

daß in Deutschland – wie auch in anderen Regionen – unter den VTEC-Isolaten die Serogruppe O157 dominiert.

③ Von praktischer Bedeutung für die individuelle Diagnostik ist daher die frühzeitige Einsendung einer Stuhl- und Serumprobe in entsprechend ausgewiesene Laboratorien. –

Blutige, frequente, mit krampfartigen Bauchschmerzen einhergehende, akute Durchfallerkrankungen erfordern vor allem bei Kindern und älteren Menschen eine sorgfältige Beobachtung und gegebenenfalls rasche Diagnostik zum Ausschluß eines beginnenden HUS. Bei gehäuften oder epidemischem Auftreten von blutigen Durchfällen und/oder HUS sollten alle Anstrengungen unternommen werden, den Erreger (und die Infektionsquelle) zu identifizieren.

Dt. Ärztebl. 89 (1992) A₁-2204–2212
[Heft 24]

Literatur

1. Gasser, C.; Gautier, E.; Steck, A. et al.: Hämolytisch-urämische Syndrome: Bilaterale Nierenrindennekrosen bei akuten erworbenen hämolytischen Anämien. Schweiz. Med. Wochenschr. 85 (1955) 905–909
2. Levin, M.; Walters, M. D.; Barratt, T. M.: Hemolytic uremic syndrome. Adv. Pediatr. Inf. Dis. 4 (1989) 51–82
3. Fischer, K.; Poschmann, A.; Seitz, R.-C. et al.: Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) bei Pleuropneumonie: Diagnostische und therapeutische Aspekte. In: H. Schächinger (Hrsg.): Moderne Intensivmedizin bei Kindern. München: Zuckschwerdt (1986) 129–131
4. Karmali, M. A.; Petric, M.; Lim, C. et al.: The association between idiopathic hemolytic uremic syndrome and infection by verotoxin-producing *Escherichia coli*. J. Inf. Dis. 151 (1985) 775–781
5. Riley, L. W.; Remis, R. S.; Helgeson, S. D. et al.: Hemorrhagic colitis associated with a rare *Escherichia coli* serotype. N. Engl. J. Med. 308 (1983) 681–685
6. Karmali, M. A.: Infection by verocytotoxin-producing *Escherichia coli*. Clin. Microbiol. Rev. 2 (1989) 15–38
7. O'Brien, A. D.; Holmes, R. K.: Shiga and Shiga-like toxins. Microbiol. Rev. 51 (1987) 206–220
8. Karch, H.; Meyer, T.: Single primer pair for amplifying segments of distinct Shiga-like-toxin genes by polymerase chain reaction. J. Clin. Microbiol. 27 (1989) 1751–1757
9. Bitzan, M.; Karch, H.: Extraintestinale Erkrankungen durch enterohämorrhagische *Escherichia coli*. In: R. Ottenjann, J. Müller, J. Seifert (Hgb.). Ökosystem Darm II (1990) 109–123, Berlin: Springer
10. Karch, H.; Bockemühl, J.: Infektionen durch enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC): Ein klinisches und mikrobiologisches Problem und eine Herausforderung für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Immun. Infek. 6 (1989) 206–211

Anschriften für die Verfasser:

Dr. med. Martin Bitzan
Kinderklinik,
Universitäts-Krankenhaus
Hamburg-Eppendorf
Martinstraße 52
W-2000 Hamburg 20

Prof. Dr. rer. nat. Helge Karch
Institut für Hygiene und
Medizinische Mikrobiologie
der Universität
Josef-Schneider-Straße 2
W-8700 Würzburg

Erfolgreiche Wiederbelebung im Notfall – weiterführende Maßnahmen?

Der größte Teil der Wiederbelebungsmassnahmen bei kardiovaskulärem Versagen außerhalb des Krankenhauses bleibt ohne Erfolg, und die Patienten werden häufig für weitere Wiederbelebungsbemühungen in die Notaufnahme eines Krankenhauses gebracht. Die Autoren untersuchten die Wirksamkeit und die Kosten einer in der Notaufnahme fortgeführten Wiederbelebung.

In der Studie wurden die Aufzeichnungen über 185 Patienten ausgewertet, die im Laufe von 19 Monaten nach einem Versagen von Herz, Lunge oder beider Organe nach anfänglich vergeblicher, jedoch beim Transport durch ein Notarztteam weitergeführter Wiederbelebung in die Notaufnahme des Rhode-Island-Hospitals im neuenglischen Providence gebracht worden waren. Es

handelt sich um ein Schwerpunkt-krankenhaus der Universität mit über 700 Betten in einer dicht besiedelten Gegend – in den meisten der untersuchten Fälle war der Rettungswagen innerhalb von fünf Minuten zur Stelle gewesen.

Von den 185 Patienten des Untersuchungszeitraumes wurden nur 16 (9 Prozent) erfolgreich wiederbelebt und zur Weiterbehandlung im Krankenhaus aufgenommen. Das einzige Charakteristikum, das mit einem besseren Ergebnis in der Notaufnahme korrelierte, war eine kürzere Dauer der Wiederbelebungsversuche außerhalb des Krankenhauses. Es hatte hingegen keinen Einfluß, ob am Ort und im Rettungswagen eine mechanische Wiederbelebung versucht worden war (Herzmassage und Mund-zu-Mund-Beatmung), oder ob auch Geräte wie etwa ein Defibrillator eingesetzt wurden.

Keiner der 16 Patienten jedoch überlebte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus, und alle bis auf eine Patientin blieben bis zu ihrem Tod im Koma. Die mittlere Aufenthalts-

FÜR SIE REFERIERT

dauer im Krankenhaus betrug 12,6 Tage (in einem Falle vier Monate im Koma); die durchschnittliche Liegezeit in der Intensivstation betrug 2,3 Tage. Die Gesamtkosten für die 16 Patienten betragen – ohne Arzthonorar – 180 908 Dollar, durchschnittlich also 11 307 Dollar pro Patient.

Die Autoren sind der Ansicht, daß eine Fortsetzung von Wiederbelebungsversuchen bei Patienten mit Herz-Lungen-Stillstand in der Notaufnahme nach vergeblichen Versuchen außerhalb des Krankenhauses nicht angebracht sei. Dies verbrauche wertvolle institutionelle und wirtschaftliche Ressourcen ohne jeglichen Nutzen. Ing

Gray, W. A. et al.: Unsuccessful emergency medical resuscitation – Are continued efforts in the emergency department justified? N. Engl. J. Med. 325 (1991) 1393–1398

Dr. William A. Gray, Division of Cardiology, Rhode Island Hospital, 693 Eddy St., Providence, RI 02903, USA.