

Tabelle 8: Ergebnisse der pulmonalen Embolektomie mit Anwendung der extrakorporalen Zirkulation

Autoren	Jahr	Zahl	Todesfälle	Letalität (%)
Cross, Mowlem (Sammelstatistik)	1967	115	56	49
Schramm et al. (Sammelstatistik)	1973 1961-69	4 56	1 28	25 50
Salzmann et al.	1974	10	4	40
Berger	1975	17	4	24
Soyer et al.	1975	37	16	43
Satter	1977	27	9	33
Miller, Hall, Paneth	1977	33	7	21
Kieny et al.	1978	39	4	10
Düsseldorf	1967-77	17	7	41
			inklusive 3 Spättodesfälle 10	59

daß das Hauptaugenmerk bei einem chirurgischen Krankengut auf der Thromboseprophylaxe durch intensive und aktive Frühmobilisation in der perioperativen Phase liegt. Die generelle prophylaktische, niedrig dosierte Heparin-Gabe scheint weitere Vorteile zu bringen. In der akuten Phase einer aufgetretenen Lungenarterienembolie können die exakte Diagnose und die Abgrenzung von anderen akut bedrohlichen Erkrankungen aus klinischen, zeitlichen und organisatorischen Gründen Schwierigkeiten bereiten. Neben den erforderlichen symptomatischen Maßnahmen ist die Gabe von Heparin indiziert. Die weitere Behandlung richtet sich nach dem Ausmaß der Embolie und der klinischen Situation sowie den lokalen therapeutischen Möglichkeiten. Die thrombolytische Behandlung ist weniger eingreifend, unter Umständen langwierig, unsicher in ihrer Auswirkung und führt in einem hohen Prozentsatz zu Nachfolgekomplikationen.

Die Alternative zur pulmonalen Embolektomie ist weitgehend abhängig von den lokalen chirurgischen Möglichkeiten. Im Notfall ist der Zugang über eine longitudinale, mediane

Sternotomie mit Drosselung der Hohlvenen vor der Pulmonalisinzision möglich. Die besten operativen Aussichten bietet heute die Anwendung der extrakorporalen Zirkulation. Durch sie konnte das Risiko – in Abhängigkeit von der klinischen Ausgangssituation des Patienten – auf etwa 40 Prozent (in der Literatur zwischen 12 und 60 Prozent) gesenkt werden.

Literatur

(1) Asbeck, F.: Lungenembolie, Dt. Ärztebl. 74 (1977) 2713-2714 – (2) Lanzinger, G.; Mörl, H.: Lungenembolie – Diagnostik und Therapie, Dt. Ärztebl. 74 (1977) 3101-3104 – (3) Mörl, H., Zimmermann, R.: Thromboembolische Erkrankungen, Prophylaxe und Therapie, Dt. Ärztebl. 75 (1978) 635-639 – (4) Mörl, H.: Behandlung der Lungenembolie, Dtsch. med. Wschr. 103 (1978) 541-542 – (5) Mobin-Uddin, K. (Ed.): Pulmonary Thromboembolism, C. C. Thomas Publ. Springfield/Illinois/USA 1975 – (6) Satter, P.: Indikation zur operativen Behandlung der massiven Lungenarterienembolie, Kongreßbericht Österreich. Ges. Chir. (1977) 137-140

Professor
Dr. med. Hagen Dietrich Schulte
Chirurgische Universitätsklinik B
Moorenstraße 5
4000 Düsseldorf

Zentrifuge zur Hämatokrit-Bestimmung

Bei einer Spezialzentrifuge für Mikrohämatokrit-Bestimmungen genügen zur Bedienung drei Tasten. Ein Programmtaster garantiert einen reproduzierbaren Programmablauf und optimale Zellpackung, ohne daß



Drei Tasten genügen zur Bedienung der HämoFuge, eines Geräts zur Hämatokrit-Bestimmung
Werkfoto

Drehzahl und Laufzeit individuell eingestellt werden müssen. Zur Bedienung genügen drei Drucktasten:

- ① Ein/Aus-Taste,
- ② Programmtaste; sie löst den Anlauf auf 12 000 U/min aus und schaltet nach einer für die Zellpackung optimalen Laufzeit von 10,5 min die Bremse automatisch ein.
- ③ Deckelentriegelungs-Taste; mit dieser automatischen Deckelverriegelung und -zuhaltung genügt das Gerät der neuen Unfallverhütungsvorschrift.

Die Zentrifuge ist in einem Gehäuse aus weißem Kunststoff mit rauchgetöntem Klarsichtdeckel untergebracht. Ha

Hersteller: Heraeus-Christ GmbH, Postfach 12 20, 3360 Osterode