

Berlin, dsn 8. 6. 1978/Ru

ARZTLICHER,r B E R I C H T
uber den Pat lerten
Prasidenten T a mb o, Oliver,
geboren am 27. 10. 1917

Anamnese:

1933 Lungentuberkulose. Seit 1940 mehrfach Asthma-anfälle, die seit zirka 2 Monaten nicht mehr aufgetreten sind. Seit 1973 klagt der Patient über gelegantliche Schmerzen in der Herzgegend, Atemnot beim Treppensteigen und Anschwellen der FuSe.

Seit 1972 werden Herzrhythmusstorungen beobachtet.

Der Patient bemerkt seit 2 Jahren einen tastbaren Knoten am Hals, der jedoch im Laufe des letzten Oahres nicht an GroSe zugenommen hat.

Appotit gut, Schlaf gut, Stuhlgarig regeimaBig, keine Mik t ionobeschwerdon.

Aufnahmabefund:

SOjähriger Patient in ausreichendem Allgerr.einzustand.

Haut und sichtbare Schleimhaute gut durchblutet.

GroSe: 165 cm; G e vi i c h t: 78 kg

Kopf frei beweglich, Nervenaustrittspunkte und Nasennebenhohln frei. Augen aufterlich unauffallig.

Zirka 5 x 5 cm groBer prallelastxscher, linksseitiger Strumaknoten . tastbar. Keine Lympbknotenschwellung.

Thorax syrnmetrisch, seitengleich beatmet, verlangertes Exspirium, hypersonorer Klopfschall, basal beidseits vereinzelt grobblasiga Rasoielgerausche. Aktion des Cor's arrhythmiseh, Frequenz 84/Minute, Riva-Rocci 140/80. Abdomen: adipose Bauchdecken, Hepar 2 cm untcrr detn Rippenbogen tastbar, Nierenlacer beidseits frei. Extremitaten frei beweglich. I eutliche Unter- cchenkelodeme* Reflexst at us unauffallig.

LÂ® borbefur.de:

Blutsenkungsgeschwindigkeit 17/30. Hamoglobin 8.5 mval/1, Hamatokrit 42 Vol/a, Leukozyten 4.400. Differential- Blutbild: 1 Eosinophiler, 50 Segmentkernige, 1 Monozyt,

48 Lymphozyten, Serumglutamatoxalazetat 48 E/1, Serum-glutamatpyruvat-Transaminase IS E/1, alkalische

Phosphatase 33 E/1, Bilirubin unter 1 mg&, Gesamt-
eiweiß 7,68 g/100 ml, Elektrophorese normal. Kreatinin
1,21 mg/100 ml, Natrium 144 mval/1, Kalium 4,04 mval/1,
Kalzium 4,93 mval/1, Chlorid 105 mval/1, Harnnaure
5,58 mg/100 ml, Cholesterin 250 mg/100 ml, Triglyceride
207 mg/100 ml. Wassermann'sche Reaktion negativ.

Glukose-Toleranz-Test normal. Thrombozyten 163.000,

Quick 75 %, partielle Thromboplastinzeit 37 Sekunden, Fibrinogen 7,ul, endogena Kreatinin-Clearance 69 ml/. Minute. Sfuh'l auf Blut negativ. Stuhl auf Wurmeier und Parasiten negativ.

Rdntqen Thorax:

Basole Pleurareeiduen, kleine veritrobesale Pleura-schwiele, betonter Hauptspalt beidseits, Pleura-kuppenschwiele beidseits, Hiluskalk. Geringe Elongation der Aorta descendens. Unauffällige Herzkonfiguration. Kein Anhalt für einen frischen infiltrativen LungenprozeB.

Elektrokardiogramm:

Absolute Arrhythmie bei Vorhof f .limmern, Vorhoffrequenz urn 400/Minute, Kammerfrequenz 55 - Ub/Minuto. Linktyp, Geringe rechtsvent rikulare Errsgungsausbrei t.ungsstorung. Keine wesent lichen Kammerendtei lvor a ne'er ungen.

Meditape K:

Beobachtungszeitraum 7 Stunden. Im gesamten Tagesverlauf absolute Arrhythmie mit Vorhofflimmern, wobei die Frequenz durchschn.it lich zwischen 60 - 80/Minute liegt. Besonders bradykarde Phasen mit Absinken der Frequenz auf 35/Minute, vor allem während des Mittagsschlafo, auch ^elegentlich 1 bis 2 x/Minute im ubrigon Tagesverlauf.

Ront; genunt ersuchung der Trachea:

Angedeutete Rec^tsauslenkung der Trachea, jedoch ohne Exnengung"

Ausscheidungsurogramm:

Mach Injoktion von Visotраст 370 seitengleiche Ausscheidung des Kontrastmittels über normalgroBe Nieren, keine AbfluBbehinderung, kein Anhalt für ontzündlich-deformierende Veränderungen.

Vektorkardiogramm;

Linksanteriorer Hemiblock, dringender Verdacht auf abgelaufenen Diaphragmalinfarkt.

Ganzkorperplethysmografie:

Leichte obstruktive Ventilationsstörung, Verteilungsstorung. Unter Aruberidol guter broncholytischer Effekt.

Saure-Basen-Haushalt;

Geringgradig kompensierte metabolische Azidose, normaler pO₂.

Schilddrusenszintigramm:

Großer kalter Knoten im Bereich des linken Schilddrüsenlappens, rechter Schilddrüsenlappen und Isthmusbereich unauffällig. ...! – – – s \

Augenärztliche Untersuchung:

Fundus: Papille vital, scharf begrenzt, Gefäßbaum zentralständig, Macula ohne Befund. Gefäßbezug regelrecht. Beurteilung: Hyperopie, Presbyopie.

Hals-Nase-Ohren-ärztliche Untersuchung:

Unauffälliger Hals-Nase-Ohren-Spiegelbefund.

Chirurgie: Normale Prostata.

Unter Ruhebedingungen und Digitalisierung erreichten wir bei dem kardialdekompensierten Patienten die Rekompensation.

Unter Gabe von Digitoxin trat jedoch noch keine

Rhythmisierung auf, so daß wir Chinidin longo (Chinidin-

Sulfat 0,250 g) verordneten. Bei einer Dosierung von

6x1 Dragee trat Sinusrhythmus ein, wir beobachteten

jedoch eine ausgeprägte Bradykardie und ventrikuläre

Extrasystolen, so daß die Chinidin-Medikation abge-

brochen werden mußte. Gegenwärtig besteht wie zuvor

eine Arrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern mit einer

Kammerfrequenz zwischen 40 und 60/Minute. Auf Grund

unserer Beobachtungen, der Anamnese und der erhobenen

Befunde ergibt sich die Diagnose einer chronisch-

ischämischen Herzkrankheit mit Herzrhythmusstörungen

(Arrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern) im Sinne

eines Sick-Sinus-Syndroms. Wir halten daher eine

Kontrolluntersuchung des Patienten in zirka 3 bis 6

Monaten für erforderlich und wurden bei erneuter

kardialer Dekompensation die Implantation eines

Schrittmachers erwogen.

Vor dem tastbaren Knotens im Bereich des linken

Schilddrüsenlappens stellten wir den Patienten dem

Chirurgen vor, der die Operation zu einem dem

Patienten möglichen Termin empfahl beziehungsweise

die Operation dann für indiziert hält, wenn eine

Vergrößerung des Knotens auftritt. Eine ausreichend

lange kardiale Vortereitungszeit wäre jedoch er-

forderlich. In einem abschließenden Gespräch mit

dem Patienten wurde ifrm nochmals empfohlen, ausreichende Ruhepausen einzulegen sowie eine Kontrolluntersuchung in zirka 3 Monaten.

Wir entließen ihn unter einer Hedikation von Aldactone 50, 2 x 1 Dragee, Pent along(Pentaerythrityltetranitrat 0,02) 3 x 2 Tablet ten.

Abschließen Sie die Diagnosen:

- chronisch-ischämische Herzkrankheit mit Herzrhythmusstörung im Sinne eines Sick-Sinus-Syndroms,
- kalter Knoten im Bereich des linken Schilddrüsenlappens

vX-v---^' T-i-i.

Leiter der Einrichtung Chefarzt der Leitende Abteilungs-
Abteilung ärztin