

Berlin, dsn 8. 6. 1978/Ru

ARZTLICHER, r B E R I C H T  
über den Patienten  
Präsidenten Tamboro, Oliver,  
geboren am 27. 10. 1917

Anamnese:

1933 Lungentuberkulose. Seit 1940 mehrfach Asthmaanfälle, die seit zirka 2 Monaten nicht mehr auftreten sind. Seit 1973 klagt der Patient über gelegentliche Schmerzen in der Herzgegend, Atemnot beim Treppensteigen und Anschwellen der Füße.

Seit 1972 werden Herzrhythmusstörungen beobachtet.

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

Appetit gut, Schlaf gut, Stuhlregelmäßig, keine Medikamentenbeschwerden.

Aufnahmebefund:

50-jähriger Patient in ausreichendem Allgemeinzustand.

Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet.

Größe: 165 cm; Gewicht: 78 kg

Kopf frei beweglich, Nervenaustrittspunkte und Nasennebenhöhlen frei. Augen äußerlich unauffällig.

Zirka 5 x 5 cm großer prallelastischer, linksseitiger Strumaknoten. tastbar. Keine Lymphknotenschwellung.

Thorax symmetrisch, seitengleich beatmet, verlängertes Expirium, hyper sonorer Klopfeschall, basal beidseits vereinzelt grobblasige Rasselgeräusche. Aktion des Herzes arrhythmisch, Frequenz 84/Minute, Riva-Rocci 140/80. Abdomen: adipöse Bauchdecken, Leber 2 cm unter dem Rippenbogen tastbar, Nierenläsen beidseits frei. Extremitäten frei beweglich. Deutliche Unterschenkelödeme\* Reflexstatus unauffällig.

Labordiagnostik:

Blutsenkungsgeschwindigkeit 17/30. Hämoglobin 8,5 mval/l, Hämatokrit 42 Vol%, Leukozyten 4.400. Differenzialblutbild: 1 Eosinophiler, 50 Segmentkernige, 1 Monozyt,

48 Lymphozyten, Serumglutamatoxalacetat 48 E/l, Serumglutamatsäure-Transaminase 15 E/l, 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/l, Kalium 4,04 mval/l,  
Kalzium 4,93 mval/l, Chlorid 105 mval/l, Harnsäure  
5,58 mg/100 ml, Cholesterin 250 mg/100 ml, Triglyzeride  
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. Sfuhl' auf Blut negativ. Stuhl auf Wurmeier  
und Parasiten negativ.

Rdntqen Thorax:

Basole Pleurareeiduen, kleine veritrobesele Pleura-  
schwiele, betonter Hauptspalt beidseits, Pleura-  
kuppenschwiele beidseits, Hiluskalk. Geringe  
Elongation der Aorta descendens. Unauffallige Herz-  
konfiguration. Kein Anhalt fur einen frischen in-  
filtrativen LungenprozeB.

Elektrokardiogramm:

Absolute Arrhythmie bei Vorhof f .limmern, Vorhoffrequenz  
urn 400/Minute, Kammerfrequenz 55 - Ub/Minuto. Linketyp,  
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 tlich zwischen 60 - 80/Minute liegt.  
Besonders bradykarde Phasen mit Absinken der Frequenz  
auf 35/Minute, vor allem wahrend des Mittagsschlafo,  
auch ^gelegentlich 1 bis 2 x/Minute im ubrigen Tagesver-  
lauf.

Ront; genunt ersuchung der Trachea:

Angedeutete Rec^tsauslenkung der Trachea, jedoch ohne  
Exnengung"

Ausscheidungsurogramm:

Mach Injektion von Visotrast 370 seitengleiche Aus-  
scheidung des Kontrastmittels uber normalgroBe Nieren,  
keine AbfluBbehinderung, kein Anhalt fur entzundlich-  
deformierende Veranderungen.

Vektorka rdiogramm;

Linksanteriorer Hemiblock, dringender Verdacht auf  
abgelaufenen Diaphragmalinfarkt.

Ganzkorperplethysmoqrafie:

Leichte obstruktive Ventilationsstrurig, Verteilungs-  
storung. Unter Aruberidol guter broncholytischer Effekt.

Saure-Basen-Haushalt;

Geringgradig kompensierte metabolische Azidose, normaler pO<sub>2</sub>.

Schilddrüsenszintigramm:

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

Augenärztliche Untersuchung:

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

Hals-Nase-Ohren-ärztliche Untersuchung:

Unauffälliger Hals-Nase-Ohren-Spiegelbefund.

Chirurg: Normale Prostata.

Unter Ruhebedingungen und Digitalisierung erreichten wir bei dem kardialdekompenzierten Patienten die Rekompensation. Unter Gabe von Digoxin 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 keine ausgeprägte Bradykardie und ventrikuläre Extrasystolen, so daß die Chinidin-Medikation abgebrochen 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 erwägen.

Wegen des 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 Vorbereitungszeit wäre jedoch erforderlich. In einem abschließenden Gespräch mit

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

Wir entließen ihn unter einer Medikation von Aldactone 50, 2 x 1 Dragee, Pentalong (Pentaerythritoltetranitrat 0,02) 3 x 2 Tabletten.

Abschließende 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 Leitenden Abteilungs-  
Abteilung Ärztin