



Praxis Dr. med. Thomas Müller Sonnenburger Weg 3 16269 Wriezen

Frau
Dr. Werner
Innere Medizin /Allgemeinmed.

Sonnenburger Weg 3
16269 Wriezen

Dr. med. Thomas Müller – Internist
Dr. med. Thomas Krüger – Internist
(angestellter Arzt)
Sonnenburger Weg 3 16269 Wriezen
Telefon: 033456 – 40 160
Fax: 033456 – 40 161
E-Mail: pdtm@gmx.de
www.doktor-thomas-mueller.eu

Wriezen, den 22.07.2019

Betrifft Pat. **Schulz, Ernst-Wolfgang**, geb. am 06.10.1944, wohnhaft in 16259 Bad Freienwalde Lange Wiese 24.

Sehr geehrte Frau Kollegin, Werner!

Besten Dank für die Überweisung von Herr Schulz, Ernst-Wolfgang.

Die Untersuchungen ergaben folgende Befunde:

22.07.2019: Ein- und zweidimensionale sowie Doppler- und Farbdopplerechokardiographie

Ableitbedingungen: gut

M-Mode-Messungen:

linker Ventrikel enddiastolisch 54 mm (< 56 mm)

linker Vorhof endsystolisch 41mm (<40 mm) EF 46%(> 60%) (nach TEICHHOLZ)

Septumdicke: 10mm (<12mm) Hinterwand: 9mm (<12mm)

Linker Vorhof: gering dilatiert.

Linker Ventrikel: nicht erweitert (obere Norm).

Die linksventrikulären Wände sind normal dick.

Wandkinetik: Deutliche Septumhypokinesie. Die basale inferiore Wand ist echoriech-akinetisch, leicht aneurysmatisch verändert.

Rechter Vorhof und Ventrikel: nicht dilatiert. Korrekte Lage der SM-Elektroden.

Herzklappen: Aortenklappensklerose mit geringer AI I (3 mm breiter, kürzerer Jet),

Zarte Mitralklappe mit geringgradiger Insuffizienz, MI I - 3-4 mm breiter, zentraler Refluxjet bis vor die LA-Mitte

Zarte Trikuspidalklappe mit geringer Insuffizienz, TI I, Vmax 3,1 m/s, kalkulierter PAPsys (einschließlich kalkuliertem ZVD) 48 Torr, N <30.

Im transmitralen Dopplersignal E/A-Verhältnis angeglichen.

Vena cava inferior nicht aufgestaut und von normalem inspiratorischem Kollaps.

Beurteilung: LV-Größe unter Norm, LVEF leicht reduziert, Infarkt Narbe inferior basal (HW-AMI 1995), leichte diastolische LV-Dysfunktion, TI I-II mit mäßiger pulmonaler HTN, MI I-II

Aortenklappensklerose mit AI I Korrekte Lage der SM-Elektroden im re. Herzen.

22.07.2019: Zusammenfassung:

Fragestellung: Verlaufskontrolle kardial, seit 2 Wochen Zunahme AP-Beschwerden, regelmäßiges Auftreten n zu 50-70 m Gehstrecke oder 10 Treppenstufen, Akutnitrat ohne wesentlichen Effekt.

Risiko: Größe 176 cm, Gewicht 77 kg, arterieller Hypertonus: ED 1999, Diabetes mellitus: ED: 2009, Hypercholesterinämie: ED 2009, Nikotin: nein

2010 LHK HZ Bernau ohne Intervention

10/2016 WFK Barnim NSTEMI LHK mit DES-PTCA ACVB RCA, später DES-PTCA HS/RIM, 05/2017 WFK Barnim: NSTEMI bei KHK-3 mit Z.n. 4fach koronarer Bypass-Op. 1995 nach HW-AMI (LIMA RIVA, ACVB auf RD, RM, RCA), LHK mit DES-PTCA der Tandemstenose ACVB auf RD1, RIVA, RCX und RCA bekannt verschlossen, ACVB RM bekannt verschlossen, ACVB auf RCA und LIMA-RIVA frei, HS mit Verlängerung in den RIM, Stents ohne Anhalt für In-stent-Restenose, MI II, TI II, mittelgradige pulmonale HTN, 2007 PM-Implantation bei SSS (Medtronic SEDRO I), letzter Aggregatwechsel 09/2016, TTE LVEF 56% ohne regionale LV-Kinetikstörungen, Thyreoidektomie 1996 bei Struma nodosa, Hörsturz re. 03/2016, Z.n. Bandscheiben-Op., Z.n. Karotis-Op. bei bei ACI-Stenosen (re. 2002, li. 2007), Sigmakarzinoid 2006, chronische Nierenkrankheit II-III mit Z.n. ANV 04/2016, bekannter lipomatöser Tumor an der Mesenterialwurzel (seit 2006 unverändert), Z.n. Ulcus ventriculi, Allergie auf Tierhaare, Pollen, KM, Jod

Dg.: Herzschrittmacherträger (DDD), G. (Z95.0G); Sick-Sinus-Syndrom, G. (I49.5G); Myokardinfarkt (Hinterwand), 95, G. (I25.22G); OP einer toxischen mehrknotigen Struma (1996), Z.n. (E05.2Z); aortokoronarer Bypass-OP (3-fach-Bypass), 1995, M1-Bypass verschl., G. (Z95.1G); arterieller Hypertonus III nach WHO, G. (I11.0G); hochgr. Stenose der A. carotis interna, G. (I65.2G); TEA einer rechtsseitigen Stenose der A. carotis interna 1/02, G. (I65.2G); Dorsalsyndrom mit Funktionsstörung der 4.-6. Rippe, G. (M53.1G); Steatosis hepatis, G. (K76.0G); Atherosklerose der Aorta abdominalis, G. (I70.0G); koronare Mehrgefäßerkrankung, RIVA 60% /100%, D1 90 %, Cx 100 %, RCA 100 % /90 %, LIMA/RIVA und ACVB/D1, ACVB/RCA intakt, ACVB/M! 100 %, 5/17 PTCA mit DES-Impl. Tandemstenose des ACVB auf RD1 G. (I25.13G);

Bewertung und Therapieempfehlung:

Klinisch typische, relativ schnell progrediente, typisch lastabhängige AP CCS III, LHK-Kontroll zeitnah veranlaßt. Nach Auslaufen der Brilique 100-medikation, zunächst LZ-Therapie ASS und Brilique 60, dann vor wenigen Wochen Umstellung auf Eliquismonotherapie bei rez. VH-Flimmern EHRA I (bei PM-Kontrolle detektiert), aktuell SR.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Th. Krüger

Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Das Schreiben enthält vertrauliche Informationen. Sollten Sie es irrtümlich erhalten haben, bitten wir Sie von einer Kenntnisnahme, Vervielfältigung oder Weitergabe des Inhaltes abzusehen. Bitte benachrichtigen Sie uns umgehend und vernichten Sie das Schreiben.