

КРАСНОДАРСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
 терапевтическое отделение г. Краснодар, ул. 40 лет Победы 14. т. 2-321-631.

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 71763

Ф.И.О. Трушкова Татьяна Михайловна, 52

Поступил(а) " 22 " 04 2008 г. выписан(а) " 2 " 10 2008 год

Диагноз: Генерализованная эпилепсия  
 Паркинсона

Дисциркуляторная энцефалопатия.  
 Невротические реакции

Сосудистый паркинсонизм  
 ремитивно-прогредиентное  
 течение 7-2 ст по Бен-Луву

Получал(а) лечение: ПНС, Вит В6, Лазина, Сибазон,  
 Амиштриптин

МОР. ОУР. ВИЧ-инфекция — ОБСЛЕДОВАНИЯ:

24.11.08

К	ДАТА	Эритроц. г/л	Гемогл. г/л	Гематокрит г/л	Лейкоциты г/л	Баз. %	Эозиноф. %	НЕЙРОФИЛЫ %				Лимф. %	Моно. %	РОЭ мм/ч
								М	Ю	П	С			
	01.10.2008	459	123	209	6,8	—	—	66,8				26,8	64	7

Р Об. белок 80,9 альбумины 43,5 глобулины 37,4 гл. АГ коэф. 1,163 Об. билирубин 11,3

О прямой 1,7 непрямо 9,6 мкм/л щелочная фосфатаза 130,1 ед. л. КФК — ед. л.

В Кرياتинин 66 мкм/л Мочевина 3,4 мм/л Мб-фракция — мкАм/л Амилаза 26,6 ед. л.

Б Калий 4,82 Натрий 145,8 хлориды 85 мм/л сыв. Fe — мкм/л

ПТВ 12,2 АЧТВ 80,6 сек. фибриноген 2,7 г/л Холестерин — мм/л

Б-липопротеиды — ед. Глюкоза крови 6 ч 5,0 13 ч — 17 ч — 21 ч — мм/л

НВсостАс — НВсАс — НВС — АСТ 20 ALT 16 ед. л.

М	ДАТА	Цвет	Реакц. рН	Удел. вес	Белок г/л	Эпит. клет.	Лейк	Эрит	Цилиндры			Соли	Слизь	Бакт.
									Г	З	В			
	26.11.2008	орн.	нейтр.	102	abs	84	12	78	—	—	—	—	—	—

НЕЧИПОРЕНКО лейкоциты — эритроциты — цилиндры — в мм куб

Сахар — мм/л, ацетон — ГВК — АК — Посев рост (недал)

Яйца глистов в кале не обнаружены

12.11.08), нормальное состояние З.О.С. (Синдром ритма ЗОБ)

12.11.08): Дисфункции мозжечка энцефалоангио, неврологические реакции. Передумывания следствия?

2-го уровня отдела корвокортика (1.12.08): Осложнениями угрозы судного отдела корвокортика Тем.

12.11.08): Болезнь Паркинсона, амиотрофия мышечная группа.

24.11.08): Легкие и сердце в предельной норме.

Рекомендовано:

1. Намерение направления по линии неврологии;
2. Намерение невролога
3. Консультации в области экстремальных расстройств (п. ва ккб)
4. Прокраин 1мг утро
5. Магдопар 1мг (125 мг x 3р в дни)
6. Аммиригиллин 25 мг 4х ночь

Мед. в.р. Зав. отд.

М.В.



Подписано: [Signature] 2008

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 косо́й 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 умеренно гидроцефальна, 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 уменьшения их высоты. Имеется задняя протрузия диска: С3-С4 до 3 мм без существенной деформации дурального мешка. Диски С5-С6 и С6-С7 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 С3-С4. Парамедианные левосторонние грыжи С5-С6, С6-С7 межпозвонковых дисков с передним



МУЗ Городская больница № 2 'КМЛДО'

Хирургия № 3

350012, г. Краснодар, ул Красных Партизан, 6, корп. 2

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**  
**история болезни № 2897**  
**Прокуда Татьяна Михайловна**

**Дата рождения:** 08.09.1956

**Возраст:** 52 год

**Дата поступления:** 04.02.2009 г.

**Дата выписки:** 10.02.2009 г.

**Основной диагноз:** Хронический комбинированный геморрой 3ст, осложненный тромбозом геморроидального узла.

**Сопутствующий диагноз:** гипертоническая болезнь I ст, 2 ст. Риск 3. Эссенциальный тремор, спорадическая форма с умеренно-выраженным каудально-кинетическим дрожанием рук, ног II ст. Очаговое образование печени (гемангиома?)

**Жалобы при поступлении:**

На выраженные боли, уплотнения в области анального канала, общую слабость, выпадение узла, тремор усиливающийся при волнении.

**Анамнез:**

Страдает геморроем с 1988 года, когда впервые появились болезненные ощущения после дефекации и при физической нагрузке. В дальнейшем отмечает выделение крови при дефекации. Обратилась в БСМП 1995 год, где была выполнена геморроидэктомия. В 2006 году вновь появились болезненные ощущения после дефекации, уплотнение в области анального канала. лечилась самостоятельно (геморроидальные свечи, какие не помнит). 01.02.2009 года после стула появилось уплотнение, боли, общая слабость. Обратилась самостоятельно на приемное отделение МУЗ ГБ№2. Госпитализирована в хирургическое отделение для проведения лечения.

**Неврологический статус при поступлении:**

астенизирована, выраженная эмоциональная лабильность, зрачки д=с, слабость конвергенции. крупноразмашистый тремор, больше в правых конечностях, усиливающийся при волнении. Глубокие рефлексы д=с, живые, с ног несколько оживлены. Патологических нет. Координаторных нарушений нет.

**Выполненные исследования:**

**04.02.2009 Рентгенография органов грудной клетки в 1 проекции**

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции: легочные поля без очагово - инфильтративных теней. Легочной рисунок не изменен. Корни структурны. Куполы диафрагма обычно расположены, деформированы плевро-диафрагмальными спайками. Н Сердце и аорта без особенностей. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: патологии не выявлено. ЭЭД-0,15 МЗВ.

**07.02.2009 УЗИ органов брюшной полости (общее абдоминальное исследование)**

В брюшной полости на границе 5 и 8 сегмента печени, ближе к стенке НПВ, между правой и средней печеночными венами лоцируется аваскулярное образование с четкими контурами, умеренноповышенной эхогенности (гемангиома?, аденома?, нодулярная гиперплазия). В других отделах брюшной полости патологических очагов не обнаружено. Рекомендовано - КТ брюшной полости для подтверждения доброкачественности процесса.

**04.02.2009 20:05:13 Биохимия крови**

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсный интервал
Билирубин крови	11,3	мкмоль/л	1,7-20

общий белок	81,9	г/л	64-83
мочевина крови	4,86	ммоль/л	1,7-8,3
креатинин крови	83	мкмоль/л	53-127
Глюкоза венозная	6,02	ммоль/л	3,1-6,4

**04.02.2009 20:05:13 Гемостаз**

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсный интервал
АЧТВ	31	с	28-40
ПТВ	12,4	с	12-16

**04.02.2009 19:38:12 Общ.ан.мочи (авт.мет.)**

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсный интервал
Эпителий плоский	умеренно	в п/зр	-
Лейкоциты	5 - 10	в п/зр	0-5
Эритроциты	10 - 20	в п/зр	-
Оксалаты	++		-

**04.02.2009 19:38:12 Общий анализ мочи (ручной)**

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсный интервал
Удельный вес	МАЛО МОЧИ	◇	1.015-1.025
pH	5,0		5.0-7.0
Белок	0,3	г/л	-
Глюкоза	норма	ммоль/л	0-2.22

**04.02.2009 20:05:13 Общий анализ крови (в реж.венозной и капиллярной) (авт.метод)**

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсный интервал
Лейкоциты (WBC)	6.04	$10^3/\text{мм}^3$	4-11
Эритроциты (RBC)	4.8	$10^6/\text{мм}^3$	3.5-5.5
Гемоглобин (HGB)	11.5	г/дл	11-17
Гематокрит (HCT)	34.9	%	32.5-49.5
Сред. объем эритроцита (MCV)	74	фл	80-100
Сред. содер. гемоглобина в эри	24	пг	27-34
Ср. концент. гемоглобина в эри	33.0	г/дл	30-37
Ширина распредел. объема эрит. (R)	44	фл	37-54
Шир. распредел. эрит. по объему	16.6	%	11.5-14.5
Тромбоциты (PLT)	190	$10^3/\text{мм}^3$	150-400

**19:17:11 Определение группы крови и резус-фактора**

Группа крови  
Группа крови REZ- B(III)  
Rh REZ- (+)положительны

**06.02.2009 Консультация врача-невролога**

Эссенциальный тремор, спорадическая форма с умеренно выраженным каудально-кинетическим дрожанием рук, ног II ст. Рекомендовано: 1) Анаприлин 20 мг 2 раза в сутки (с постепенным увеличением дозы до 120 мг в сутки); 2) Афабазол 10 мг 3 раза в день 2 месяца; 3) Консультация невролога центра экстрапирамидных нарушений.

Больная проступила в экстренном порядке с диагнозом - хронический комбинированный геморрой 4 ст, осложненный тромбозом геморроидального узла. На фоне проводимой консервативной терапии отмечена положительная динамика, признаки тромбоза регрессировали. Больная в удовлетворительном состоянии с рекомендациями выписывается под наблюдение хирурга по месту жительства.

**Проведено лечение:**

Кетанов 30мг/мл; Лидокаин 2% 10мл; Троксевазин 300мг; Анузол 1шт;  
Стол № 3., Раствор магния сульфата 25 % по 30 мл 3 раза в сутки., Перевязки с мазью  
Левомеколь 4 раза в день - после ванночек., Сидячие марганцовые ванночки 4 раза в день...  
Контроль артериального давления 2 раза в день.

**РЕКОМЕНДАЦИИ:**

- 1). Явка к хирургу по месту жительства 11.02.2009 года
- 2). Ограничение физической нагрузки - 1 месяц
- 3). Щадящая диета с ограничением острой, соленой и раздражающей пищи -1 месяц
- 4). Сидячие марганцовые ванночки 4раза в день на 3-4 мин. - 14 дней
- 5). Свечи Гепатромбин Г по 1 x 2 раза в день -14 дней.
- 6). Обследование в Гастро-СКАЛе
- 7). Явка на контрольный осмотр к проктологу МУЗ ГБ№2 с направлением, паспортом, полисом через 1 месяц

Лечащий врач  Игнатенко В. В.  
Зав. отделением  Беденко В.Е.



Ультразвуковая доплерография

Фамилия И.О. Прокуда ТМ  
 Год рождения 1956 Пол \_\_\_\_\_ Признак \_\_\_\_\_  
 Обследование \_\_\_\_\_  
 Дата приема 11.09.2008 14:40 Диагноз \_\_\_\_\_

Результаты расчета

Сосуд	S	D	M	PI	IR	SB	SD	KAs
43 ПМА Л 2PW 63мм	79 <sub>см/с</sub>	43 <sub>см/с</sub>	58 <sub>см/с</sub>	0.63	0.46	90	1.85	14
43 ПМА П 2PW 68мм	92 <sub>см/с</sub>	46 <sub>см/с</sub>	66 <sub>см/с</sub>	0.69	0.50	90	2.00	14
44 СМА Л 2PW 63мм	93 <sub>см/с</sub>	45 <sub>см/с</sub>	64 <sub>см/с</sub>	0.75	0.52	53	2.07	11
44 СМА П 2PW 68мм	82 <sub>см/с</sub>	42 <sub>см/с</sub>	60 <sub>см/с</sub>	0.68	0.49	29	1.97	11
45 ЗМА Л 2PW 68мм	60 <sub>см/с</sub>	22 <sub>см/с</sub>	37 <sub>см/с</sub>	1.00	0.63	90	2.67	2
45 ЗМА П 2PW 68мм	59 <sub>см/с</sub>	29 <sub>см/с</sub>	41 <sub>см/с</sub>	0.74	0.51	13	2.04	2
47 ОА 2PW 76мм	81 <sub>см/с</sub>	36 <sub>см/с</sub>	62 <sub>см/с</sub>	0.72	0.55	36	2.24	
01 ОСА Л 4PW 23мм	68 <sub>см/с</sub>	28 <sub>см/с</sub>	46 <sub>см/с</sub>	0.86	0.59	23	2.42	15
01 ОСА П 4PW 23мм	80 <sub>см/с</sub>	34 <sub>см/с</sub>	53 <sub>см/с</sub>	0.86	0.57	11	2.31	15
02 НСА Л 4PW 23мм	75 <sub>см/с</sub>	19 <sub>см/с</sub>	39 <sub>см/с</sub>	1.44	0.74	62	3.89	15
02 НСА П 4PW 23мм	88 <sub>см/с</sub>	27 <sub>см/с</sub>	44 <sub>см/с</sub>	1.39	0.70	90	3.28	15
03 ВСА Л 4PW 23мм	116 <sub>см/с</sub>	60 <sub>см/с</sub>	86 <sub>см/с</sub>	0.65	0.48	21	1.93	31
03 ВСА П 4PW 23мм	81 <sub>см/с</sub>	38 <sub>см/с</sub>	56 <sub>см/с</sub>	0.77	0.53	16	2.14	31
04 ПА Л 4PW 23мм	45 <sub>см/с</sub>	19 <sub>см/с</sub>	30 <sub>см/с</sub>	0.86	0.57	49	2.33	14
04ПА П 4PW 23мм	53 <sub>см/с</sub>	26 <sub>см/с</sub>	39 <sub>см/с</sub>	0.69	0.51	90	2.04	14

Заключение \_\_\_\_\_

Полное заключение

Атеросклеротический доплеровский паттерн по сонным артериям, нельзя исключить патологические извитости правой и левой ВСА в субкраниальном отделе (в пределах чувствительности данного метода). В 3 сегменте позвоночных артерий кровотоки физиологически направлены, достаточных скоростей. В интракраниальном отделе сонных артерий и артерий ВББ без признаков гемодинамически значимых препятствий кровотоку. Признаки выраженной венозной дисгемии по яремным венам.

*М. Асеев*  


неврологическое отделение

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ N 1030

ПРОКУДА ТАТЬЯНА МИХАЙЛОВНА, 1956 г.р.

НАХОДИЛАСЬ НА ЛЕЧЕНИИ С 09.04.2007г. по 23.04.2007г.

**диагноз:** Болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидная форма, 2-я степень тяжести по Хен-Яру, быстро прогрессирующее течение. Астено-невротический синдром.

ГЕМОГРАММА

сахар крови (ммоль/л)	WBC - концентрация лейкоцитов (10 <sup>9</sup> /л)	LYM (%)	MON (%)	GRA (%)	RBC - концентрация эритроцитов (10 <sup>6</sup> /л)	HGB (g/dL)	HCT - гематокрит (%)	MCV объем эритроцита (п.)	MCH - содержание HGB в эритроцитах (pg)	PLT - концентрация тромбоцитов (10 <sup>9</sup> /л)	СОЭ	КФР
4,44	6,8	1,7	1,7	3,4	5,57	14,4	36,4	65,2	25,8	239	4	отр

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

УД ВЕС	белок	сахар	лейк	эритроц. неспзм.	эритроц. измен	эпит. плоск
М/м	следы	отр	2-4-2			Значит кол.

БИОХИМИЯ КРОВИ

В-липопротеиды г/л	4,9
креатинин мкмоль/л	68,3
холестерин ммоль/л	5,4
Мочевина ммоль/л	4,6
Триглицериды ммоль/л	0,9

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ЭКГ: Ритм синусовый с чсс 55 уд. в 1 мин. Нормальное положение эл. оси сердца влево. Не-полная блокада правой ножки п. Гиса.

ЭЭГ (10.04.07г): достоверно описать ЭЭГ не представляется возможным из-за большого на-слоения артефактов, связанных с основным заболеванием.

РЭГ: Артериально-гипертензивный тип РЭГ. Снижение эластичности сосудистой стенки.

Пульсовое кровенаполнение церебральных сосудов немного снижено в обоих бассейнах.

УЗИ почек: УЗ-признаки симптома выделяющихся пирамид в обеих почках.

КОНСУЛЬТАЦИИ

Окулист: ангиопатия сетчатки OU гипертензивная

ЛЕЧЕНИЕ

В/в кап. пентоксифиллин

в/в стр. парацетам

в/м церебролизат

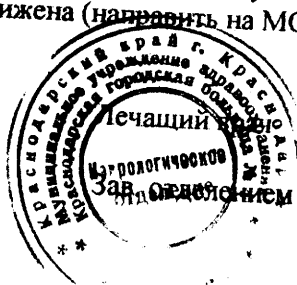
внутри амитриптилин, грандаксин, мадопар

ЛФК

Выписывается с улучшением по общему состоянию.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- наблюдение неврологом по м/ж
- продолжить прием - вазонит 600 1т. х 2 р/д 1 мес.  
 - луцетам 800 1т. х 3 р/д 1,5 мес.  
 - мадопар 125 1т. х 3 р/д постоянно  
 - проноран 1т. х 2 р/д постоянно
- противопоказаны физические и психоэмоциональные нагрузки
- консультация терапевта в амбулаторных условиях
- трудоспособность снижена (направить на МСЭ)



*(Handwritten signature)*

С.Г.Лебедева

А.О.Лищенковский





## Выписной эпикриз

**ПРОКУДА ТАТЬЯНА МИХАЙЛОВНА**

находилась на лечении в неврологическом центре СКАЛ

**Амбулаторно:** с 22.05.2008 г. по 22.05.2008 г.

**История болезни №:** 10915

**Возраст:** 51 год

### Заключительный диагноз:

Болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидная форма, 2,5 ст. по Хен и Яру с преимущественным вовлечением правых конечностей. Легкие постуральные нарушения. Астено-невротический синдром.

### Проведено лечение:

### Неврологический статус при поступлении:

Общемозговая симптоматика: отсутствует. Сознание: ясное. Психический статус: эмоциональная лабильность. Запахи (1 пара): снижение обоняния. Зрение (2 пара): сохранено. 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: повышен по экстрапирамидному типу, преимущественно справа. 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: адиадохокинез справа. Нистагм: нет. ПНП: выполняет правильно. КПП: выполняет правильно. Поза Ромберга: устойчив(а). Менингеальные симптомы: нет. Симптомы натяжения: нет. Гиперкинезы: статический тремор рук, преимущественно справа. Статика: легкие постуральные нарушения. Вегетативная нервная система: выражены вегетативные реакции. Речь: норма. Другие симптомы: гипокинезия, ахейрокинез, симптом Нойка-Ганева с 2 сторон.

### Рекомендации:

- 1). Наблюдение невролога по месту жительства.
- 2). Продолжить прием мадопара по 125 мг 3 р/д за 30 минут до еды или через 2 часа после еды.
- 3). Проноран 50 мг по 1 т. 1 р/д 7 дней, затем по 1 т. 2 р/д 7 дней, в последующем по 1 т. 3 р/д.
- 4). Лечебная гимнастика.
- 5). Повторный осмотр в КЛЭР НЦ СКАЛ через 6 месяцев.

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



Краевой Диагностический Центр.  
ОТДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ.  
НЕЙРОКАРТИРОВАНИЕ.

Ф. И. О.: Прокуда Т М

Пол: Ж Возраст: 49

Дата исследования: 05.04.2005

Описание исследования Прокуда Т.М.

Общая характеристика ЭЭГ в покое:

**ФОН:**

Доминирует умеренно дезорганизованная альфа-активность в виде ритма высокой амплитуды, среднего индекса, не регулярная, наиболее выраженная в затылочно-теменной области. Модуляции по амплитуде нечеткие, зональные различия сохранены.

Бета-активность в виде групп волн среднего индекса, высокой амплитуды, низкой частоты, не локализованная.

**ПОДДИАПАЗОНЫ:**

Альфа-активность с амплитудой до 63 мкВ, индексом до 64 % и разбросом частот 9-12.5 Гц.

Бета1-активность с амплитудой до 34 мкВ, индексом до 34 % и разбросом частот 13-15.5 Гц.

Бета2-активность с амплитудой до 15 мкВ, индексом до 20 %; имеется незначительная левосторонняя амплитудная (25 %) асимметрия.

Тета-активность с амплитудой до 39 мкВ, индексом до 7 %, не локализованная.

Регистрируются всплески бета волн А до 35-40 мкВ, острых потенциалов А до 50-60 мкВ в левой лобно-височной области

**Реакция активации:**

При ОГ - четкая депрессия альфа ритма. ЗГ - альфа ритм восстановился полностью.

**Изменение ЭЭГ при провоцирующих ФП:**

**ФТ-3-27:**

Значимых изменений не обнаружено.

**Гипервентиляция в течение 3 мин:**

Значимых изменений не обнаружено.

**ФТ-3-27:**

Значимых изменений не обнаружено.

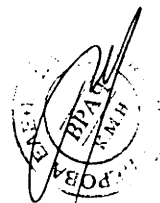
**После ГВ:**

Значимых изменений не обнаружено.

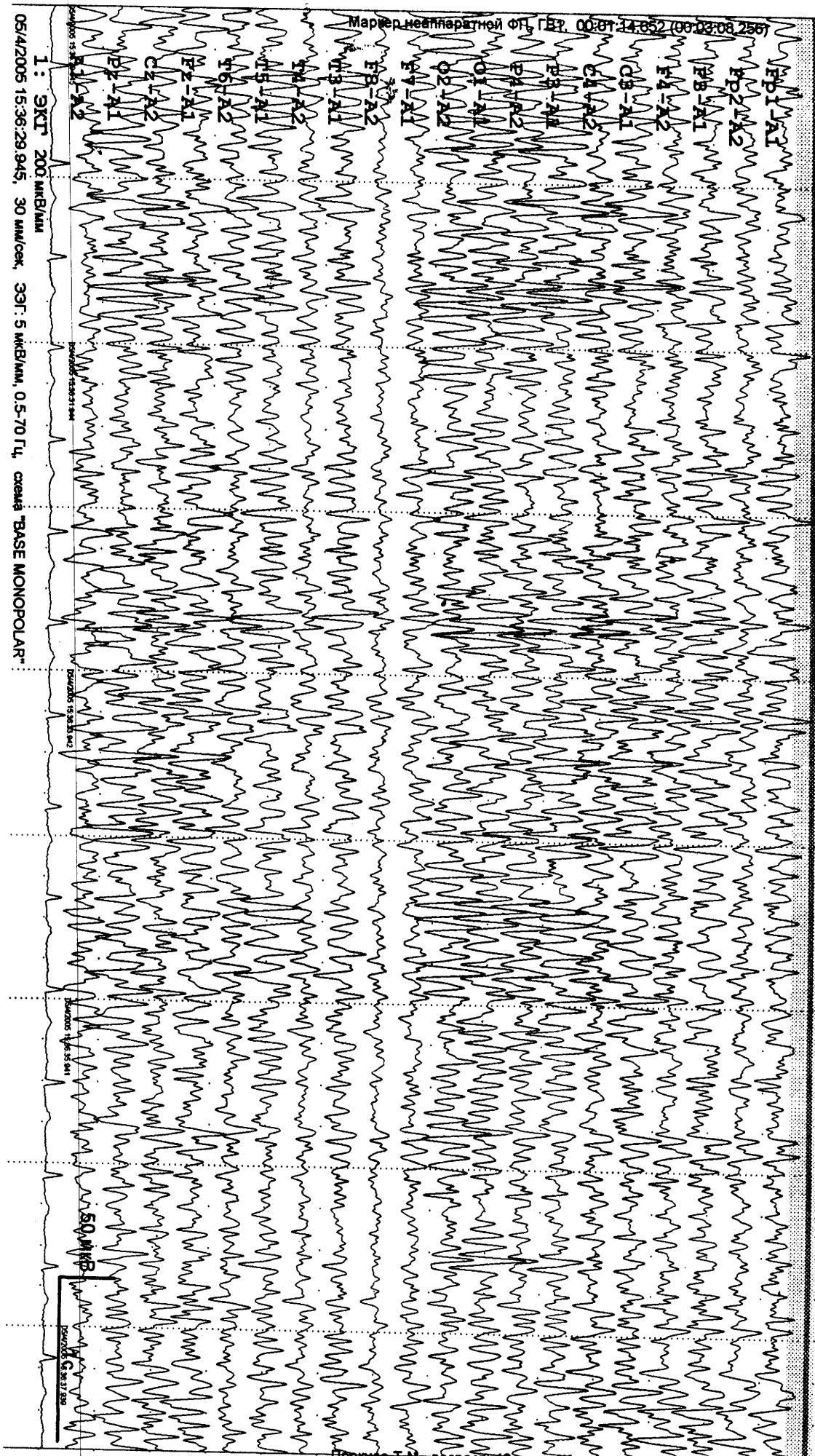
**Заключение:**

На фоне недостаточно организованной корковой ритмики, признаки раздражения в левой лобно-височной области. Снижение порога судорожной готовности мозга.

Рекомендовано МРТ гол мозга

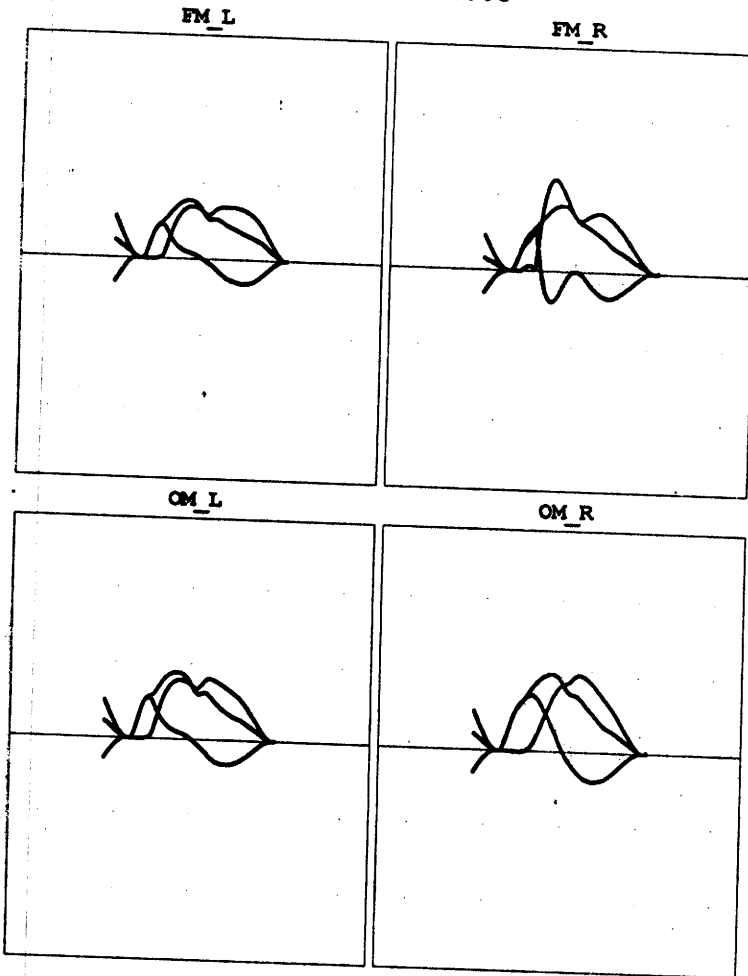


Ф. И. О.: Прокуда Т М  
Пол: Ж Возраст: 49  
Дата исследования: 05.04.2005



**Краевой Диагностический Центр.  
ОТДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ.  
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЕ КАРТИРОВАНИЕ**

Ф. И. О.: Прокуда Т М  
Пол: Ж Возраст: 49  
Дата исследования: 05.04.2005



**Фоновая функ. проба: Фоновая; Время анализа: 00:00:00 - 00:00:03.**

**Тип сигнала:РЭГ; Отведение: Фронтально-мастоидальное;**  
Полоса 0.5 Гц-10 Гц, Частота зондирования 112 кГц.

Пульсовое кровенаполнение слева: значительно снижено (PI=0.0530м), справа: умеренно снижено (PI=0.0600м)..

Эластические свойства магистральных артерий умеренно снижены (ВРПВ слева=110, справа=111 мс)..

Тонус артерий мелкого калибра и артериол значительно повышен (ДКИ слева=106, справа=104 %)..

Тонус постакапиллярно-венулярных сосудов умеренно повышен (ДСИ слева=107, справа=104 %)..

Периферическое сопротивление значительно повышено (ППСС слева=127, справа=130 %)..

Венозный отток значительно затруднен (ИВО слева=55, справа=39 %)..

**Тип сигнала:РЭГ; Отведение: Окципито-мастоидальное;**  
Полоса 0.5 Гц-10 Гц, Частота зондирования 112 кГц.

Пульсовое кровенаполнение в пределах нормы..

Эластические свойства магистральных артерий значительно снижены (ВРПВ слева=106, справа=105 мс)..

Тонус артерий мелкого калибра и артериол слева:

значительно повышен (ДКИ=102%), справа: умеренно повышен (ДКИ=94%)..

Тонус постакапиллярно-венулярных сосудов немного повышен (ДСИ слева=103, справа=94 %)..

Периферическое сопротивление значительно повышено (ППСС слева=129, справа=117 %)..

Венозный отток значительно затруднен (ИВО слева=44, справа=32 %)..

На ФП «Влево (поворот головы)» значимых изменений не выявлено.

На ФП «Вправо (поворот головы)» значимых изменений не выявлено.

На ФП «Вперед (наклон головы)» значимых изменений не выявлено.

На ФП «Запрокидывание головы» наблюдается:

- Уменьшение пульсового кровенаполнения в отведении OM\_R (на 23%).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

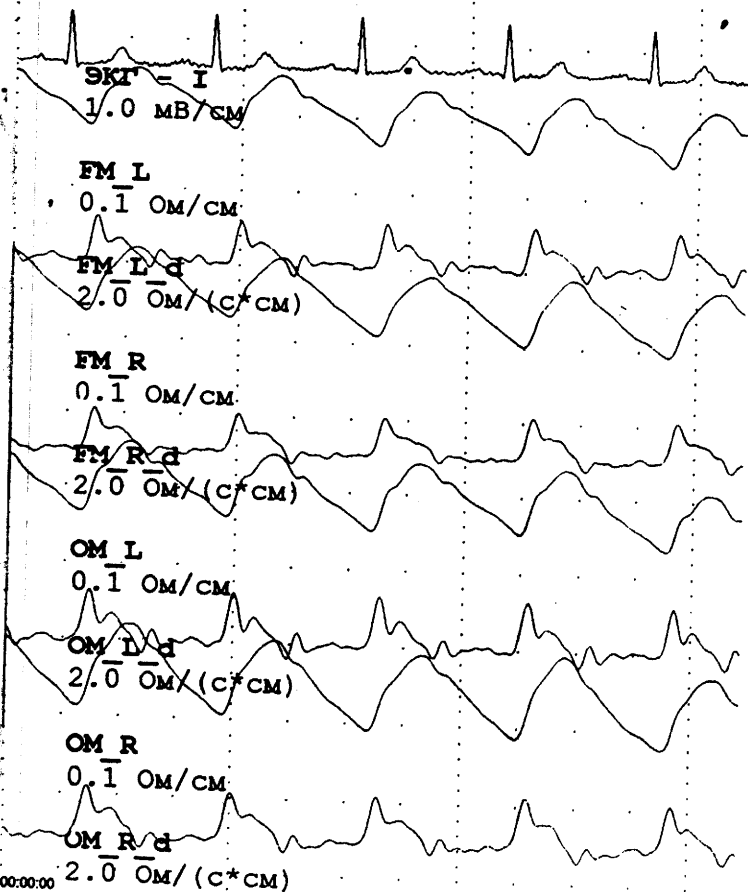
Снижение пульсового кровенаполнения сосудов каротидного бас.

Артериальный гипертонический тип РЭГ 3 ст.

Снижение эластичности сосудистой стенки.Венозная недостаточность 2 ст.

**ЭХО-ЭС**

Смещения М-эхо нет. Латеральные эхо-сигналы не изменены. Пульсация - в пределах физиологической нормы.



**КРАСНОДАРСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**  
**СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14

*Микрохирургия*

*25.10.68*

отделение

№ телефона

**ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № *2852***

Ф.И.О. *Бродура Наталья Михайловна 57 лет*

Поступил *18.11.68* г. Выписан *18.11.68* г.

Диагноз *Миома матки с кровоизлиянием*  
*интерстициальная миома и др.*

*Ист. менструальная регуляция: регулярная, цикл 28-30 дней, обильная, темная, с комочками, болезненная, с предменструальным синдромом. Менструации начались в 14 лет. В 1968 г. в связи с увеличением размеров матки и болями в области таза, а также с частыми кровотечениями из влагалища, поступила в клинику. При обследовании выявлено наличие интрамуральной миомы матки с кровоизлиянием.*

Послеоперационный период без осложнений (был осложнен):

*18.11.68 в 14.00 часов выполнена операция по поводу интрамуральной миомы матки с кровоизлиянием. Вскрыта брюшная полость, обнаружена миома матки с кровоизлиянием. Миома удалена, матка укреплена, брюшная полость промыта, раны ушиты.*

Выписан в состоянии под наблюдение

**ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

К	Дата	Эритро	Hb	ЦП	Лейкоц.	Баз.	Зоз.	НЕЙРОФИЛЫ				Лимф.	Мон.	СОЭ
								М	Ю	П	С			
	<i>18.11</i>	<i>11,40</i>	<i>95</i>	<i>0,3</i>	<i>3,4</i>									<i>160</i>

Креатинин *110* мк/л. Мочевина *10* мм/л. Об. Билирубин *1,10* мк/л не-прямой

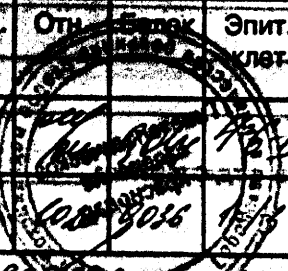
Кальций *10* Натрий *135* Кальций *10* Магний *10*

Общий белок *64,00* г/л. Альбумины *37,98* % Глобулины *26,02* %

Группа крови *B* Резус *+*

Глюкоза *5,0* мм/л. Амилаза *100* мм/л. АСТ *10* АЛТ *10*

M	Дата	Цвет	Реакц.	Отн.	Эпит. клет.	Лейкоц.	Цилиндры			Соли	Слизь	Бакт.
							Г	З	В			
<i>18.11</i>	<i>18.11</i>	<i>белый</i>	<i>норм</i>	<i>10-12</i>	<i>10-12</i>							
<i>18.11</i>	<i>18.11</i>	<i>белый</i>	<i>норм</i>	<i>1-2</i>	<i>1-2</i>							



*18.11.68 - операция по поводу интрамуральной миомы матки с кровоизлиянием. Вскрыта брюшная полость, обнаружена миома матки с кровоизлиянием. Миома удалена, матка укреплена, брюшная полость промыта, раны ушиты.*

УЗИ желчных путей и почек <sup>печень</sup> от 16.11.2019

ЖКТ от 11/1-04 - по показаниям, синдром  
Мейера-Росса. Интерстициальное воспаление  
Рассеянные камни желчных путей  
16.11-04 - Терапевт: интерстициальное воспаление Ж.П.  
Мех 5

Проверено истинно:

Рентгенологические исследования (ФГДС)

- 1) камни 1% - 1000 шт
- 2) камни по 12.5% - 20 шт
- 3) камни от 10 до 15 в желч
- 4) конкременты 1 шт + 2 шт в желч

Рекомендуется:

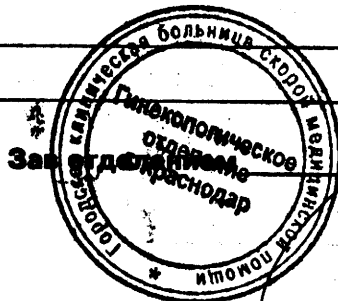
- 1) диета в пер. пол.
- 2) препараты в 5 дней
- 3) препараты в 3 недели
- 4) препараты в 200 в воде  
10 дней, по 1 шт. в день

ЭКГ

Выписывается с рекомендациями:

Лечащий врач

*Корнц*



Государственное учреждение здравоохранения  
"Специализированная психиатрическая  
больница №7"  
Диспансерное отделение  
ИНН 2311038748  
350018, г. Краснодар, ул. Камвольная, 12  
Тел.: (861) 231-76-72

В поликлинику №10



## Врачебное заключение

Ф.И.О. Трокуца ТАТЬЯНА Михайловна

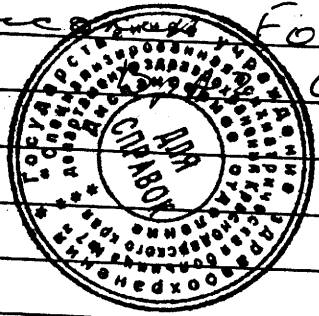
Год рождения 08.09.1956

Адрес бульвар 66 кв. 467

Жалобы и анамнез на головокружение, тряску,  
слабость, утомляемость, перепады  
давления более 10 лет с 2005 г.  
обследована в центре СКАП  
поставлен диагноз болезнь  
Дарьева.

Объективный статус Ориентирована. Контакт  
достоин. В беседе заинтересована.  
на вопросы отвечает внятные  
ответы, рассуждая. Мышечная  
задержанная по типу лоту биски  
к конечностям. Тонус конечностей  
холодный. Визуально здоров.

Заключение: Д-С. Организация работы вагонных  
разрядчиков в следствии пожара  
Таркинского Ф06.6.



Соловьев И. М.







МУЗ Городская больница № 2 'КМЛДО'  
Неврологическое отделение №2  
350012, г. Краснодар, ул Красных Партизан, 6, корп. 2

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**  
**история болезни № 18198**  
**Прокуда Татьяна Михайловна**

**Дата рождения:** 08.09.1956

**Возраст:** 52 год

**Дата поступления:** 10.07.2009 г.

**Дата выписки:** 18.07.2009 г.

**Основной диагноз:** Тревожно-невротическое расстройство с умеренно выраженным функциональным гиперкинезом, стационарное течение.

**Сопутствующий диагноз:** Гипертоническая болезнь II стадии. Риск 2. Проплап митрального клапана I ст.

**Жалобы при поступлении:**

На дрожание конечностей, скованность при движениях, периодические головные боли, головокружение

**Анамнез:**

Болеет с 2004г, когда после стрессовой ситуации постепенно появилось дрожание в правой руке, неоднократно лечилась и обследовалась в кабинете пирамидных расстройств, выставлен диагноз: Болезнь Паркинсона 2 ст по Хен-Яру. Противопаркинсонические препараты не принимает из-за плохой переносимости. Поступила на курс стац. лечения для дообследования и лечения

**Неврологический статус при поступлении:**

В сознании, ориентирована, резко фиксирована на своих ощущениях, Сальность кожи отсутствуют Зрачки равны ФЗР живые Глазодвигатели в полном объеме Нистагма, диплопии нет Лицо симметрично язык по средней линии бульбарных нарушений нет Речь не изменена Гипомимия отсутствует Сух. рефлексы живые, равны Грубое совместное дрожание (тряска!) предплечий и кистей по типу "взмаха крыльев", повышение мышечного тонуса совпадает с дрожью Мышечная сила не изменена Чувствительность в норме, имеющееся дрожание конечностей уменьшается вплоть до полного исчезновения! при отвлечении внимания и целенаправленных действиях. Пациентка способна выполнять работу, связанную с тонкими движениями! ПНП, КПП выполняет четко В позе Ромберга-устойчива менингеальных знаков нет

**Выполненные исследования:**

**16.07.2009 ТК УЗДГ мозгового кровообращения**  
Признаки выраженной венозной дисгемии по яремным венам

**16.07.2009 ЭКГ исследование в 12 отведениях**  
Синусовая тахикардия с ЧСС 100 в минуту Нормальное положение жл. оси

**15.07.2009 Эхокардиография с цветным картированием**  
ВИЗУАЛИЗАЦИЯ: не затруднена ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК: ВЕЛИЧИНА ПОЛОСТИ: КДР 43 мм УДАРНЫЙ ОБЪЕМ: УО 62 мл ТОЛЩИНА СТенок: ЗАДНЯЯ 9 мм МЖП 10 мм СОКРАТИМОСТЬ: не снижена ФИ 0,76 ХАРАКТЕР ДВИЖЕНИЯ МЖП: нормальный НЕПРЕРЫВНОСТЬ ПЕРЕГОРОДОЧНО-АОРТАЛЬНОГО СОЕДИНЕНИЯ: сохранена ЭКСКУРСИЯ СТенок: нормальная ПРАВЫЕ ОТДЕЛЫ: б/о МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН: створки не утолщены, прогиб ПСМК в ПЛП до 5 мм КОРЕНЬ АОРТЫ: 27 мм АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН: створки не утолщены АМПЛИТУДА РАСКРЫТИЯ: нормальная ТРИКУСПИДАЛЬНЫЙ КЛАПАН: б/о ПОЛОСТЬ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ: 34 мм Д-Эхо КГ: митральная + регургитация ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ЭХО-КГ признаки пролапса митрального клапана 1 ст.

**13.07.2009 11:30:09 Биохимия крови**

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсный интервал
Билирубин крови	7,2	мкмоль/л	1,7-20
АСТ	14,5	ед/л	0-37

Глюкоза венозная  
АЛТ

5,25

ммоль/л

3,1-6,4

АЛТ

10,8

ед/л

0-31

**13.07.2009 10:24:07** **Общ.ан.мочи (авт.мет.)**

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсный интервал
Удельный вес	1.015	◇	1.015-1.025
pH	7.00		5.0-7.0
Лейкоциты	отриц.	кл./мкл	0-20
Нитриты	отриц.		-
Белок	отриц.	г/л	0-0.2
Глюкоза	норма	ммоль/л	0.00-2.22
Кетоны	отриц.	ммоль/л	-
Уробилин	норма	мкмоль/л	0.00-17.00
Эритроциты	отриц.	кл./мкл	0-10
Билирубин	отриц.	мкмоль/л	-

**13.07.2009 11:30:09** **Общий анализ крови (в реж.венозной и капиллярной) (авт.метод)**

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсный интервал
Лейкоциты (WBC)	5.16	$10^3/\text{мм}^3$	4-11
Эритроциты (RBC)	4.3	$10^6/\text{мм}^3$	3.5-5.5
Гемоглобин (HGB)	9.3	г/дл	11-17
Гематокрит (HCT)	28.7	%	32.5-49.5
Сред. объем эритроцита (MCV)	67	фл	80-100
Сред. содер. гемоглобина в эри	22	пг	27-34
Ср. концент. гемоглобина в эри	32.4	г/дл	30-37
Ширина распредел. объема эрит. (R	43	фл	37-54
Шир. распредел. эрит. по объему	17.5	%	11.5-14.5
Тромбоциты (PLT)	269	$10^3/\text{мм}^3$	150-400

**16.07.2009** Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный

Диагноз: Миома матки Патология эндометрия ? Состояние после курса гормональной терапии Рек-но УЗИ

**15.07.2009** Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный

Анамнез: Повышение АД около года, макс. до 180/110, принимает эгилок, рениприл. Объективно: Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в 1 мин. Сог- ритм правильный, ЧСС 78 в 1 мин, акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке, АД правая рука 135/80 мм рт ст, левая рука 140/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. - Диета с ограничением животных жиров, поваренной соли;

- Эгилок 25 мг по 1 таб. 2 р. в день под контролем ЧСС, АД;  
- Индапамид ретард (арифон ретард) 1,5 мг по 1 таб. утром.

Диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии. Риск 2. Проплапс митрального клапана I ст.

**13.07.2009** Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный

VISOD=0.6+0.75д=1.0/OS=0.7+0.75д=0.9 Глазное дно-ДЗН-б/розовые, границы четкие. Артерии сужены, склерозированы. Вены обычного калибра. На сетчатке очагов нет. 1. Лечение основного заболевания.

Диагноз: Ангиопатия сетчатки склеротическая Гиперметропия 1 ст. OU

**Проведено лечение:**

Пирацетам 200мг/мл 5мл; Магния сульфат 25% 10мл; Винпоцетин 5 мг/мл 2мл; Амитриптилин 12,5мг; Амитриптилин 10мг; Амитриптилин 12,5мг; Амитриптилин 25мг; режим палатный, стол ЩВДIII=24

**Неврологический статус :**

**РЕКОМЕНДАЦИИ:**

- 1). Лечение в отделении неврозов
- 2). Амитриптилин 25 мг 3 р.д-3 мес
- 3). Баклофен по 10 мг 3 р.д-2 недели, затем до 75 мг/сутки



Лечащий врач :  
Зав. отделением:

к.м.н. Стасовская С. П.  
Хурда С.Г.

ГУЗ «КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»  
Г. Краснодар, ул. Кирова 9  
КАБИНЕТ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Дата исследования: 31 октября 2006

Ф.И.О., возраст пациента: Прокуда Татьяна Михайловна, 1956 г. р.

Направившее учреждение: СКПБ

Исследование проведено на 4-х срезовом томографе Asteion фирмы Toshiba с толщиной сканов 3x4 мм и 5x4 мм и толщиной изображений 6 и 10 мм.

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

Срединные структуры не смещены.

Желудочки обычной конфигурации и размеров, боковые желудочки симметричны.

Зон патологически измененной плотности, подозрительных на объемный процесс, отек мозга не выявлено.

Базальные цистерны визуализируются обычно.

Субарахноидальные конвекситальные щели диффузно расширены.

Кт-признаков остеолитического, -пластического процессов не выявлено.

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

Врач:



Шрамко М. В.

МУНИЦИПАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КРАСНОДАРСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА N 4  
 КРАСНОДАР УЛ. БЕРШАНСКОЙ 170 т. 266-33-78

неврологическое отделение

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ N 3813

ПРОКУДА ТАТЬЯНА МИХАЙЛОВНА 52г.

НАХОДИЛСЯ (НАХОДИЛАСЬ) НА ЛЕЧЕНИИ С 12.12.2008г. по 25.12.2008г.

**Основной диагноз:** Болезнь Паркинсона, дрожательная форма. 2-я степень тяжести по Хен-Яру, быстро прогрессирующее течение. Астено-невротические нарушения.

**в неврологическом статусе:** астенизирована, выраженная эмоциональная лабильность, зрачки d=s, слабость конвергенции. Крупноразмашистый тремор, больше в правых конечностях, усиливающийся при волнении. Глубокие рефлексy D=S, живые, с ног несколько оживлены. Патологических нет. Координаторных нарушений нет.

ГЕМОГРАММА

сахар крови. ммоль/л	эритр. 10*12/литр	Hb г/л	ЦП	лейкоциты	Э	П	С	Л	М	СОЭ	КСР
4,61	5,02	133		5,3	2	2	63	29	4	7	отр

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

UBG уробилино ген штмл	BIL билирубин	KET кетоны	BLD кровь	PRO белок	NIT нитриты	LEU лейкоциты	GLU глюкоза	SG УД. ВЕС	pH Реакция
3,4	neg	+-	neg	neg	neg	neg	neg	1,030	5,5

БИОХИМИЯ КРОВИ

В-липопротеиды г/л	4,0
креатинин мкмоль/л	86,26
холестерин ммоль/л	5,08

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ЭКГ: Синусовый ритм с чсс 77 уд. в 1 мин. Нормальное положение эл. оси сердца. Неполная блокада правой ножки п.Гисса.

КТ головного мозга 23/08/08г. – признаков очаговых изменений головного мозга не выявлено.

РЭГ: снижение кровенаполнения церебральных сосудов в обоих бассейнах. Артериально-гипертензивный тип РЭГ. Затруднение венозного оттока.

КОНСУЛЬТАЦИИ

Окулист: гипертоническая ангиопатия сетчаток OU

ЛЕЧЕНИЕ

В/в кап. кавинтон. в/в стр. пирацетам, милдронат, церебролизин.

в/м актовегин.

внутри амитриптилин, мадопар, эглек, грандаксин

Выписывается с улучшением по общему состоянию, стала активнее, уменьшился тремор

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. наблюдение невропатологом по м/ж
2. продолжить прием
  - леводопа+бенсеразид (мадопар 125) 1т. утр. постоянно
  - амитриптилин 10мг утр.+10мг обед.+25мг вечером. 6 мес.
  - тофизопам (грандаксин) 1т. x 2 раза в день утр. и обед 4 мес.
  - триметилгидразиния пропионат (милдронат) 250мг x 3 раза в день 3 нед.
1. противопоказаны физические и психоэмоциональные нагрузки
2. направить на МСЭ

Лечащий врач

Зав. отделением



А.О.Лищениковский

В.П.Свистунов

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 Т. М. 1956 г. р.**

( Ф. И. О., ГОД РОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО )

НАХОДИЛАСЬ НА ОБСЛЕДОВАНИИ В КРАЕВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ 12.02.2007 г.

**ДИАГНОЗ :Болезнь Паркинсона. Дрожательно - ригидная форма . Стадия 2 по Хен и Яру с преимущественным вовлечением правых конечностей. Быстрый темп прогрессирования. Астено- невротический синдром.**

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

2. Принимать постоянно ЛЕВОДОПА+БЕНСЕРАЗИД  
( МАДОПАР 250) ПО 125 мг 3 РАЗА В ДЕНЬ. Начинать с 125 мг 1 раз в день.  
Каждые 7 дней увеличивать на 125 мг до вышеуказанной дозы.

Не проводить лекарственных каникулов.

Не принимать быстродействующий-диспергируемый мадопар.

3. В связи с неэффективностью проноран отменить

4. Подобрать адекватную дозу Клоназемама . 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.

5. Амитриптилин по 25 мг 2-3 раза в день 6 месяцев. Начинать с 10 мг на ночь.  
Каждые 3-4 дня увеличивать на 10 мг до вышеуказанной дозы.

Осмотр через 6 -8 месяцев, иметь направление

Заключение выдано для представления леч. врачу

12. 02.2007 г.

ВРАЧ - КОНСУЛЬТАНТ-

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) 253 89 60



**НЕВРОЛОГ**  
**СИЧИНАВА Д. К.**

## МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**Прокуда Т. М.** 1956г. р.  
(Ф. И. О., ГОД РОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО)

НАХОДИЛАСЬ НА ОБСЛЕДОВАНИИ В КРАЕВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ 21.07.2006 г.

**ДИАГНОЗ** Болезнь Паркинсона. Дрожательная форма. Стадия 1 по Хен и Яру с вовлечением правых конечностей. Дебют. Астено-невротический синдром..

- РЕКОМЕНДАЦИИ.** 1. Наблюдение невролога по м/ж.
2. Принимать постоянно ПИРИБЕДИЛ (ПРОНОРАН) по 1 т. 2-3 раза в день. Начинать с ½ т в день. Каждые 7 дней увеличивать на ½ т. до вышеуказанной дозы. При тошноте –за 20 минут перед приемом пронорана принимать МОТИЛИУМ по 1т. 3-4 недели.
  3. Фенибут по 1т 3 раза в день 2 месяца

Повторный осмотр через 6 месяцев для коррекции лечения. Иметь направление

Заключение выдано для представления леч. врачу

21.06.2006 г.



Врач консультант  
*[Handwritten signature]*

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

Отдел лучевой диагностики

Исследование №: 8524

Код: 6200056,,

Ф.И.О.: Прокуда Т.М. Дата рождения: 08.09.56 Дата иссл.: 15.04.05

Кем направлен: Травмпункт ККБ№1

Диагноз при направлении: Подозрение на объемный процесс

Область исследования: Головной мозг:

Цель исследования: Исключить в/черепной объемной процесс

Ширина сканирования: 10 мм

Шаг томографирования: 10 мм


Контрастное усиление: нет

Исследование выполнено на томографе: СТ Мах-640 (GE)

На серии аксиальных КТ срезов головного мозга суб- и супратенториальных структур определяется: срединные структуры не смещены. Цистерны и желудочки мозга не расширены. Содержимое полостей желудочков однородной плотности. Паравентрикулярные зоны не изменены. Участков патологической плотности паренхимы мозга, подозрительных на очаговое и объемное поражение не выявлено. Конвекситальные ликворные щели неравномерно расширены. Область турецкого седла не изменена. Передне-задний размер не превышает 8 мм. Клиновидные отростки и спинка седла не изменены. Патологических образований интра- и параселлярной локализации не выявлено. Шишковидная железа и сосудистые сплетения задних рогов боковых желудочков обызвествлены.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Данных за очаговый и объемный процесс головного мозга не получено.

Врач:  Жеребина Г.Г.

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.



НЕВРОЛОГ  
СИЧИНАВА Д.К.

11 ЯНВ 2012

*Замчал в аптеку м/ж*

*Рекомендуется адекватное лечение  
в отношении нарушения  
своей жизни в связи с  
недержанием мочи и  
вопреки множественным*