

Klinikum Uckermark GmbH · PF 10 01 52 · 16284 Schwedt/O.

Herrn  
Ernst-Wolfgang Schulz  
Lange Wiese 10 OT Altranft  
16259 Bad Freienwalde

**Klinik für Gefäßchirurgie und  
Phlebologie**  
Chefarzt: Dr. med. O. Hinze

Telefon: 03332 53 - 2491  
Fax: 03332 53 - 2735

E-Mail: o.hinze@klinikum-uckermark.de

Datum und Zeichen Ihres Schreibens  
05.12.2002

Unser Zeichen  
CA Dr. Hi/Rie

Datum  
27.12.2002

Sehr geehrter Herr Schulz,

anbei übersenden wir Ihnen die gewünschten Untersuchungsbefunde und -bilder.

Lediglich der Befund der Medizinischen Klinik unseres Hauses über die Linksherzkatheteruntersuchung von 11/01 liegt uns leider nicht vor. Wie wir dem Arztbrief der Medizinischen Klinik entnehmen konnten, wurde der entsprechende Befund Ihrem Hausarzt, Herrn Dr. Förster, zugesandt. Wir bitten Sie daher freundlichst, sich diesen Befund von Ihrem Hausarzt abzufordern.

Wir möchten uns auf diesem Weg für unser Versäumnis bei der Erledigung Ihrer Befundanforderung und die Ihnen dadurch entstandenen Unannehmlichkeiten entschuldigen.

Abschließend bitten wir höflichst um Rücksendung der CT- und Angiographiebilder.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. O. Hinze  
Chefarzt der Klinik für  
Gefäßchirurgie und Phlebologie



Anlagen

Ultraschallbefund (Carotiden) vom 26.11.2001  
Angiographiebefund + -bilder vom 26.11.2001  
CT-Befund + -bilder (kranial) vom 28.11.2001  
OP-Bericht vom 30.01.2002  
Angiographiebefund + -bilder (BCAG) vom 27.06.2002

# Klinikum Uckermark - Medizinische Klinik

Auguststraße 23 ♦ 16303 Schwedt ♦ ☎ 03332 - 530

## Ultraschalluntersuchung vom 26.11.2001

<i>Name:</i>	Ernst-Wolfgang Schulz	<i>Kasse:</i>	Techniker Krankenkasse
<i>geboren:</i>	06.10.1944	<i>Vers.-Nr.:</i>	0610441639
<i>Alter:</i>	57 Jahre	<i>Status:</i>	Ost , Mitglied
<i>Anschrift:</i>	Lange Wiese 10	<i>Beruf:</i>	
	16259 Altranft	<i>Art:</i>	gesetzlich ,

### Fragestellung:

**Befund: Carotiden: Ca. 80%ige ACI-Abgangsstenose rechts durch heterogene Strukturen, ansonsten atheromatöse Plaques ohne hämodyn. Wirksamkeit, A. vert. et A. subcl. bds. cw-dopplersonogr. o.B.**

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.Med. Annette Straßenburg

Station 6/17  
Frau Dr. med. von Suchodoletz  
Oberärztin der Medizinischen Klinik

**Aufnahmenummer:** ( 92544)  
**Patient:** Schulz, Ernst-Wolfgang, 06.10.1944  
**wohnhhaft:** 16259 Altranft, Lange Wiese 10

**Art der Untersuchung:** BCAG, extracranielle Carotis-Darstellung beidseits.

**Datum der Untersuchung:** 26.11.2001

**Archiv-Nr.:** 061044/01

**Klinik:**

Zustand nach Herzkatheterismus wegen coronalen Bypasses und Kontrolluntersuchung. Im Doppler bei A-Symptomatik höhergradige Stenose der rechten ACI.

**Ergebnis:**

Der normal konfigurierte Aortenbogen gibt die großen supraaortischen Gefäße regelrecht ab. Die beiden Aa.subclaviae sowie Aa.vertebrales. Auffälligstes Kriterium ist eine fadenförmige Stenose der rechten ACI nach Abgang aus der Gabel von 95 %. Der weitere Verlauf scheint unauffällig. Linksseitig beginnende Stenosoierung, jedoch nur geringen Grades.

**Beurteilung:**

Im Wesentlichen isolierte konzentrische Stenose der rechten ACI von 95 %.

**Methodik:** siehe Protokoll. Komplikationslose Untersuchung.

Mit freundlichen Grüßen



**Dr. med. K. Eckert**  
Leiter der Angiographieabteilung

Station 6/17

Schwedt, d. 29.11.01  
dm spe-sch

061044/28.10.01

SCHULZ, ERNST-WOLFGANG

gb. 06.10.44

CT-Study: 25376 v. 28.11.01

Anamnese/Klinik:

80 %ige A. carotis interna Abgangsstenose links.  
Keine klinische Symptomatik.

Fragestellung: Hirnischämische Veränderungen?

Kraniales CT nativ:

Hirnmittellinie regelrecht. Basale Zisternen unauffällig. Geringe bis mäßige Verbreiterung der Hirnfurchen frontal. Im übrigen normale zerebrale und zerebelläre Sulci. Noch normal weites, annähernd symmetrisch konfiguriertes Ventrikelsystem. Es lassen sich weder infra- noch supratentoriell path. hypo- oder hyperdense Hirnstrukturen nachweisen. Keine Hinweise auf intrakranielle RF. Kein Anhalt für ischämische Läsion. Verkalkung der Glandula pinealis geringen bis mäßigen Grades. Dezent Kalk in den Plexus chorioidei. Keine path. Kalkanreicherungen. Kein Nachweis einer knöchernen Läsion.

Beurteilung:

Kein Nachweis einer hirnischämischen Veränderung.  
Geringe bis mäßige hirnatrophiische Vorgänge frontal.

Dipl.-Med. H.-M. Sperling  
FA f. Radiologie



## Operationsbericht

**Aufnahmenummer:** 214.708  
**Patientenname:** Schulz, Ernst-Wolfgang  
**Geb.-Datum:** 06.10.1944  
**Station:** 5/08/ Klinik für Gefäßchirurgie

**Tag der OP:** 30.01.2002  
**Uhrzeit:** 10.30 – 13.30 Uhr  
**Operateur:** Dr. Nikolov  
**Assistenz:** CA Dr. Hinze

**Anästhesie:** ITN, Fr. Schroda

**Diagnose:** Hochgradige asymptomatische ACI-Stenose re.

**Therapie:** TEA und Patch-Plastik re. ACI

**Clamping:** **Beginn:** **Ende:**  
A. carotis re. 11.42 Uhr 12.38 Uhr

**Blutverlust:** 850 ml  
**AB:** Zinacef 1,5 g

Längsschnitt am Vorderrand des Sternocleidomastoideus re. Darstellen und Durchtrennen der V. facialis zwischen Vicrylligaturen. Freipräparieren und Anschlingen des N. hypoglossus, der A. carotis communis und der Carotisgabelarterien. Anschlingen und Präparation der ACI nach peripher  
Systemische Heparinisierung. Stumpfdruckmessung:

systemisch	150 mmHg	Ausklemmen der ACC, ACE
retrograd	108 mmHg	Ausklemmen der ACI.

Längsarteriotomie von der Communis in die poststenotische ACI. Es stellt sich eine 95%-ige Stenose der ACI dar. Offene TEA der ACI, die stufenlos gelingt. Offene TEA der ACC. Offene TEA der ACE. Dilatieren der ACI mit Oliven bis 3 mm Durchmesser.

Einnähen eines Dacronpatches (CAT: 920675F, BATCH: 44869/3A, LOT: 7829) mit 6 x 0 Prolene.  
Vollenden der Naht nach Flushen und Entlüften. Freigeben des Blutstromes nach 56 min Clamping. Gute Pulsfortleitung.

Intraop.Röntgen: Durchgängige extra- und intrakranielle Arterien ohne Stenosen.

Protamingabe. Einlegen eines Slitdrains und Herausleiten durch Extrainsision. Schichtweiser Wundverschluß. Steriler Verband.

Präparat zur Histo.

Postop. Neurostatus: o.B.

### Besonderheiten:

Wegen perioperativer Gabe von Iscover und ASS 300 kommt es nach dem Freigeben des Blutstromes zur profusen Blutung aus den Stichkanälen. Daraufhin erfolgt ein mehrmaliges Umstechen der Nahtlinie und die Tabotamp-Implantation.

Dr. med. N. Nikolov

Station 5/08  
Herrn Dr. med. O. Hinze  
Chefarzt der  
Gefäßchirurgischen Klinik

**Aufnahmenummer:** 242.798  
**Patientenname:** Schulz, Ernst-Wolfgang, geb. 06.10.1944  
**Adresse:** 16259 Altranft, Lange Wiese 10

**Art der Untersuchung:** BCAG, selektive Carotis-Darstellung beidseits

**Datum der Untersuchung:** 27.06.2002

**Archiv-Nr.:** 061044/02

**Klinik:**

Patient im vergangenen Jahr rechts an der Carotis operiert, ebenfalls vor Jahren coronarer Bypass. Derzeit bei Beschwerdefreiheit im Sonogramm deutliche Zunahme einer linksseitigen Carotis-Stenose.

**Ergebnis:**

Die großen, zum Hirn ziehenden Arterien verlaufen im Wesentlichen regelrecht. Die rechte Vertebralis geradlinig, ohne erkennbare Schlingelungen, die rechte A.carotis communis ebenfalls normal. Im OP-Gebiet rechts geringgradige Bulbusektasie, aber keinerlei Stenosen und ungehinderter Abstrom über die offene A.carotis interna.

Links hingegen erkennt man eine hochgradige Abgangsstenose der Interna, die offenbar gegenüber den Voraufnahmen vom vergangenen Jahr zugenommen haben muss und derzeit mit bestimmt 85 % bezeichnet werden kann. Der weitere Verlauf der Interna zur Schädelbasis hin ist unauffällig. Die linke A.subclavia regelrecht, die linke A.vertebralis vermehrt geschlängelt, aber ohne erkennbare ernsthafte Stenose. Ein Hinweis auf ein Steal-Phänomen besteht nicht.

**Beurteilung:**

Gute Operationsergebnis im Bereich der rechten Carotis, links hingegen etwa 85 %ige Abgangsstenose der ACI:

**Methodik:** s. Protokoll, komplikationslose Untersuchung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. K. Eckert  
Leiter der Angiographieabteilung