

rung aus, wenn FSME-Bulin® 0,05 ml/kg innerhalb der ersten 72, besser 24 Std., nach Zeckenstich verabreicht wird.

Für die gut verträgliche *Tollwutimpfung* (HDC-Vakzine) gibt es auch bei chronisch kranken oder geistig behinderten Kindern wegen der infausten Prognose dieser Erkrankung keine Alternative, wenn die Möglichkeit einer Infektion angenommen werden muß. Mit der *Varizellenimpfung* können auch immunsupprimierte Kinder geschützt werden, da auch unter dieser Therapie wirksame Anti-

körpertiter festzustellen sind. Bei allen immunsuppressiv/zytostatisch zu behandelnden Kindern sollte vor Therapiebeginn der Varizellen-Herpes-zoster-Antikörpertiter kontrolliert und künftig bei negativem Befund geimpft werden. Muß die zytostatische Therapie ohne zeitlichen Aufschub eingeleitet werden, gibt man derzeit Varizellenzoster-Immunglobulin (Varicellon®, Vari-tect®).

Indizierte Impfungen bei behinderten und chronisch kranken Kindern stellen auch einen Bei-

trag zur sozialen Integration dar. Die Indikationen müssen aber gerade bei dieser Gruppe von Kindern besonders sorgfältig abgewogen werden.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med.
Friedrich Carl Sitzmann
Direktor der Universitäts-
Kinderklinik
6650 Homburg/Saar

Die Fortbildungsreihe über Impfungen wird im nächsten Heft fortgesetzt

FÜR SIE GELESEN

Pseudo-Hypertonie durch Arteriosklerose

In der Untersuchung wird eine klinische, einfach durchzuführende Methode beschrieben, mit deren Hilfe eine Differenzierung zwischen echter arterieller Hypertonie und Pseudo-Hypertonie infolge ausgeprägter Sklerose der großen Gefäße vorgenommen werden kann. Die von den Autoren als „Osler'sches Manöver“ bezeichnete Methode wird so durchgeführt, daß eine am Oberarm angelegte Blutdruckmanschette über den systolischen Arteriendruck aufgepumpt wird. Ist die pulslose A. radialis aufgrund der sklerotischen Wandveränderungen noch zu tasten, wird der Patient als „Osler-positiv“ bezeichnet. Ist die Arterie kollabiert und nicht mehr zu tasten liegt ein „Osler-negativer“ Befund vor. Diese Untersuchung wurde bei 24 hypertensiven Patienten über 65 Jahre durchgeführt; 13 waren Osler-positiv, 11 Osler-negativ. Bei diesen Patienten wurden invasive Blutdruckmessungen in der Aorta vorgenommen und mit den nichtinvasiven Messungen verglichen. Diese lagen bei den Osler-positiven Patienten zwischen 10 und 54 mmHg über den invasiv bestimmten Werten; außerdem war die arterielle Compliance deutlich erniedrigt

und korrelierte mit der Differenz zwischen invasiver und nichtinvasiver Messung. Die reduzierte arterielle Compliance bei älteren Patienten führt nicht selten zu fälschlich hohen Blutdruckwerten bei nichtinvasiver Messung; der Meßfehler wird mit zunehmender Arteriosklerose deutlicher und muß bei der Behandlung berücksichtigt werden. shl

Messerli FH, Ventura HO, Amodeo C.: Osler's maneuver and pseudohypertension, *New Engl. J. Med.* 312: 1548-51, 1985
Ochsner Clinic, New Orleans, LA., U.S.A.

Aortokoronare Bypass-Chirurgie bei Patienten mit eingeschränkter Ventrikel-funktion

Es besteht Übereinkunft darüber, daß Patienten mit therapierefraktärer Angina pectoris chirurgisch behandelt werden sollten. Sind Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit beschwerdefrei oder nur leicht symptomatisch, so ist die Indikation zur Bypass-Operation weniger eindeutig. In der vorliegenden Studie werden die Langzeitergebnisse von Patienten berichtet, die zum Zeitpunkt der Operation eine eingeschränkte linksventrikuläre Funktion hatten (LV-EF unter 50 Prozent). Von Au-

gust 1975 bis Mai 1979 wurden 160 Patienten in die Studie aufgenommen und durch Randomisierung einer operativ oder einer konservativ behandelten Gruppe zugeteilt. In der chirurgisch behandelten Gruppe kam es zu keinen Todesfällen, die auf die Operation zurückzuführen waren. Die perioperative Infarktrate betrug 9,9 Prozent. Die jährliche Letalität lag bei 2 Prozent, bei Patienten mit 3-Gefäßerkrankung bei 1,7 Prozent. In der konservativ behandelten Gruppe lagen diese Zahlen bei 4,4 Prozent und bei 5,2 Prozent für Patienten mit 3-Gefäßerkrankung. Betrachtet man nur die Todesfälle kardialer Natur, so wird der Unterschied noch deutlicher. Im gesamten Beobachtungszeitraum kam es in der chirurgisch behandelten Gruppe zu 5, in der konservativ behandelten Gruppe jedoch zu 19 Todesfällen. Diese Daten lassen den Schluß zu, daß chirurgisch behandelte Patienten mit 3-Gefäßerkrankung und eingeschränkter LV-Funktion sieben Jahre nach der Operation eine deutlich bessere Überlebensrate haben, als konservativ behandelte Patienten. shl

Passamani, E.; Davis, K. B.; Gillespie, M. J.; Kilip, T.: A randomized trial of coronary artery bypass surgery: survival of patients with a low ejection fraction. *N Engl J Med* 312: 1665-1671, 1984.
National Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda, Md., U.S.A.