

Operationen am offenen Herzen bei älteren Patienten

Operationen am offenen Herzen sind heute auch bei älteren Patienten mit einem geringen tödlichen Risiko möglich. Da sowohl die Überlebensdauer als auch die Lebensqualität der Patienten durch die Operation verbessert werden, ist diese gerechtfertigt.

Am Montreal Heart Institute wurden von März 1975 bis März 1980 50 Patienten im Alter von 70 bis 78 Jahren am offenen Herzen operiert, wobei bei 23 Patienten eine koronare Bypass-Operation durchgeführt, bei 16 Patienten die Klappen ausgetauscht und bei 11 Patienten eine kombinierte Koronar- und Klappenoperation vorgenommen wurde. Alle 4 vorzeitigen Todesfälle waren auf das Herz zurückzuführen. Bei 58 Prozent der Patienten traten frühe postoperative Komplikationen auf. Weitere 7 Todesfälle gab es im Mittel 17 Monate nach der Operation. Die kumulative 5-Jahres-Überlebensrate post operationem wurde auf 76 Prozent geschätzt.

Um nach einem derartigen Eingriff größere Komplikationen auszuschließen, ist die äußerst genaue operative und postoperative Behandlung von größter Bedeutung. Die präoperative Auswahl der Patienten sollte sich – so die Autoren – auf die Ermittlung signifikanter körperlicher Begleitzustände konzentrieren, die die postoperative Genesung gefährden könnten. Im hohen Alter sollten Operationen am offenen Herzen nur bei Patienten durchgeführt werden, die sich sonst in einem guten Allgemeinzustand befinden und in der Lage sind, nach der Operation wieder ein aktives Leben zu führen.

Aus rein ökonomischen Gründen sollte älteren Patienten jedoch eine operative Behandlung nicht verweigert werden. Die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes der Patienten

dieser Studie nahm mit weniger als 4 Wochen wahrscheinlich weniger Zeit in Anspruch, als die meisten dieser Patienten sonst zur konservativen Behandlung ihrer schwächenden Herzkrankheit benötigt hätten. Der Patient sollte zur Wiederaufnahme seiner normalen Lebensführung ermutigt werden, sobald seine physische Wiederherstellung dies erlaubt.

dpe

Pelletier, L. C., et al.: Open-heart surgery in elderly patients, *Canadian Medical Association*, **128** (1983) 409–412, Dr. L. Conrad Pelletier, Head Department of surgery, Montreal Heart Institute, 5000 Belanger St. E, Montreal, PQ H1T 1C8, Kanada

Ungarn: Urbanisierung verändert Mortalität

Im Verlauf der letzten zehn bis 15 Jahre wurde eine Zunahme der Mortalität allgemein und in einzelnen Altersgruppen beobachtet, in erster Linie bei Männern im Alter von 55 bis 64 Jahren. In 80 Prozent dieser Fälle waren die Ursachen für die allgemeine Mortalität Erkrankungen der Kreislauforgane, Neoplasmen und Unfälle. Der Anstieg der allgemeinen Sterblichkeit seit 1965 wird mit dem Prozeß der Urbanisierung erklärt, die mit einer gewissen Zunahme der Morbidität und Mortalität einhergeht.

Die Hauptursache für die allgemeine Sterblichkeit sind Herzerkrankungen, in erster Linie Myokardinfarkt. Die Zunahme dieser Erkrankungen wird indirekt beeinflusst durch Risikofaktoren wie Streß, Zigarettenrauchen und Alkoholgenuß. Auffällig erscheint die kontinuierliche Zunahme der Sterblichkeit an Neoplasmen. Lag sie 1960 noch bei 17,39 Fällen auf 10 000 Einwohner, so betrug sie 1970 bereits 21,96 und stieg 1979 auf 25,53. Die Mortalität nach Unfällen lag 1960 bei 6, 1970 bei 9,21 und 1979 bei 11,43 auf 10 000 Einwohner

sht

Balog, J., Bondar, E. A.: „Einige charakteristische Besonderheiten der Mortalität in der Ungarischen Volksrepublik“, *Népegészegy, Budapest* **63** (1982) 141–153

Autopsie der Arteriosklerose

Ein Zusammenhang zwischen der koronaren Herzkrankheit (KHK) und den sogenannten Risikofaktoren ist durch zahlreiche epidemiologische Studien belegt.

Das pathomorphologische Substrat der KHK stellen atheromatöse Gefäßveränderungen dar.

Die Autoren dieser Übersicht fassen die Ergebnisse autopsischer Gefäßuntersuchungen in 19 Ländern zusammen.

Dabei wurde das Ausmaß atheromatöser Gefäßläsionen sowohl retro- als auch prospektiv mit der Prävalenz atherogener Risikofaktoren verglichen.

Obwohl sich die Studien zum Teil vom Aufbau und der Methodik unterscheiden, waren die Ergebnisse gleich:

► erhöhte Werte des Serumcholesterins und des Blutdrucks korrelieren mit ausgeprägten atherosklerotischen Gefäßläsionen

► niedrige Werte des HDL-Cholesterins führen zur koronaren und weniger auch zerebralen Atherosklerose

► Rauchen beeinflusst Ausmaß und Schwere aortaler Veränderungen, die meisten Studien zeigen eine atherogene Wirkung auf die Koronarien

► zwischen körperlicher Aktivität oder Fettsucht und Atherosklerosegrad besteht kein sicherer Zusammenhang

► die Koronarsklerose ist durch Veränderungen im Risikoprofil auch in relativ kurzen Zeiträumen beeinflussbar. müb

Solberg, L. A., Strong, J. P.: Risk Factors and Atherosclerotic Lesions. A Review of Autopsy Studies, *Arteriosclerosis* **3** (1983) 187–198, Reprints: Dr. JP Strong, Dept. of Pathology, Louisiana State University Medical Center, 1901 Perdido Street, New Orleans, Louisiana 70112, USA