joav Merrick
Børge Sommer	Gunnar Engelsen
Niels Kristian Thybo	Flemming Hart Hansen
Josef Arved Kleven	

Medlemmer af DANSK PÆDIATRISK SELSKAB afgang ved døden
1989/90

Mogens Nathan
Karl Hove
Svend Erik Nielsen



BENT FRIS-HANSEN

ÆRESMEDLEM

af

Dansk Pædiatrisk Selskab

3 februar 1990

Antallet af afdelinger, sengepladser og stillinger på pædiatriske afdelinger pr. 1. september 1990.

Afdelinger	senge	O	R ₁	R
<u>Afdelinger med undervisningsstillinger</u>				
Rigshospitalet, afd. GGK *)	90	10	14	15
Hvidovre Hospital	75	5	11	8
KAS, Gentofte, afd. L	62	2	5	8
KAS, Glostrup, afd. L	97	5	6	15
Odense, afd. H	72	4	10	7
Århus KH, afd. A	68	6	9	9
Aalborg Nord	66	4	8	12
Ialt	530	36	63	78

Andre afdelinger godkendt til 18 mdr. R₁ og 12 mdr. introduktionsuddannelse

Sundby Hospital	40	1	4	7
Hillerød	71	4	8	8
Næstved	36	3	4	4
Kolding	52	4	6	7
Herning	45	3	4	6
Viborg	45	4	4	7
Roskilde	40	2	6	7
Esbjerg	54	3	6	8
Randers	27	2	2	5
Holbæk (incl. Slagelse)	43	3	6	7
Ialt	453	29	50	66

Afdelinger godkendt til 6 mdr. R₁ og/eller 6 mdr. introduktionsuddannelse

Nykøbing F	26	2	2	5
Sønderborg	42	3	2	6
Hjørring	21	2	2	5
Rigshospitalet, afd. GN	30	2	4	8
- , C.P.-klinikken		(1)	1	
- , Soc.Pæd.amb.			1	
- , Allergiamb.				1
- , Klin.genetik			1	
Ialt	119	10	13	25
Alle afdelinger	1102	75	126	169

*) Incl. børnekirg.

Udarbejdet af Knud E. Petersen

BESTYRELSE, UDVALG m.v.
UNDER DANSK PÆDIATRISK SELSKAB OG BESLÆGTEDE ORGANISATIONER
pr. 14. september 1990

BESTYRELSE

E. Nathan, formand (1990), N.C. Christensen, næstformand (1990), J. Müller, videnskabelig sekretær (1990), J. Christoffersen, kasserer (1987), C. Rechnitzer, faglig sekretær (1990), Helle Rotne, repr. DBO (1988).

KONTAKTPERSONER FOR SUNDHEDSSTYRELSEN VED ANSÆTTELSE AF OVERLÆGER I PÆDIATRI

J. Kamper (1990). Suppleanter M. Yssing (1990), T. Klinge (1990).

SPECIALISTNÆVNETS TILFORORDNEDE I PÆDIATRI

N.C. Christensen (1983) og E. Andersen (1986) med K. Hjelt (1988) og B. Brock Jacobsen (1984) som suppleanter.

REPRÆSENTANTER I DANSK MEDICINSK SELSKABS REPRÆSENTANTSKAB

P.A. Krasilnikoff (1985), J. Møller (1988), G. Fuglsang (1989), N.E. Valerius (1990).

UDDANNELSESUDVALG

Uddannelsesudvalget er nedsat af og ansvarlig overfor Dansk Pædiatrisk Selskabs generalforsamling.

Udvalget bør generelt være orienteret om forhold indenfor lægers uddannelse og bør rådgive bestyrelse og selskab indenfor alle uddannelsesspørgsmål. Udvalgets hovedopgave er at tage sig af den pædiatriske videre- og efteruddannelse og være selskabets kontaktperson til andre selskaber og institutioner, som beskæftiger sig med uddannelse.

Indenfor videreuddannelsesområdet (den pædiatriske speciallægeuddannelse) er uddannelsesudvalget det organ, som i samarbejde med specialistnævnets tilforordnede i pædiatri og kursuslederen tilrettelægger den pædiatriske specialistuddannelse, udfra retningslinier og konkrete vedtagelser, som gives af generalforsamlingen eller bestyrelse. Udvalget skal koordinere speciallægeuddannelsen i pædiatri med den prægraduate uddannelse og efteruddannelsen. Udvalget skal løbende holde selskabet orienteret om behovet for og antallet af uddannelsesstillinger i pædiatri, efter nærmere retningslinier bedømme læger til undervisningsstillinger, tilrettelægge de pædiatriske kurser (i samarbejde med kursuslederen) og godkende kurser arrangeret af andre. Udvalget bør også deltage i udarbejdelsen af uddannelseskrav indenfor evt. subspecialer/ekspertområder.

Udvalget arrangerer, sammen med andre af selskabets medlemmer, og evt. andre selskabers uddannelsesudvalg, efteruddannelseskurser.

Udvalgets sammensætning fremgår af selskabets vedtægter.

K.E. Petersen, kursusleder og formand, A. Pærregaard (1985), B. Djernes (1985), P.A. Østergaard (1985), F. Karup Pedersen (1989), A. Hansen (1987), F. Ursin Knudsen (1990), F. Skovby (1990), K. Nørgaard Hansen (1990).

AIDS-UDVALGET

Udvalget skal udarbejde forslag til retningslinier for undersøgelse af gravide for HIV-infektion m.h.p. opsporing af smittede børn, samt for HIV-testning af børn. Udarbejde retningslinier for undersøgelse, kontrol og behandling af HIV-positive mødres børn. Udarbejde retningslinier for undersøgelse, kontrol og behandling af HIV-positive børn med hæmofili.

Fremkomme med forslag til organisation af kontrol og behandling af HIV-positive børn og børn med AIDS i Danmark. Løbende evaluere situationen vedrørende HIV-infektion hos børn i Danmark. F. Karup Pedersen (1988), Birgit Peitersen (1988), Niels Clausen (1988), Elma Scheibel (1988), May Oluffson (1988).

ALLERGIUDVALG

Udvalget har til opgave at besvare spørgsmål fra Dansk Pædiatrisk Selskab om børneallergologiske emner. Udvalget skal følge udviklingen på det børneallergologiske område og komme med forslag til nye diagnostiske og terapeutiske tilbud og til organisationen af behandlingen på landsplan samt medvirke til fastsættelse af uddannelseskra v indenfor grenspecialet. O. Østerballe (1979), S. Pedersen (1989), J.B. Andersen, P.A. Østergaard, Chr. Koch (1979).

DIAGNOSEUDVALG

Udvalget skal tilrettelægge og løbende a'jourføre den pædiatriske diagnoseliste med henblik på at opnå en ensartet anvendelse af pædiatrisk diagnoseregistrering nationalt og internationalt. F. Ursin Knudsen (1984), H. Sardemann (1979), F. Becker-Christensen (1989), J. Hertel (1989).

ERNÆRINGSUDVALG

Udvalget skal følge udviklingen på det ernæringsmæssige område for børn i Danmark, udarbejde og fremføre eventuelle anbefalinger indenfor området, samt stå til rådighed for besvarelse af forespørgsler indenfor området fra myndigheder, institutioner eller enkeltpersoner. B. Friis-Hansen (1987), K. Brostrøm (1987), O. Østerballe (1987), P.A. Krasilnikoff (1987).

HÆMATOLOGI OG ONKOLOGIUDVALG

Udvalgets opgave er indenfor rammerne af Dansk Pædiatrisk Selskab at arbejde på at sikre børn med hæmatologiske og onkologiske sygdomme de bedst mulige betingelser for diagnostik, behandling og kontrol. Endvidere at søge i højst mulig udstrækning at samordne kræfterne for behandling og forskning indenfor Danmark og medvirke til opnåelse af hensigtsmæssige visitationsregler under hensyn til sygdommens sjældne forekomst og til kompleksitetsgraden af diagnostik og behandling. Udvalget skal endvidere fungere som rådgiver for Dansk Pædiatrisk Selskab og for selskabets bestyrelse i sager af hæmatologisk og/eller onkologisk karakter, herunder sager, som forelægges selskabet af Nordisk Forening for pædiatrisk hæmatologi og onkologi. H. Hertz, J. Christoffersen (1978), J. Kamper (1978), B. Peitersen (1978), M. Yssing (1982), N. Clausen (1985).

INFORMATIONSDVALG

Udvalget har til opgave at formidle pædiatrisk viden og synspunkter. Udvalget kan på eget initiativ henvende sig til offentligheden, deltage i aktuel debat og bistå med information til medier, organisationer og enkeltpersoner udenfor fagkredsen. J.C. Melchior (1987), E. Thamdrup (1987), N.C. Christensen (1987), K. Hjelt (1987), Ole Andersen (1987).

NEONATOLOGIUDVALGET

Udvalget har til opgave at vejlede selskabet i besvarelser angående neonatale emner, at beskrive de vigtigste neonatale behandlingsrutiner til anbefaling på landsplan, samt at fremkomme med rekommendationer for det fremtidige samarbejde mellem fødeafdelinger/steder og børneafdelinger. Udvalget bør endvidere fremkomme med forslag til det uddannelsesmæssige indhold i ekspertområdet neonatologi (perinatal medicin). J. Kamper (1983), E. Andersen (1983), K. Lillquist (1983), F. Ebbesen (1990), G. Greisen (1990).

SCREENINGSUDVALG

Udvalget har til opgave at overvåge igangværende neonatal screening for fenyلكetonuri og kongenit hypothyreose samt rådgive vedrørende evt. igangsættelse af screening for andre sygdomme. N.J. Brandt (1983), B. Peitersen (1983), N.C. Christensen (1983), B. Brock Jacobsen (1983), E. Andersen (1989).

U-LANDSUDVALG

Udvalget har til opgave at undersøge mulighederne for forskningssamarbejde mellem børneafdelinger her i landet og børneafdelinger og institutioner i U-lande, samt for gensidige studieophold. Udvalget skal arrangere møder og andre undervisningsaktiviteter vedrørende U-landspædiatri. Det skal medvirke til, at U-landsarbejde bliver meriterende i uddannelsen til speciallæge i pædiatri og komme med forslag til forudsætningerne herfor. F. Karup Pedersen (1987), E. Andersen (1987), P.E. Kofoed (1987), K. Fleischer Michaelsen (1987).

REPRÆSENTANTER I SUNDHEDSSTYRELSENS VACCINATIONSUDVALG

Udvalget skal følge vaccinationsproblemerne i Danmark, først og fremmest de offentlige, vederlagsfri vaccinationer af børnebefolkningen og kan herunder fremkomme med forslag til ændringer i de bestående vaccinationsformer. Udvalget skal tage stilling til nye vaccinationsformer og kan fremsætte forslag om disses indførelse til vaccination af børnebefolkningen eller voksenbefolkningen. I forbindelse hermed kan udvalget fremsætte forslag om epidemiologiske og andre undersøgelser, som vil være nødvendige for at skabe et grundlag, hvorpå der kan træffes afgørelse, hvorvidt vaccination skal untlades eller foreslås indført.

Chr. Koch, F. Karup Pedersen (1980).

REPRÆSENTANTER I FORENINGEN FOR FAMILIEPLANLÆGNING

N.E. Skakkebæk (1984), K. Fleischer Michaelsen (1990).

REPRÆSENTANTER I DANSK CARDIOLOGISK SELSKABS LIPIDGRUPPE

Fl. Skovby (1988).

MEDLEMMER AF BESTYRELSEN I NORDISK PÆDIATRISK FORENING

E. Andersen (1982), Vagn Holm (1982), N.C. Christensen (1988), H. Hertz (1990), N. Hobolth, generalsekretær.

REVISORER

P. Pærregaard, F. Ursin Knudsen (1990).

DANSKE BØRNELÆGERS ORGANISATIONS BESTYRELSE

K. Kaas Ibsen, formand, Helle Rotne, Niels Michelsen, kasserer, C. Grytter,

YNGRE PÆDIATERES BESTYRELSE

C. Rechnitzer, formand, Karen Nørgaard Hansen, Gunver Fuglsang, Kjeld Schmiegelow, Susanne Halken, kasserer.

22.5.1990
Sa/lk

Til regeringerne i de lande, der grænser op til Østersøen.

Miljøforureningen i vores lande og i Østersøen har nået foruroligende højder. Jo længere udsættelsen for forurening er, jo større er faren. Derfor er risikoen størst for børn: de udsættes for forurening fra før fødslen og herefter livsværigt. Giftige kemikalier kan være særligt farlige for menneskets forplantning og arvemasse. Nogle af disse kemikalier ophobes i vort legeme.

Gennem De Forenede Nationers menneskerettighedserklæring og erklæringen om Børns Rettigheder samt i mange andre internationale aftaler har vore nationer alvorligt lovet at prioritere vore børns - den ny generations - behov. Alligevel skaber vi gennem vore selviske kortsigtede handlinger problemer for vores børn og de kommende generationer.

Østersøkommissionens arbejde mod forurening er kun en begyndelse. Ophobningen af nogle giftige stoffer i havet selv kan være i aftagen, men produktionen af større miljøforurenere som f.eks. kvælstofgasser fra afbrænding af fast brændsel fortsætter med øget hastighed. Kvælstof bliver også overført til Østersøen som ammoniak, der dels er luftbåren og dels afgives sammen med kloakvand og spildevand. Sammen med et andet næringsstof, fosfor, forårsager kvælstof vækst og derved indirekte, at ilt opbruges. Dette er den største trussel mod Østersøens naturlige økosystem. Der bør gives Østersøkommissionen betydelig større muligheder end nu, for at inspicere forureningskilder i land, hertil økonomiske ressourcer nødvendige for denne opgave. Vores nabolande i området bør støtte de øvrige Østersølandes foranstaltninger for miljøbeskyttelse, også selvom dette skulle påvirke deres levestandard.

Forureningskilderne i vort område vil sandsynligvis vokse i forbindelse med bedringen af levestandarden for befolkningen i mindre udviklede områder. En væsentlig hindring for beskyttelsen af Østersømiljøet ligger i, at hvad vi anser for værende af betydning kan synes et sekundært, fjernere problem for de centrale regeringer i de to største involverede nationer. Derfor bør der til de beslutningstagende myndigheder og offentlige autoriteter i Sovjetunionen og Forbundsrepublikken Vesttyskland i berøring med Østersøen gives tilstrækkelig autoritet og ressourcer med henblik på at kontrollere områdets miljøproblemer.

Det væsentligste behov angår omfattende koordinerede videnskabelige undersøgelser med henblik på at klarlægge og definere miljøforurening. Fra lægeside vil vi indgå tæt i disse undersøgelser og lover for vor part at bidrage med vores ekspertise og vore færdigheder. Menneskeheden har ikke længere råd til at ødelægge sit miljø oven i købet uden at vide, hvad der foregår. Men vi må gøre os klart, at skade kan finde sted, selvom vi mangler mulighederne for at afsløre det. Der foreligger ikke noget bevis for arvemæssig skade på mennesker forårsaget af miljøforurening, men vores muligheder for at opdage en sådan skade er ringe, og manglende bevis må ikke anses at være ensbetydende med fravær af skade.

Ikke kun vore miljøautoriteter må have kendskab til vort miljøstatus og udviklingslinierne heri, men også offentligheden har ret til at modtage sådanne oplysninger. Megen nyttesløs angstelse kan fjernes, når rygter erstattes af pålidelig information.

Alle de læger i Østersølandene, der har påtaget sig ansvaret for vore børns sundhed, skal hermed henlede vore regeringers opmærksomhed på den trussel mod vore børn og de kommende generationer, som udgøres af forurening og ødelæggelse af miljøet i vores omgivelser. Ingen generation har ret til at ødelægge levevilkårene for de kommende generationer. Vores opfattelse af sundhed for mennesket indebærer, at vi lever i overensstemmelse med vores omgivelser. Skade på miljøet betyder tab af sundhed for mennesket.

Henrik Sardemann
for Dansk Pædiatrisk Selskab

H. Bickel
for Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde

Leo Tamm
for Estonian Paediatric Association

Jaakko Perheentupa
for Finnish Paediatric Association

Klaus Jährig
for Gesellschaft für Pädiatrie der
Deutschen Demokratischen Republik

Ivars Ebels
for Latvian Paediatric Association

Ona Grinceviciene
for Lithuanian Paediatric Association

Ole Bernt Schjetne
for Norsk Pediatrisk Selskap

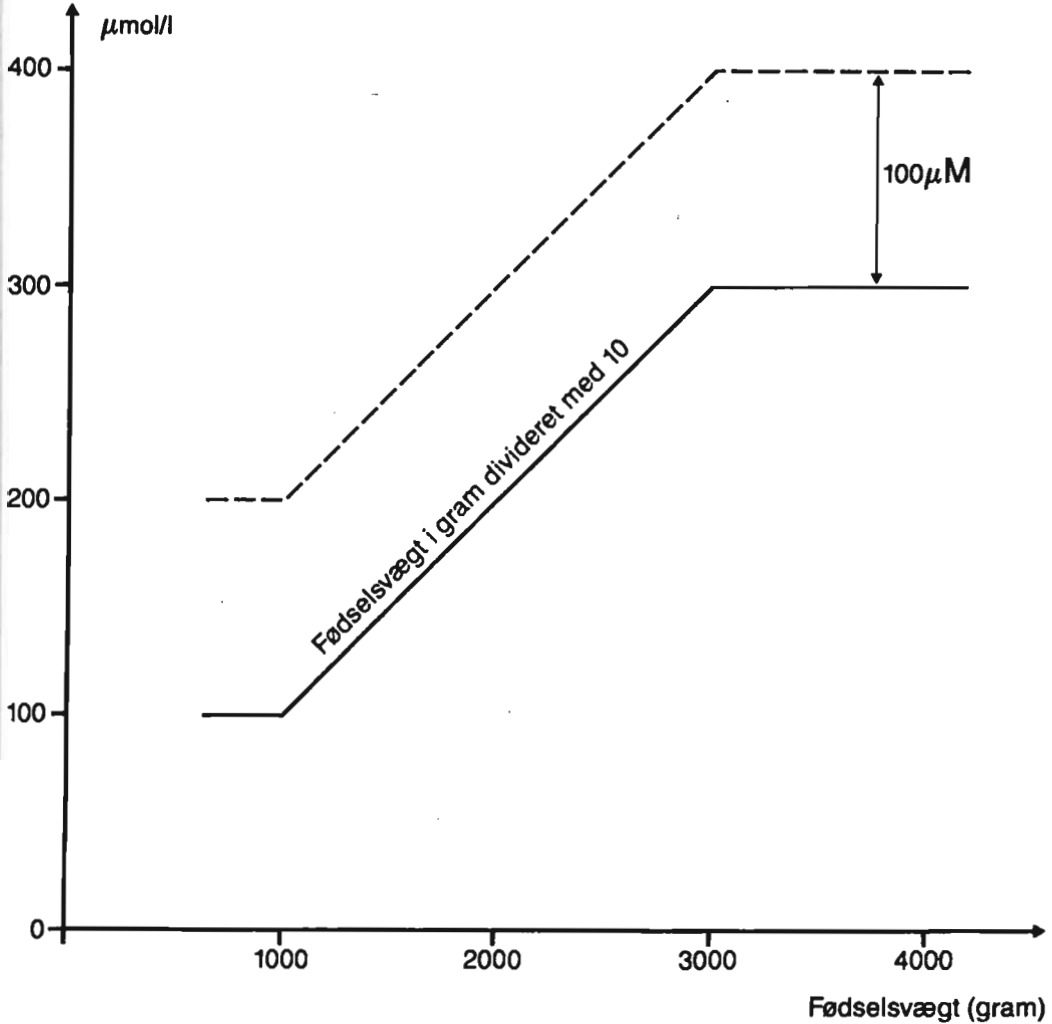
Jan Pellar
for Polskie Towarzystwo Pediatryczne

M.J. Studenkin
for All-Soviet Scientific Medical Society of Pediatricians

Bengt Björkstén
for Swedish Pediatric Society

Hyperbilirubinaemia neonatorum (non erythroblastosis)

S-bilirubinkonc.
(total eller ukonjugeret)



----- Udskiftningsgrænse
————— Fototerapigrænse

VEJLEDENDE RETNINGSLINIER FOR BEHANDLING AF HYPERBILIRUBINÆMI HOS NYFØDTE BØRN.

1) "Raske" børn:

Grænsen for lysbehandling svarer til fødselsvægten i gram divideret med 10, udtrykt i mikromol/l.
For børn under 1000 g er grænsen dog altid 100 mikromol/l og for børn over 3000 g altid 300 mikromol/l.

Grænsen for udskiftningstransfusion er altid 100 mikromol/l over lysbehandlingsgrænsen.

2) "Syge" børn (svær asfyksi, svær infektion, svær RDS):

Grænsen for lysbehandling er 50 mikromol/l lavere end grænsen for raske børn, dog aldrig under 100 mikromol/l, selv hos børn med en fødselsvægt under 1500 g.

Grænsen for udskiftningstransfusion er altid 50 mikromol/l lavere end grænsen for raske børn.

"Stignings"grænser:

Indikation for lysbehandling hvis se-bilirubin stiger mere end 5 mikromol/l per time, målt over nogle timer med flere bestemmelser.

Indikation for udskiftningstransfusion, hvis se-bilirubin stiger mere end 10 mikromol/l per time trods lysbehandling.

Seponering af lysbehandling:

Når se-bilirubin er faldet til under 20% af lysbehandlingsgrænsen.

Væskebehov under lysbehandling:

Det normalt diende barn behøver intet ekstra tilskud.
Andre bør have 20-25% ekstravæske i form af modermælk, ammemælk eller glukose 5%.

modermælk eller ammemælk.

Morbus haemolyticus neonatorum (ved rhesusimmunisering):

Fototerapi fra fødslen.

Udskiftningstransfusion hvis koncentrationen af Hb er $< 7,5$ mmol/l og serumbilirubin > 70 mikromol/l på navlesnorsblod.

Endvidere foretages udskiftningstransfusion, hvis serum bilirubin stiger mere end 10 mikromol/l i timen.

Ellers er indikationen for udskiftning, som hos syge børn.

FOREBYGGELSE AF ALLERGI

Vejledende retningslinier

Sygdomsdisposition og føtal IgE-produktion (IgE i navlesnorsblod) samt indtagelse af komælksbaseret modermælkserstatning de første levemåneder og tidlig introduktion af fast føde udgør en række væsentlige risikofaktorer for udvikling af allergisk sygdom (1).

I Ugeskriftet (1987;149:923-4) har Østerballe & Krasilnikoff tidligere anbefalet at identifikation af højrisikogruppen blev baseret på en kombination af anamnesen og resultatet af IgE i navlesnorsblod (NS-IgE) med en afskæringsværdi på 0,5 kU/l. Hypoallergen ernæring blev anbefalet til 6 måneders alderen.

En konsensusgruppe nedsat af Dansk Pædiatrisk Selskab's allergologiudvalg har diskuteret måling af NS-IgE og allergiprofylakse. Der er på nuværende tidspunkt tvivl om værdien af NS-IgE pga. en relativ lav sensitivitet. Yderligere forskningsresultater må afklare dette forhold.

På baggrund af en samlet vurdering af den seneste viden om allergiprofylakse og risikofaktorer, som angiver en sygdomsrisiko på mindst 50%, anbefaler vi, at strategien vedrørende forebyggelse af allergi revideres, således at højrisikogruppen nu kan defineres enten ved anamnesen alene uden måling af IgE i navlesnorsblod, eller ved en kombination af anamnesen og IgE i navlesnorsblod med en ny afskæringsværdi på 0,3 kU/l. Endvidere anbefaler vi nu hypoallergen ernæring til 4 måneders alderen for begge højrisikogrupper.

Til trods for at tidlig eksposition for dyr, husstøvmider og tobaksrøg også udgør en række væsentlige risikofaktorer, har forsøg på sanering af det eksogene miljø hidtil været skuffende (2). Rådgivning vedrørende sanering for eksogene potentielle allergener må derfor indtil videre baseres på individuel strategi.

Det anbefales derfor, at vejledningen vedrørende forebyggelse af allergi baseres på et valg mellem de to måder, hvorpå den enkelte læge/afdeling ønsker at identificere højrisikogruppen samt på en nøjere klassifikation af svær atopisk sygdom, dvs. svær enkeltdisposition. Endvidere anbefales generelle foranstaltninger vedrørende hypoallergen ernæring de første levemåneder.

1) Risikogruppen alene baseret på anamnesen

Nyfødte med svær sygdomsdisposition, dvs. atopisk sygdom hos begge forældre (dobbeltdisposition - begge forældre har fx høfeber), eller svær atopisk sygdom hos en af forældrene eller en søskende (svær enkeltdisposition - helårssymptomer, typisk asthma, der i perioder kræver medikamentel behandling). Der bestemmes ikke NS-IgE.

2) Risikogruppen baseret på både anamnesen og NS-IgE

Nyfødte med svær enkeltdisposition (se ovenfor) kombineret med forhøjet NS-IgE på mindst 0,3 kU/l og nyfødte med dobbeltdisposition uanset NS-IgE. Der bestemmes NS-IgE ved svær enkeltdisposition, men ikke ved dobbeltdisposition for atopisk sygdom.

Forebyggelse af allergi

Til begge højrisikogrupper kan følgende generelle foranstaltninger anbefales:

- modermælk er den bedste ernæring som til alle andre børn.
- hvis amning ikke kan gennemføres, tilrådes hypoallergen modermælkserstatning de første 4 levemåneder. Hypoallergene modermælkserstatninger fremstilles ved hydrolyse af kasein (Nutramigen) eller ved hydrolyse af valleprotein (Alfare¹ og Profylac). Det er dyre produkter, men flere kommuner giver økonomisk tilskud på baggrund af lægeattest.

- undgå ethvert tilskud af komælksbaseret modermælkserstatning de første levedøgn før amningen institueres og desuden de første 4 levemåneder.
- undgå fast føde (overgangskost) de første 4-6 levemåneder.
- undgå diæt til den gravide og til den ammende moder.

Viborg
Hillerød
Viborg
Sønderborg
Gentofte
Århus
Kolding
Århus
Hvidovre
Aalborg

Ole Østerballe
Jørgen Bent Andersen
Lars Hansen
Arne Høst
Peter A. Krasilnikoff
Poul Ølholm Larsen
Søren Pedersen
Oluf Schiøtz
Niels Henrik Valerius
Poul Aabel Østergaard

Referencer:

- 1: Østerballe, O, Halken S, Hansen LG & Høst A. Forebyggelse af allergi. Månedsskr Prakt Lægegern 1990; 68: 565-71.
- 2: Andersen, JB & Pilgaard B. Forældrecompliance i relation til allergi-profylakse ved forhøjet navlesnors IgE. Abstract. XVII Nordiske Kongres i Allergologi, Århus, maj 1990, pg.63.

Allergologiudvalgets Konsensus om forebyggelse af allergi er i august 1990 godkendt af DPS's bestyrelse.

MÅLBESKRIVELSE FOR DEN PÆDIATRISKE SPECIALLÆGEUDDANNELSE

1. Indledning

- 1.1 Pædiatri er det lægelige speciale, der omfatter individer i hele den periode, hvor vækst og udvikling foregår. Denne periode omfatter også fostertilværelsen, men almindeligvis afgrænses pædiatriens område aldersmæssigt fra fødslen til 15-18 års alderen. Der er udviklet en lang række pædiatriske interesseområder. Begrundelsen for disse er pædiatriens store bredde, nødvendigheden af centralisering af undersøgelser, behandling, faglig udvikling, forskning og uddannelse vedrørende de mere sjældent forekommende sygdomme. Egentlig pædiatriske subspecialer er dog ikke godkendt.

2. Generelt målsætning

- 2.1 Den pædiatriske speciallægeuddannelse skal danne basis for kompetenceniveauet hos en speciallæge i pædiatri.
- 2.2 Følgende krav stilles til kompetenceniveauet for en speciallæge i pædiatri:
- 1) På basis af en bred orientering indenfor de lægevidenskabelige fag kunne afgøre, om en pædiater eller anden sagkundskab bør være hovedansvarlig for en given patient.
 - 2) Selvstændigt kunne stille diagnose, lægge behandlingsplan, varetage evt. langtidskontrol og vurdere prognose for børn og unge med sygdomme eller tilstande, for hvilke der foreligger tilstrækkelig grundlag i litteraturen.
 - 3) Kunne rekvirere og fortolke nødvendige undersøgelser foretaget af læger fra andre specialer.
 - 4) Kunne fungere som pædiatrisk rådgiver for andre specialer.
 - 5) På basis af kendskab til samfundsforholdene og de offentlige hjælpemuligheder kunne formidle og koordinere hjælp til et barn eller en familie.
 - 6) Kunne fungere som konsulent/rådgiver overfor offentlige myndigheder og omvendt som patientens talsmand overfor disse.
 - 7) Kunne orientere og rådgive om børns fysiske og psykiske udvikling, og medvirke i det øvrige profylaktiske arbejde vedrørende børn og unge i sundhedssektoren.
 - 8) Kunne vurdere faglige arbejder inden for sit felt.
 - 9) Kunne tilrettelægge og gennemføre videnskabelige undersøgelser.
 - 10) Kunne videregive sin viden til andre.
- 2.3 Den samlede uddannelsesvarighed i pædiatri er 4½ år. Der kræves ialt 54 måneders ansættelse på en pædiatrisk afdeling, heraf
- 12 måneders introduktionsuddannelse
 - 12 måneders ansættelse i undervisningsstilling
 - 18 måneders ansættelse som 1. reservelæge
- Der er ikke noget krav om supplerende uddannelse. Som led i uddannelsen gennemgås et teoretisk uddannelsesprogram.

3. De enkelte elementer af uddannelsen

3.1 Introduktionsuddannelsen

3.1.1 Introduktionsuddannelsens formål

Den uddannelsessøgende skal bibringes indsigt i specialets arbejdsområder. Ved introduktionsuddannelsens afslutning skal lægen have opnået rutine og erfaring i diagnostik og behandling af almindelige, hyppigt forekommende sygdomme i alle aldersgrupper inden for pædiatrien, og i et begrænset omfang kunne træffe selvstændige beslutninger.

Lægen er under uddannelsen placeret i det yngste vagt-lag ("forvagt").

3.1.2 Teoretisk viden

Den uddannelsessøgende skal under ansættelsen udbygge sin teoretiske viden nogenlunde svarende til, hvad der står om almindelige sygdomme i barnealderen i "Nordisk Lærebog I Pædiatri". Der udover skal opnås kendskab til, hvordan man opsøger litteratur om pædiatriske emner.

3.1.3 Diagnostiske procedurer

Den uddannelsessøgende skal efter endt introduktionsuddannelse have opnået rutine i:

- 1) Blodprøvetagning herunder bloddyrkning, og kapillærprøvetagning.
- 2) Larynx sugning

Den uddannelsessøgende skal efter endt introduktionsuddannelse beherske:

- 1) Optagelse af pædiatrisk journal
- 2) Gennemførelse af en pædiatrisk undersøgelse, herunder vurdering af almentilstand og psykisk/somatisk udvikling
- 3) Undersøgelse og vurdering af nyfødte børn
- 4) Monitorering af patienter med respiratorisk/cirkulatorisk insufficiens
- 5) Lumbalpunktur

Herudover skal den uddannelsessøgende have opnået kendskab til:

- 1) Monitorering af blodets og alveoleluftens indhold af ilt og kultveilde
- 2) Knoglemarvspunktur
- 3) Rectoskopi
- 4) Allergologisk diagnostik
- 5) Blærepunktur
- 6) Udviklingstestning
- 7) Almindelige røntgenundersøgelser af børn
- 8) Vurdering af EKG hos børn
- 9) Tyndtarmsbiopsi
- 10) Leverbiopsi
- 11) Nyrebiopsi
- 12) EEG
- 13) EMG
- 14) CT-scanning
- 15) MR-scanning
- 16) Ultralydscanning
- 17) Hjertekateterisation og angiocardiografi

- 18) Ultralydundersøgelse af hjertet
- 19) Nyreclearancebestemmelse med isotoper
- 20) Nyrescintigrafi og renografi
- 21) Knoglescintigrafi
- 22) Tolkning af mikrobiologiske undersøgelser

3.1.4 Terapeutiske procedurer

Den uddannelsessøgende skal efter endt introduktionsuddannelse kunne beherske:

- 1) Behandling af hjertestop hos børn i alle aldre
- 2) Indledning af akut uopsættelig behandling, herunder være rutineret i i.v. dropanlæggelse og i.v. medicinerung.
- 3) Behandling af væske og elektrolytforstyrrelser
- 4) Principperne for pædiatrisk farmakoterapi
- 5) Ventrikelsonednedlæggelse
- 6) Blærekateterisation
- 7) Superviseret ambulatoriebehandling
- 8) Superviseret stuegang

Den uddannelsessøgende skal have opnået kendskab til:

- 1) Assisteret ventilation og CPAP-behandling af nyfødte
- 2) Behandling af pneumothorax

De uddannelsessøgende skal anvende "checklister" for diagnostiske og terapeutiske procedurer.

3.1.5 Profylaktiske aspekter

Den uddannelsessøgende skal efter endt introduktionsuddannelse have kendskab til de børneundersøgelser, der foregår i almen praksis, samt i hvilken alder de foretages. Kende det almindelige vaccinationsprogram. Have kendskab til sundhedsplejerskeordningerne for børn i alle aldre samt kende til skolelægeordningen og tandplejeordningen.

3.1.6 Samarbejde internt og eksternt

Den uddannelsessøgende skal opnå forståelse for og beherske samarbejde med andre personalegrupper, f.eks. sygeplejersker, lægesekretærer, pædagoger, psykologer, lærere, socialrådgivere, fysio- og ergoterapeuter og diætister.

3.1.7 Administration og lovgivning

Den uddannelsessøgende skal inden introduktionsansættelse have et grundlæggende kendskab til egen overenskomst samt den lovgivning, der ligger til grund for lægelig virksomhed. Den uddannelsessøgende skal efter introduktionsuddannelsen have kendskab til de paragraffer i bistandsloven, der specielt omhandler børn og unge, og have kendskab til udformningen af henvendelser til de sociale myndigheder samt til undervisningssektoren. Endelig skal den uddannelsessøgende kunne forestå primær visitation af patienter i skadestue/modtagelse.

3.1.8 Videnskabsteori og forskningsmetodologi

Bør have kendskab til afdelingens forskningsprojekter og om muligt tilbydes deltagelse. Efter behov hjælpes til at finde egnede kurser i forskningsmetodologi.

3.1.9 Undervisning

Kunne deltage aktivt i undervisning af sygeplejeelever og medicinske studenter.

3.2 Undervisningsstillingen

3.2.1 Undervisningsstillingens formål

Den uddannelsessøgende skal efter ansættelse i undervisningsstilling kunne disponere selvstændigt i såvel dagfunktion som under vagtarbejde. Lægen skal kunne beherske "bagvagt" og funktion i dette vagtlag bør tilstræbes i løbet af undervisningsstillingen. Skal kunne forestå superviseret virksomhed i ambulatorier og tilsyn på andre afdelinger samt superviseret forældrekontakt. Den uddannelsessøgende skal kunne kommunikere med børn i alle aldre, herunder orientere børn om sygdomme afhængig af deres udviklingsniveau.

3.2.2 Teoretisk viden.

Den uddannelsessøgende skal opnå et grundlæggende kendskab til sygdomme hos børn og unge i vækst og udvikling. Dette opnås dels i det daglige arbejde, dels gennem det af Dansk Pædiatrisk Selskabs Uddannelsesudvalg og Sundhedsstyrelsen sammensatte teoretiske undervisningsprogram.

3.2.3 Diagnostiske procedurer

Den uddannelsessøgende skal efter ansættelse i undervisningsstilling have et indgående kendskab til/være rutineret i

- 1) Pædiatrisk anamneseoptagelse og undersøgelse, herunder kunne forestå en grundig vurdering af barnets almentilstand samt psykiske og somatiske udvikling.
- 2) Undersøgelse og vurdering af nyfødte børn.
- 3) Monitorering af patienter med respiratorisk/cirkulatorisk insufficiens.
- 4) Lumbalpunktur samt tolkning af resultatet af denne.
- 5) Larynxugning samt tolkning af resultatet af de mikrobiologiske undersøgelser.
- 6) Arteriepunktur, herunder tolkning af arteriel syrebase-status.
- 7) Venepunktur, herunder bloddyrkning.
- 8) Kapillærprøvetagning.
- 9) Otoskop og ofthalmoskopi.

Den uddannelsessøgende skal efter ansættelse i undervisningsstilling have et grundlæggende kendskab til og evt. selv beherske:

- 1) Monitorering af blodets og alveoleluftens indhold af ilt og kultveilte.
- 2) Navlearteriekateteranlæggelse.
- 3) Knoglemarvspunktur.
- 4) Rektoskopi.
- 5) Allergologisk diagnostik.
- 6) Blærepunktur.
- 7) Udviklingstestning.
- 8) Vurdering af EKG hos børn.
- 9) Almindelige røntgenundersøgelser hos børn.

- 10) Tyndtarmsbiopsi.
- 11) Leverbiopsi.
- 12) Nyrebiopsi.
- 13) EEG
- 14) EMG
- 15) CT-scanning
- 16) MR-scanning
- 17) Ultralydscanning, herunder ultralydsundersøgelser af cerebrum hos nyfødte.
- 18) Hjertekateterisation og angiocardiografi.
- 19) Ekkocardiografi.
- 20) Nyreclearancebestemmelse med isotoper.
- 21) Nyrescintigrafi og renografi.
- 22) Knoglescintigrafi.
- 23) Endokrinologiske undersøgelser, herunder stimulationstests.

3.2.4 Terapeutiske procedurer

Den uddannelsessøgende skal efter ansættelse i undervisningsstilling beherske behandling af alle almindeligt forekommende pædiatriske sygdomme, og skal evt. i samarbejde med læger fra andre specialer kunne behandle børn med mere specielle pædiatriske sygdomme.

Den uddannelsessøgende skal efter ansættelse i undervisningsstilling være rutineret i:

- 1) Genoplivning af nyfødte og behandling af hjertestop hos børn i alle aldre.
- 2) Indledning af akut uopsættelig behandling, herunder i.v. dropanlæggelse og i.v. medicinering.
- 3) Behandling af væske- og elektrolytforstyrrelser.
- 4) Principperne for pædiatrisk farmakoterapi.
- 5) Ventrikelsondenedlæggelse.
- 6) Blærekateterisation.

Den uddannelsessøgende skal kunne beherske:

- 1) Assisteret ventilation og CPAP-behandling af nyfødte.
- 2) Behandling af pneumothorax.
- 3) Navlevenekateteranlæggelse, herunder have et grundlæggende kendskab til principperne for udskiftnings-transfusioner.

De uddannelsessøgende skal anvende "checklister" for diagnostiske og terapeutiske procedurer.

Den uddannelsessøgende skal efter ansættelse i undervisningsstilling have kendskab til principperne for behandling af sjældne pædiatriske sygdomme og kunne starte uopsættelig behandling inden overflyttelse til specialafdeling med lands- eller landsdelsfunktion. Her tænkes eksempelvis på børn med onkologiske lidelser og nyfødte, der kræver børnekirurgisk behandling.

3.2.5 Profylaktiske aspekter

Den uddannelsessøgende skal opnå et nuanceret kendskab til indholdet i de profylaktiske børneundersøgelser. Skal kunne rådgive og vejlede sundhedsplejersker og almen medicinere i tvivlsspørgsmål. Der skal opnås et indgående kendskab til de almindelige ernæringsrekommandationer, herunder vitamintilskud.

Lægen skal have et grundlæggende kendskab til vaccinationsprogrammet for sunde børn, samt forholdsregler overfor syge børn. Lægen skal opnå et grundlæggende kendskab til de regler, der m.h.p. at forebygge ulykker, er fastsat for produkter, der benyttes til og af børn.

3.2.6 Samarbejde internt og eksternt

Den uddannelsessøgende skal opnå et indgående kendskab til, hvordan man samarbejder omkring den enkelte patient, både med andre personalegrupper og med læger fra andre specialer, på landsdelsplan. Lægen skal kende til de samarbejdsformer, der anvendes overfor primærsektoren samt overfor ikke lægelige institutioner.

3.2.7 Administration og lovgivning

Den uddannelsessøgende skal efter endt ansættelse i undervisningsstilling have et grundlæggende kendskab til den lovgivning, der ligger til grund for lægelig virksomhed.

Lægen skal opnå et grundlæggende kendskab til de regler i bistandsloven, der specielt omhandler børn og unge, og skal under ansættelsen opnå et indgående kendskab til reglerne for henvendelser til de sociale myndigheder, politi m.v.

3.2.8 Videnskabsteori og forskningsmetodologi

Den uddannelsessøgende skal opnå praktisk erfaring med forskningsmetodologiske problemer evt. i samarbejde med sin tutor.

3.2.9 Undervisning

Den uddannelsessøgende skal kunne tilrettelægge et undervisningsprogram for yngre kolleger og forestå undervisningen af disse.

Lægen skal kunne undervise læger fra andre specialer i pædiatriske emner og kunne undervise andre faggrupper, f.eks. jordemødre, sundhedsplejersker og psykologer.

3.3 1. reservelægeuddannelsen

3.3.1 1. reservelægeuddannelsens formål

1. reservelægeuddannelsen afslutter den pædiatriske speciallægeuddannelse og opøver den uddannelsessøgende til selvstændig funktion i specialet med hensyn til alle almindeligt forekommende pædiatriske problemstillinger.

1. reservelæger er placeret i det ældste vagtlag ("bagvagt").

3.3.2 Teoretisk viden

1. reservelægen skal ved afslutningen af uddannelsen have et indgående kendskab til normale børns fysiske og psykiske udvikling, de sygdomstilstande, der forekommer i barnealderen samt de ydre faktorerers indflydelse på børns fysiske og psykiske udvikling. 1. reservelægen skal endvidere have erhvervet grundlæggende viden om den teoretiske baggrund for diagnostiske og terapeutiske procedurer samt om hyppigt forekommende sygdomstilstandes patogenese og patofysiologi.

Hertil kommer et kendskab til teoretiske baggrund for principperne for de profylaktiske foranstaltninger, der gælder børn og unge.

3.3.3 Diagnostiske procedurer

1. reservelægen skal ved afslutning af uddannelsen have erhvervet et indgående kendskab til indikationer og risici ved sædvanlige procedurer, f.eks. lumbalpunktur, knoglemarvspunktur, trachealsug og bloddyrkning samt have rutine i udførelsen af disse. Desuden have betydelig rutine i fortolkning af sådanne procedurer samt de almindeligt forekommende laboratorieanalyser og fysiologiske undersøgelser. Endvidere have et kendskab til indikation og tolkning af andre mere specialiserede undersøgelser, f.eks. scanningsundersøgelser, allergologiske tests og psykologiske tests. Der henvises til beskrivelsen under de øvrige stillinger.

3.3.4 Terapeutiske procedurer

1. reservelægen skal ved afslutningen af uddannelsen selvstændigt og med rutine kunne planlægge, gennemføre og afslutte behandling af alle almindeligt forekommende pædiatriske lidelser i såvel ambulant som stationært regf. Have kendskab til behandlingsprincipper og muligheder for behandling af sjældnere pædiatriske sygdomme i en sådan udstrækning, at korrekt visitation kan finde sted. Have kendskab til børnepsykiatriske, sociale og psykologiske behandlingsmuligheder og kunne indgå i samarbejdet med de pågældende instanser. Der henvises til beskrivelsen under de øvrige stillinger.

3.3.5 Profylaktiske aspekter

1. reservelægen skal ved afslutning af uddannelsen have et indgående kendskab til principperne for det profylaktiske arbejde vedrørende børn og unge i sundhedssektoren, herunder profylaktisk børneundersøgelse, vaccinationer og normal ernæring. Skal endvidere kunne rådgive såvel individuelt som i bredere forstand herom. Have kendskab til profylaktiske foranstaltninger i forbindelse med epidemiske sygdomme og immundefektsygdomme samt kunne formidle genetisk vejledning.

3.3.6 Samarbejde intent og externt

1. reservelægen skal ved afslutning af uddannelsen have udviklet evne til samarbejde med plejepersonale, kolleger på alle niveauer samt andre personalegrupper i hospitalet og sundhedsvæsnet. Have rutine i at varetage kontakt med andre afdelinger på selvstændig måde og herunder varetage visitation af specielle tilfælde, samt kunne varetage funktion som konsulent på andre afdelinger. Endvidere være i stand til at deltage i samarbejdet med de sociale myndigheder herunder deltage i møder, udarbejde erklæringer m.v. Have rutine i samarbejde med forældre og børn om tilrettelæggelse af undersøgelse og behandlingsforløb samt kunne videregive relevant faglig information.

3.3.7 Administration og lovgivning

1. reservelægen skal ved afslutning af uddannelsen udover viden om den almindelige medicinallovgivning have kendskab til den særlige lovgivning vedrørende børn og unges forhold. Skal kunne varetage arbejdstilrettelæggelse, visitation, revision af retningslinier for diagnose og behandling og have kendskab til afdelingens administration, f.eks. gennem deltagelse i samarbejdsudvalg, varetagelse af faglige tillidsposter og lignende.

3.3.8 Videnskabsteori og forskningsmetodologi

1. reservelægen skal ved afslutning af uddannelsen kunne vurdere den pædiatriske faglitteratur kritisk og overføre en erhvervet viden til afdelingens praktiske arbejde. Endvidere have et sådant kendskab til lægevidenskabelig forskningsmetodologi, at vedkommende er i stand til selvstændigt at kunne udarbejde en forsøgsprotokol for en videnskabelig undersøgelse, bearbejde undersøgelsesresultatet og fremlægge dette i mundtlig eller skriftlig form.

3.3.9 Undervisning

1. reservelægen skal efter afslutning af uddannelsen efter forudgående supervision kunne varetage den teoretiske undervisning af studerende, kolleger og andre personalegrupper - samt vejlede i udøvelse af klinisk vurdering og praktiske procedurer.

4. Det teoretiske kursus

- 4.1 De teoretiske kurser skal give den teoretiske baggrund for de krav, der er opstillet i den generelle målsætning. Målet er, at de uddannelsessøgende skal erhverve sig en bestemt viden, som specificeres indenfor de enkelte delemler - der henvises til målangivelserne for de pædiatriske kurser i kursusoversigten. Kurserne skal give en teoretisk basal viden, idet en basal gennemgang har længst gyldighed, og giver det bedste fundament for specialistens virke, og for pædiatriens udvikling. Efter overstået kursus skal kursisten have opnået en a'jourført indsigt i det pågældende pædiatriske områdes grundvidenskabelige fundament og forskningsmæssige frontlinier. Da det ikke helt kan sikres, at der foregår en klinisk uddannelse i alle "subspecialer" under ansættelsen i undervisningsstillingen, må visse delkurser også indeholde undervisning i konkrete kliniske problemstillinger indenfor områdets diagnostik og behandling.
- 4.2 Det pædiatriske kursusprogram omfatter i øjeblikket:
- Neonatologi
 - Børnepsykiatri, udviklingspsykologi og socialpædiatri
 - Pædiatrisk endokrinologi og vækst og udvikling
 - Pædiatrisk hjerte- og lungesygdomme
 - Pædiatrisk gastroenterologi og ernæring
 - Neuropædiatri
 - Pædiatrisk nefrourologi
 - Klinisk genetik

Herudover er der pædiatrisk deltagelse i Sundhedsstyrelsens tværfaglige kurser i:

- Klinisk mikrobiologi
- Klinisk farmakologi
- Medicinsk immunologi
- Hæmatologi

Og herudover kurser i SOSA og AIDS.

5. Holdning og etik

Pædiatrien stiller specielle krav til lægens holdninger og etik. Barnet vil altid være afhængig af sine omgivelser, men alligevel have særskilt behov for at få tilgodeset sin autonomi.

Kommunikation både med barn og forældre/værge er en nødvendighed. Et aktuelt eksempel på et etisk problem i pædiatrien er behandlingen og omsorgen for svært præmature børn og deres forældre. Lægen er i den situation nødt til at forholde sig til grundlæggende spørgsmål omkring liv, død og livskvalitet og være i stand til at kommunikere med og rådgive forældrene. Behandlingen af børn med kronisk sygdom og forholdene omkring børns død stiller ligeledes store krav til kommunikation, holdninger og etik. I den pædiatriske uddannelse bør indgå en gradvis diskussion af og oplæring i disse vanskelige problemer.

Forskning, der vedrører børn, indeholder yderligere etiske aspekter på grund af barnets afhængighedsforhold af forældre/værge og af den læge, der forestår projektet. Der bør bl.a. af denne grund være særlige regler vedrørende etiske aspekter ved forsøg på børn/umyndige. Helsinkideklaration II udtrykker da også, at der før starten af et projekt, hvori børn indgår, skal indhentes informeret samtykke fra forældre/værge. Når den mindreårige/umyndige er i stand til at afgive eget samtykke, skal dette indhentes samtidig med forældres/værges samtykke.

Udarbejdet af Dansk Pædiatrisk Selskabs Uddannelsesudvalg i april 1990.

Knud E. Petersen