

ГУЗ « КРАСНОДАРСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 им. ПРОФ. С. В. ОЧАПОВСКОГО »  
КРАЕВАЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ( ККДП )  
КАБИНЕТ ПО ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАПИРАМИДНЫМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ ( КЛЭР )

ул. 1 Мая 167; 350086 Краснодар. Тел. регистратуры : (-861) 274 58 52



**НЕВРОЛОГ**  
**СИЧИНАВА Д. К.**

## МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**ПРОКУДА Татьяна Михайловна 1956 г. р.**  
( Ф. И. О., ГОД РОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО )

НАХОДИЛАСЬ НА ОБСЛЕДОВАНИИ В КРАЕВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ 15.11.2010 г.

**ДИАГНОЗ :** Болезнь Паркинсона. Дрожательно форма. Стадия 2 по Хен и Яру с преимущественным вовлечением правых конечностей. Умеренный темп прогрессирования с выраженными функциональными наслоениями. Тревожно-депрессивное расстройство.

Шейный остеохондроз. Грыжи дисков С5-С6, С6-С7. Хроническая дорсалгия.

**РЕКОМЕНДАЦИИ** 1. Наблюдение невролога по м/ж

2. Принимать постоянно ЛЕВОДОПА+КАРБИДОПА ( НАКОМ или ТРЕМОНОРМ ) ПО 250 мг 3 РАЗА В ДЕНЬ.  
Не проводить лекарственных каникулов.

Другие противопаркинсонические препараты пациент не переносит.

3. Клоназепам по 0.5 мг 2 раза в день. Начинать с 0.25 мг 1 раз в день. Каждые 7 дней увеличивать на 0.25 мг до 0.5 -1 мг 2-3 раза в день. При эффективности принимать постоянно.

4. ПРАМИПЕКСОЛ ( МИРАПЕКС ) ПО 0,25 МГ 3 РАЗА В ДЕНЬ.  
( постоянно! )

Схема подбора препарата : 1-я неделя по 0.125 мг 3 раза в день

Со 2-й неделя по 0.25 мг 3 раза в день - постоянно

5. Пиразидол по 25-50 мг 2 раза в день 6 мес. начинать с 25 мг 1 раз в день, каждые 5 дней увеличивать на 25 мг до вышеуказанной дозы.

6. Мидокалм по 150 мг 3 раза в день 1 мес.

7. Растирки-Фастум -гель

8. ЛФК, массаж

Осмотр через 6-8 месяцев, иметь направление

Заключение выдано для представления леч. врачу

26. 11.2010 г.

ВРАЧ - КОНСУЛЬТАНТ-



Министерство здравоохранения и социального развития РФ

Управление здравоохранения администрации муниципального образования г.Краснодар  
Муниципальное учреждение здравоохранения  
Городская клиническая больница №1  
350000 г.Краснодар, ул.Красная, 103/ Длинная, 122 тел. (861) 2597279 Email : gkbl @ kmivc.ru  
ИНН 308026936

ВЫПИСКА

из медицинской карты стационарного больного №35168

Прокуда Татьяна Михайловна 54 лет, находилась в неврологическом отделении МУЗ ГБ №1 с 10 12 2010 г. по 20 12 2010 г

Диагноз: **Болезнь Паркинсона** дрожательная форма 2.5 степень тяжести по ХЕН ЯРУ с преимущественным вовлечением правых конечностей Выраженные поструральные нарушения Хронически умеренный темп прогрессирования ДЭП2-3( атеросклеротическая и гипертоническая ) преимущественно в ВББ. Выраженный вестибуло атактический синдром. Хроническая стойко выраженная цефалгия Выраженное снижение когнитивных и эмоционально волевых функций. Органическое эмоционально лабильное расстройство.

Остеохондроз спондилоартроз шейного отдела отдела позвоночника. Грыжи дисков С5 С6 С6 С7 Хроническая цервикобрахиоалгия слева. Часто рецидивирующее течение. Хронический стойко выраженный блевоый синдром. Гипертоническая болезнь 2 риск4 . ИБС Стенокардия напряжения 2 ф кл ХСН 2 ст

Общемозговая симптоматика: головная боль, головокружение. Сознание ясное. Психический статус: Выраженная эмоциональная лабильность, память снижена. Внимание рассеивается Запахи (пара): Дифференцирует. Зрение (2 пара): острота зрения снижена. Зрачки D=S. Зрачковые реакции: живые. Глазодвигатели (3,4,6 пара): слабость конвергенции с обеих сторон. Корнеальные рефлексы снижены Гипомимия. Чувствительность на лице: не изменена. Глазные щели: D=S. Носогубные складки: (7 пара): ассиметричны. Вкус не изменен. Язык: по средней линии. Слух, вестибулярные функции (8 пара): снижение слуха. Глотание (9,10 пара): сохранена. Глоточный рефлекс (9,10 пара): D=S. Небная занавеска по средней линии Речь, фонация (9,10 пара) ринолалия. Мышечный тонус: повышен по экстрапирамидному типу Гипотония в конечностях. Сила мышц в баллах слева - 5 баллов, в правых конечностях 4 балла. Пассивные движения: без ограничений. Активные движения: в полном объеме. Рефлекс с двуглавых мышц: D>S, средней живости. Рефлекс с трехглавых мышц: D>S, средней живостью Карпорадиальные рефлексы: D>S, средней живости. Коленные рефлексы: D>S, средней живости. Ахилловы рефлексы: D>S, средней живости. Подошвенные рефлексы: D>S, средней живости. Брюшные рефлексы: D=S. Патологические рефлексы: Тремнера + справа, Якобсона - Ласка, Положительные симптомы орального автоматизма. Поза ФЛЕКСОРОВ. Постоянный гиперкинез среднеразмашистый головы и рук Чувствительная сфера без выпадений. Координация: нарушена, тандемная походка затруднена В усложненной позе Ромберга значительная неустойчивость. ПНП с интенцией и промахиванием с обеих сторон. Нистагм: нет. КПП: с промахиванием с обеих сторон. Менингеальные симптомы: нет. Болевые точки: ПВТ и остистые отростки вдоль всего позвоночника. Симптомы натяжения: нет. Вегетативная нервная система: выраженные вегетативные реакции. Речь Письмо: норма.

Результаты дополнительных методов исследования:

ОАК: эр.  $-4.84 \cdot 10^{12}/л$  лейк  $6.8 \cdot 10$  -, Hb -116 г/л, СОЭ- 5 мм/час

ОАМ: цвет - св. желт., прозрачность - неполн., удельный вес - 1.015, белок - отриц., сахар - отриц.

RW от 11.12.2010 г.: МР и РСК - отриц.

Биохимия крови: Глюкоза (венозная) - 3.5 мм/л, холестерин 4.3 .

Консультация окулиста: Ангиопатия сетчатки OU.

ЭКГ: Синусовый ритм, 69 1 м.. нормальное положение эл осчи. Неполная блокада правой ножки п гиса. Гипертрофия левого желудочка. .

Терапевт: Гипертоническая болезнь 2 ст3 риск 4 ИБС стенокардия напряжения 2 ф кл ХСН 2 ст  
УЗДГ + ТКДГ Атеросклеротический доплеровский патерн по сонным артериям  
МРТ головного мозга Признаки Сосудистой энцефалопатии . Дегенеративно- дистрофические изменения шейного отдела позвоночника. Протрузия С3 С4 . Парамедианные грыжи С5 С6 С6 С7с  
передним сдавлением дурального мешка на этом уровне

Проведено лечение: Цитофлавин Акиовергие Меропекс Амитриптилин индопамид Конкор

В результате лечения незначительное уменьшение выраженности акинетико ригидного синдрома и головных болей

Сохраняются выраженные вестибуло-атактические нарушения и затруднение передвижений

Рекомендовано: 1. Меропекс по 1 мг х 3 р

2 Конкор по 5 мг х 1 р ..

3 Индопамид по 2.5 мг х 1 р

4 5 Проноран по 50 мг х 2 р

5 Амитриптилин по 10 мг х 2 р

6 Наблюдение невролога терапевта

Зав. отделением

Ольховой И.Н.

Леч. врач



Гладкий В.П.

ГУЗ « КРАСНОДАРСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 им. ПРОФ. С. В. ОЧАПОВСКОГО »  
КРАЕВАЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ( ККДП )  
КАБИНЕТ ПО ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАПИРАМИДНЫМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ ( КЛЭР )  
ул. 1 Мая 167; 350086 Краснодар. Тел. регистратуры : (-861) 274 58 52



**НЕВРОЛОГ**  
**СИЧИНАВА Д. К.**

## МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**ПРОКУДА Татьяна Михайловна** 1956 г. р.  
( Ф. И. О., ГОД РОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО )

НАХОДИЛАСЬ НА ОБСЛЕДОВАНИИ В КРАЕВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ 22.06.2011 г.

**ДИАГНОЗ :** Болезнь Паркинсона. Дрожательно форма . Стадия 2 по Хен и Яру с преимущественным вовлечением правых конечностей. Умеренный темп прогрессирования с выраженными функциональными наслоениями. Тревожно-депрессивное расстройство.  
Шейный остеохондроз. Грыжи дисков С5-С6, С6-С7. Хроническая дорсалгия.

- РЕКОМЕНДАЦИИ**
1. Наблюдение невролога по м/ж
  2. Реквип -Модутаб по 8 мг 1 раз утром — постоянно  
Схема подбора: 1-я неделю по 2 мг 1 раз утром  
2-я неделя по 4 мг утром  
3-я неделя по 6 мг утром  
с 4-й недели по 8 мг 1 раз утром
  3. Адаптол по 1т 3 раза в день 2-3 мес.
  4. ЛФК, массаж
  5. ПК. черз 2-3 месяца, иметь направление

Осмотр через 2-3 месяца, иметь направление

Заключение выдано для предоставления врачу

22. 06.2011 г.



**ВРАЧЬ-КОНСУЛЬТАНТ.**  
*[Handwritten signature]*

**ГУЗ « КРАСНОДАРСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 им. ПРОФ. С. В. ОЧАПОВСКОГО »  
КРАЕВАЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ( ККДП )  
КАБИНЕТ ПО ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАПИРАМИДНЫМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ ( КЛЭР )**

**ул. 1 Мая 167; 350086 Краснодар. Тел. регистратуры : (-861) 274 58 52**



**НЕВРОЛОГ  
СИЧИНАВА Д. К.**

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**ПРОКУДА Татьяна Михайловна 1956 г.р.**

( Ф. И. О., ГОД РОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО )

НАХОДИЛАСЬ НА ОБСЛЕДОВАНИИ В КРАЕВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ 15.11.2010 г.

**ДИАГНОЗ :Болезнь Паркинсона. Дрожательно форма . Стадия 2 по Хен и Яру с преимущественным вовлечением правых конечностей. Умеренный темп прогрессирования с выраженными функциональными наслоениями. Тревожно-депрессивное расстройство.**

**Шейный остеохондроз. Грыжи дисков С5-С6, С6-С7. Хроническая дорсалгия.**

**РЕКОМЕНДАЦИИ 1. Наблюдение невролога по м/ж**

2. Принимать постоянно **ЛЕВОДОПА+КАРБИДОПА**  
( **НАКОМ** или **ТРЕМОНОРМ** ) **ПО , 250 мг 3 РАЗА В ДЕНЬ.**

Не проводить лекарственных каникулов.

Другие противопаркинсонические препараты пациент не переносит.

3. **Клоназепам** по **0.5 мг 2 раза в день.** Начинать с **0.25 мг 1 раз в день.** Каждые 7 дней увеличивать на **0.25 мг** до **0.5 -1 мг 2-3 раза в день.** При эффективности принимать постоянно.

4. **ПРАМИПЕКСОЛ ( МИРАПЕКС ) ПО 0,25 МГ 3 РАЗА В ДЕНЬ.**  
( постоянно! )

Схема подбора препарата : 1-я неделя по **0.125 мг 3 раза в день**

Со 2-й неделя по **0.25 мг 3 раза в день - постоянно**

5. **Пиразидол** по **25-50 мг 2 раза в день 6 мес.** начинать с **25 мг 1 раз в день,** каждые 5 дней увеличивать на **25 мг** до вышеуказанной дозы.

6. **Мидокалм** по **150 мг 3 раза в день 1 мес.**

7. **Растирки-Фастум –гель**

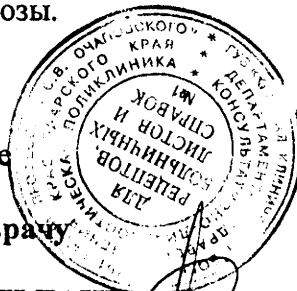
8. **ЛФК, массаж**

Осмотр через **6 -8 месяцев,** иметь направление

**Заключение выдано для представления леч. врачу**

**26. 11.2010 г.**

**ВРАЧ - КОНСУЛЬТАНТ-**



**Краснодарская краевая клиническая больница  
им. профессора С.В. Очаповского**

**Отдел лучевой диагностики**

Исследование №: 35967

Код: „

Ф.И.О.: Прокуда Т.М. Дата рождения: 08.09.56 Дата иссл.: 25.11.10

Кем направлен: Поликлиника ККБ№1

Диагноз при направлении: Исключить объемный процесс.

Область исследования: Головной мозг:ШОП.

Цель исследования: Уточнение д-за

Контрастное усиление: нет

Исследование выполнено на томографе: MR Signa Excite 1.5 Tc (GE)

На серии сагиттальных, фронтальных и аксиальных МРТ - срезов в режимах T1, T2 и МРА ( 3 D- TOF ) в косой аксиальной проекции получены изображения краниовертебрального перехода, суб- и супратенториальных структур головного мозга в нативном виде. Признаков остеолитического, - пластического процессов не выявлено. Краниовертебральный переход, структуры задней черепной ямки визуализируются обычными.

Срединные структуры головного мозга не смещены. Желудочковая система умеренногидроцефальна, боковые желудочки симметричны.

Турецкое седло овальное, сагиттальный размер его равен 9,0 мм. Гипофиз не увеличен, контуры его ровные, четкие, структура не изменена. Воронка гипофиза, зрительный переход и супраселлярная цистерна не деформированы. Зон патологически измененного МР сигнала во всех импульсных последовательностях не выявлено.

Субарахноидальное пространство неравномерно кистозно расширено, очагово в левой височной области 18,0 \*15,0 мм.

При МР - ангиографии артериальная система в пределах виллизиева круга. Со стороны горизонтальных отделов и сифонов внутренних сонных артерий, среднемозговых артерий, основной и задних мозговых артерий патологических изменений не выявлено. Воздухоносные пазухи носа пневматизированы, признаков наличия в них свободной жидкости не выявлено.

Миндалины мозжечка располагаются по линии большого затылочного отверстия.

Получены T1 и T2-взвешенные изображения шейного отдела позвоночника в сагиттальной и аксиальной проекциях. В паравертебральных мягких тканях в пределах зоны сканирования патологических изменений не выявлено. Шейный лордоз сглажен. Структура тел позвонков не изменена, имеется снижение сигнала от C4-C5, C5-C6, C6-C7 м/п дисков на T2-ВИ без существенного уменьшения их высоты. Имеется задняя протрузия диска: C3-C4 до 3 мм без существенной деформации дурального мешка. Диски C5-C6 и C6-C7 смещены в полость с/мозгового канала до 3,8 и 4,0 мм. соответственно, больше слева, сдавливая переднее арахноидальное пространство, признаков компрессии спинного мозга не выявлены. Спинной мозг обычной ширины, контуры его ровные, патологических изменений сигнала от его паренхимы нет.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Объемного, очагового поражения, сосудистой мальформации головного мозга не выявлено. МРТ - признаки сосудистой энцефалопатии, атеросклероза сосудов головного мозга. Дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника. Задняя протрузия м/п диска C3-C4. Парамедианные левосторонние грыжи C5-C6, C6-C7 межпозвонковых дисков с передним



Клиника

ООО "ВИП КлиникГрупп"

г. Краснодар, ул. Красина 15, тел/факс: (861) 279-20-50.

Дата исследования: 23 августа 2008

Ф.И.О., возраст пациента: Прокуда Т.М., 08.09.1956 г.р.

Исследование проведено на спиральном томографе General Electric CT/e в последовательном режиме с толщиной и шагом томографирования 3 и 7 мм.

На боковой топограмме, серии аксиальных срезов получены изображения суб- и супратенториальных структур головного мозга в нативном виде.

Признаков остеолитического, -пластического процессов не выявлено.

Структуры задней черепной ямки визуализируются обычными.

4-й желудочек обычной формы и размеров, расположен по срединной линии. Каналы внутренних слуховых проходов симметричны, не расширены.

Срединные структуры головного мозга не смещены.

Боковые желудочки обычной формы и размеров, симметричны.

Участков патологически измененной плотности, подозрительных на новообразование и отек в паренхиме мозга не выявлено.

Отмечается небольшое расширение борозд мозжечка, субарахноидальных конвексимальных щелей, что может быть косвенным признаком сосудистой энцефалдопатии, проявлением дегенеративных изменений.

Заключение: кт- признаков очаговых изменений головного мозга не выявлено.

Врач



Шрамко М.В.

Эффективная доза 1,7

мЗв





Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского  
Департамент здравоохранения Краснодарского края

КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА  
Г. Краснодар, ул 1 Мая, 167, тел: 274-86-32

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ  
ОСМОТР НЕВРОЛОГА



Прокуда Татьяна Михайловна, 1956 г.р., находился (лась) на обследовании в Краевой консультативно-диагностической поликлинике 17 ноября 2011г

С данными осмотра в кабинете экстрапирамидной патологии в июне 2011 г. ознакомлен.

**Диагноз:** Болезнь Паркинсона. Дрожательная форма, 2 ст. (два) тяжести по Хен-Яру с преимущественным вовлечением правых конечностей. Умеренный темп прогрессирования с выраженными функциональными наслоениями. Выраженное невротическое расстройство.

**Рекомендовано:**

1. Наблюдение невролога по м/ж.
2. Постоянный прием — Реквип-Модутаб по ранее рекомендованной схеме.
3. Для коррекции терапии — осмотр в кабинете экстрапирамидной патологии КПП (иметь направление — невролог Сичинава Д.К.).
4. Консультация и лечение у психиатра по м/ж по поводу невротического расстройства.



17.11.2011  
[Signature]

Неврологическое отделение

ВЫЯВЛЕНА НА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ X 072

ПРОКУДА ТАТЬЯНА МИХАЙЛОВНА 52...

находится на лечении с 12.03.2009г. по 31.03.2009г.

Основной диагноз: Болезнь Паркинсона, дрожательная форма, 2-я степень тяжести по Хен-Яру, быстро прогрессирующее течение. Эмоционально-волевые нарушения в неврологическом статусе: астенизирована, выражена эмоциональная лабильность, тремор d=s, слабость конвергенции. Крупноразмашистый тремор, больше в правых конечностях, усиливающийся при волнении. Глубокие рефлексы D=S, живые, с ног несколько оживлены. Патологических нет. Координационных нарушений нет.

ГЕМОГРАММА

сахар крови, ммоль/л	эритроц. 10 <sup>12</sup> /литр	Hb	г/л	HTC %	лейкоциты	Э	Л	С	Д	М	СОЭ	КСР
4.11	5.46	153	40.4	5.9	2	2	54	36	6	1	1	стр

ОБЩИЕ АНАЛИЗЫ

ГВ	НП	КФ	ВЛД	PRO	МН	ГН	ГЛУ	С	УД	Р
гемоглобин	базофилов	кетона	креат	белок	палочки	лейкоциты	глюкоза	С	УД	Р
3.4	neg	neg	neg	следы	neg	neg	neg	1.010		6.5

Физикальные данные

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 68 уд. в 1 мин. Нормальное положение эл. осей сердца. Неполная блокада правой ножки п. Гисса.

РЭГ: снижение кровенаполнения церебральных сосудов преобладает в ВВБ на фоне неустойчивого тонуса. Затруднение венозного оттока в ВВБ.

Сонно-бодрение

Окулист: ангиопатия сетчатки ОУ, гипертоническая.

Диета

В/в канд. кавинтон, в/в стр. пираретам.  
 в/м элодон, эмоксипин, галидор, фелазепам.  
 Внутрь: ямаритилин, мадопар, элек, гранлаксин, никлофол, ПНС-мерц, эгилек, Ф11.  
 Выписывается с улучшением: уменьшился тремор

Рекомендации

1. наблюдение невропатологом по м.х.
2. продолжить прием: элек 200мг х 2р д - 3 месяца  
 - амаритилин 10мг х 3р д - длительно  
 - триметилгидразиния пропионат (мидронат) 250мг х 3 раза в день 3 нед.
3. противопоказаны физические и психоэмоциональные нагрузки
4. направить на МСЭ.

Лечащий врач

Зав. отд.



И.А. Демченас

В.И. Свистунов

МУНИЦИПАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКАЯ ГОРОДСКАЯ  
БОЛЬНИЦА №4  
КРАСНОДАР УЛ. БЕРШАНСКОЙ, 170 Т. 266-33-75  
**отделение сестринского ухода**  
ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №1328

Прокуда Татьяна Михайловна 54г

( фамилия, имя, отчество, возраст больного)

находился (ась) на лечении с 28 апреля 2011 г по 24 мая 2011 г

**ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ:** Болезнь Паркинсона, дрожательная ригидная форма. Стадия 2 по Хен-Яру с преимущественным вовлечением правых конечностей. Умеренный темп прогрессирования с выраженными функциональными наслоениями. Тревожно депрессивное расстройство.

**СОПУТСТВУЮЩИЙ ДИАГНОЗ:** Шейный остеохондроз. Грыжи дисков С5-С6, С6-С7. Хроническая дорсалгия

**ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ**

сахар крови	WBC	Hb г/л	LYM#	MON#	GRA#	LYM%	MON%	GRA%	RBC
4.10 ммоль/л	$4.8 \times 10^3$	12.8 г/л	$1.6 \times 10^3$	$1.4 \times 10^3$	$1.8 \times 10^3$	43.8%	30.3%	34.9%	$5.29 \times 10^6$
HCT	MCV	MCH	MCHC	RDW	PLT	ПТИ	МОР	СОЭ	
31.1%	58.8 fl	24.1 pg	41.1 г/л	10.1%	$312 \times 10^3$	81.4%	отр	11 мм/ч	

**КРОВЬ НА БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Мочевина	АСТ	АЛТ	Билирубин	Холестерин	Креатинин	Общий белок
7.5 ммоль/л	21.1 ед/л	7.4 ед/л	18.81 мкмоль/л	5.3 ммоль/л	70.1 мкмоль/л	78.0 г/л

**ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ**

UBG	BIL	KET	BLD	PRO	NIT	LEU	GLU	SG	pH
Normal	Neg	Neg	Neg	1+	Neg	2+	Neg	1.030	5.5

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

ЭКГ: 29.04.11 Паркинсонизм ЧСС 92 в мин. Эл. ось-норм. Из-за множественных артефактов возможным определить ритм ST-T

Консультации: 11.05.11 г. Невролог Д-з: Болезнь Паркинсона. Дрожательная ригидная форма ст. 1 по Хен Яру с преимущественным вовлечением правых конечностей умеренный темп прогрессирования. Выраженный астено-депрессивный с-м

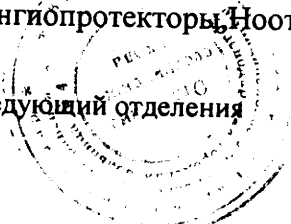
**Лечение:** Эмоксипин (28.04-7.05) Фенозепам (28.04-7.05) Актовегин (12.05-24.05) ПК Мерц (29.04-24.05) Веннастр (12.05-24.05)

**Результат лечения:** без перемен

**РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. Находиться под наблюдением уч. терапевта, невролога, прохождения МСЭ по м/ж
2. Продолжить прием: Мидантан 100 мг 1 тх 3 раза
3. Венлаксор 75 мг 1 т утром 1 т вечером - 4 месяца.
4. Клоназепам с титрованием дозы 1/4 - 1/2 т н/ночь
5. Глицин 0.12 г т/ночь - длительно
6. Ангиопротекторы, Ноотропы - курсами

Заведующий отделения



*Д. Г. Толстых*  
(подпись)



Д. Г. Толстых  
(расшифровка подписи)

## Выписной эпикриз

**ПРОКУДА ТАТЬЯНА МИХАЙЛОВНА**

находилась на лечении в неврологическом центре СКАЛ

Амбулаторно: с 11.06.2009 г. по 11.06.2009 г.

История болезни № : 15156

Возраст: 52 года

### Заключительный диагноз:

Болезнь Паркинсона, дрожательная форма, 2,5 ст. по Хен и Яру с преимущественным вовлечением правых конечностей. Легкие постуральные нарушения. Тревожно-депрессивное расстройство с инсомнией.

### Проведено лечение:

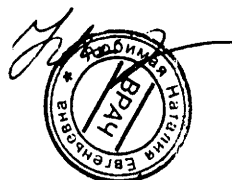
### Неврологический статус при поступлении:

Общемозговая симптоматика: отсутствует. Сознание: ясное. Психический статус: эмоциональная лабильность, фон настроения снижен. Запахи (1 пара): снижение обоняния. Зрение (2 пара): острота зрения снижена. Зрачки: D=S. Зрачковые реакции: живые. Глазодвигатели (3,4,6 пара): без ограничений. Корнеальные рефлексы: D=S. Конъюнктивальные рефлексы: норма. Чувствительность на лице (5 пара): не изменена. Глазные щели: D=S. Носогубные складки (7 пара): асимметричны. Язык: на средней линии. Слух, вестибулярные функции (8 пара): D=S. Глотание (9,10 пара): норма. Мышечный тонус: феномен "зубчатого колеса". Сила мышц в баллах: D=S=5 баллов. Пассивные движения: без ограничений. Активные движения: без ограничений. Рефлекс с двуглавых мышц: D=S живые. Рефлекс с трехглавых мышц: D=S живые. Карпорадиальные рефлексы: D=S живые. Коленные рефлексы: D=S живые. Ахилловы рефлексы: D=S живые. Подошвенные рефлексы: D=S. Брюшные рефлексы: D=S. Патологические рефлексы: не вызываются. Чувствительная сфера: нарушений не предъявляет. Координация: адиахокинез справа. Нистагм: нет. ПНП: выполняет правильно. КПП: выполняет правильно. Поза Ромберга: пошатывается. Менингеальные симптомы: нет. Симптомы натяжения: нет. Гиперкинезы: статический тремор рук, преимущественно справа. Статика: легкие постуральные нарушения. Вегетативная нервная система: выражены вегетативные реакции. Речь: брадилалия. Письмо: почерк изменен из-за тремора. Другие симптомы: гипокинезия, ахейрокинез, симптом Нойка-Ганева с 2 сторон, гипомимия.

### Рекомендации:

- 1). Наблюдение невролога по месту жительства.
- 2). Консультация в ГПД.
- 3). Леводопа+ карбидопа 250 по 1/4 т. 1 р/д с постепенным увеличением дозу (на 1/4 т. каждые 7-10 дней) до 1 т. 3 р/д - постоянно.
- 4). Фенибут 250 по 1/2 т. 3 р/д (с возможным увеличением дозы до 3 т/сутки).

Лечащий врач: Любимая Н. Е.  
Зав. отделением: Чирва Н. Н.



# Клиника Екатерининская

ООО "ВИП КлиникГрупп"

г. Краснодар, ул. Красина 15, тел/факс: (861) 279-20-50.

Дата исследования: 23 августа 2008 года  
Ф.И.О., возраст пациента: Прокуда Т.М., 08.09.1956 г.р.  
Исследование проведено на спиральном томографе General Electric  
СТ\е в спиральном режиме 7 мм с толщиной реконструктивного  
изображения 7 мм.

На прямой томограмме, серии аксиальных срезов и реконструкций  
получены изображения органов брюшной полости и забрюшинного  
пространства от уровня задних синусов до уровня лонного  
сочленения в нативном виде.

Печень обычной формы и размеров. Плотностные характеристики  
паренхимы печени в пределах нормы и составляют 55 ед.

Признаков билиарной, портальной гипертензии не выявлено.  
Желчный пузырь овальной формы, дополнительных образований не  
содержит.

Селезенка не увеличена, ворота структурные, паренхима  
однородная.

Поджелудочная железа визуализируется отчетливо, размеры ее в  
пределах нормы, очаговых изменений нет, структура зернистая.  
Ретропанкреатическая клетчатка не изменена.

Почки обычно расположены, форма и размеры почек не изменены.  
ЧЛС не расширена. Почечные ножки структурны. Паранефральная  
клетчатка однородная. Образований подозрительных на конкременты не  
выявлено.

Надпочечники обычной формы, размеров и структуры.

Увеличенных лимфоузлов в брюшной полости и забрюшинном  
пространстве на исследованном уровне не выявлено.

Свободной жидкости в брюшной полости и забрюшинном  
пространстве не определяется.

**Заключение:** кт-признаков объемного процесса исследованных органов  
не выявлено

Врач: Шрамко М.В.

Эффективная доза 1.5 мЗв



ГУЗ «Клинический онкологический диспансер»  
департамента здравоохранения Краснодарского края

**КАБИНЕТ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ №1**

Рентгеновский компьютерный томограф Toshiba Aquilion 16

Дата исследования: 17 марта 2009 г.

Номер исследования: 481

Фамилия, имя, отчество пациента: Прокуда Т. М.

Возраст: 1956 г.р.

**Спиральное сканирование, толщина реконструированного среза 5 мм**

На серии аксиальных КТ – срезов получено изображение абдоминальной области от диафрагмы до бифуркации аорты в условиях перорального контрастирования 800 мл раствором «Омнипак» и в условиях внутривенного контрастирования 100 мл «Ультравист 370».

Селезенка без очаговых изменений. Признаков портальной, билиарной гипертензии не выявлено. Желчный пузырь 6 x 2 см рентгенопозитивных конкрементов не содержит. Ворота печени структурны. Плотность паренхимы печени 70 ед.Н. В паракавальной части правой доли печени между правой и средней печеночными венами определяется типичное для гемангиомы гиперваскулярное образование диаметром 2,1 см.

Поджелудочная железа дольчатой структуры, без узлового роста.

Почки визуализируются обычно- узлового роста, паренхиматозной атрофии и гидронефротической трансформации нет. Надпочечники без признаков объемного процесса.

Увеличенных лимфоузлов в абдоминальной области не отмечается.

**Заключение: гемангиома печени.**

Врач Андреев Д.В.

