

Da sich nach der präoperativen Waschung immer noch 17% Staphylokokken auf der Haut der Kinder be-

fanden, wird in Salzburg inzwischen nach Beendigung der Operation auf eine rituelle Waschung verzichtet.

Seitdem treten nur noch selten Rötungen nach intrakutaner Naht auf.

(TW)

PVP-Jod in einer kindergynäkologischen Ambulanz

Seit 1978 besteht an der I. Frauenklinik in Wien eine Spezialambulanz für Kinder und Jugendliche, in der bisher ca. 1300 Patientinnen erstversorgt und behandelt wurden. Fast die Hälfte dieser Mädchen vom Neugeborenenalter bis zu 15 Jahren litt an Vulvovaginitis, die mit folgendem Therapieregime im allgemeinen schnell beherrscht werden konnte: Abgesehen von Hygienemaßnahmen wurden als Primärbehandlung insbesondere des unspezifischen Fluors und der unspezifischen Vulvitis Sitz-

bäder mit Betaisodona-Antiseptikum, Kaliumpermanganat oder Eichenrinde verordnet. Bei gleichzeitiger Kolpitis kommt der Einsatz des PVP-Vaginal-Gels hinzu, das mit einem Kinderapplikator in 2- bis 3tägigen Abständen intravaginal instilliert wird.

Mit diesem Therapieregime konnten bisher gute Erfolge erzielt werden. Meist ist nach dieser Primärbehandlung bei der Kontrolle in einem weiteren Abstrich kein Keimnachweis

mehr zu erbringen. **Univ.-Doz. Dr. Grünberger, Wien**, wies darauf hin, daß Kinder mit besonders stark ausgeprägter Vulvovaginitis nach der ersten oder zweiten Applikation ein Brennen bemerken können.

Abgesehen davon wird PVP-Jod gut vertragen: es schädigt die Döderlein-Besiedlung der Scheidenflora nicht, sondern hilft vielmehr beim Wiederaufbau der Milchsäurestäbchen, die für die Selbstreinigung der Scheide von großer Bedeutung sind.

(TW)

Verbrennungsbehandlung mit PVP-Jod

Seit die 1976 von Baxter aufgestellten Therapierichtlinien

1. Adäquate Flüssigkeitszufuhr und Elektrolytzufuhr,
 2. Kontrolle der Brandwundsepsis,
 3. Adäquate hochkalorische Ernährung (Sondennahrung),
 4. rascher Wundverschluß durch Transplantationstechnik
- befolgt werden, konnte die Mortalität nach Verbrennungen entscheidend gesenkt werden.

... bei Kindern ...

Nach **OA Dr. W. Korab, Wien**, erlitten 82 der 210 in den letzten 6 Jahren im Preyer'schen Kinderspital stationär behandelten Patienten Verbrühungen 1. und 2. Grades und 18% tiefe 2.- und 3.-gradige Verbrennungen (s. Tab. 6 und 7).

Tab. 6 Art und Ursachen der Brandverletzungen (n = 210)

Art	n	%	Ursache	n
Verbrühungen	174	82 %	vom Tisch bzw. Herd gezogen	79
			beim Inhalieren	22
			Bad bzw. defekte Haushaltsgeräte	19
			Sturz	12
			nicht geklärt	42
Verbrennungen	36	18 %	„Spiel mit dem Feuer“	16
			Grillen	4
			Bügelmaschine bzw. -eisen	11
			Ofen	5
Die Unfallhäufigkeit beim männlichen Geschlecht ist nahezu doppelt so hoch.				

Tab. 7 Ausmaß der Verbrühungen und Verbrennungen (n = 210)

Grad	%	n	%	
leicht	bis 10 %	125	60 %	6 x plastische Deckung
II	unter 5 %			Aufenthaltsdauer: 1–2 max. 3 Wochen
III	unter 2 %			
mittel	über 10 %	52	25 %	16 x plastische Deckung
II	unter 5–10 %			Aufenthaltsdauer: 3–4 Wochen
schwer	über 10 %	33	15 %	15 x plastische Deckung
III	über 5 %			Aufenthaltsdauer: über 4 Wochen
		210	100 %	