

**«5 центр
военно-врачебной экспертизы –
ЮФО» ООО**

344065
г. Ростов-на-Дону, ул. Троллейбусная
д. 24/2в офис 421

8 (800) 250-60-75
www.fivecenter.ru gr@fivecenter.ru

«27» июля 2016 г. № 35/16

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА № 35/16

(судебная военно-врачебная экспертиза по материалам гражданского дела)

В период с 10 часов 00 минут 07.07.2016 года по 15 часов 00 минут 27.07.2016 года на основании определения х районного суда г. х под председательством судьи х Е. С., в помещении ООО «5 центр ВВЭ – ЮФО» комиссия экспертов в составе:

Колкутина Виктора Викторовича - (должность - судебно-медицинский эксперт консультант-куратор ООО «5 центр военно-врачебной экспертизы - ЮФО», Заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук (диплом серия ДК № 006532, выдан решением ВАК РФ от 6 декабря 1996 года № 53д/13), профессор (диплом серия АПС № 001291, выдан решением ВАК Министерством образования и науки Российской Федерации от 4 апреля 2003 года № 16 пс/4), базовое образование высшее медицинское (военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, диплом серия ИВ-І № 355883 от 24 июня 1982 года), *специальность судебно-медицинская экспертиза* (сертификат серии А № 0749436 до 21 декабря 2017 года решением экзаменационной квалификационной комиссии при Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова, протокол от 21.12.2012 г. № 4819), врач высшей квалификационной категории (удостоверения № 110, протокол № 58 Центральной аттестационной комиссии при Главном военном клиническом госпитале имени академика Н.Н.Бурденко, 23.10.2012 г.), общий стаж работы 34 года, из них 12 лет - начальник Центральной судебно-медицинской лаборатории министерства обороны Российской Федерации (с 2005 года – 111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ) - главный судебно-медицинский эксперт Министерства обороны Российской Федерации; с апреля 2009 г. по декабрь 2010 г. – директор Российского центра судебно-медицинской экспертизы Минздравсоцразвития России – главный внештатный специалист Минздравсоцразвития России по судебно-медицинской экспертизе, *полковник медицинской службы в запасе*)

Гергокова Бориса Умаровича - (должность - главный медицинский эксперт ООО «5 центр военно-врачебной экспертизы - ЮФО», базовое образование высшее медицинское (диплом: серии Г-1 № 089615, выдан решением Государственной экзаменационной комиссии от 20 июня 1977 г. военно-медицинским факультетом Томского медицинского института), *специальность неврология* (23 интернатура мед. состава Черноморского Флота, 1986 г, невропатология, сертификат специалиста А № 1171470, регистрационный номер 10390 по специальности неврология, выдан решением экзаменационной квалификационной комиссии при ФГБУ «Пятигорский государственный научноисследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического

агентства» от 07 апреля 2012 г.), специальная подготовка по организации военноврачебной экспертизы (свидетельство о прохождении повышения квалификации N 823, военно-медицинский факультет при ЦИУВ, г. Москва – «организация лечебнопрофилактической работы военных госпиталей» 1990 г.), организация здравоохранения и общественного здоровья (сертификат РМА № 193589, выдан 28 апреля 2012 года решением экзаменационной квалификационной комиссии при ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» МЗСР России), общий стаж работы 39 лет, из них 18 лет – председатель гарнизонных и госпитальных военноврачебных комиссий, *полковник медицинской службы в отставке*).

х Ольги Витальевны - (должность - главный внештатный специалист по клиникоэкспертной работе Министерства Здравоохранения х края, врач-кардиолог консультативно – поликлинического отделения ГБУЗ х «х кардиологический диспансер», заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности ГБУЗ х «Краевой клинический кардиологический диспансер» г. х, базовое образование высшее медицинское (диплом ПВ № 250977, «лечебное дело», решением Государственной экзаменационной комиссии Ставропольского государственного медицинского института от 28 июня 1989 года присвоена квалификация врача), *специальность кардиология* (интернатура с 01.08.1989 г по 30 июня 1990 г. по специальности «терапия», решение выпускной экзаменационной комиссии от 22 июня 1990 г., протокол № 107 – присвоена квалификация врача терапевта; первичная специализация: цикл «кардиология» с 10.06 по 27.09.1996 г. Ставропольская Государственная Медицинская Академия, удостоверение о повышении квалификации ПК Ст № 003729 с 05.05.2014 г. по 30.05.14 г., сертификат специалиста - решение экзаменационной комиссии при ГБОУ ВПО СтГМИ МЗ РФ от 30 мая 2014 г., протокол № 1006), врач высшей квалификационной категории (удостоверение № 120907, 18 декабря 2012 г. решением аттестационной комиссии министерства здравоохранения Ставропольского края протокол № 120907 присвоена высшая квалификационная категория по специальности «кардиология»), стаж по специальности 20 лет).

Комолова Сергея Викторовича – (должность – военно-врачебный эксперт ООО «5 центр военно-врачебной экспертизы - ЮФО»), базовое образование высшее медицинское (диплом серии ТВ № 593031 решением Государственной экзаменационной комиссии Оренбургского медицинского института от 18 июня 1993 г присвоена квалификация врача), специальность организация здравоохранения и общественное здоровье, ученая степень кандидат медицинских наук (диплом КТ № 118996 от 2 апреля 2004 г. решением диссертационного совета Государственного института усовершенствования врачей МО РФ), специальная подготовка по организации военно-врачебной экспертизы военнослужащих, по вопросам организации и проведения военно-врачебной экспертизы в органах внутренних дел (рег. номер 1-16173, год 2014 ФГКОУ ДПО «Всероссийский институт повышения квалификации сотрудников МВД России), общий стаж работы 23 года, из них 18 лет – опыт экспертной работы, 9 лет – председатель окружной штатной военно-врачебной комиссии, подполковник медицинской службы запаса).

Произвела судебную военно-врачебную экспертизу по делу № 2-х/2016 на основании определения х районного суда г. х от 07.06.2016 г. по иску х х Александровича к Федеральному казенному учреждению здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по х области», Главному управлению Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий по х области о признании незаконной дополнительной служебной проверки, признании незаконной формулировки, содержащейся в заключении ВВК, обязанности ФКУЗ «Медико-санитарная

часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по х области» изменить формулировку причинной связи увечья, выдать новое заключение о болезни, направление на медико-социальную экспертизу.

Права эксперта, предусмотренные ст. 85 ГПК РФ, нам разъяснены. Об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ предупреждены.

ЭКСПЕРТЫ:

_____ В. В. Колкутин

_____ Б. У. Гергоков

_____ О. В. Х

_____ С. В. Комолов

Вопросы, поставленные перед экспертами:

1. Являются ли заболевания х И. А., установленные в представленных на экспертизу документах, отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга? Если являются, то какие именно?
2. Имеются ли сведения в представленных на экспертизу документах о черепно-мозговых травмах х И. А., кроме сведений по закрытой черепно-мозговой травме в виде сотрясения головного мозга, причиненной 04.10.2002 г. при исполнении служебных обязанностей?
3. Правильно ли и обосновано вынесено заключение ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» по свидетельству о болезни № 2891 от 25.08.2016 г. по оспариваемой причинной связи установленных заболеваний и травмы, полученной х И. А. 04.10.2002 г. при исполнении служебных обязанностей?
4. Если заключение ВВК вынесено неправильно, то какое заключение по оспариваемой причинной связи установленных заболеваний и травмы, полученной х И. А. 04.10.2002 г. при исполнении служебных обязанностей, должно быть установлено? На основании каких статей, какой графы расписания болезней Инструкции, утвержденной приказом МВД России от 14.07.2010 № 523?

На экспертизу представлены материалы:

- дело № 2-х/2016 по иску х И. А.;
- выписка из медицинской карты амбулаторного больного МБУЗ «Городская больница №20 от 30.06.2015 г. на 1 л.;
- медицинское заключение ГАУ х «ОКДЦ» от 23.07.2015 г. на 1 л.;
- протокол исследования магнитно-резонансной томографии от 23.11.2014 г. на 1 л.;
- выписка из медицинской карты стационарного больного №7811/С2014 на 4 л.;
- консультация невролога ФГБУ «Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова х России» от 23.07.2014 г. на 3 л.;
- выписка из медицинской карты стационарного больного №10856/С2014 на 3 л.; - консультация невролога ФГБУ «Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России» от 10.10.2014 г. на 2 л.;
- выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного №2493 ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» на 1 л.;
- эпикриз ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» (медицинская карта №3982 стационарного больного) на 2 л.;
- эпикриз ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» (медицинская карта №3067 стационарного больного) на 2 л.;
- заключение служебной проверки, утвержденной начальником Главного Управления МЧС России по х области 26.03.2014 г. на 7 л.;
- копия заключения служебной проверки, утвержденной начальником Главного Управления МЧС России по х области 20.03.2015 г. на 2 л.;
- копия заключения дополнительной служебной проверки, утвержденной начальником Главного Управления МЧС России по х области 20.08.2015 г. на 1 л.;
- акт №393 о несчастном случае на 3 л.;
- копия письма №40/1623 от 17.08.2015 г.;
- копия заключения служебной проверки, утвержденной начальником Главного

- Управления МЧС России по х области февраль 2003 г. на 2 л.; - копия справки №1031;
- оригинал акта №2891 медицинского освидетельствования на 104 л.;
 - свидетельство о болезни №2891 оригинал на 5 л.;
 - оригинал истории болезни х И.А. №36/52980 ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области»;
 - оригинал истории болезни х И.А. отдела УВД № 1712.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

Представленный текстуальный материал был детально исследован методом фиксации, разделения и анализа информации, с учетом нормативно-правовых актов и руководящих документов по проведению судебных экспертиз в РФ.

При формулировке своего вывода по поставленным вопросам эксперты базировались на результатах исследования представленных материалов и общепринятых научных положениях по вопросам, относящимся к конкретному случаю.

1. Исследование материалов дела: Из искового заявления в х районный суд города х И. А. от 14.03.2016 г., за подписью истца (л. д. 4-10) следует: «23 октября 2015 года приказом по личному составу от 22.10.2015 № 215 нс Главного управления МЧС России по х области я был уволен из Государственной противопожарной службы МЧС России по пункту «ж» части первой статьи 58 Положения о службе в органах дел Российской Федерации (по болезни - на основании постановления военно-врачебной комиссии о негодности к службе). 14 декабря 2015 года решением учреждения медикосоциальной экспертизы ФКУ «ГБ МСЭ по х области» Минтруда России мне установлена инвалидность второй группы с указанием причины инвалидности «заболевание получено в период военной службы». Данное решение учреждения медикосоциальной экспертизы было принято в соответствии с установленным порядком на основании свидетельства о болезни № 2891, заключения по нему военно-врачебной комиссии ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» и направления на медико-социальную экспертизу от поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области». Согласно заключению военно-врачебной комиссии диагноз и причинная связь увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания: «заболевание получено в период военной службы. Д - не годен к службе в органах внутренних дел. Не годен к поступлению на службу по контракту». Полагаю формулировку, содержащуюся в заключении ВВК (подпункт «а» пункта 13 свидетельства о болезни № 2891), сделанном военно-врачебной комиссией ФКУЗ «МСЧ МВД России по области», неправильной в части, касающейся указания на причинную связь увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания, а именно: «заболевание получено в период военной службы». Данная формулировка впоследствии была положена в основание решения учреждения медико-социальной экспертизы ФКУ «ГБ МСЭ по х области» Минтруда России от 14.12.2015, в части касающейся причины инвалидности «заболевание получено в период военной службы», что явилось нарушением моего права на социальные гарантии сотруднику Государственной противопожарной службы при получении им в связи с выполнением служебных обязанностей увечья или иного повреждения здоровья, включающего возможность дальнейшего прохождения службы и повлекшего стойкую утрату трудоспособности, установленные статьей 12 Федерального закона от 30 декабря 2012 г. № 283-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам некоторых федеральных органов исполнительной власти и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». 4 октября 2002 года при исполнении служебных обязанностей мною была получена тяжёлая травма, которая признана таковой военно-врачебной комиссией ГУВД области

(согласно справке ВВК ГУВД х № х от 23.02.2003). Обстоятельства получения травмы установлены и подтверждены Актом формы Н-1 о несчастном случае от 07.10.2002 № 393 и заключением тяжёлой проверки, утверждённым начальником управления Государственной противопожарной службы х области в феврале 2003 года. Травма была получена в результате падения навзничь на трамвайное полотно. Помимо осложнённого перелома правой руки была причинена закрытая черепно-мозговая травма в виде сотрясения головного мозга вследствие удара головой об рельсовую нитку. При оказании медицинской помощи в травматологическом пункте МЛПУЗ «Городская больница № х», вследствие болевого шока и при явных признаках тяжёлого повреждения правой руки, удар головой, последствия которого в тот момент не были явны, остался без документальной медицинской фиксации на момент первичного обращения.... Прошу: 1. Признать дополнительную служебную проверку, утверждённую начальником Главного управления МЧС России по х области 29.08.2015, необоснованной и незаконной, а её выводы не имеющими юридической силы и не подлежащими применению. 2. Признать незаконной формулировку, содержащуюся в заключении ВВК (подпункт «а» пункта 13 свидетельства о болезни № 2891), сделанном военно-врачебной комиссией ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области», в части, касающейся указания на причинную связь увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания, а именно: «заболевание получено в период военной службы». 3. Обязать ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» изменить формулировку причинной связи увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания, указанную военно-врачебной комиссией в свидетельстве о болезни х Игоря Алексеевича, х года рождения, х внутренней службы, х х отдела Главного управления МЧС России по х области № 2891 от 15 августа 2015 года, на формулировку «военная травма» и выдать истцу новое заключение о болезни, а также выдать истцу новое направление на медико-социальную экспертизу с указанием факта получения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04 октября 2002 года....».

Из выписки из приказа ГУ Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий по х области № 215 нс от 22.10.2015 г., за подписью нач. глав. управления, печатью (л. д. 11) следует: «1. По увольнению. В соответствии с Положением о службе в органах внутренних дел Российской Федерации уволить из Государственной противопожарной службы МЧС России: по пункту «ж» части первой статьи 58 (по болезни - на основании постановления военно-врачебной комиссии о негодности к службе). 1.2. х внутренней службы х Игоря Алексеевича (А-020605), х х отдела х управления МЧС России по х области (должность связана с обеспечением деятельности Государственной противопожарной службы), 23 октября 2015 года...Основание: приказ МЧС России от 19.10.2015 года № 159-НС, заключение № 2891, выданное 25.08.2015 года ВВК МСЧ МВД России по х области, рапорт х И. А. от 03.09.2015 года».

Из справки серия МСЭ-2015 № 1502324 ФКУ «ГБ МСЭ по х области» Минтруда России Бюро № 7 филиал ФКУ «ГБ МСЭ по х области» от 14.12.2015 г., подпись руководителя бюро, печать и штамп учреждения (л. д. 13) следует: «х Игорю Алексеевичу. Дата рождения 14.01.х г. Установлена инвалидность впервые 14.12.2015 г. Группа инвалидности – вторая группа. Причина инвалидности – Заболевание получено в период военной службы. Инвалидность установлена на срок до 01.01.2017 г. Дата очередного освидетельствования 12.2016 г. Основание: акт освидетельствования в ФГУ МСЭ № 2406.7.61/2015 от 14.12.2015 г. Дата выдачи выписки 14.12.2015 г.».

Из свидетельства о болезни № 2891 от 25.08.2015 г. ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» за подписью председателя комиссии, секретаря, печатью учреждения (л. д. 14-18) следует: «25 августа 2015 г. военно-врачебной комиссией ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» по распоряжению Врио заместителя начальника ОК ГУ

МЧС России по области, направление от 08.07.2015, № 8-1-15, освидетельствован: 1. Фамилия, имя, отчество: х Игорь Алексеевич. Год рождения: х, в Вооруженных Силах Российской Федерации не служил в х МЧС России служил с 12.1985 г. по настоящее время. 3. Специальное звание: х внутренней службы. 4. Занимаемая должность: х отдела. 5. Место службы: ГУ МЧС России по области. 6. Поступил на военную службу: а) по призыву. б) по контракту: контракт заключен до. 7. Рост 185 см. Масса тела 80 кг. Окружность груди (спокойно) 85 см. 8. Жалобы: на почти ежедневные головные боли по утрам, распирающего характера, сопровождающиеся чувством давления на глазные яблоки, тошнотой, головокружением, приступы потери сознания с общими тоникоклоническими судорогами, длительностью 2-3 минуты, раздражительность, вспыльчивость, рассеянность, снижение памяти на текущие события, тревогу, плохой сон, утомляемость; повышение артериального давления до 180/100 мм. рт. ст., сопровождающиеся головной болью, головокружением, тошнотой; колюще-давящие боли в сердце, приступы сердцебиения, одышку при физической нагрузке, общую слабость, утомляемость; снижение слуха на оба уха, изжогу после погрешности в диете. 9. Анамнез: Со слов, 04.10.2002, при исполнении служебных обязанностей, переходя через трамвайные пути, поскользнулся и упал навзничь, ударившись головой. Согласно заключениям служебных проверок, утвержденным 26.03.2014 и 20.03.2015 начальником ГУ МЧС России по области, травма: «Закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга 04.10.2002» получена при исполнении служебных обязанностей. В представленной медицинской карте № 1712 поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по области» в осмотре невролога от 11.10.2002 имеется заключение о том, что данных за закрытую черепно-мозговую травму, сотрясение головного мозга на момент осмотра нет. В связи с отсутствием первичных медицинских документов, подтверждающих факт закрытой черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга, проведена дополнительная служебная проверка, утвержденная 20.08.2015 начальником ГУ МЧС России по х области, согласно которому «факт получения закрытой черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга» при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002, считать не установленным. С 2006 г. лечился регулярно у невролога поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» с диагнозом: «Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с хронической вертебро-базилярной недостаточностью, с мозжечково-стволовым синдромом»; получал диуретики, вазоактивные и седативные препараты. С 2010 г. стало эпизодически повышаться артериальное давление до 160/100 мм. рт. ст. В мае-июне 2010 г. лечился в госпитале МСЧ ГУВД по х области, диагноз: «Атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия II стадии, состояние декомпенсации с выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренной вестибуломозжечковой атаксией. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3, ХСН 0». С этого времени постоянно принимает гипотензивные препараты. Регулярно лечился у невролога и терапевта поликлиники МСЧ ГУВД области. В апреле 2012 г. и сентябре 2013 г. лечился в госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области», диагноз: «Гипертоническая болезнь II стадии (ангиопатия сетчатки, склероз аорты, АК, МК, гипертрофия миокарда левого желудочка, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка I типа). Дислипидемия. Риск 3. Смешанная (атеросклеротическая, гипертоническая) дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с открытой формой гидроцефалии с умеренной вестибуло-мозжечковой атаксией. Посттравматический кистозно-слипчивый лептоменингит. Астенический синдром». В июле 2014 г. лечился в клинике № 1

«ВЦЭРМ им А.М. Никифорова» МЧС России, диагноз: «Энцефалопатия I смешанного генеза (дисциркуляторная, посттравматическая на фоне гипергомоцистеинемии) с рассеянной очаговой симптоматикой, кохлеарным-цефалгическим синдромом, вестибулопатией. Стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий, стеноз левой общей сонной артерии и внутренней сонной

артерии гемодинамически значимый до 70%. Гипертоническая болезнь II стадии, медикаментозная нормотензия. Риск сердечнососудистых осложнений высокий. Дислипидемия. Гипергомоцистеинемия. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Холестероз желчного пузыря. Мочекаменная болезнь (впервые выявленная), мелкий конкремент правой и микролиты обеих почек. Мелкая ангиомиолипома правой почки. Хронический простой бронхит, ремиссия. Диффузноузловой нетоксический зоб (узлы правой доли). Эутиреоз». В октябре 2014 г. лечился в ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины», где 14.10.2014 проведена каротидная эндартерэктомия слева. В ноябре 2014 г. лечился в госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по области», диагноз: «Отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга (04.10.2002) в виде посттравматического рубцово-слипчивого церебрального арахноидита. Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга 04.10.2002) на фоне гипергомоцистеинемии, атеросклероз брахиоцефальных артерий. Стеноз левой общей сонной артерии, внутренней сонной артерии > 70%. Состояние после каротидной эндартерэктомии слева 14.10.2014, с умеренным астено-цефалгическим синдромом, с умеренным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями, стадия динамического ухудшения. Гипертоническая болезнь II стадии, риск высокий. Дислипидемия»; проводилась гипотензивная и метаболическая терапия. Ухудшение состояния отмечается с апреля 2015 г., когда 16.04.2015 на улице потерял сознание и развился судорожный приступ с пеной изо рта и прикусом языка. В порядке «скорой медицинской помощи» был доставлен в МБУЗ «ГБСМП» г. х рекомендован прием противосудорожных препаратов, консультация эпилептолога. 15.05.2015 развился повторный генерализованный эпилептический приступ, доставлен бригадой «скорой медицинской помощи» в МБУЗ «ГБСМП» г. х, где во время осмотра развился бессудорожный эпилептический приступ, была оказана медикаментозная помощь: в/в введение 25% раствора магнезии 10,0 и в/м раствор мексидола 2,0. 13.06.2015 развился приступ потери сознания с судорожным приступом. Самостоятельно доставлен в МБУЗ «ГБСМП» г. -, состояние расценено как состояние после эпилептического приступа от 13.06.2015. С 20.07.2015 по 30.07.2015 по направлению ВВК обследован в госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по области», диагноз: «Последствия перенесенной закрытой черепно-мозговой травмы с сотрясением головного мозга (04.10.2002) в виде посттравматического кистознослипчивого арахноидита с ликвородинамическими нарушениями, стойким выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренным вестибуло-атактическим синдромом, стадия декомпенсации. Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде вторичногенерализованных тонико-клонических приступов (эпилептические приступы 16.04.2015, 15.05.2015,

13.06.2015, 28.07.2015). Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга 04.10.2002) на фоне гипергомоцистеинемии), с умеренным астено-невротическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями, стадия динамического ухудшения. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3 (гипертрофия левого желудочка, гиперхолестеринемия), ХСН I, ФК II. Атеросклероз с преимущественным поражением аорты, аортального и митрального клапанов. Атеросклероз брахиоцефальных артерий. Стеноз левой общей сонной артерии, внутренней сонной артерии > 70%. Состояние после операции каротидной эндартерэктомии слева 14.10.2014. Хронический гастрит, ремиссия. Диффузный узловой зоб. Киста левой почки 9х6 мм. ХПН 0. Хронический бронхит, ремиссия. Астенический синдром с тревожным компонентом и умеренные когнитивные нарушения в связи со смешанным заболеванием головного мозга (закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга 2002 г., сосудистое заболевание, эпилепсия). Сложный миопический астигматизм обоих глаз. Хроническая двусторонняя сенсоневральная

тугоухость IV степени, прогрессирующее течение. Пигментные невусы на коже туловища», 23.07.2015 консультирован эпилептологом ОКДЦ г. диагноз: «Последствия закрытой черепно-мозговой травмы 2002 г. Посттравматический церебральный арахноидит с нарушением ликвородинамики. Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде вторично-генерализованных тонико-клонических приступов. 28.07.2015 в отделении развился генерализованный эпилептический приступ с отключением сознания, тонико-клоническими судорогами, прикусом языка, длительностью до 3-х минут, купированный введением

25% раствора магния сульфата 10 мл и 1,0 элзепамы. Снижение слуха наблюдается с 2000 г., лечился в больнице ГУВД области, диагноз: «Хроническая двусторонняя сенсоневропатия». В последующие годы регулярно лечится по поводу тугоухости у ЛОР-врача поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области». В сентябре 2013 г. выполнена аудиометрия, выявившая двустороннюю сенсоневральную тугоухость (средние пороги слуха около 80 Дб). Со слов, с 2010 г. пользуется слуховым аппаратом на левое ухо. 27.07.2015 выполнена аудиометрия в госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области», выявлено повышение порогов слуха по типу нарушения звуковосприятия, характерные для тугоухости IV степени. Направлен на ВВК перед увольнением из органов внутренних дел в связи с достижением выслуги срока службы, дающего право на пенсию. 10. Находился на обследовании и лечении: 15.07.2014 - 24.07.2014, 08.10.2014 - 14.10.2014

- ФГБУ «ВЦЭРМ им А.М. Никифорова»; 29.07.2014 - 08.08.2014 - поликлинике ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области»; 13.11.2014 - 15.11.2014, 20.07.2015 - 30.07.2015 - госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области». Нетрудоспособен за последние 12 месяцев службы 52 дня. 11. Данные объективного исследования: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже туловища разнокалиберные пигментные невусы, монохромные, симметричные. Кожные покровы чистые, видимые слизистые розовые. Лимфатические узлы доступные пальпации и щитовидная железа не увеличены. Движения в суставах конечностей и в позвоночнике в полном объеме. Периферические сосуды не изменены. Границы сердца: левая по левой срединноключичной линии, правая по правому краю грудины, верхняя - в 3-межреберье. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс 80 в минуту, удовлетворительных свойств. Артериальное давление 180/100 - 160/100 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Ректальный осмотр без видимой патологии. Глазные щели равные, глазодвижение болезненное, слабость конвергенции с двух сторон. В позе Ромберга шаткость, пальценосовую пробу выполняет с дисметрией;

Сухожильные рефлексы оживлены, равные. Симптом Маринеску-Радовича с 2-х сторон. Симптом Бабинского с двух сторон. Мышечная сила и мышечный тонус не изменены.

Четких чувствительных нарушений не выявлено. Симптомы натяжения отрицательны. Паравертебральные точки интактны. Дермографизм розовый, стойки. Сознание ясное. Психическая гиперестезия на высоте цефалгий. Мышление по темпу с замедлением, склонность к детализации в сфере мышления. Легкая фиксационная гипомнезия. Сужение объема внимания. Эмоционально волевая сфера лабильна, раздражительная слабость, вспыльчивость, истощаемость, тревожное реагирование в сочетании с ипохондрической фиксацией на болезни. ВГД=ОД=ОС=19 мм. рт. ст. Острота зрения правого глаза 0,5 с коррекцией sph-0,5 cyl-0,75=1,0; левого глаза 0,7 с коррекцией sph-0,5 cyl-0,75=1,0.

Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розового цвета, с четкими контурами, артерии сужены, вены полнокровны, соотношение а:в=1:3 - ангиопатия. Речь внятная. Носовое дыхание свободное. Шепотная речь: справа 0,3 м, слева ушной раковины, барабанные перепонки интактны. Отсутствие пяти зубов, неудаленные корни трех зубов.

12. Результаты специальных исследований: АТ ВИЧ (1+2); RW; HBsAg. (сумм) от

10.07.2015: отрицательный, Общеклинический анализ крови от 21.07.2015: эритроциты 5,18x10¹²/л; гемоглобин-163 г/л; цветной показатель-0,94; лейкоциты-5,7x10⁹/л (эозинофилы-1%; палочкоядерные-7%; сегментоядерные-60%; лимфоциты-26%; моноциты-6%), СОЭ- 7 мм за час; свертываемость-5'16"-6'10". Общеклинический анализ мочи от 21.07.2015: цвет-желтый; количеством-180 мл; уд вес-1020; реакция-кислая; белок - нет; сахар-нет; лейкоциты-1-3 в поле зрения; эпителий плоский-0-1 в поле зрения.

Биохимические исследования крови от 21.07.2015: холестерин-5,4 ммоль/л; билирубин 32,9-12,2 мкмоль/л; креатинин-85,0 ммоль/л; АлТ-0,24 мккат/л; АсТ-0,20 мккат/л; общий белок-76,0 г/л; глюкоза-5,9 ммоль/л; мочевины-4,8 ммоль/л; амилаза - 14,7 мк чмл; СРБотриц.; триглицериды-1,1 ммоль/л; мочевины-256,0 мкмоль/л; калий-3,4 ммоль/л; хлориды-97,8 ммоль/л. ЭКГ от 20.07.2015: положение электрической оси сердца нормальное; ритм синусовый ЧСС 81 удар в минуту. МРТ головного мозга от 26.04.2012: МРТ признаки посттравматической энцефалопатии, рубцово-слипчивого арахноидита. МРТ головного мозга от 23.11.2014: на серии FLAIR, T1 и T2 взвешенных томограмм головного мозга получены изображения суб- и супратенториальных структур; срединные структуры не смещены; боковые желудочки мозга асимметричны, расширены, 3 и 4 желудочки обычной формы и размеров; субарахноидальные пространства (в т. ч. САП мозжечка) расширены по конвексальной поверхности лобно-теменной долей за счет атрофических изменений; по ходу Сильвиевых щелей небольшие ликворные кисты (до 3-4 мм в диаметре); базальные цистерны несколько расширены; дифференциация серого и белого вещества сохранена; очагового поражения вещества головного мозга не выявлено; МР-сигнал от подкорковых ядер не изменен; отмечается умеренное расширение периваскулярных пространств; супраселлярная цистерна не расширена; размеры гипофиза в пределах нормы, его ткань имеет обычный МР-сигнал; ствольные структуры и мозжечок в пределах нормы; мостомозжечковые углы без особенностей; краниовертебральный переход не изменен; миндалины мозжечка расположены на обычном уровне; придаточные пазухи и ячейки сосцевидных отростков развиты правильно; содержимое глазниц без особенностей; МР признаки посттравматического рубцово-слипчивого арахноидита, энцефалопатии; без динамики по сравнению с исследованием от 26.04.2012. РЭГ от 27.07.2015: объемное пульсовое кровенаполнение в бассейне ВСА значительно снижено, в бассейне ПА слева резко снижено, справа значительно снижено; коэффициент асимметрии 24,6%; эластические свойства магистральных артерий резко снижены; тонус резистивных сосудов резко повышен; тонус артерий мелкого калибра и артериол резко повышен; венозный отток резко затруднен, коэффициент асимметрии 12,3%. ЭЭГ от 27.07.2015: диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга по резидуально-органическому типу с вовлечением неспецифических срединных структур с латерализацией в левую гемисферу; снижение активности корковых функций; определяется снижение порога судорожной готовности в левой передне-височной области; трактовать в контексте клинических данных. УЗТС БЦА от 22.07.2015: БЦА визуализированы, проходимы, признаки атеросклеротических изменений БЦА: утолщение КИМ, гемодинамически незначимые стенозы ОСА, ВСА и НСА с обеих сторон; умеренно ускорен кровоток по ВСА справа, НСА слева; непрямолинейность хода ПА в канале поперечных отростков позвонков. Триплексное исследование брахиоцефальных сосудов на экстра- и интракраниальном уровне от 01.06.2015: дистальный отдел плечеголового ствола, проксимальные (до отхождения позвоночных артерий) сегменты подключичных артерий, общие сонные артерии на всем протяжении, наружные сонные артерии в проксимальных отделах, внутренние сонные артерии в экстракраниальных отделах, позвоночные артерии (сегменты VI и V2) визуализированы; комплекс интима-медиа в типичных для измерения местах утолщен до 1,1 мм, дифференцировка на слои на видимом протяжении утрачена, эхогенность повышена; в области проксимального участка правой и левой общей сонной артерии визуализированы плоские гетерогенные атеросклеротические бляшки, с четкими контурами со стенозированием просвета сосуда

около 35-40% по диаметру (по ECST); в области первого сегмента правой подключичной артерии визуализирована гетерогенная атеросклеротическая бляшка, с четкими контурами со стенозированием просвета сосуда около 35-40% по диаметру (по ECST); в области бифуркации правой общей сонной артерии с распространением в устье внутренней и наружной сонной артерии визуализирована гетерогенная атеросклеротическая бляшка, концентрическая с неровными контурами, гиперэхогенными включениями со стенозированием просвета бифуркации около 65-70%, устья ВСА и НСА около 25% по диаметру (по ECST); слева в области среднего участка левой ОСА с распространением в бифуркацию и ВСА определяется гипертрофированная неоинтима, гипозоногенная, с ровными краями, со стенозированием просвета сосуда около 35-40% по диаметру; скорости: характеристики кровотока и индексы периферического сопротивления в сонных артериях в пределах нормативных показателей; диаметр позвоночных артерий асимметричен за счет превалирования левой, скоростные параметры потока в пределах нормы, с допустимой асимметрией; скоростные параметры потока и индексы периферического сопротивления в средних, передних и задних мозговых артериях в пределах возрастных нормативных величин, с допустимой асимметрией; резерв вазодилатации уменьшен, резерв вазоконстрикции сохранен ($Kp+=1,15$ $Kp-=0,4$); в интракраниальном отделе (V4 сегмент) позвоночных артерий и в основной артерии скоростные характеристики кровотока и индексы периферического сопротивления в пределах нормы; эхографические признаки атеросклеротического стенозирующего поражения брахиоцефальных артерий с наличием бляшек в области бифуркации общей сонной артерии с распространением в устье ВСА и НСА справа (стеноз бифуркации 65-70%), первого сегмента правой подключичной артерии (стеноз 35-40%), плоских бляшек в дистальных участках правой и левой ОСА (стеноз 35-40%); гипертрофия неоинтимы ОСА-ВСА слева со стенозированием просвета сосуда около 35-40% по диаметру (без гемодинамических нарушений); «малый» диаметр правой позвоночной артерии; интракраниальный кровоток в пределах нормы; нарушение цереброваскулярной реактивности за счет резерва вазодилатации. Триплексное исследование на экстракраниальном уровне: признаки выраженного стенозирующего атеросклеротического поражения стенок брахиоцефальных артерий в виде значительного изменения интимы, осложненного образованием атеросклеротических бляшек в районе бифуркации с обеих сторон, причем слева гемодинамически значимых: стенозирование просвета более 70%; гемодинамически значимая асимметрия диаметров позвоночных артерий: синдром «малой позвоночной артерии» справа; отмечено выраженное нарушение геометрии позвоночных артерий с обеих сторон; признаки венозной дисциркуляции по позвоночной вене справа и слева, с акцентом до входа в костный канал. Интракраниальная доплерография от 22.07.2015: неудовлетворительная визуализация при транстемпоральном доступе; проведение функциональных проб с обеих сторон затруднено вследствие неудовлетворительной визуализации СМА. ПА V4 не визуализируется. ЭхоКС от 22.07.2015: гипертрофия миокарда левого желудочка; глобальная сократительная функция миокарда левого желудочка I типа; склероз корня аорты и створок АК и МК; регургитация на МК I степени; систоло-диастолическая асинхрония МЖП. УЗИ щитовидной железы от 22.07.2015: УЗ признаки узловых образований правой доли щитовидной железы. УЗИ органов брюшной полости от 22.07.2015: признаки незначительных диффузных изменений паренхимы печени и паренхимы поджелудочной железы (вероятнее всего за счет мелкозернистой структуры); мелкокистозное образование левой почки. ЭФГДС от 22.07.2014: хронический диффузный гастрит; дуоденогастральный дуоденит; недостаточность кардии. ПФИ от 24.07.2015: уменьшение объема внимания; снижение продуктивности умственной деятельности; инертность мыслительных процессов; астенизация; тревожно-мнительные сензитивные черты в структуре личности. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника от 18.07.2014: определяется выпрямление шейного лордоза, умеренно выраженное неравномерное (в

большей степени спереди) снижение высоты межпозвонковых дисков и субхондральный склероз на протяжении всего шейного отдела; заострение processus uncinatus C5 и C6; патологическая подвижность при проведении функциональных проб не выявляется; имеется выраженная неравномерность ширины рентгеновских суставных щелей и субхондральный склероз в межпозвонковых суставах; незначительно выраженные признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника; выраженный спондилоартроз. Рентгенография поясничного отдела позвоночника от 22.07.2014: незначительно выраженный левосторонний сколиоз, смещение L2 и L3 кзади на 0,4 см; грыжа Шморля на краниальной замыкающей пластинке L2; отмечается небольшое уплотнение теней дисков L2-3, L3-4, высота дисков не снижена; на L4 визуализируются начальные проявления обызвествления передней продольной связки; деструктивные и травматические изменения в поясничном отделе позвоночника не выявлены; рентгенологические признаки умеренно выраженных нарушений статики с наличием заднего псевдоспондилолистеза L2 и L3 в пределах 0,4 см; начальные проявления остеохондроза межпозвонковых дисков L2-3, L3-4 и деформирующего спондилеза на L4.

13. Заключение ВВК: а) Диагноз и причинная связь увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания: «Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде частых вторичногенерализованных тонико-клонических приступов (16.04.2015, 13.06.2015, 28.07.2015) на фоне дисциркуляторной энцефалопатии II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического), кистозно-слипчивого арахноидита с ликвородинамическими нарушениями, стойким цефалгическим, вестибуло-атактическим, астено-невротическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями, с умеренным нарушением функции. Гипертоническая болезнь II стадии. Ишемическая болезнь сердца, атеросклеротическая болезнь сердца, ХСН I (ФК II NYHA). Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость IV степени. Хронический гастродуоденит, ремиссия, с незначительным нарушением функции. Мелкая ангиомиолипома правой почки без нарушения функции. Мочекаменная болезнь, мелкий конкремент правой почки, микролиты обеих почек без нарушения функции. Киста левой почки (9x6 мм) без нарушения функции. Пигментные невусы, не затрудняющие ношение форменной одежды. Диффузный узловый зоб, эутиреоз. Хронический бронхит, ДН 0. Остеохондроз шейного, поясничного отделов позвоночника без нарушения функции. Окрепший рубец шеи слева после операции (14.10.2014) каротидной эндартерэктомии слева по поводу стеноза левой ОСА ВСА. Консолидированный перелом правой лучевой кости после операции 23.10.2002: наложение аппарата Иллизарова; 25.10.2002: открытой репозиции металлоостеосинтеза; 12.2002: удаление металлоконструкции по поводу закрытого внутрисуставного оскольчатого перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков, без нарушения функции. Отсутствие пяти зубов, не удаленные корни трех зубов», - заболевание получено в период военной службы. Д - не годен к службе в органах внутренних дел. Не годен к поступлению на службу по контракту. «Миопия слабой степени, сложный миопический астигматизм слабой степени обоих глаз», - общее заболевание. А - годен к службе в органах внутренних дел, степень ограничения 1. б) Категория годности к службе (военной службе): На основании статьи 21 «а», 24 «б», 43 «б», 44 «в», 40 «б», 59 «в», 10 «б», 72 «г», 80 «в», 66 «г» графы III расписания болезней (приложение N 1 к Инструкции, утвержденной приказом МВД России от 14.07. 2010 г. N 523) Д - не годен к службе в органах внутренних дел. Не годен к поступлению на службу по контракту. Необходимо предоставить освобождение от исполнения служебных обязанностей на срок до дня исключения из списков личного состава органов внутренних дел. 14. В сопровождающем не нуждается».

Из справки № 1031 военно-врачебной комиссии МВД ГУВД РФ х области от 26.02.2003 г., за подписью председателя ВВК, печатью (л. д. 19) следует: «Выдан х вн. Службы х Игорю Александрович, х года рождения в том, что он находился на стационарном лечении в травматологическом отделении № 2 БСМП № 1, поликлинике

ГУВД РО с 04 октября 2002 г. по 16 января 2003 г. по поводу: Закрытого внутрисуставного перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением, открытой репозиции МОС от 25.10.2002 г. В соответствии с разделом 1. Перечня, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 855, относится к травма тяжелая...Травма при исполнении служебных обязанностей (упал, поскользнувшись на улице по пути в суд)».

Из акта № 393 о несчастном случае на производстве, утвержденного начальником УГПС МЧС России по х области В. А. х 07.10.1002 г., за подписью председателя и членов комиссии (л. д. 20-21) следует: «1. Дата и время несчастного случая: 04 октября 2002 года около 15-00 часов, количество полных часов с начала работы 6 полных часов. 2. Организация, где произошел несчастный случай: УГПС МЧС России по х области г. х, ул. М. Горького, 206. Наименование цеха, участка – остановка трамвая № 10 «Доломановский», расположенная в г. на пересечении улицы М. Горького и переулка Доломановский. 3. Комиссия проводившая расследование: Заместитель - х Н.И., зам начальника ОСП УГПС х области; Члены комиссии: - х Ю.В., начальник отделения ОСП УГПС х области; - х В.А., ст. инспектор ОСП УГПС х области. 4. Организация, направившая работника: УГПС области. 5. Сведения о пострадавшем: Фамилия, имя, отчество: х Игорь Алексеевич. Пол: мужской. Возраст: 14.01.х года рождения, 41 год. Профессия (должность): подполковник вн. службы, старшин юрисконсульт группы правового обеспечения УГПС области. Стаж работы, при выполнении которой произошел несчастный случай: в ГПС с 26.11.1991 - общий стаж: 10 лет 10 месяцев; в должности с 23.03.1997 - стаж: 05 лет 6 месяцев. 6. Проведение инструктажей и обучения по охране труда: инструктаж – Вводный инструктаж на рабочем месте 26.11.1991 г. Инструктаж на рабочем месте: (первичный, повторный, целевой) по профессии ил ввиду работы, при выполнении которого произошел несчастный случай - 23.03.1997. Обучение по профессии или виду работы, при выполнении произошел несчастный случай - 2002 год. 3. Описание обстоятельств несчастного случая: В 14-00 часов 04.10.2002 года начальник группы правового обеспечения УГПС х области полковник вн. службы х С.Н. направил старшего юрисконсульта группы правового обеспечения УГПС х области подполковника вт. службы х И. А. к мировому судье судебного участка Ленинского района г. х (ул. х, 9) гос. х И. М. с целью получения исковых заявлений личного состава 6 ОГПС х области и проведения консультаций о подготовке к предстоящим судебным заседаниям. Выполняя поручение, х И. А. сел на трамвай маршрута №10 на остановке «х» и проследовал на нем до остановки «х». Около 15-00 часов, при попытке перепрыгнуть лужу, преграждавшую дальнейший путь следования от остановки «Доломановский» к судебному участку, х И.А. поскользнулся на крайней рельсовой нитке и упал навзничь. Падая, х И.А. свободной правой рукой попытался смягчить падение, в результате чего получил закрытую травму правой руки. Пострадавший испытывал сильную боль в поврежденной руке. Однако, видя, что его форма испачкана, вынужден был заехать домой и переодеться. Дома женой х И.А. на место травмы была наложена временная шина. После этого он обратился в травматологический пункт МАИ УЗ «Городская больница №1», где ему была оказана медицинская помощь, поставлен диагноз: «закрытый перелом правой лучевой кости со смещением» и выдана справка о первичном обращении №14602.

В этот же день в поликлинике медотдела ГУВД х области пострадавшему, взамен справки МЛПУЗ «Городская больница №1» №10470, был выдан листок освобождения от служебных обязанностей по временной нетрудоспособности №14602. Вид происшествия 19. Прочие. Причины несчастного случая 23. Прочие. Оборудование, использование которого привело к травме: не использовалось. Нахождение пострадавшего в состоянии алкогольного или наркотического опьянения: нет. Медицинское заключение о диагнозе повреждения здоровья: закрытый перелом правой лучевой кости со смещением. 8. Лица, допустившие нарушение государственных нормативных требований по охране труда: н

установлены. 9. Очевидцы несчастного случая: начальник группы правового обеспечения УГПС х области полковник вн. службы х С. Н. ...».

Из заключения служебной проверки по факту травмы, полученной при и служебных обязанностей х внутренней х Игорем Алексеевичем, старшим юрисконсультom УГПС х области, утвержденного начальником УГПС х области А. В. х, (день не указан – примечание эксперта) февраля 2003 года (л. д. 22) следует: «Мною, инспектором ОСО УГПС х область; майором вн. службы х Татьяной Александровной, проведена служебная проверка по факту получения травмы при исполнении служебных обязанностей старшим юрисконсультom УГПС х области подполковником внутренней службы х Игорем Алексеевичем (А-016187), 1961 года рождения, русского, образование высшее, в 1984 году окончил х институт инженеров железнодорожного транспорта, в 1997 году х-на-х Государственный университет, в органах внутренних дел с 26 декабря 1985 года, в занимаемой должности с 23 сентября 1997 г. В ходе проведения проверки установлено: 04 октября 2002 года в 14 часов 00 минут начальник группы правового обеспечения УГПС х области полковник х С. Н. направил старшего юрисконсульта УГПС х области подполковника внутренней службы х на Игоря Алексеевича к мировому судье судебного участка Ленинского района г. х (ул. Пушкинская, д. 9) гос. х И. М. с целью получения исковых заявлений личного состава БОПС х области и проведения консультации по подготовке к предстоящим судебным заседаниям. Выполняя поручение, х И. А. сел на трамвай маршрута №10 на остановке «х» и проследовал на нем до остановки «х». Около 15-00, при попытке перепрыгнуть лужу, преграждавшую дальнейший путь следования от остановки к судебному участку, х И. А. поскользнулся на рельсовой нитке и упал навзничь. Падая, он попытался свободной правой рукой смягчить падение, в результате чего получил закрытую травму правой руки. Пострадавший испытывал сильную боль в руке, однако, видя, что его форменная одежда была испачкана в результате падения, вынужден был поехать домой и переодеться. Дома жена х И. А. наложила на поврежденную руку временную шину. В 16 час. 00 минут он обратился в травматологический пункт МЛПУЗ «Городская больница №1», где ему была оказана медицинская помощь и поставлен диагноз: «закрытый перелом правой лучевой кости со смещением». х И. А. выдали справку о первичном обращении №10470 от 04.10.2002 года. Согласно этой же справки х И. А. при обращении за медицинской помощью был без признаков алкогольного либо наркотического опьянения. В этот же день в поликлинике медотдела ГУВД х области пострадавшему был выдан листок освобождения от служебных обязанностей по временной нетрудоспособности №14602, взамен ранее выданной справки МЛПУЗ «Городская больница №1». На основании вышеизложенного - полагаю: 1. Служебную проверку по факту получения травмы при исполнении служебных обязанностей старшим юрисконсультom группы правового обеспечения УГПС х области подполковником внутренней службы х Игорем Алексеевичем считать оконченной. 2. Травму старшего юрисконсульта группы правового обеспечения УГПС х области подполковника внутренней службы х Игоря Алексеевича считать полученной в период прохождения службы при исполнении служебных обязанностей».

Из заключения служебной проверки по установлению факта причинения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. х Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х Игорю Алексеевичу, утвержденного начальником ГУ МЧС России по х области 20.03.2015 г. (л. д. 23) следует: «х Игорь Алексеевич, 1961 года рождения, образование высшее, в 1984 году окончил х институт инженеров железнодорожного транспорта, в 1997 окончил юридический факультет х государственного университета, х отдела Главного управления МЧС России по х области, в должности с 01 января 2005 года, в ППС МЧС России (МВД России, МВД СССР) с 26 декабря 1985 года, х внутренней службы. Комиссией в составе: Председателя комиссии -

заместителя руководителя Главного управления МЧС России по х области х Виктора Кузьмича; Членов комиссии: заместителя начальника отдела воспитательной работы и психологического обеспечения управления кадров, воспитательной работы, профессиональной подготовки и психологического обеспечения: Главного управления МЧС России по х области подполковника внутренней службы х Спартака Вячеславовича; начальника отдела медицинского обеспечения, охраны труда управления и материальнотехнического обеспечения Главного управления МЧС России по х области подполковника внутренней службы х Александра Семёновича; главного специалиста отдела медицинского обеспечения, охраны труда управления материально-технического обеспечения Главного управления МЧС России по х области х Сергея Николаевича проведена проверка на основании: рапорта полковника внутренней службы х И. А. от 11.03.2015 с просьбой об установлении факта причинения ему закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. по (распоряжению) начальника: Главного управления МЧС России по х области генерал-майора внутренней службы х Валерия Геннадьевича. С 12.03.2015 по 20.03.2015 проведена служебная проверка по установлению факта причинения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного управления МЧС России по х области, х внутренней службы х И.А.:...На основании исследованных документов, а также того обстоятельства, что истории болезни х И. А., ведение которой осуществляется поликлиникой МСЧ Главного управления МВД России по х области непрерывно с начал поступления его на службу и по настоящее время, не имеется записей о других полученных им черепно-мозговых травмах, кроме травмы, полученной 04.10.2002 следует считать установленным факт получения х И.А. закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга 04.10.2002 при исполнении им служебных обязанностей. На основании вышеизложенного, предлагается: 1. Служебную проверку по установлению факта получения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х И.А. считать оконченной. 2. Считать установленным факт получения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х И.А.».

Из заключения служебной проверки по установлению факта получения травмы головы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х Игорем Алексеевичем, утвержденного начальником ГУ МЧС России по х области в 26.03.2014 г. (л. д. 24-25) следует: «...С 05.03.2014 по 25.03.2014 года проведена служебная проверка по установлению факта получения травмы головы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х И. А. В результате служебной проверки установлено: х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х И.А. обратился с рапортом от 04.03.2014 об установлении факта получения им х головы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002. В своём рапорте х И. А. поясняет, что: «4 октября 2002 года мною при исполнении служебных обязанностей была получена тяжёлая травма, которая признана таковой военно-врачебной комиссией ГУВД х области (справка ВВК ГУВД х № 1031 от 23.02.2003). Травма была получена в результате падения навзничь на трамвайное полотно. Данные обстоятельства установлены и подтверждены Актом формы Н-1 о несчастном случае от 07.10.2002 г. № 393 и заключением служебной проверки, утверждённым в феврале 2003 года. При получении травмы, помимо осложнённого перелома правой руки, также имел место и удар головой об рельсовую нитку. Однако во время первичного обращения при оказании медицинской помощи в травматологическом пункте МДПУЗ «Городская больница № 1», вследствие сильной боли

в руке и при явных признаках её тяжёлого повреждения, удар головой, последствия которого в тот момент были не так заметны, остался без внимания. По поводу травмы головы я обратился к невропатологу поликлиники МСЧ ГУВД х области 11 октября 2002 года, о чём в моей истории болезни имеется соответствующая запись. Поскольку мне была оказана медицинская помощь в связи с травмой руки, которая имела тяжёлый, характер и являлась достаточным самостоятельным основанием для освобождения от служебных обязанностей (а в последующем, также и выплаты по обязательному государственному страхованию), а обращение по поводу травмы головы имело место уже после составления акта о несчастном случае, в заключении служебной проверки не нашло отражение обстоятельство травмы головы. В дальнейшем наличие ранее полученной травмы головы было установлено магнитно-резонансной томографией головного мозга, проведённой в отделении лучевой диагностики МБУЗ «ГБСМП г. х наблюдением врачей-неврологов госпиталя и поликлиники МСЧ ГУ МВД по х области, о чём также имеются соответствующие заключения и записи в моей истории болезни». Учитывая изложенное, х И. А. просит назначить служебную проверку на предмет установления факта получения им 04.10.2002 травмы головы при исполнении служебных обязанностей. В целях настоящей служебной проверки исследован и приобщён к её материалам ряд документов, имеющих отношение к предмету проверки. В истребованной из поликлиники МСЧ Главного управления МВД России по х области истории болезни х И.А. содержится запись невролога, датированная 11.10.2002: «Жалобы: на головную боль во II половине дня, 4/X-02 г. в 15-00 во время работы получил травму, перелом пр. руки, ударился затылком о рельсы, без выключения сознания, однократная рвота, подташнивание. Обратился к травматологу. DS: данных за ЗЧМТ СГМ на момент осмотра нет». Согласно справке № 1031 от 26.02.2003 военно-врачебной комиссии ГУВД х области, выданной «х вн. службы х Игорю Алексеевичу 1961 года рождения в том, что находился на стационарном (амбулаторном) лечении в травматологическом отделении № 2 БСМП № I, поликлинике ГУВД х с 4 октября 2002 г по 16 января 2003 г. по поводу закрытого внутрисуставного перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением, открытой репозиции МОС от 25.10.2002 г., травма при исполнении служебных обязанностей (упал, поскользнувшись на улице по пути в суд)». Актом формы Н-1 о несчастном случае от 07.10.2002 № 393 установлены дата и время несчастного случая - 04 октября 2002 года около 15-00 часов, а также его место - остановка трамвая № 10 «Доломановский», расположенная в г. х на пересечении улицы М. Горького и переулка Доломановский. Заключение служебной проверки, утверждённым в феврале 2003 года начальником управления Государственной противопожарной службы х области полковником внутренней службы х А.В., установлено: 04 октября 2002 года в 14 часов 00 минут начальник правового обеспечения У ГПС х области полковник х С.Н. направил старшего юриста УГПС х области подполковника внутренней службы х Игоря Алексеевича к мировому судье судебного участка Ленинского района г. х (ул. х, д. 9) гос. х И.М. с целью получения исковых заявлений личного состава 6-ОГПС х области и проведения консультации по подготовке к предстоящим судебным заседаниям. Выполняя поручение, х И.А. сел на трамвай маршрута № 10 на остановке «х» и проследовал на нем до остановки «х». Около 15-00, при попытке перепрыгнуть лужу, преграждавшую дальнейший путь следования от остановки к судебному участку, х И.А. поскользнулся на рельсовой нитке и упал навзничь. Падая, он попытался свободной правой рукой смягчить падение, в результате чего получил закрытую травму правой руки. Пострадавший испытывал сильную боль в руке, однако, видя, что его форменная одежда была испачкана в результате падения, вынужден был поехать домой и переодеться. Дома жена х И.А. наложила на поврежденную руку временную шину. В 16 час. 00 минут он обратился в травматологический, пункт МЛПУЗ «Городская больница №1», где ему была оказана медицинская помощь и поставлен диагноз: «закрытый перелом правой лучевой кости со смещением», х И.А. выдали справку о первичном обращении №10470 от 04.10.2002 года.

Согласно этой же справке х И.А. при обращении за медицинской помощью был без признаков алкогольного либо наркотического опьянения. В этот же день в поликлинике медотдела ГУВД х области пострадавшему был выдан листок освобождения о служебных обязанностях по временной нетрудоспособности №14602, взамен ранее выданной справки МЛПУЗ «Городская больница №1». В резолютивной части данного заключения служебной проверки указано: «2. Травму старшего юрисконсульта группы правового обеспечения УГПС х области подполковника внутренней службы считать полученной в период прохождения службы при исполнении служебных обязанностей». В ходе настоящей проверки были получены объяснения от бывших сослуживцев х И.А. граждан х Романа Анатольевича, х Ивана Ивановича, а также супруги х И.А. - х Галины Леонтьевны. В своём объяснении гражданин х Р.А. пояснил, что: «В 2002 году я проходил службу в Государственной противопожарной службе и работал вместе с х И.А. в группе правового обеспечения управления Государственной противопожарной службы х области. Когда с х И.А. произошёл несчастный случай, я находился на своём рабочем месте в здании УГПС по ул. М. Горького, 147. Мне позвонила его жена, которая сообщила, что х И.А. получил серьёзную травму, находится в травмпункте городской больницы № 1 («ЦГБ» на х проспекте) и попросила меня помочь ему. Я доложил об этом начальнику правового группы обеспечения х внутренней службы х Сергею Николаевичу, и он направил меня в больницу к хх И. А. Когда я прибыл в травмпункт, х И.А. ещё оказывали медицинскую помощь. Вышел он с загипсованной рукой и рассказал, что по дороге в суд, где должен был представлять интересы УГПС, поскользнулся на трамвайных путях и неудачно упал, ударившись головой и поломав правую руку, которую ему вправили и наложили гипс. На мой вопрос, что с рукой - понятно, а как с головой, х И.А. ответил, что голова гудит и немного кружится. Он показал ушибленное место на голове. Там была довольно большая «шишка». Я сопровождал х И.А. до его дома, который расположен не так далеко от ЦГБ. Он шёл, пошатываясь, и я поддерживал его за здоровую руку. Временами он морщился и мотал головой. По пути сказал, что его тошнит, остановился возле дерева, его вырвало. На вопрос, не требуется ему медицинская помощь, он ответил отрицательно. х И.А. я довёл до самой его квартиры, передал «с рук на руки» его жене Галине. Я посоветовал ей обратиться к врачу по поводу возможного сотрясения мозга у её мужа и вернулся на своё рабочее место. Позже х И.А. потребовалась операция на руке и мы с х С.Н. навещали его в больнице. Тогда и потом, когда он уже вышел на службу, я, естественно, интересовался его самочувствием. И он говорил, что часто стала болеть голова. Примерно через год после травмы, стал пользоваться слуховым аппаратом. Почти каждый год после травмы его направляли на лечение в госпиталь ГУВД х области». В своём объяснении гражданин х Иван Иванович поясняет, что «во время получения травмы х И.А. он состоял в должности заместителя начальника Центра управления силами Государственной противопожарной службы х области (далее - ЦУС). В службу пожарной связи «01» ЦУС поступило сообщение от начальника юридической группы полковника вн. службы х Сергея Николаевича о том, что старшим юрисконсультом УГПС майором внутренней службы х И.А. в рабочее время при исполнении возложенных на него обязанностей по службе получена травма, он находится в лечебном учреждении, где ему оказывается медицинская помощь. В этот же день, в ходе уточнения оперативной информации по получению травмы сотрудником мне стало известно от майора вн. службы х Романа Анатольевича, что во время сопровождения х И.А. из травматологического пункта, была уточнена информация о полученной травме, а именно: была сломана рука и получена травма головы, а во время сопровождения ему было плохо, боли в голове и его рвало. В дальнейшем, когда х И.А. вернулся на службу после лечения, стало заметно, что он стал хуже слышать. Еще через какое-то время, где-то спустя, х И.А. стал носить слуховой аппарат, при этом жаловался на головные боли, и неоднократно ложился на лечение в госпиталь ГУВД РО». В своём объяснении х Галина Леонтьевна, жена х И.А. поясняет, что «в октябре 2002 года мой муж х Игорь Алексеевич, находясь на работе,

получил травму. Весь тот день я находилась дома по указанному выше адресу, потому что была больна и освобождена от своей работы по больничному листку. Во второй половине дня позвонили в дверь нашей квартиры. Я очень плохо себя чувствовала, лежала в постели с высокой температурой, но пришлось встать и открыть дверь. Это был муж, хотя у него был свой ключ от двери. Когда он вошёл, я поняла, что с ним случилось неладное и сам он дверь открыть не смог. Его форменная одежда была запачкана и мокрая. Подмышкой он держал испачканную фуражку и одновременно поддерживал той же рукой другую руку. Он сообщил, что, похоже, сломал руку. И это было и так явно видно. Он рассказал, что неудачно упал на рельсах трамвая, а домой зашёл, чтобы переодеться, и потому, что это все равно по пути в городскую больницу № 1. Когда я помогала ему переодеться и случайно задела его голову, он отдернулся и простонал, объяснив, что при падении он ушиб и голову. Я осмотрела его голову и увидела на ней большую гематому. Я положила ему холодный компресс на голову и сделала временную шину для поломанной руки из двух деревянных линеек. Я хотела идти с ним в травматологический пункт, но он категорически запретил мне сопровождать его, сказав, что я больная, а он сам нормально дойдёт. Он ушёл, а я позвонила его товарищу по службе х Роману и попросила помочь. Когда муж вернулся домой в сопровождении Чайникова, тот сообщил, что по дороге мужу было, плохо, его рвало. Расспросив мужа, я х, что в травмпункте ему была оказана только помощь по поводу осложнённого смещением кости перелома руки, а по поводу травмы головы муж врачу ничего не сказал. Как медицинскому работнику мне были очевидны признаки сотрясения головного мозга - головная боль, рвота, шум в ушах, головокружение. Я настаивала поехать в БСМП № 2 к неврологу, но супруг сказал, что очень плохо себя чувствует, что сильно болят рука и голова и он лучше полежит, а к неврологу обратится в поликлинике ГУВД, когда пойдет к травматологу по поводу перелома руки и оформления больничного листа. Следующие два дня были выходными, в понедельник он пошёл на приём к травматологу, а к неврологу не попал. По поводу травмы головы он посетил невролога лишь примерно через неделю. В последующие дни после контрольного рентгеновского исследования выяснилось, что кость руки срастается неправильно. Муж был направлен в травматологическое отделение горбольницы № 1, где ему были проведены последовательно две операции с установкой аппарата Илизарова и штифта. В дальнейшем, после полученной травмы состояние здоровья мужа стало заметно ухудшаться: появились головные боли, на которые раньше он практически не жаловался, бессонница, внешне беспричинная раздражительность, повышенная утомляемость и почти постоянное головокружение. У мужа стал необратимо понижаться слух и через год после травмы пришлось прибегнуть к приобретению дорогостоящего слухового аппарата, затем с течением времени ещё дважды заменять слуховые аппараты на более дорогие и мощные. Регулярное стационарное и амбулаторное лечение давало и даёт в настоящее время лишь частичное и временное улучшение самочувствия». На основании исследованных документов, свидетельств опрошенных граждан, а также того обстоятельства, что в истории болезни х И.А., ведение которой осуществляется поликлиникой МСЧ Главного управления МВД России по х области непрерывно с начала поступления его на службу и по настоящее время, не имеется записей о других полученных им черепно-мозговых травмах, кроме травмы, полученной

04.10.2002, следует считать установленным факт получения х И.А. травмы головы 04.10.2002 при исполнении им служебных обязанностей. На основании вышеизложенного, предлагается: 1. Служебную проверку по установлению факта получения травмы головы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х И.А. считать оконченной. Считать установленным факт получения травмы головы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного Управления МЧС России по х области х внутренней службы х И. А.».

Изучен запрос «О дополнительной служебной проверке» от ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по х области» № 40/1623 от 17.08.2015 г. на имя начальника ГУ МЧС России по х области генерал-майора внутренней службы В. Г. х, за подписью начальника ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по х области» (л. д. 26).

Из заключения дополнительной служебной проверки по установлению факта причинения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х Игорю Алексеевичу, утвержденного начальником ГУ МЧС России по х области 20.08.2015 г. (л. д. 27) следует: «...С 18.08.2015 по 20.08.2015 проведена дополнительная служебная проверка по установлению факта причинения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х И.А. В результате дополнительной служебной проверки установлено: 17.08.2015 в Главное управление МЧС России по х области поступило письмо начальника Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по х области» (ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области») х внутренней службы х Виктора Константиновича от 17.08.2015 г. № 40/1623 «О дополнительной служебной проверке», в котором сообщается, что: «на ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» прибыл х внутренней службы х Игорь Алексеевич, 1961 года рождения, х х отдела ГУ МЧС России по х области для определения категории годности к службе в связи с предстоящим увольнением. Заключение служебной проверки по факту получения травмы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002, утвержденного 26.03.2014 начальником ГУ МЧС России по х области, актом судебно-медицинского освидетельствования № 6287 ГБУ х Бюро судебно-медицинской экспертизы х области от 05.03.2015, заключением служебной проверки по установлению факта закрытой черепномозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2012, утвержденного 20.03.2015 начальником ГУ МЧС России по х области, установлено, что первичные медицинские документы, подтверждающие факт получения х И.А. закрытой черепно-мозговой травмы 04 октября 2002 года и факт получения им лечения травмы отсутствуют. В представленной х И.А. медицинской карте амбулаторного больного имеется запись невролога от 11.10.2002 поликлиники Медицинского отдела ГУВД х области о том, что данных за ЗЧМТ, сотрясение головного мозга на момент осмотра нет. Заключение судебно-медицинского эксперта в акте судебно-медицинского освидетельствования № 6287 от 20.11.2014 обнаружена черепномозговая травма в виде сотрясения головного мозга, которая причинена в результате ударного воздействия твердого тупого предмета возможно 04.10.2002. Указанное обстоятельство не может быть принято ВВК во внимание, так как вынесено при заочном освидетельствовании и не подтверждено медицинскими данными первичного осмотра неврологом. Учитывая отсутствие подтвержденного медицинскими документами факта закрытой черепно-мозговой травмы, полученной х И.А. 04 октября 2002 года, Военноврачебная комиссия не может вынести заключение о факте получения закрытой черепномозговой травмы в виде сотрясения мозга. Принимая во внимание вышеизложенное, просим Вас рассмотреть вопрос о проведении дополнительной служебной проверки по факту получения х х отдела ГУ МЧС России по х области х внутренней службы х И.А. травмы при исполнении служебных обязанностей 04 октября 2002 года». Рассмотрев и дополнительно проверив обстоятельства, изложенные в письме от 17.08.2015 № 40/1623 «О дополнительной служебной проверке», комиссия находит: В тексте письма содержится неверно указанная дата, выделенная выше курсивом, а именно: «04.10.2012» вместо «04.10.2002». Очевидно, что в данном случае имеет место техническая ошибка. В письме 17.08.2015 № 40/1623 «О. дополнительной служебной проверке» содержится просьбапредложение о рассмотрении вопроса «о проведении

дополнительной служебной проверки по факту получения х х отдела ГУ МЧС России по х области х внутренней службы х И.А. травмы при исполнении служебных обязанностей 04 октября 2002 года». В буквальном понимании данной фразы ставится под сомнение само событие Травмирования х И. А. при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002. Однако по смыслу полного текста письма 17.08.2015 № 40/1623 имеется в виду проведение дополнительной служебной проверки по поводу установления факта получения х И.А. закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002. Целью настоящей дополнительной служебной проверки является дополнительные проверка и оценка обстоятельств, связанных с установлением факта получения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х И.А. Факт получения травмы х И.А. 04.10.2002 при исполнении служебных обязанностей установлен и подтвержден Актом формы Н-1 о несчастном случае от 07.10.2002 № 393, заключением служебной проверки, утверждённым в феврале 2003 года, справкой ВВК ГУВД РО № 1031 от 26.02.2003, в которой указано - закрытый внутрисуставчатый перелом дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением, открытой репозиции МОС от 25.10.2002, травма тяжелая. Указанные документы имеются также в материалах служебной проверки, утверждённой 26.03.2014. При этом не был установлен и подтвержден первичными медицинскими документами факт закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга, предположительно полученной тогда же. К неврологу по поводу травмы головы х И. А. обратился 11.10.2002, то есть неделю спустя после события травмирования, о чем в медицинской карте амбулаторного больного имеется запись, что данных за ЗЧМТ, сотрясение головного мозга на момент осмотра нет. Учитывая доводы Военно-врачебной комиссии ФКУЗ «МЧС МВД России по х области», являющейся организацией, специально уполномоченной на проведение военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в отношении сотрудников федеральной противопожарной службы Государственной противопожарной службы МЧС России, об отсутствии первичных медицинских документов, подтверждающих факт получения х И. А. закрытой черепно-мозговой травмой в виде сотрясения головного мозга 04.10.2002 г. и факт получения им лечения по поводу черепно-мозговой травмы, не представляется возможным полагать установленным факт получения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга 04.10.2002. На основании вышеизложенного, предлагается: 1. Дополнительную служебную проверку по установлению факта получения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х И. А. считать оконченной. 2. Факт получения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х И. А. считать неустановленным. 3. Считать утратившими силу вывод заключения служебной проверки, утвержденной 20.03.2015, по установлению факта причинения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х Игорю Александровичу».

Из протокола № 5056 МРТ головного мозга МБУЗ «ГБСМП г. х от 26.04.2012 г., за подписью врача (л. д. 28) следует: «Ф. И. О. х И. А., 1961 г. р...Заключение: МРТ-признаки посттравматической энцефалопатии, рубцово-слипчивого архаидита».

Из выписки из медицинской карты стационарного больного № 1169 Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 28.04.2012 г. за подписью леч. врача, нач. отд. к. м. н., зам. нач. госпиталя (л. д. 29) следует: «Ф. И. О. х Игорь Алексеевич. Возраст х г. р...Находился на лечении и обследовании во 2-м терапевтическом отд. с 13.04.2012 г. по 28.04.2012 г. Диагноз основной: Гипертоническая болезнь II ст.

(ангиопатия сетчатки, склероз аорты, АК, МК, гипертрофия миокарда левого желудочка, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка 1 типа). Дислипидемия. Риск 3. Диагноз соп.: Смешанная (атеросклеротическая, гипертоническая) Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. с открытой формой гидроцефалии с умеренной вестибуло-мозжечковой атаксией. Посттравматический кистозно-слипчивый лептоменингит. Астенический синдром. Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия высокой степени (пользуется слуховым аппаратом) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит 1 ст. Хронический гастрит. Жалобы при поступлении: чувство жара в лице, снижение зрения «дымка» перед глазами, повышение АД до 190/120 мм. рт. ст., провоцируется психоэмоциональным, физ. нагрузке, ощущение сердцебиений, нарушение сна (засыпания), дневная сонливость, головокружение, снижение слуха на оба уха, изжога, усиливающаяся в горизонтальном положении, после еды, судороги в икроножных мышцах. История заболевания: Колебание АД в течение 5 лет. С 2006 г. регулярно лечится у невролога по поводу ДЭ 2 ст., декомпенсации с выраженным астеноцефалгическим синдромом. Соп.: Хроническая двусторонняя смешанная аудиосенсоневропатия. Гипертоническая болезнь 2 ст. Риск 3. ХСН 0. (выставлен с 2009). Постоянно принимает гипотензивные препараты. Ухудшение самочувствия в течение месяца, связывает с повышенными психоэмоциональными нагрузками. Госпитализирован в ТО-2 для лечения (курса плановой терапии) АД 160/100, 150/100, 140/100, 140/90 мм. рт. ст...».

Из выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного № 2493 ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» госпиталь неврологическое отделение, за подписью леч. врача, нач. отделения, зам. нач. госпиталя по леч. работе, печать (л.

д. 30) следует: «Ф. И. О.: х Игорь Алексеевич. Год рождения 1961. Место работы: ГУ МСЧ России по РО... Находился на обследовании и лечении с 17.08.12 г. по 06.09.12 г. Диагноз основной: Гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с открытой формой гидроцефалии, посттравматическим рубцово-слипчивым арахноидитом, состояние декомпенсации с выраженным астено-цефалгическим синдромом с гипертензионно-цефалгическими приступами, умеренной стойкой вестибуло-мозжечковой атаксией (167.4). Диагноз сопутствующий: Хроническая двусторонняя смешанная форма сенсоневральной тугоухости (Н93.3). Гипертоническая болезнь II стадии (ангиопатия сетчатки, склероз аорты, створок АК, МК, гипертрофия миокарда левого желудочка), риск 3, ХСН0 (III). Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит I ст. (K21.0). Жалобы: при движении - головокружение с тошнотой и неустойчивостью равновесия; раздражительность по пустякам, сонливость днем и бессонница по ночам, снижение памяти на текущие события, рассеянность внимания, быстро устает от любой работы; постоянный шум в ушах и голове, головная боль до 4 дней в неделю разной интенсивности и длительности. История болезни Амбулаторное лечение у невролога поликлиники МСЧ проводилось в 2006 году по поводу жалоб на «головную боль в теменно-височной области с головокружением и шумом в голове, снижение памяти, нарушение сна, ухудшение слуха» по диагнозу «ДЭП II с хронической ВБН, пирамидной недостаточностью, вестибуло-атаксией», по разу в 2008-2010 годах по тому поводу с лечением в нашем отделении по диагнозу «атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия II стадии, состояние декомпенсации с выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренной вестибуло-мозжечковой атаксией», в мае 2012 года (без л/н) и 9 дней в июне месяце в связи с вышеуказанной симптоматикой без заметного эффекта; обследован. Поступил на лечение. ВУТ за последние 12 месяцев - 49 дней (40 - у терапевта по ОРЗ и ГБ), по последнему случаю - 0 дней... Неврологический статус: черепные нервы функционируют нормально. Объем движений полный, сила мышц 5 баллов, D=S. Мышечный тонус диффузно снижен. При движении - вестибуло-мозжечковая атаксия. Сухожильные рефлексы с рук + D=S (угнетены), коленные - ++ S>D (диссоциация по оси тела), положительная проба Шильдера слева,

асинергия Бабинского, симптом Вартенберга слева. В позе Ромберга качается, ПНП, КПП выполняет с легкой гиперметрией. Чувствительных, вегетативных расстройств нет. Эмоциональная лабильность, амнезия фиксации, гипопрозеция. АД = 140/90 мм. рт. ст. (при постоянном приеме гипотензивных препаратов)...ЭКГ 17.08.12 г.- положение электрической оси сердца – отклонена влево. Ритм синусовый, правильный 74 в 1 минуту. Блокада левой передней ветви п. Гиса. Гипертрофия левого желудочка. РЭГ от 20.08.2012 г. – Объемное пульсовое кровенаполнение слева в норме, справа значительно снижено. Эластические свойства магистральных артерий слева резко снижены, справа значительно снижены. Тонус резистивных сосудов слева умеренно повышен, справа значительно снижен. Венозный отток в пределах нормы. ЭЭГ от 20.08.12 г. – Легкие диффузные изменения биоэлектрической активности мозга с признаками вовлечения срединных структур. Пароксизмальная активность не зарегистрирована. Межполушарная асимметрия не прослеживается...МРТ головного мозга № 5056 от 26.04.12 г. (ГБСМП г. х-х) – желудочки мозга умеренно расширены, боковые – асимметричны. Субарахноидальные пространства конвекса и мозжечка умеренно расширены. Конвекситальные борозды – углублены, по их ходу определяются множественные мелкие ликворные кисты в диаметре до 4 мм. При 3D TOF-MP ангиографии – патологии крупных артериальных сосудов не выявлено. Заключение: признаки посттравматической энцефалопатии, рубцово-слипчивого арахноидита....Состояние при выписке удовлетворительное, самочувствие улучшилось в отношении степени выраженности астено-цефалгических проявлений болезни. 21.08, 30.08, 03.09, отмечаются приступы головной боли гипертензионного характера при вынужденном положении в постели, брадикардии, HNs I степени, анизорефлексии (коленные рефлексы +++ S>D) с появлением симптома Бабинского слева с продолжительностью приступа до 7 часов. Неврологический аспект тот же. ВК проведена 31.08.12. (№2458), заключившая продлить лечение по 06.09.12....».

Из выписки из медицинской карты стационарного больного № 2883 госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области», за подписью леч. врача, нач. отд., зам. нач. госпиталя по леч. работе, печать (л. д. 31) следует: «Ф.И.О. х Игорь Алексеевич. Возраст: 1961 г.р....Находился на стационарном лечении и обследовании во 2-м терапевтическом отд. с 09.09.2013 по 20.09.2013 г. Диагноз основной: П11.9 Гипертоническая болезнь II стадия (гипертрофия миокарда левого желудочка, склероз аорты, створок АК, МК, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка 1 типа). Риск сердечно-сосудистых осложнение 3 (высокий). Осложнения: ХСН 1 ст. 2 ФК (по NYHA). Диагноз сопутствующий: I67.9. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического, посттравматического) с астено-цефалгическим синдромом, хроническая вертебро-базиллярная недостаточность, с выраженным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями. Хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит, с ликвородинамическими нарушениями, астено-цефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью. М 42. Шейный остеохондроз, в стадии компенсации. Е 78.5 Дислипидемия. Н93.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость высокой степени Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит (клинически); Е 66.8 Избыток массы тела. Жалобы при поступлении: на головокружение, головные боли, раздражительность, колебание АД до 170/100 мм. рт. ст. (за последние 6 месяцев, ранее повышалось до 190/110 мм. рт. ст.), снижение слуха, нарушение засыпания, судороги в икроножных мышцах, боли и тяжесть в эпигастральной области после еды, изжога, общая быстрая утомляемость. Анамнез заболевания: Считает себя больным Гипертонической болезнью более 5 лет. С 2006 г. регулярно лечится у невролога по поводу ДЭ 2ст., декомпенсации с выраженным астено-цефалгическим синдромом. Соп.: Хроническая двусторонняя смешанная аудиосенсоневропатия. Гипертоническая болезнь 2 ст. Риск 3. ХСН 0. (выставлен с 2009). Постоянно принимает гипотензивные препараты. Последнее стационарное лечение в терапевтическом отделении № 2 в апреле

2012 г. с диагнозом: Гипертоническая болезнь II ст. (ангиопатия сетчатки, склероз аорты, АК, МК, гипертрофия миокарда левого желудочка, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка I типа). Дислипидемия. Риск 3. Диагноз соп.: Смешанная (атеросклеротическая, гипертоническая). Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. с открытой формой гидроцефалии с умеренной вестибуло-мозжечковой атаксией. Посттравматический кистозно-слипчивый лептоменингит. Астенический синдром.

Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия высокой степени (пользуется слуховым аппаратом). Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит I ст. Хронический гастрит. В августе 2012 - лечился в неврологическом отделении данного госпиталя. Ухудшение самочувствия в течение месяца, связывает с повышенными психоэмоциональными нагрузками. Госпитализирован в ТО-2 для лечения (курса плановой терапии). АД 135/90, 140/90, 150/90, 160/100, 130/80, 160/100, 140/90, 140/90, 140/90, 130/80 мм. рт. ст. ИМТ – 27 кг/м² избыток массы тела...Эхокардиографическое исследование 17.09.2013. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ I типа. Глобальная сократимость миокарда ЛЖ сохранена. Склероз корня аорты, створок АК, МК. Недостаточность МК I ст. диастолическая асинхрония МЖП...Рентгенологические данные: Флюорограмма ОГК от 22.08.2013 - норма. УЗИ органов брюшной полости и почек 11.09.2013: Патологических изменений нет. РЭГ 10.09.2013. Объемное пульсовое кровенаполнение в пределах нормы. Коэффициент асимметрии 17,4%. Тонус резистивных сосудов в пределах нормы. Коэффициент асимметрии 12,3%. Тонус артерий распределения слева-значительно снижен, справа - резко снижен (гипотонус), Коэффициент асимметрии 20,0%. Венозный отток слева - в пределах нормы, справа - значительно снижен. Коэффициент асимметрии 20,7. Эластические свойства артерий умеренно повышены. ЭКГ: 09.09.2013 г.: Положение электрической оси сердца - нормальное. Ритм синусовый правильный 78 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка. Консультации специалистов: ЛОР: 10.09.2013 от 12.09.2013 На аудиограмме №210 от 11.09.13 имеется повышение порогов слуха до 4090дБ на всех частотах. Заключение: Н93.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость высокой степени. Рекомендовано: Наблюдение у ЛОР-врача по м/ж, электростимуляция слухового нерва с двух сторон (в ЛОР-кабинете), никотиновая кислота по схеме, мексидол в/в стр. Окулист: 11.09.2013 г. ангиопатия сетчатки. Невролог: 17.09.201 г.: Дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического, посттравматического) с астено-цефалгическим синдромом, хроническая вертебро-базилярная недостаточность, с выраженным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями. Сопутствующий: хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит, с ликвородинамическими нарушениями, астено-цефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью. Шейный остеохондроз, в стадии компенсации...В результате проведенного лечения самочувствие пациента улучшилось, гемодинамика стабилизировалась, увеличилась толерантность к физической нагрузке, уменьшилось головокружение и головные боли. При выписке даны рекомендации...».

Из консультации невролога, кандидата медицинских наук первично ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России» от 23.07.2014 г., за подписью врача (л. д. 32-33) следует: «Пациент: х Игорь Алексеевич. Возраст: 53 года. Дата: 23.07.2014 г...Жалобы: Головная боль в теменной области. Характер боли: сжимающий, во вторую половину дня, провоцируется переутомлением, стрессом, длительной статической нагрузкой, сопровождается тошнотой, головокружением, купируется анальгетиками, боль в позвоночнике: шейный отдел, поясничный отдел, во второй половине дня. Нарушение чувствительности, характер: онемение, в пальцах в/конечностей; Нарушение координации вестибулярной функции: головокружение: несистемное связано с изменением положения, в горизонтальном положении, Неустойчивость при ходьбе: Нарушение ВНД снижение

памяти: На текущие события, снижение внимания, слабость, утомляемость, психоэмоциональная лабильность, нарушение сна, дневная сонливость; Беспокоит выраженное снижение слуха с 2-х сторон, шум в ушах с 2-х сторон. Анамнез заболевания: Боли в шейном отделе позвоночника около 20 лет, головные боли - в течение многих лет. Снижение слуха с 1997 г, обследован ЛОР, выявлена НСТ. Проходил лечение вазоактивными, ноотропными препаратами - с временным улучшением. НСТ прогрессировала. В 2002 г. перенес сочетанную травму ЗЧМТ, СГМ, перелом костей правого предплечья, проходил стац. лечение. После травмы - усилились головные боли, появилось головокружение, резко снизился слух. С 2003 г. пользуется слуховым аппаратом. Последний курс амб. лечения вазоактивными, ноотропными препаратами - в апреле 2014 г. - с улучшением. Анамнез жизни: Травмы головы, позвоночника: ЗЧМТ, СГМ в детстве (помимо вышеуказанной). Другие поражения нервной системы: отрицает. Страдает артериальной гипертензией более 5 лет. Максимальные подъемы АД до 170/110 мм. рт. ст., рабочее АД 120/80 мм. рт. ст....Сопутств. заболевания: Хронический бронхит, стабильное течение. Хронический гастрит, ремиссия. Хронический геморрой. Артроз локтевых суставов? Результаты проведенных исследований: Триплексное исследование на экстракраниальном уровне: Заключение: признаки выраженного стенозирующего атеросклеротического поражения стенок брахиоцефальных артерий в виде значительного изменения интимы, осложненного образованием атеросклеротических бляшек в районе бифуркации с обеих сторон, причем слева - гемодинамически значимых: стенозирование просвета - более 70%. Гемодинамически значимая асимметрия диаметров позвоночных артерий: синдром «малой позвоночной артерии» справа. Отмечено выраженное нарушение геометрии позвоночных артерий с обеих сторон. Признаки венозной дисциркуляции по позвоночной вене справа и слева, с акцентом - до входа: в костный канал. Рекомендовано: консультация невропатолога, сосудистого хирурга: целесообразность проведения МСКТ (ангиографии) сосудов шеи. ЭЭГ Заключение: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга свидетельствуют о повышенной лабильности нейронов коры при нагрузках (на фоне дисфункции стволовых структур). Очаговой, пароксизмальной, специфической эпилептиформной активности не выявлено. Лабораторные результаты от 16.07.14 г.: консультация кардиолога: Заключение: Гипертоническая болезнь II стадии. Атерогенная дислипидемия. Гипергомоцистеинемия. Стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий - стеноз левой ОСА до 70%. Риск сердечно-сосудистых осложнений высокий....Консультация сердечно-сосудистого хирурга: Заключение: признаки выраженного стенозирующего атеросклеротического поражения стенок брахиоцефальных артерий в виде значительного изменения интимы, осложненного образованием атеросклеротических бляшек в районе бифуркации с обеих сторон, причем слева - гемодинамически значимых: Стенозирование просвета - более 70%. Гемодинамически значимая асимметрия диаметров позвоночных артерий: синдром «малой позвоночной артерии» справа. Отмечено выраженное нарушение геометрии позвоночных артерий с обеих сторон. Признаки венозной дисциркуляции по позвоночной вене справа и слева, с акцентом - до входа в костный канал. Рекомендовано: консультация невропатолога, сосудистого хирурга: целесообразность проведения МСКТ (ангиографии) сосудов шеи. Диагноз: ЦВБ. Стеноз лВСА, гемодинамически значимый....Рентгенография шейного отдела позвоночника: Заключение: Незначительно выраженные признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника. Выраженный спондилоартроз. Рентгенография поясничного отдела позвоночника: Заключение: рентгенологические признаки умеренно выраженных нарушений статики с наличием заднего псевдоспондилолистеза L2 и L3 в пределах 0,4 см. Начальные проявления остеохондроза межпозвоночных дисков L2-3, L3-4, и деформирующего спондилоза на L4. Неврологический статус: Высшие мозговые функции сохранены. Поля зрения (ориентировочно) в норме, зрачки D=S, сходящееся косоглазие за счет отклонения левого глазного яблока кнутри и вверх (со слов - с детства),

фотореакции сохранены, глазные щели D=S. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Точки выхода тройничного, нерва безболезненны. Надбровные рефлексы D=S, мимические мышцы без асимметрии. Симптомы орального автоматизма отсутствуют. Слух снижен с 2-х сторон. Фонация, глотание не нарушены, небный и глоточный рефлексы живые, uvula по средней линии, язык слегка девирует вправо. Мышечных атрофии, гипотрофий нет, мышечный тонус в конечностях не изменен. Сила полная. Глубокие рефлексы живые, с верхних конечностей D=S, коленные D>=S, ахилловы D=S. С-м Бабинского + с 2-х сторон. Нарушений чувствительности нет. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга пошатывается, без четкой латерализации. Менингеальные симптомы отрицательные. Сглажен шейный лордоз, усилен грудной кифоз, гипертонус паравerteбральных мышц шеи, надплечий, длинных мышц спины, отмечается болезненность при перкуссии остистых отростков С3С6, при пальпации паравerteбральных точек на этом уровне. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены вперед, сглажен поясничный лордоз. Симптомы натяжения отрицательные. Заключение: Диагноз по МКБ: G93.4 Энцефалопатия неуточнённая. Диагноз: Энцефалопатия 1 смешанного генеза (дисциркуляторная, посттравматическая, на фоне гипергомоцистеинемии) с рассеянной очаговой симптоматикой, кохлеарным, цефалгическим синдромом; вестибулопатией. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника распространенной локализации со статико-динамическими нарушениями, мышечно-тоническим синдромом, грыжеобразованием, транзиторной цервикалгией, люмбалгией, торакалгией... Назначен план обследования и лечения».

Из протокола МРТ исследования головного мозга в ООО «х восемь центр» гх от 23.11.2014 г. на имя х И. А., за подписью врача, печатью (л. д. 34) следует: «...Заключение: МР посттравматического рубцового-слипчивого церебрального арахноидита, энцефалопатии. Без динамики по сравнению с МРТ исследованием от 26.04.2012 г.».

Из акта судебно-медицинского освидетельствования № 6287 в ГБУ х «БСМЭ» г. х начато 20.11.2014 г., окончено 05.03.2015 г. за подписью суд.-мед. эксперта, печатью (л. д. 35-41) следует: «20 ноября 2014 г. (11 час. 52 мин.) при ясной погоде и смешанном освещении, на основании заявления х И. А. в помещении ГБУ х «БСМЭ» х Владимир Леонидович, заведующий х отделением судебно-медицинской экспертизы живых лиц (амбулатория), врач судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории, стаж работы по специальности 14 лет произвел судебно-медицинское исследование медицинских документов на имя гражданина х Игоря Алексеевича, 1961 года рождения... На решение эксперта поставлены вопросы: установить получение закрытой черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга и причинную связь с полученным заболеванием. Предварительные сведения: Из заявления следует: «Прошу освидетельствовать меня в связи с тем что мне были причинены телесные повреждения — 04.10.2002 г. получил перелом руки и травму головы». За медицинской помощью обращался... Заключение: На основании судебно-медицинского освидетельствования гражданина х Игоря Алексеевича, принимая во внимание предварительные сведения прихожу к следующему заключению: 1. У гражданина х Игоря Алексеевича, 1961 обнаружено следующие телесные повреждения и патологические состояния: 1.1 закрытая черепно-мозговая травма в виде: сотрясения головного мозга; 1.2 дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического, посттравматического) с астено-цефалгическим синдромом, хроническая вертебробазилярная недостаточность, с выраженным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями; 1.3 хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит, с ликвородинамическими нарушениями, астено-цефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью; 1.4 шейный остеохондроз, в стадии компенсации. 2. Обнаруженная черепно-мозговая травма в виде сотрясения

головного мозга причинена в результате ударного воздействия (воздействий) твердого тупого предмета (предметов) или о таковой (таковые), возможно в заявленный срок — 04.10.2002 года, как указано в заявлении и материалах проверки. 3. Хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит, с ликвородинамическими нарушениями, астено-цефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью и дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза являются отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга и состоят в прямой причинной связи с травмой головы от 04.10.2002 года».

Из эпикриза из медицинской карты № 3982 стационарного больного госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 25.11.2014 г., за подписью леч. врача, нач. н/о, зам. начальника по лечебной работе, печать учреждения (л. д. 42-43) следует: «Ф. И. О: х Игорь Алексеевич. Возраст: 1961 г.р....Находился на стационарном лечении и обследовании в неврологическом отделении с 13.11.14 г. по 25.11.14 г. Диагноз: Основной: Т90.5 (Последствия внутричерепной травмы) Отдаленные последствия ЗЧМТ, сотрясения головного мозга (04.10.2002) в виде посттравматического рубцово-слипчивого церебрального арахноидита. I67.9 (Цереброваскулярная болезнь неуточненная) Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (ЗЧМТ, сотрясение головного мозга 04.10.2002) на фоне гипергомоцистеинемии), атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА ВС А >70%.; Состояние после каротидной эндартерэктомии слева 14.10.2014 г., с умеренным астено-цефалгическим синдромом, с умеренным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями, стадия динамического улучшения.

Сопутствующий: II1.9 (Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности). Гипертоническая болезнь II стадии, риск высокий. Дислипидемия. Гипергомоцистеинемия. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Холестеоз желчного пузыря. Мочекаменная болезнь, мелкая ангиомиолипома правой почки. Хронический простой бронхит, ремиссия. Диффузноузловой нетоксический зоб. Эутиреоз. Миопия слабой степени обоих глаз. Жалобы на постоянную диффузную головную боль средней интенсивности, периодическое головокружение, повышенную утомляемость, чувство усталости, нарушение сна, неустойчивость при ходьбе, снижение памяти на текущие события, трудность запоминания лиц, дороги, снижение слуха, мушки перед глазами, раздражительность...Неврологический статус: ВНД – снижение фиксационной памяти, диссомния, эмоциональная лабильность, астенизирован. ЧМН - глазные щели S=D, зрачки S=D, глазодвижения в полном объеме, сходящееся косоглазие левого глаза, ослабление конвергенции с 2-х сторон, язык по средней линии. Двигательная сфера – Сухожильные рефлексы, живые D=S. Коленные: живые D=S. Ахилловы: средней живости, D=S. Мышечная сила в конечностях: объём движений в конечностях полный. Мышечный тонус, не изменен. Патологические рефлексы - (+) симптомы орального автоматизма с 2-х сторон. Чувствительности не нарушена. Походка: с элементами атаксии. Координаторные пробы: ПНП, КПП выполняет с дисметрией с двух сторон, в позе Ромберга шаткость без сторонности. Вегетативная сфера: красный дермографизм. Болевые синдромы: нет. Тазовые функции контролирует...ЭКГ 24.11.14 г. № 6046: положение электрической оси сердца нормальное. Синусовая тахикардия 93 в минуту. Умеренные диффузные изменения в миокарде. РЭГ 21.11.14 г.: Объемное пульсовое кровенаполнение умеренно снижено слева, справа в пределах нормы. Эластические свойства артерий слева значительно повышены, справа умеренно повышены. Эластические свойства магистральных артерий резко снижены. Тонус резистивных умеренно повышен, справа в пределах нормы. Тонус артерий мелкого калибра и артериол в пределах нормы. Венозный отток в пределах нормы. ЭЭГ 21.11.14 г.: На фоне умеренных диффузных изменений биоэлектрической активности отмечаются признаки дисфункции неспецифических подкорковых структур мозга с раздражением коры головного мозга. Усиление восходящего активирующего

влияния ретикулярной формации мозгового ствола. Очаговых изменений, эпилептоидной активности не обнаружено. Межполушарная асимметрия в данной записи не прослеживается. Офтальмолог 21.11.14 г.: ОУ -ДЗН розовые, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменен. МРТ головного мозга 23.11.2014 г.: МР-посттравматического рубцово-слипчивого церебрального арахноидита, энцефалопатии. Без динамики, по сравнению с МРТ-исследованием от 26.04.2012 г...Состояние при выписке: Выписывается с незначительным улучшением в виде легкого регресса астено-цефалгического и вестибуло-атактического синдромов....».

Из справки неврологического отделения МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х от 17.04.2015 г., за подписью дежурного врача-невролога, печать и штамп учреждения (л. д. 44) следует: «Дана гр. х Игорю Алексеевичу, в том, что он находился во 2 неврологическом отделении для больных с нарушением мозгового кровообращения МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко г. х» на СОП, медкарта №720544 с 22:13 16.04.2015 г. по 00:10 17.04.2015 г. Доставлен бригадой СП № 501. Со слов жены, сегодня внезапно на улице пациент потерял сознание, отмечались судорожные подергивания в верхних конечностях. Вызвана бригада СП, выполнено - магния сульфат в\в стр, элзепам в\м, доставлен в н.о - 2 ГБ №1. Из анамнеза; известно, что в 2002 году пациент перенес черепно-мозговую травму, по данным МРТ головного мозга от 2012 года выявлены посттравматические рубцовые изменения, арахноидит в правой гемисфере. Данные приступы беспокоят в течение нескольких лет, но препараты постоянно не принимает. Уровень сознания - ясное. Жалобы на лёгкое головокружение, общую слабость. Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное, средней степени тяжести. АД - 140/80 мм. рт. ст., ЧСС - 75 уд/мин, t тела - 36,5, запах алкоголя – нет. Неврологический статус: Сознание ясное, на вопросы отвечает правильно. ЧМН: зрачки S=D, реакция на свет живая, глазодвижения в полном объеме, лицо симметрично, язык по средней линии. Двигательная сфера: парезов не выявлено, сухожильные рефлексы оживлены D=S, патологических стопных знаков нет. Четких чувствительных и дискоординаторных нарушений не выявлено. Болевые с-мы: отсутствуют. Подвижность позвоночника полная. Менингеальные знаки не выявлены. ВНД - афатических нарушений нет, легкий когнитивный дефицит. Походка: без особенностей. Проведенные мероприятия: РКТ головного мозга - картина энцефалопатии. Выполнено Винпоцетин 5.0+ физ. р-р 200.0 в\в кап. В динамике состояние пациента удовлетворительное. Диагноз: На момент осмотра острой неврологической патологии не выявлено. У пациента имеет место: Посттравматическая энцефалопатия с развитием малых парциальных негенерализованных судорожных приступов. Последствия ЗЧМТ от 2002 года....».

Из осмотра дежурным врачом МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г.х» от 15.05.2015 г., за подписью дежурного врача, печатью и штампом учреждения (л. д. 45) следует: «15.05.15 г. в 14 час. 10 мин. х Игорь Алексеевич, 1961 г.

р. Доставлен в сопровождении родственников после эпилептического генерализованного приступа, развившегося не впервые. 2002 год - черепно-мозговая травма. По данным МРТ: посттравматический арахноидит. Страдает атеросклерозом сосудов мозга, гипертонической болезнью. Эпиприступы в течение нескольких лет, регулярно препараты не принимает. Частота приступов зависит от метеоусловий, физической и эмоциональной нагрузки, иногда возникают без видимых причин. В неврологическом статусе на момент осмотра - Сознание ясное, но заторможен, на вопросы отвечает правильно. ЧМН: зрачки S=D, реакция на свет живая, глазодвижения в полном объеме, лицо симметрично, язык по средней линии (на кончике, - следы прикуса). Двигательная сфера: парезов не выявлено, сухожильные рефлексы средней живости D=S с рук, с ног оживлены D=S, патологические знаки: с-м орального автоматизма. Четких чувствительных нарушений не выявлено. ПНП, КПП с интенционным тремором с двух сторон. Нистагма нет. Менингеальные знаки не выявлены. ВНД - резко астенизирован,

красный разлитой дермографизм, тремор век и вытянутых пальцев рук, гипергидроз ладоней и стоп. Правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски, на лице множественные ссадины вследствие удара об твердую поверхность во время генерализованного приступа. АД 130/80, ЧСС 67 в 1 мин, тоны звучные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Диагноз: Травматическая болезнь головного мозга. Последствия перенесенной ЗЧМТ с сотрясением головного мозга от

04.10.2002 в виде развития хронического кистозно-слипчивого церебрального арахноидита с развитием эписиндрома в виде генерализованных тонико-клонических приступов. Состояние после перенесенного генерализованного судорожного приступа от 15.05.15 г. В момент пребывания больного в приемнике неврологического стационара наблюдалось следующее состояние: больной внезапно замер, отмечалось не координируемое подергивание век, адверсия глазных яблок вправо. Состояние длилось около 2 - мин. Дополнительно введен Магния сульфат 25% 5,0 в-в стр. После приступа - обстоятельств вспомнить не может... Пациент в неотложной госпитализации в отделение неврологии для больных с нарушением мозгового кровообращения не нуждается. В стационаре получил лечение: магний сульфат 25%-10,0 в/в стр; мексилон 2,0 в/м №1. Пациент в ясном сознании, удовлетворительном состоянии отпущен домой в сопровождении родственника 15 час. 40 мин...». Даны рекомендации.

Из справки неврологического отделения № 1 для больных с нарушением мозгового кровообращения МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х от 13.06.2015 г., за подписью дежурного врача-невролога, печатью и штампом учреждения (л. д. 46) следует: «Дана гр. х Игорь Алексеевич, 14.01.1961 г.р. в том, что он находился в неврологическом отделении для больных с нарушением мозгового кровообращения МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко г. х-х-х» на СОП, медкарта № 1885 с 13.06.2015 г. 12:50 по 13.06.2015 г. 15:30. Доставлен самотеком в сопровождении друга, после эпилептического приступа. В анамнезе: страдает эписиндромом, после ЧМТ в 2002 г. Сегодня дома на фоне полного благополучия развился приступ тоникоклонических судорог с потерей сознания, пеной из рта, прикусом языка. Доставлен в Н.О. Уровень сознания - ясное, дезориентирован. Жалобы: на головную боль, головокружение. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, АД - 145/90 мм. рт. ст., ЧСС - 88 уд/мин., t тела-36,7 °. По данным МРТ: посттравматический арахноидит. Неврологический статус: Сознание - ясное, слегка заторможен. ЧМН - зрачки S=D, фотореакция живая, глазодвижения - в полном объеме, диплопия - нет, гемианопсия - нет; лицо асимметрично, язык по средней линии, прикушен; глотание и фонация не нарушены, глоточные рефлексы - живые с 2-х сторон. Нистагм - легкий горизонтальный в обе стороны. Объем движений в конечностях полный Мышечная сила 5 баллов Сухожильные рефлексы - S больше, равно D ср. живости. Мышечный тонус - не изменен Чувствительные нарушения - левосторонняя гемигипестезия. Объем движений в позвоночнике полный, с-мы натяжения - отсут. Болезненность при пальпации паравертебральных точек - нет, дефанс мышц - нет. В позе Ромберга - шаткость, ПНП выполняет с интенцией - с 2-х сторон. Менингеальные знаки - нет. Патологические рефлексы - не вызываются. Тазовые функции - контролирует. ВНД - дезориентирован. Походка - с шаткостью. В приемнике во время осмотра у больного развился повторный приступ потери сознания с судорогами, пеной из рта, прикусом языка. Приступ длился 2-5 мин, купирован самостоятельно. Больному назначено: феназепам 2,0 в\м, р-р Рингера 400,0 в\в кап фуросемид 2,0 в\м В динамике состояние пациента удовлетворительное. Заключение: Хронический, посттравматический церебральный арахноидит с эписиндромом, состояние после серии эпилептических приступов от 13.06.15 г....». Даны рекомендации.

Из выписки из медицинской карты амбулаторного больного ГБУЗ «Городская больница № 20» г. х-на-х на имя х И. А. от 30.06.2015 г., за подписью леч.

врача, печатью (л. д. 47) следует: «Фамилия, имя, отчество больного: х Игорь Алексеевич...Даты а) по амбулатории: заболевания с 2002 г. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение): Т90 G40. Симптоматическая эпилепсия с вторично-генерализованными тонико-клоническими серийными припадками и сумеречными расстройствами сознания с частотой 1-2 раза в месяц. Травматическая болезнь головного мозга, последствия тяжелой ЗЧМТ (2002 г.): посттравматический церебральный конвекситальный кистозно-слипчивый арахноидит. Анамнез: С 2002 года после перенесенной тяжелой ЧМТ. Жалобы на наличие приступов потери сознания с генерализованными эпи-приступами 2-3 раза в месяц, утомляемость, плохое настроение, снижение памяти, концентрации внимания. Неврологический статус: ЧМН функция не нарушена. Болевой рисунок не выражен. Двигательная функция не нарушена. Симптомы натяжения отриц. Тонус мышц не изменен. Мышечная сила 5 б. Сухожильные рефлексы D=S средней живости с рук, с ног. Патологические рефлексы отсутствуют. Чувствительность не нарушена. В п. Ромберга шаткость без сторонности ПНП, КПП выполняет верно с 2-х сторон. Астенизирован, эмоционально лабилен. Красный нестойкий дермографизм. Менингеальные знаки отриц. Тазовые функции контролирует.

Походка не изменена...». Даны рекомендации.

Из медицинского заключения ГАУ х «Областной консультативно-диагностический центр» специализированный прием невролога-эпилептолога от 23.07.2015 г., за подписью врача-невролога, печатями (л. д. 48) следует: «Лечащий врач: х М. А. - Врач невролог - Консультативный отдел...Дата осмотра: 23.07.2015 г. в 08:56 первичный. На момент осмотра: Считает себя больным с 2002 года после ЗЧМТ. По этому поводу наблюдался у невролога с диагнозом: Посттравматическая энцефалопатия II стадии. В 2012 году в больного впервые возник приступ потери сознания с судорожным компонентом длительностью до 5-10 минут. Неврологом по месту жительства выставлен диагноз: Симптоматическая эпилепсия, рекомендован прием противоэпилептических препаратов. На момент осмотра принимает топамакс 200 мг и депакин хроно 300 мг в день, на этом фоне частота приступов до 1 раз в месяц. Анамнез заболевания: Данные проведенных исследований: Предоставлены данные ЭЭГ; МРТ головного мозга. Анамнез жизни:...Хронические заболевания: Атеросклероз. Гипертоническая болезнь II стадии. Хронический гастродуоденит. Хронический бронхит. Хроническая 2-х сторонняя СНТ. Перенесенные операции: эндартерэктомия в левой ВСА 2014 год...Объективно: Общее состояние: состояние удовлетворительное. Сознание: ясное. Антропометрия: вес 80 кг, рост 185 см, ИМТ 23...пульс 93 в уд/мин., АД 175/107 мм. рт. ст. Черепно-мозговые нервы: ЧМН – обоняние в норме, зрачки D=S, реакция на свет, конвергенция и аккомодация в норме. Движения глазных яблок в полном объеме, содружественные. Нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена. Функция жевательной и мимической мускулатуры в норме. Корнеальный рефлекс сохранен, глоточный рефлекс вызывается, 2-х сторонняя гипакузия, язык при высовывании по средней линии. Парезов, локальных мышечных гипотрофий не выявлено. Сухожильные рефлексы D=S, без патологических рефлексов. В позе Ромберга покачивается без сторонности. ПНП и ПКП выполняет без интенции. Чувствительность не нарушена. Заключительный (основной) диагноз: Т 90.5 Последствия ЗЧМТ 2002 год. Посттравматический церебральный арахноидит с нарушением ликвородинамики. G 40.1 Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде вторично-генерализованных тонико-клонических приступов...». Даны рекомендации, назначено лечение.

Из эпикриза из медицинской карты № 3067 стационарного больного Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 30.07.2015 г., за подписью леч. врача, нач. н/о, зам. нач. по леч. работе, печатью (л. д. 49-50) следует: «х Игорь Алексеевич Возраст: 14.01.1961 г.р...Находился на стационарном лечении и обследовании в неврологическом отделении с 20.07.2015 г. по 30.07.15 г. Диагноз: Основной: Т90.5 Последствия перенесенной ЗЧМТ с сотрясением головного мозга

(04.10.02) в виде посттравматического кистозно-слипчивого арахноидита с ликвородинамическими нарушениями, стойким выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренным атактическим синдромом, стадия декомпенсации. Осложнения: G40.1 Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде вторично-генерализованных тонико-клонических приступов (эпиприступы 16.04.15 г., 15.05.15 г., 13.06.15 г., 28.07.15 г.). Сопутствующий: I67.9 Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (ЗЧМТ, сотрясение головного мозга

04.10.2002) на фоне гипергомоцистеинемии), с умеренным астено-невротическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями, стадия динамического ухудшения. 11.9 Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3 (гипертрофия левого желудочка, гиперхолестеринемия). ХСН I, ФК II. I70. Атеросклероз с преимущественным поражением аорты, аортального и митрального клапанов. Атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА ВСА >70%. Состояние после операции каротидной эндартерэктомии слева 14.10.2014 г. К 29.7 Хронический гастрит, ремиссия. E04.0 Диффузный узловой зоб. Киста левой почки 9x6 мм. ХПН 0. J41 Хронический бронхит, ремиссия. G 90.1 Астенический синдром с тревожным компонентом и умеренные когнитивные нарушения в связи со смешанным заболеванием головного мозга (ЗЧМТ, СГМ 2002 год, сосудистое заболевание, эпилепсия). U52.3 Сложный миопический астигматизм обоих глаз. H93.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени, прогрессирующее течение. Пигментные невусы на коже туловища. Жалобы на постоянную диффузную головную боль в лобно-теменной области, периодически распирающего характера с ощущением давления на глазные яблоки, сопровождающуюся тошнотой, головокружением, шумом в ушах, периодическое головокружение, повышенную утомляемость, чувство усталости, нарушение сна, неустойчивость при ходьбе, снижение памяти на текущие события, трудность запоминания лиц, снижение слуха, мушки перед глазами, раздражительность, приступы потери сознания с тонико-клоническим судорогами длительностью до 2-3 минут, амнезируемые, а также бессудорожные приступы отключения сознания по типу «застывания». Анамнез заболевания: 04.10.2002 года была получена травма головы, 11.10.2002 года обратился к неврологу поликлиники МСЧ с жалобами на головную боль во второй половине дня, был поставлен диагноз: данных за ЗЧМТ, СГМ на момент осмотра нет. Со слов больного, после этого стали беспокоить постоянные головные боли. Следующий осмотр невролога в 2005 году, согласно амбулаторной карте в Госпитале ГУВД х, был поставлен диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия I степени с рассеянной неврологической симптоматикой, астено-тревожный синдром. Остеохондроз шейного отдела позвоночника, разгибательный подвывих С3, хроническая вертебро-базилярная недостаточность, болевой мышечно-тонический синдром. Деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника, хроническая люмбагия с мышечно-тоническим синдромом. В 2006 году был осмотрен неврологом в Госпитале МСЧ ГУВД х, был поставлен диагноз: Атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии, состояние субкомпенсации с мозжечково-стволовым синдромом (динамическая атаксия, пирамидная недостаточность слева). В дальнейшем наблюдался амбулаторно ежегодно у невролога. В 2010 году проходил стационарное лечение в неврологическом отделении с диагнозом: Атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии, состояние декомпенсации с выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренной вестибуломозжечковой атаксией, выписан с улучшением. В 2012 году проходил стационарное лечение в терапевтическом отделении Госпиталя МВД с диагнозом: гипертоническая болезнь II стадии. Смешанная (атеросклеротическая, гипертоническая) дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с открытой формой гидроцефалии с умеренной вестибуломозжечковой атаксией. Посттравматический кистозно-слипчивый лептоменингит. Астенический синдром. В последующем наблюдался у невролога и

терапевта амбулаторно. В 2013 году проходил стационарное лечение в терапевтическом отделении Госпиталя МВД с диагнозом: гипертоническая болезнь II стадии. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического, посттравматического) с астено-цефалгическим синдромом, хроническая вертебробазиллярная недостаточность, с выраженным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями. Хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит с ликворо-динамическими нарушениями, астено-цефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью, шейный остеохондроз в стадии компенсации, в последующем наблюдался у невролога и терапевта амбулаторно. 26 марта 2014 года в ходе служебной проверки, было принято решение считать установленным факт получения травмы головы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 года. С 15.07.2014 по 24.07.2014 проходил стационарное лечение в отделении неврологии ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины с диагнозом: Энцефалопатия 1 смешанного генеза (дисциркуляторная, посттравматическая, на фоне гипергомоцистеинемии) с рассеянной очаговой симптоматикой, кохлеарным, цефалгическим синдромом, вестибулопатией. Стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий, стеноз левой общей сонной артерии и внутренней сонной артерии гемодинамически значимый до 70%. С 08.10.14 по 14.10.14 проходил стационарное лечение в отделении сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины с диагнозом: атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА. ВСА >70%. Была проведена операция 14.10.2014 г. каротидная эндартерэктомия слева. В дальнейшем проходил курс лечения в неврологическом отделении госпиталя МСЧ в связи с сохраняющимися головными болями, головокружением с 13.11.14 по 25.11.14 с диагнозом: Т90.5 Отдаленные последствия ЗЧМТ, сотрясения головного мозга (04.10.2002) в виде посттравматического рубцовослипчивого церебрального арахноидита. 167.9 Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (ЗЧМТ, сотрясение головного мозга 04.10.2002) на фоне гипергомоцистеинемии), атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА ВСА >70%. Состояние после каротидной эндартерэктомии слева 14.10.2014 г., с умеренным астено-цефалгическим синдромом, с умеренным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями, стадия динамического улучшения (эпикриз №3982). Выполнил МРТ головного мозга (23.11.14) МР-признаки посттравматического рубцово-слипчивого арахноидита, энцефалопатии. Без динамики по сравнению с исследованием от 26.04.12. После выписки наблюдался у невролога, терапевта в поликлинике МСЧ. Ухудшение состояния с апреля 2015 года, когда на улице потерял сознание, развивался приступ тонико-клонических судорог с пеной из рта, прикусом языка. По скорой помощи был доставлен в приемное отделение ГБ № 1 им. Семашко Н.А. В дальнейшем у пациента повторно 15.05.15 вновь развивается генерализованный эпилептический приступ, а также развивается эпилептический приступ с адверсией глазных яблок вправо, подергиванием век. 13.06.15 дома развивается приступ тоникоклонических судорог. Вызванная СМИ доставляет пациента в неврологическое отделение ГБ №1 им. Семашко Н.А. В приемнике повторно развился эпилептический приступ с судорогами, купированный введением фенозепам 1 мл, фуросемида 2 мл и раствора Рингера 400 мл в\в кап. Со слов пациента эпилептические приступы возникали и раньше, но, в связи с желанием продолжать службу, нигде не фиксировались. Постоянно принимает депакин-хроно 300 мг 1 раз в день. Неврологический статус: ВНД - снижение фиксационной памяти, диссомния, эмоциональная лабильность, астенизирован. ЧМН - глазные щели S=D, зрачки S=D, глазодвижения в полном объеме, сходящееся косоглазие левого глаза, ослабление конвергенции с 2х сторон, язык по средней линии. Двигательная сфера - Сухожильные рефлекс, живые D=S. Коленные: живые D=S. Ахилловы, средней живости, D=S. Мышечная сила в конечностях: объём движений в конечностях полный. Мышечный тонус, не изменен. Патологические рефлекс -, (+) симптомы орального

автоматизма с 2-х сторон. Чувствительность не нарушена. Походка: с элементами атаксии. Координаторные пробы: ПНП, КПП выполняет с дисметрией с двух сторон, в позе Ромберга шаткость без сторонности. Вегетативная сфера: красный дермографизм. Болевые синдромы: нет. Тазовые функции контролирует... Исследования крови от 21.07, мочи от 21.07, ЭКГ № 4423 (20.07.15) положение электрической оси сердца нормальное. Ритм синусовый. ЧСС 81 в мин. МРТ головного мозга № 5056 (26.04.12): МРТ признаки посттравматической энцефалопатии, рубцово-слипчивого арахноидита. МРТ головного мозга № 6966 (23.11.14) МР признаки посттравматического рубцово-слипчивого арахноидита, энцефалопатии. Без динамики по сравнению с исследованием от 26.04.12. РЭГ (27.07.15) Объемное пульсовое кровенаполнение в бассейне ВСА значительно снижено, в бассейне ПА слева резко снижено, справа значительно снижено; коэффициент асимметрии 24,6%; эластические свойства магистральных артерий резко снижены; тонус резистивных сосудов резко повышен; тонус артерий мелкого калибра и артериол резко повышен; венозный отток резко затруднен, коэффициент асимметрии 12,3%. ЭЭГ от 27.07.2015: диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга по резидуально-органическому типу с вовлечением неспецифических срединных структур с латерализацией в левую гемисферу; снижение активности корковых функций; определяется снижение порога судорожной готовности в левой передне-височной области; трактовать в контексте клинических данных. УЗТС БЦА от 22.07.2015: БЦА визуализированы, проходимы, признаки атеросклеротических изменений БЦА: утолщение КИМ, гемодинамически незначимые стенозы ОСА, ВСА и НСА с обеих сторон; умеренно ускорен кровоток по ВСА справа, НСА слева; непрямолинейность хода ПА в канале поперечных отростков позвонков. Интракраниальная доплерография от 22.07.2015: неудовлетворительная визуализация при транстемпоральном доступе; проведение функциональных проб с обеих сторон затруднено вследствие неудовлетворительной визуализации СМА. ПА V4 не визуализируется. ЭхоКС от 22.07.2015: гипертрофия миокарда левого желудочка; глобальная сократительная функция миокарда левого желудочка I типа; склероз корня аорты и створок АК и МК; регургитация на МК I степени; систоло-диастолическая асинхрония МЖП. УЗИ щитовидной железы от 22.07.2015: УЗ признаки узловых образований правой доли щитовидной железы. УЗИ органов брюшной полости от 22.07.2015: признаки незначительных диффузных изменений паренхимы печени и паренхимы поджелудочной железы (вероятнее всего за счет мелкозернистой структуры); мелкокистозное образование левой почки. ЦПД № 171 (24.07.15) заключение: уменьшение объема внимания. Снижение продуктивности умственной деятельности. Инертность мыслительных процессов. Астенизация. Тревожно-нervозные, сензитивные черты в структуре личности. Хирург (28.07.15) Хирургической патологии не выявлено... Психиатр (27.07.15) G 90.1 Астенический синдром с тревожным компонентом и умеренные когнитивные нарушения в связи со смешанным заболеванием головного мозга (ЗЧМТ, СГМ 2002 год, сосудистое заболевание, эпилепсия). Окулист (24.07.15) VOD-0.5 sph(-)0,50 cyl (-) 0,75 D x90°=0.9, VOS-0.7. ВГД = 19 мм. рт. ст. Диагноз: U52.3 Сложный миопический астигматизм обоих глаз. Дерматолог (27.07.15) Пигментные невусы на коже туловища. ЛОР-врач (27.07.15) H93.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени, прогрессирующее течение. AD у раковины м <V> у раковины AS. 0м <v> 0 м. -R-. Эпилептолог (23.07.15 - ОКДЦ) T90.5 Последствия ЗЧМТ 2002 год. Посттравматический церебральный арахноидит с нарушением ликвородинамики. G40.1 Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде вторично-генерализованных тонико-клонических приступов. Терапевт (24.07.15) I11.9 Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3 (гипертрофия левого желудочка, гиперхолестеринемия), ХСН I. ФК II. I 70. Атеросклероз с преимущественным поражением аорты, аортального и митрального клапанов. K29.7 Хронический гастрит, ремиссия E04.0 Диффузный узловой зоб. Киста левой почки 9x6 мм. ХПН 0. J41. Хронический бронхит, ремиссия... Состояние при выписке: На фоне проведенной терапии

с небольшой положительной динамикой в виде улучшения общего самочувствия, сохраняется стойкий цефалгический синдром, на фоне пропуска приема противосудорожных препаратов у пациента 28.07.15 г. развился генерализованный эпилептический приступ с отключением сознания, тонико-клоническими судорогами в конечностях, прикусом языка, длительностью до 3 минут, купированный введением 25% раствора магния сульфат 10 мл и 1 мл элзепамы...». Даны рекомендации.

Изучено направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» поликлиника г. х от 07.12.2015 г., за подписью врачей, печатями (л. д. 51-54) на имя х Игоря Алексеевича.

Из выписки из медицинской карты стационарного больного №7811/С2014 ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России» от 24.07.2014 г., за подписью глав. врача, зав. отделением, леч. врача, печатью следует: «Пациент: х Игорь Алексеевич (53 года) обследован и прошел лечение в клинике №1 «ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова» МЧС России (Пульмонология) с 15.07.2014 по 24.07.2014 г. Установлен диагноз: Основной: Энцефалопатия 1 смешанного генеза (дисциркуляторная, посттравматическая, на фоне гипергомоцистеинемии) с рассеянной очаговой симптоматикой, кохлеарным, цефалгическим синдромом, вестибулопатией. Стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий, стеноз левой общей сонной артерии и внутренней сонной артерии гемодинамически значимый до 70%. Сопутствующий: Гипертоническая болезнь II стадии, медикаментозная нормотензия. Риск сердечно-сосудистых осложнений высокий. Дислипидемия. Гипергомоцистеинемия. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника распространенной локализации со статико-динамическими нарушениями, мышечно-тоническим синдромом, грыжеобразованием, транзиторной цервикалгией, люмбагией, торакалгией. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Холестероз желчного пузыря. Мочекаменная болезнь (впервые выявленная), мелкий конкремент правой и микролиты обеих почек. Мелкая ангиомиолипома правой почки. Хронический простой бронхит, ремиссия. Диффузно-узловой нетоксический зоб (узлы правой доли). Эутиреоз. Миопия слабой степени обоих глаз. Пациент поступил в плановом порядке для обследования по поводу головных болей, головокружения, снижения слуха. Жалобы: на головные боли сжимающего характера, чаще во вторую половину дня, провоцируется переутомлением, стрессом, длительной статической нагрузкой; сопровождается тошнотой, головокружением, купируется анальгетиками, на боли в шейном, поясничном отделе позвоночника, чаще во второй половине дня; периодически онемение в пальцах верхних конечностей; головокружение: несистемное связано с изменением положения, в горизонтальном положении, неустойчивость при ходьбе; снижение памяти на текущие события, снижение внимания, слабость, утомляемость, психоэмоциональная лабильность, нарушение сна, дневная сонливость; Беспокоит выраженное снижение слуха с 2-х сторон, шум в ушах с 2-х сторон. Анамнез заболевания: Боли в шейном отделе позвоночника около 20 лет, головные боли - в течение многих лет. Снижение слуха с 1997 г., обследован ЛОР, выявлена нейросенсорная тугоухость, проходил лечение вазоактивными, ноотропными препаратами - с временным улучшением. Нейросенсорная тугоухость прогрессировала. В 2002 г. перенес сочетанную ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, перелом костей прав предплечья, проходил стац. лечение со слов, диагностировали дисциркуляторную энцефалопатию. После травмы - усилились головные боли, появилось головокружение, резко снизился слух. Со слов пациента, в 2011 г. проводилась МРТ головного мозга – со слов, данных за объемное образование не получено. Последнее стационарное лечение в сентябре 2014 г. в госпитале, отмечал улучшение самочувствие. С 2003 г. пользуется слуховым аппаратом. Постоянно проходит курс стационарного и амбулаторного лечения с кратковременным улучшением. Последний курс амб. лечения вазоактивными, ноотропными препаратами - в апреле 2014

г. - с улучшением. Выписки из стационаров не предоставил. Артериальная гипертензия с 49 лет, когда при диспансеризации были зафиксированы повышенные цифры АД - 160/90 мм. рт. ст. Амбулаторно диагностирована гипертоническая болезнь. С этого времени постоянно принимает Нолипрел. Как правило цифры АД 120-130/80-90 мм. рт. ст. Изредка АД повышается до 140-150/90 мм. рт. ст. без изменений самочувствия. В качестве постоянной гипотензивной терапии принимает Нолипрел А 1 таб (1/2 таб). Настоящее ухудшение с начала июня 2014 г. - появилась нестабильность АД с повышением цифр до

150/100 мм. рт. ст., проходил амбулаторное лечение по месту жительства с улучшением - головные боли уменьшились, реже беспокоит головокружение. Боли в шейном отделе позвоночника длительное время. Со слов, амбулаторно проводилась рентгенография шейного отд. позвоночника, диагностировали остеохондроз. Периодически получает курсы стац. лечения (массаж, ЛФК). Боли в поясничном отд. позвоночника при нагрузках много лет, рентгенография не проводилась. Поступил для обследования и лечения в плановом порядке. Проведены лабораторные исследования: цитологическое от 21.07.14 г., от 22.07.14 г., общеклинические исследования: клинический анализ крови от 16.07.14 г., копрологическое исследование, клинический анализ мочи, биохимические исследования от 16.07.14 г., иммунологические исследования от 16.07.14 г., определение группы крови и резус-фактора, серодиагностика инфекций 16.07.2014 г. Результаты обследований: Триплексное исследование брахиоцефальных артерий на экстракраниальном уровне от 17.07.14 г.: Заключение: признаки выраженного стенозирующего атеросклеротического поражения стенок брахиоцефальных артерий в виде значительного изменения интимы, осложненного образованием атеросклеротических бляшек в районе бифуркации с обеих сторон, причем слева - гемодинамически значимых: стенозирование просвета - более 70%. Гемодинамически значимая асимметрия диаметров позвоночных артерий: синдром «малой позвоночной артерии» справа. Отмечено выраженное нарушение геометрии позвоночных артерий с обеих сторон. Признаки венозной дисциркуляции по позвоночной вене справа и слева, с акцентом - до входа в костный канал. Рекомендовано: консультация невропатолога, сосудистого хирурга: целесообразность проведения МСКТ (ангиографии) сосудов шеи. Эхокардиография от 17.07.14 г.:... Заключение: Умеренная концентрическая гипертрофия левого желудочка. Диастолическая дисфункция. Дилатация левого предсердия. УЗИ органов брюшной полости и почек от 17.07.14 г.: Заключение: Признаки холестерина желчного пузыря. Диффузные изменения поджелудочной железы. Уплотнение полостной системы почек, мелкий конкремент правой и микролиты обеих почек. Мелкая ангиомиолипома правой почки. Атеросклероз брюшной аорты. УЗИ щитовидной железы с лимфоузлами и васкуляризацией от 17.07.14 г.: Заключение: Диффузные изменения щитовидной железы по типу АИТа. Узлы правой доли. УЗИ малого таза у мужчин (2 проекции, биплановый датчик) от 17.07.14 г. Заключение: Единичные кальцификаты простаты. Проведение ультразвукового сопровождения при пункциях (щитовидной железы, молочных желез, печени, мягких тканей, плевральной полости) от 21.07.14 г.: Заключение: УЗ - сопровождение при пункции узла в правой доле щитовидной железы. Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях от 16.07.14 г.: На рентгенограммах органов грудной клетки в 2-х проекциях очаговые и инфильтративные изменения в легких не определяются. Легочный рисунок не изменен. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма правильно расположена, четко контурируется, синусы свободны. С обеих сторон в проекции передних отделов междолевых щелей отмечается утолщение плевры. Сердце в размерах не увеличено, тень аорты не изменена. Заключение: рентгенологических данных за наличие в легких очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Рентгенография шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях с функциональными пробами от 18.07.14 г.: На рентгенограммах шейного отдела позвоночника определяется выпрямление шейного лордоза, умеренно выраженное неравномерное (в большей степени спереди) снижение высоты межпозвонковых дисков и

субхондральный склероз на протяжении всего шейного отдела; заострение processus uncinatus C5 и C6. Патологическая подвижность при проведении функциональных проб не выявляется. Имеются выраженная неравномерность ширины рентгеновских суставных щелей и субхондральный склероз в межпозвонковых суставах. Заключение: Незначительно выраженные признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника. Выраженный спондилоартроз. Рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях от 22.07.14 г.: На рентгенограммах поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях определяется: незначительно выраженный левосторонний сколиоз, смещение L2 и L3 кзади на 0,4 см. Грыжа Шморля на краниальной замыкающей пластинке L2. Отмечается небольшое уплотнение теней дисков L2-3, L3-4, высота дисков не снижена. На L4 визуализируются начальные проявления обызвествления передней продольной связки. Деструктивные и травматические изменения в поясничном отделе позвоночника не выявлены. Заключение: рентгенологические признаки умеренно выраженных нарушений статики с наличием заднего псевдоспондилолистеза L2 и L3 в пределах 0,4см. Начальные проявления остеохондроза межпозвонковых дисков L2-3, L3-4, и деформирующего спондилоза на L4. Эзофагогастродуоденоскопия от 22.07.14 г.: Заключение: Хронический диффузный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Хронический дуоденит. Недостаточность кардии. Электрокардиография от 15.07.14 г. Заключение: QRS = 98 мсек QT = 382 мсек QTc = 418 мсек PQ = 180 мсек P = 110 мсек. Ритм синусовый с ЧСС 71 в минуту. Резкое отклонение электрической оси сердца влево. Блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса. Комбинированное суточное мониторирование ЭКГ в 12-ти отведениях, артериального давления и реопульмограммы от 18.07.14 г.: Заключение: заключение выдано пациенту на руки. Электроэнцефалография (ЭЭГ) от 16.07.14 г.: Заключение: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга свидетельствуют о повышенной лабильности нейронов коры при нагрузках (на фоне дисфункции стволовых структур). Очаговой, пароксизмальной, специфической эпилептиформной активности не выявлено. Комплексное исследование легких от 17.07.14 г.: Заключение: ОЕЛ в пределах нормы (8.4л - 109%D), ЖЕЛ - в пределах нормы (5.2л- 101 %D), ООЛ - в пределах нормы (3.2л- 133%D). Отношение ООЛ/ОЕЛ в пределах нормы (109%D). Бронхиальное сопротивление вдоху - в пределах нормы, выдоху - в пределах нормы (0.13 и 0.22 кПа/л/с соответственно). По результатам теста форсированного выдоха нарушения проходимости дыхательных путей не выявлено: ОФВ1= 3.8 л - 97 %D, ОФВ1/ФЖЕЛ = 74%, ПОС= 91%D, МОС25 = 80 %D, МОС50 = 68%D, МОС75=60%D. Проба с бронхолитиком отрицательная (ОФВ1 + 7%). Диффузионная способность легких умеренно снижена: общая - 70%D, т.н. удельная, перерассчитанная на единицу альвеолярного объема (VA) - 73%D. В норме больше 81% Д...Консультации: Консультация невролога первично 23.07.14 г.: Заключение: Диагноз по МКБ: G93.4 Энцефалопатия неуточненная. Диагноз: Энцефалопатия I смешанного генеза (дисциркуляторная, посттравматическая, на фоне гипергомоцистеинемии) с рассеянной очаговой симптоматикой, кохлеарным, цефалгическим синдромом, вестибулопатией. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника распространенной локализации со статико-динамическими нарушениями, мышечнотоническим синдромом, грыжеобразованием, транзиторной цервикалгией, люмбалгией, торакалгией...Консультация офтальмолога первично 22.07.14 г.: Заключение: Диагноз по МКБ: H52.1 Миопия. Описание: Основной диагноз: Миопия сл. степени...Консультация сердечно-сосудистого хирурга первично 18.07.14 г.: Диагноз: ЦВБ. Стеноз левой ВСА, гемодинамически значимый...Консультация травматолога-ортопеда первично 18.07.14 г.: Заключение: Диагноз по МКБ: Z00.0 Общий медицинский осмотр. Описание: На момент осмотра клинически значимых нарушений не выявлено. Консультация уролога первично 22.07.14 г.: Диагноз: МКБ (впервые выявленная) - мелкий конкремент правой и микролиты обеих почек. Мелкая ангиомиолиптома правой почки...Консультация эндокринолога первично 23.07.14 г.: Диагноз: Диффузно-узловой нетоксический зоб (узлы

правой доли). Эутиреоз...Консультация кардиолога первично 22.07.14 г.: Диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии. Атерогенная дислипидемия. Гипергомоцистеинемия. Стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий – стеноз левой ОСА до 70%. Риск сердечно-сосудистых осложнений высокий...Выписан в удовлетворительном состоянии с улучшением самочувствия – головные боли в период госпитализации практически не беспокоили, значительно уменьшилось головокружение. Цифры АД в период госпитализации были в пределах нормы – 120/80 мм. рт. ст....».

Из консультации невролога, врача-специалиста первично ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России» от 10.10.2014 г. за подписью врача, следует: «Пациент: х Игорь Алексеевич. Возраст: 53 года. Дата: 10.10.2014 г. 17:13. Пол: Мужской. Жалобы: на момент осмотра жалоб не предъявляет, периодически беспокоит несистемное головокружение. Анамнез заболевания: Поступил на отделение ССХ ВЦЭРМ для выполнения оперативного лечения стенозирующего поражения левой ОСА. Направлен на плановый осмотр перед операцией. Анамнез жизни: С 9 лет расходящийся страбизм. В 2002 г. перенес сочетанную травму ЗЧМТ, СГМ, перелом костей прав. предплечья, проходил стац. лечение. Хр. заболевания: Гипертоническая болезнь. Нейросенсорная тугоухость на оба уха (с 2003 г. пользуется слуховым аппаратом). Хронический бронхит, стабильное течение. Хронический гастрит, ремиссия. Хронический геморрой. Артроз локтевых суставов? Дислипидемия. Гипергомоцистеинемия. Неврологический статус: Высшие мозговые функции сохранены. Поля зрения (ориентировочно) в норме, зрачки D=S, фотореакции сохранены, конвергенция нарушена за счет недоведения левого глаза, глазные щели D = S. Недоведение левого глаза при взгляде направо, нистагма нет. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Надбровные рефлексы D=S, мимические мышцы без асимметрии. Симптомы орального автоматизма отсутствуют. Фокация, глотание не нарушены, небный и глоточный рефлексы живые, uvula по средней линии, язык по средней линии. Мышечных атрофий, гипотрофий нет, мышечный тонус в конечностях не изменен. Сила полная. Глубокие рефлексы живые с верхних конечностей D=S, коленные D=S, ахилловы D=S. Патологические рефлексы не вызываются. Нарушений чувствительности нет. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. Менингеальные симптомы отрицательные. Движения в позвоночнике в полном объеме, функциональные изгибы сохранены. Симптомы натяжения отрицательные. Заключение: Диагноз по МКБ: 165.2 Закупорка и стеноз сонной артерии. Диагноз: Стенозирующее поражение брахиоцефальных сосудов с развитием гемодинамически значимого стеноза левой ОСА....» Даны рекомендации.

Из консультации офтальмолога, врача-специалиста первично ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России» от 20.10.2014 г. за подписью врача, следует: «Пациент: х Игорь Алексеевич. Возраст: 53 года. Дата: 20.10.2014 г. 10:33. Пол: Мужской. С историей болезни ознакомился. Из анамнеза известно, что косоглазие с детства. Заключение: Диагноз: Содружественное вертикальное косоглазие...» Даны рекомендации. **Из выписки из медицинской карты стационарного больного №10856/С2014 ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России» от 20.10.2014 г., за подписью глав. врача, зав. отделением, леч. врача, печатью следует:** «Пациент х Игорь Алексеевич (53 года) обследован и прошел лечение в клинике «ВЦЭРМ» им. А. М. Никифорова» МЧС России (Отделение сердечно-сосудистой хирургии) с 08.10.2014 по 21.10.2014. Установлен диагноз: Диагноз выписки основной от 20.10.14 г. I65.2 Атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА ВСА >70%. Операция 14.10.2014 каротидная эндартерэктомия слева. Результаты лабораторных исследований: Общеклинические исследования от 09.10.2014 г. Клинический анализ крови (полный + тромбоциты). Общеклинические исследования от 15.10.2014 г. Клинический анализ крови (без СОЭ), Биохимические исследования от 09.10.14 г. Биохимические исследования от

14.10.14 г. Биохимические исследования от 09.10.14 г. Иммунологические исследования от 09.10.14 г. Определение групповой и резус принадлежности крови с перекрестной реакцией гелевой технологией (подтверждающее). Результаты обследований: Электрокардиография от 08.10.14 г. Заключение: Нормальный синусовый ритм. Отклонение электрической оси влево. Блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса. При сравнении с ЭКГ от 15.07.2014 г. без динамики. Консультации: Консультация врача анестезиолога-реаниматолога первично 13.10.14 г. Консультация кардиолога первично 10.10.14 г.: Заключение: Описание: Предварительный диагноз основной: Цереброваскулярная болезнь, стеноз внутренней сонной артерии слева более 70%. Диагноз сопутствующий: Гипертоническая болезнь II стадии, медикаментозная нормотензия. Атерогенная дислипидемия. Гипергомоцистеинемия. Хронический бронхит, фаза ремиссии...Консультация невролога первично 10.10.14 г.: Заключение: Диагноз по МКБ: I65.2 Закупорка и стеноз сонной артерии. Диагноз: Стенозирующее поражение брахиоцефальных сосудов с развитием гемодинамически значимого стеноза левой ОСА...Консультация офтальмолога первично 20.10.14 г.: Заключение: Диагноз: Содружественное вертикальное косоглазие....Операции: Эндартерэктомия каротидная I категории сложности....».

Из оригинала акта №2891 медицинского освидетельствования на 104 л., следует: «1. Фамилия, имя, отчество: х Игорь Алексеевич...11. Проходил ли ранее медицинское освидетельствование (ЦВВК, ОБВК, ВВК силовых ведомств РВК): да, в каком году 2014, где ВВК МСЧ МВД России по х области...Жалобы на головные боли, головокружение, тошноту при повышении АД до 180/100 мм. рт. ст., колюще-давящие боли в сердце, приступы сердцебиения, одышку при физической нагрузке, общую слабость, утомляемость, изжогу после погрешностей в диете...».

Изучено направление на медицинское освидетельствование в ВВК ФГУЗ «МСЧ МВД России по х области» № 8-1-15 от 08.07.2015 г. ГУМЧС России по х области за подписью Врио зам. нач. ОК, печатью (л. 4-7).

Из характеристики на х х отдела Главного Управления МЧС России по х, х внутренней службы х И. А., за подписью нач. ГУ МЧС России по х, печатью (л. 8) следует: «х внутренней службы х Игорь Алексеевич, 14 января 1961 года рождения, состоит на службе с декабря х года, в занимаемой должности с 01 января х года. Образование высшее, в 1984 году окончил х институт инженеров железнодорожного транспорта, в 1997 году окончил с отличием юридический факультет х государственного университета. За время службы зарекомендовал себя как добросовестный, высоко квалифицированный и инициативный руководитель, подготовивший ни одну смену грамотных юристов. Законодательство и руководящие документы, регламентирующие служебную деятельность, умело и профессионально использует в повседневной работе. Требователен к соблюдению служебной дисциплины. С возложенными на него должностными обязанностями справлялся в полном объеме в течение всей своей предшествующей службы. Однако, за последние два года стал жаловаться на существенное ухудшение состояния здоровья, что выражается в частых головных болях, головокружениях, шуме в ушах, общей слабости, быстрой утомляемости. В 2002 году перенес закрытую черепно-мозговую травму – сотрясение мозга, полученную при исполнении служебных обязанностей. Не может обходиться без слухового аппарата ввиду сильной потери слуха. За последние 24 месяца неоднократно находился на амбулаторном и стационарном лечении в поликлинике и госпитале МСЧ МВД России по х области, а также в клиниках Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России. За 2014 год у х И. А. зарегистрировано более 65 дней нетрудоспособности, в текущем 2015 году – более 175 дней нетрудоспособности. В настоящее время продолжает находиться на амбулаторном лечении в поликлинике МСЧ МВД России по х области». Дата 08.07.2015 г.

Имеется запрос «О дополнительной служебной проверке» от ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по х области» № 40/1623 от 17.08.2015 г. на имя начальника ГУ МЧС России по х области генерал-майора внутренней службы В. Г. х, за подписью начальника ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по х области» (л. 9-10) *(документ проанализирован ранее – примечание эксперта)*.

Изучен рапорт от 17.08.15 г. на имя начальника ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» х вн. службы В. К. х (л. д. 11).

Имеется заключение служебной проверки по установлению факта причинения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х Игорю Алексеевичу, утвержденного начальником ГУ МЧС России по х области в 2015 г. *(документ проанализирован ранее – примечание эксперта)*.

Имеется заключение служебной проверки по установлению факта получения травмы головы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х Игорем Алексеевичем, утвержденного начальником ГУ МЧС России по х области в 26.03.2014 г. *(документ проанализирован ранее – примечание эксперта)*.

Имеется заключение дополнительной служебной проверки по установлению факта причинения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х Игорю Алексеевичу, утвержденного начальником ГУ МЧС России по х области 20.08.2015 г. *(документ проанализирован ранее – примечание эксперта)*.

Имеется акт судебно-медицинского освидетельствования № 6287 в ГБУ х «БСМЭ» г. х начато 20.11.2014 г., окончено 05.03.2015 г. за подписью суд.-мед. эксперта, печатью *(документ проанализирован ранее – примечание эксперта)*.

Имеется осмотра дежурного врача МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х» от 15.05.2015 г., за подписью дежурного врача, печатью и штампом учреждения *(документ проанализирован ранее – примечание эксперта)*.

Имеется справка неврологического отделения № 1 для больных с нарушением мозгового кровообращения МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х-на-х» от 13.06.2015 г., за подписью дежурного врача-невролога, печатью и штампом учреждения *(документ проанализирован ранее – примечание эксперта)*.

Из справки № 451 от 31.01.2014 г. ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области», за подписью председателя комиссии, секретаря (л. 31) следует: «х внутренней службы х Игорь Алексеевич, 1961 г. р. освидетельствован ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области». Заключение ВВК: а) Диагноз и причинная связь увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания: «Гипертоническая болезнь II стадии. Хроническая ишемия головного мозга I стадии (гипертоническая), рассеянные неврологические знаки, МРТпризнаки (26.04.2012) рубцово-слипчивого арахноидита, энцефалопатии. Межпозвоночный остеохондроз шейного, грудного отделов позвоночника, без нарушения функции. Консолидированный перелом правой лучевой кости после операции 23.10.2002: наложение аппарата Иллизарова; 25.10.2002: открытой репозиции металлоостеосинтеза; 12.2002: удаление металлоконструкции по поводу закрытого внутрисуставного оскольчатого перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков, без нарушения функции. Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость II степени. Не удаленные корни двух зубов, отсутствие девяти зубов» - Заболевание получено в период военной службы. «В» - ограниченно годен к службе в органах внутренних дел, степень ограничения 4. «Миопия слабой степени обоих глаз» - Общее заболевание. «А» - годен к службе в органах внутренних дел, степень ограничения

1. б) Категория годности к службе (военной службе): На основании статьи 43 «б», 24 «в», 66 «г» графы III Расписания болезней и ТДТ (приложение № 1 к Инструкции, утвержденной приказом МВД России от 14.07.2010 г. № 523) «В» - ограниченно годен к службе в органах внутренних дел, степень ограничения 4. Годен к службе в должности х х отдела Главного управления МЧС России по х области, группа предназначения 4.

Подлежит санации полости рта».

Имеется результата анализа крови от 13.07.15 г., мочи.

Имеется лист осмотра окулиста 09.07.15 г. ФКУЗ «МСЧ России по х области» поликлиника г. х-х-х: «VIS OD – 0,5 sph (-) 0,5 cyl (-) 0,75 ax 90⁰ = 0,9; OS – 0,7 н/к. ВГД OD – 16; OS – 19». Подпись и печать врача. Печать и штамп учреждения.

Имеется справка осмотра врачом-урологом 10.07.2015 № 1749 ФКУЗ «МСЧ России по х области» поликлиника г. х: «Пр. здоров».

Имеется отрицательный результат исследования крови на сифилис от 10.07.2015 г. Имеется отрицательный результат иммуноферментного анализа № 11668 и № 59845 от 10.07.2015 г.

Имеется флюорографическое исследование в 2-х проекциях рентген кабинет поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по х» от 05.05.2015 г., 10.07.2015 г.

Имеется результат рентген-исследования легких поликлиники ФКУЗ «МСЧ России по х области» от 05.05.2015 г. и от 10.07.15 г. на имя х И. А. (л. 40-41): «В легких очаговых и инфильтративных изменений нет. Корни структурные. Легочной рисунок деформирован. Куполы диафрагмы с четкими контурами. Сердце обычной конфигурации». Подпись и печать врача.

Изучена выписка из истории болезни поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» на имя х И. А., за подписью врача, печатью и штампом учреждения (л. 42).

Имеется ЭКГ исследование № 3877, и/б № 1712 от 10.07.2015 г. поликлиника ФКУЗ «МСЧ России по х области»: «Ритм синусовый, правильный, ЭОС резко отклонена влево».

Из выписки из истории болезни № 1712 на ВВК поликлиника ФКУЗ «МСЧ России по х области»: «Ф. И. О. х Игорь Алексеевич... Наблюдался ФКУЗ «МСЧ МВД России по х Анамнез: На учете у психиатра поликлиники МСЧ не состоит, находится на консультативном наблюдении у психиатра поликлиники МСЧ с 2009 г. Консультация психиатра поликлиники МСЧ от 10.08.2009 г.: Жалобы астенические, периодически усиливаются на фоне цефалгий и вестибулопатии. В статусе: детализация подвижности мышления, инертность. Эмоциональная лабильность умеренная, истощаем, несколько сензитивен, память с ослаблением оперативного реагирования, пресомния. Диагноз: Астенический синдром. Органическое расстройство... Даны рекомендации. Консультация от 07.05.2010 г. психиатра поликлиники МСЧ: жалобы на головные боли, нарушения памяти, сна, головокружения, стал более раздражителен, утомляем, участились и усилились цефалгии. Ухудшение в вечерние часы. Психический статус: В сознании, ориентирован. Мышление последовательно, несколько замедленно по темпу. Внимание фиксировано на внутренних переживаниях. Настроение неустойчивое, преимущественно сниженное. Астенизирован и тревожен. Пресомния. DS: Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза, астеноневротический синдром... Даны рекомендации. Консультация психиатра поликлиники МСЧ от 25.08.2011 г.: Сознание ясное. Жалуется на периодические головные боли в теменной области, головокружение, плохой сон, утомляемость. Несколько астенизирован. Мышление без структурных нарушений. Эмоционально лабилен. DS: Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза, астеноневротический синдром. Консультация психиатра поликлиники МСЧ от 04.09.2013 г.: Жалобы на головные боли, головокружения, раздражительность, колебания АД до 170/100 мм. рт. ст., снижение слуха, общую слабость, повышенную утомляемость, бессонницу, забывчивость, рассеянность. Объективно: Сознание ясное, эмоционально лабилен, легко аффектируется по малозначительным поводам аффект нестойкий, синдром

«спички», слабодушие, астенизирован, истощаем. Фон настроения с тенденцией к депримации, раздражительная слабость. Мышление истощаемое, в несколько замедленном темпе, эпизоды навязчивых ассоциаций. Память астенически ослаблена в сфере фиксации, абстрагирование, ослаблено внимание, легко истощаемое с трудностями переключения. Стойкая пресомния за счет астенического снижения. DS: Астенический синдром, стойкий умеренно выраженный в связи со смешанными заболеваниями головного мозга (посттравматическими, атеросклеротическими, гипертоническими)... Даны рекомендации. Консультация психиатра поликлиники МСЧ от 12.11.2014 г. Жалобы на стойкие головные боли давящего характера, головокружения, общую слабость, метеозависимость, быструю утомляемость, раздражительность, вспыльчивость, тревожность, бессонницу, рассеянность, снижение памяти на текущие события. Объективно: Сознание ясное. Эмоционально неустойчив, раздражителен, вспыльчив, перманентная астенизация по типу раздражительной слабости. Гиперстезия с истощаемостью, сензитивностью, психической гиперстезией на высоте алгий, краниальными сенестопатиями. За прошедший период ухудшение, стал более раздражителен, вспыльчив, головные боли постоянная метеозависимость, общая слабость. Мышление в замедленном темпе, инертное с элементами детализации, абстрагирование ослаблено. Память астенически ослаблена в сфере фиксации. Настроение с депримацией. Внимание легко истощаемое с трудностями распределения и переключения, сужение объема внимания. Сохраняется стойкая пресомния с явлениями астенического ментизма усиление тремора. DS: Стойко выраженный астенический синдром в связи со смешанными заболеваниями головного мозга... Даны рекомендации...».

Имеется выписка из медицинской карты амбулаторного больного ГБУЗ «Городская больница № х» г. х-х-х на имя х И. А. от 30.06.2015 г., за подписью леч. врача, печатью (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Из выписки из истории болезни стационарного больного больницы медотдела х области от 15.05.2000 г., за подписью леч. врача, нач. х/о, к. м. н., нач. б-цы, печатью следует: «1. Фамилия, имя и отчество больного: х Игорь Алексеевич... Даты по стационару поступления: 24.04.2000 г., выписки 15.05.2000 г. Полный диагноз: Осн. диагноз: Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Соп. диагноз: Шейный остеохондроз, синдром вертебральных артерий. Хронический гастрит, ремиссия. Миопия слабой степени обоих глаз. Жалобы на снижение слуха на оба уха, шум в ушах. Анамнез: В течение 3-х лет у больного постепенно снижается слух, к врачу обратился в апреле 2000 г., на аудиограмме выявлено смешанная форма тугоухости с обеих сторон, больше выраженная слева (повышенные пороги звуковосприятия до 50 Дб на речевые и высокие частоты). Обследование: ОАК, ВИЧ № 629 – отриц., ОРС № 2257 – отриц., ОАМ – без патологии, ЭКГ – преобладание левого желудочка, РЭГ – периферическое сосудистое сопротивление в пределах нормы, венозный застой слева незначительный, в бассейнах внутренних сонных и вертебро-базиллярных артерий минутный кровоток слева незначительно повышен, умеренная асимметрия пульсового кровотока. Эластикотонические свойства магистральных артерий слева незначительно снижены, справа значительно повышены. Р-грамма шейного отдела позвоночника: деформация передненижнего угла С6. Консультация окулиста – миопия слабой степени обоих глаз. Терапевта – хронический гастрит, ремиссия. Невропатолога – шейный остеохондроз, синдром вертебральных артерий...».

Из выписки из истории болезни стационарного больного госпиталю ГУВД х области от 20.05.2005 г., за подписью леч. врача, нач. х/о, к. м. н., начмеда, печатью следует: «1. Фамилия, имя и отчество больного: х Игорь Алексеевич... Даты по стационару поступления: 28.04.2005 г., выписки 20.05.2005 г. Полный диагноз: Осн. диагноз: Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Соп. диагноз: Дисциркуляторная энцефалопатия I степени с рассеянной неврологической симптоматикой, астено-тревожный синдром. Остеохондроз шейного отдела позвоночника, разгибательный

подвывих С3, хроническая вертебро-базиллярная недостаточность, болевой мышечно-тонический синдром. Деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника, хроническая люмбалгия с мышечно-тоническим синдромом. Хронический гастрит, ремиссия. Жалобы на снижение слуха, шум в ушах, головокружение при перемене положения тела, звон в ушах, голове, утомляемость, слабость, снижение памяти, забывчивость, нарушение концентрации внимания, нарушение сна, боли в шейном отделе. скованность в нем, головная боль в теменной области со второй половины дня. Анамнез: В течение 10 лет у больного постепенно снижается слух. Ежегодно проводит курсовое лечение в стационаре по поводу хронической аудиосенсоневропатии. В течение года пользуется слуховым аппаратом. Поступил для проведения очередного проф. курса лечения. ЛОР-органы: Уши б/перепонки целые, серого цвета, втянуты. Слух – РР 2 м. ШР у раков. УУ. Р-укорочено с обеих сторон. Нос – слизистые розовые, влажные. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Глотка – слизистые розовые, влажные. Небные миндалины ср. размеров, без патологического содержимого в лакунах. МР № 2227 от 22.04.05 г. – отрицательно. РВ № 193 от 12.05.05 г. – отрицательно. ОАК от 29.04.05 г., ОАМ от 29.04.05 г. ЭКГ № 1791 от 28.04.05 г.: Электрокардиограмма сниженного вольтажа. Нормальное положение эл. оси. Преобладание левого желудочка. Синусовая брадикардия 52 в 1 мин. РЭГ: от 11.05.05 г.: В бассейнах внутренних сонных и вертебробазиллярных артерий минутный объемный кровоток слева незначительно повышен, справа в норме. Умеренная асимметрия пульсового кровотока с его незначительным повышением слева. Эластико-тонические свойства магистральных артерий незначительно снижены. Тонус дистальных отделов артериального русла слева незначительный гипертонус, справа умеренный гипертонус. Периферическое сосудистое сопротивление незначительно повышено. Венозный застой, справа незначительный. Консультации: терапевта, невролога, окулиста, хирурга: Д-З: Папиллома волосистой части головы. 17.05.05 г. операция: Расширенная биопсия...».

Из выписки из истории болезни стационарного больного госпиталя «МСЧ ГУВД х» от 17.05.06 г., за подписью врача, нач. х/о к. м. н., зам. нач. госпиталя, печатью следует: «1. Фамилия, имя, отчество больного: х Игорь Алексеевич. Возраст 1961 г. р....Даты...б) по стационару: время поступления: 27.04.2006 г., выписки: 17.05.2006 г. DS: Хр. двусторонняя аудиосенсоневропатия. Соп.: Атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия II ст., состояние субкомпенсации мозжечково-стволовым синдромом (динамическая атаксия, пирамидная недостаточность слева). Хронический гастрит, фаза нестойкой ремиссии. Вегетососудистая дистония по смешанному типу (гипертоническая, кардиальная). Миопия слабой степени обоих глаз, ангиопатия сетчатки. Обследование: ОАК, ан. мочи, ан. мочи по Зимницкому, УЗИ печени, желчный пузырь: размеры 70x25 мл., поджел. железа – головн. 19 мм, тело 12 мм, хвост 17 мм, селезенка – 75x29, почки 130x55 мм, ЧЛС не расширены. РЭГ – эластико-тонические Д 128x57 Рена. Св-ва магистральных артерий слева значительно снижены, справа умеренно снижены. Значительный гипертонус дист. отделов артериального русла слева. Периодическое сосудистое сопротивление слева умеренно повышено. Венозный застой слева незначительный. ЭЭГ – отмечается дисфункция дизэнцефальной области. ЭКГ – неопределенная электрическая позиция сердца, ритм синусовый. правильный, 63 в мин. Аудиограмма – повышены пороги звуковосприятия до 50 Дб, пороги звуковосприятия до 60 Дб костно-воздушный интервал от 20 до 35 Дб...».

Имеется выписка из медицинской карты стационарного больного № 1169 Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 28.04.2012 г. за подписью леч. врача, нач. отд. к. м. н., зам. нач. госпиталя (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*). Имеется выписной эпикриза из медицинской карты стационарного больного № 2493 ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» госпиталь неврологическое отделение, за подписью леч. врача, нач. отделения, зам. нач. госпиталя по леч. работе, печать (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется выписка из медицинской карты стационарного больного № 2883 госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области», за подписью леч. врача, нач. отд., зам. нач. госпиталя по леч. работе, печать (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется выписка из медицинской карты стационарного больного №7811/С2014 ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России» от 24.07.2014 г., за подписью глав. врача, зав. отделением, леч. врача, печатью (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется эпикриз из медицинской карты № 3982 стационарного больного госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 25.11.2014 г., за подписью леч. врача, нач. н/о, зам. начальника по лечебной работе, печать учреждения (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Из выписки из медицинской карты стационарного больного № 6630/С2015 «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России» от 05.06.2015 г., за подписью глав. врача, зав. отделением, леч. врача, печатью, следует: «Пациент х Игорь Алексеевич (54 года) обследован и прошел лечение в клинике «ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова» МЧС России (отделение офтальмологическое) с 26.05.2015 по 05.06.2015 г. с диагнозом: «Монокулярное врожденное сходящееся косоглазие с вертикальным компонентом слева. Офтальмологический статус при поступлении: VIS OD = 0,5 sph – 0,5D cyl – 0,75D ax 90 = 0,9; ВГД (неконтактная тонометрия) мм. рт. ст. = 14; VIS OS = 0,5 sph – 0,5D cyl – 0,5D ax 100 = 0,9; ВГД (неконтактная тонометрия) мм. рт. ст. = 15; Данные периметрии OU (Humphrey 745i): кинетическая: периферические границы полей зрения в пределах физиологической нормы. Движения глазных яблок в полном объеме, безболезненные. Левое глазное яблоко без фиксации взора отклоняется вверх кнутри на 15-20*. При попытке смотреть бинокулярно – диплопия во всех отведениях. OU: Положение в глазнице правильное. Вспомогательные органы не изменены. Роговица прозрачная, гладкая, блестящая, сферичная. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена, зрачок круглой формы, диаметром 3 мм, фотореакции живые. Факосклероз. Рефлекс с глазного дна розовый. Стекловидно тело прозрачное. Глазное дно (в условиях медикаментозного мидриаза 1% мидриацил однократно): ДЗН округлой формы, с четкими контурами, бледно-розового цвета, Э/Д=2/10. Артерии несколько сужены, вены расширены, извиты, полнокровны, соотношение А:В=1:3. Макулярная область и периферические отделы без паталогических изменений. Установлен диагноз: Диагноз при поступлении основной от 26.05.15 г.: Н 50.9 Косоглазие неуточненное. Дата постановки диагноза: 26.05.15 г. Результаты лабораторных исследований: Общеклинические исследования от 27.05.15 г. Клинический анализ крови (полный + тромбоциты), клинический анализ мочи, биохимические исследования от 02.06.15 г., биохимические исследования от 27.05.15 г. иммунологические исследования от 27.05.15 г., от 29.05.15 г. Результаты обследования: Триплексное исследование брахиоцефальных сосудов на экстра- и интракраниальном уровне от 01.06.2015: дистальный отдел плечеголового ствола, проксимальные (до отхождения позвоночных артерий) сегменты подключичных артерий, общие сонные артерии на всем протяжении, наружные сонные артерии в проксимальных отделах, внутренние сонные артерии в экстракраниальных отделах, позвоночные артерии (сегменты VI и V2) визуализированы; комплекс интима-медиа в типичных для измерения местах утолщен до 1,1 мм, дифференцировка на слои на видимом протяжении утрачена, эхогенность повышена; в области проксимального участка правой и левой общей сонной артерии визуализированы плоские гетерогенные атеросклеротические бляшки, с четкими контурами со стенозированием просвета сосуда около 35-40% по диаметру (по ECST); в области первого сегмента правой подключичной артерии визуализирована гетерогенная атеросклеротическая бляшка, с четкими контурами со стенозированием просвета сосуда около 35-40% по диаметру (по ECST); в области

бифуркации правой общей сонной артерии с распространением в устье внутренней и наружной сонной артерии визуализирована гетерогенная атеросклеротическая бляшка, концентрическая с неровными контурами, гиперэхогенными включениями со стенозированием просвета бифуркации около 65- 70%, устья ВСА и НСА около 25% по диаметру (по ECST); слева в области среднего участка левой ОСА с распространением в бифуркацию и ВСА определяется гипертрофированная неоинтима, гипозоногенная, с ровными краями, со стенозированием просвета сосуда около 35-40% по диаметру; скорости: характеристики кровотока и индексы периферического сопротивления в сонных артериях в пределах нормативных показателей; диаметр позвоночных артерий асимметричен за счет превалирования левой, скоростные параметры потока в пределах нормы, с допустимой асимметрией; скоростные параметры потока и индексы периферического сопротивления в средних, передних и задних мозговых артериях в пределах возрастных нормативных величин, с допустимой асимметрией; резерв вазодилатации уменьшен, резерв вазоконстрикции сохранен ($Kp+=1,15$ $Kp-=0,4$); в интракраниальном отделе (V4 сегмент) позвоночных артерий и в основной артерии скоростные характеристики кровотока и индексы периферического сопротивления в пределах нормы; эхографические признаки атеросклеротического стенозирующего поражения брахиоцефальных артерий с наличием бляшек в области бифуркации общей сонной артерии с распространением в устье ВСА и НСА справа (стеноз бифуркации 65-70%), первого сегмента правой подключичной артерии (стеноз 35- 40%), плоских бляшек в дистальных участках правой и левой ОСА (стеноз 35-40%); гипертрофия неоинтимы ОСА-ВСА слева со стенозированием просвета сосуда около 35-40% по диаметру (без гемодинамических нарушений); «малый» диаметр правой позвоночной артерии; интракраниальный кровоток в пределах нормы; нарушение цереброваскулярной реактивности за счет резерва вазодилатации. Электрокардиография от 27.05.15 г.: Заключение: Нормальный синусовый ритм. Отклонение электрической оси влево. При сравнении с ЭКГ от 08.10.2014 г., без изменений. Консультации: Консультация врача анестезиолога-реаниматолога первично 01.06.15 г. Консультация сердечно-сосудистого хирурга первично 03.06.15 г. Заключение: Признаки выраженного стенозирующего атеросклеротического поражения стенок брахиоцефальных артерий в виде значительного изменения интимы, осложненного образованием атеросклеротических бляшек в районе бифуркации с обеих сторон, причем слева – гемодинамически значимых: стенозирование просвета – более 70%. Гемодинамически значимая асимметрия диаметров позвоночных артерий: синдром «малой позвоночной артерии» справа. Отмечено выраженное нарушение геометрии позвоночных с обеих сторон. Признаки венозной дисциркуляции по позвоночной вене справа и слева, с акцентом до входа в костный канал. Рекомендовано: консультация невропатолога, сосудистого хирурга: целесообразность проведения МСКТ (ангиографии) сосудов шеи. Диагноз по МКБ: I65.2 Закупорка и стеноз сонной артерии. Диагноз: ЦВБ. Стеноз правой ВСА, 65%...Консультация терапевта первично 28.05.15 г.: Заключение: Нормальный синусовый ритм. Отклонение электрической оси влево. При сравнении с ЭКГ от 08.10.2014 г. без изменений. Заключение: Описание: Гипертоническая болезнь 2 ст. (Артериальная гипертензия 3 ст., риск ССО4). Атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА. ВСА. Каротидная эндартерэктомия слева от 14.10.2014 г....Операции: Рецессия, тенорафия глазной мышцы при косоглазии 02.06.15 г. (Описание операции: Рецессия верхней прямой мышцы на левом глазу)...Офтальмологический статус при выписке: Сохраняется диплопия. OS : Гетерофория. Умеренная п/операционная конъюнктивальная инъекция. Швы состоятельны, чистые. В остальном офтальмологический статус прежний...».

Из триплексного исследования брахиоцефальных сосудов на экстра- и интракраниальном уровне от 01.06.2015 «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова» МЧС России, за подписью врача, следует: Ф. И. О. х Игорь Алексеевич, 54 г. Дата исследования 01.06.2015 г....Заключение:

Дистальный отдел плечевого ствола, проксимальные (до отхождения позвоночных артерий) сегменты подключичных артерий, общие сонные артерии на всем протяжении, наружные сонные артерии в проксимальных отделах, внутренние сонные артерии в экстракраниальных отделах, позвоночные артерии (сегменты VI и V2) визуализированы; комплекс интима-медиа в типичных для измерения местах утолщен до 1,1 мм, дифференцировка на слои на видимом протяжении утрачена, эхогенность повышена; в области проксимального участка правой и левой общей сонной артерии визуализированы плоские гетерогенные атеросклеротические бляшки, с четкими контурами со стенозированием просвета сосуда около 35-40% по диаметру (по ECST); в области первого сегмента правой подключичной артерии визуализирована гетерогенная атеросклеротическая бляшка, с четкими контурами со стенозированием просвета сосуда около 35-40% по диаметру (по ECST); в области бифуркации правой общей сонной артерии с распространением в устье внутренней и наружной сонной артерии визуализирована гетерогенная атеросклеротическая бляшка, концентрическая с неровными контурами, гиперэхогенными включениями со стенозированием просвета бифуркации около 65-70%, устья ВСА и НСА около 25% по диаметру (по ECST); слева в области среднего участка левой ОСА с распространением в бифуркацию и ВСА определяется гипертрофированная неоинтима, гипозоногенная, с ровными краями, со стенозированием просвета сосуда около 35-40% по диаметру; скорости: характеристики кровотока и индексы периферического сопротивления в сонных артериях в пределах нормативных показателей; диаметр позвоночных артерий асимметричен за счет превалирования левой, скоростные параметры потока в пределах нормы, с допустимой асимметрией; скоростные параметры потока и индексы периферического сопротивления в средних, передних и задних мозговых артериях в пределах возрастных нормативных величин, с допустимой асимметрией; резерв вазодилатации уменьшен, резерв вазоконстрикции сохранен ($Kp+=1,15$ $Kp-=0,4$); в интракраниальном отделе (V4 сегмент) позвоночных артерий и в основной артерии скоростные характеристики кровотока и индексы периферического сопротивления в пределах нормы; эхографические признаки атеросклеротического стенозирующего поражения брахиоцефальных артерий с наличием бляшек в области бифуркации общей сонной артерии с распространением в устье ВСА и НСА справа (стеноз бифуркации 65-70%), первого сегмента правой подключичной артерии (стеноз 35-40%), плоских бляшек в дистальных участках правой и левой ОСА (стеноз 35-40%); гипертрофия неоинтимы ОСА-ВСА слева со стенозированием просвета сосуда около 35-40% по диаметру (без гемодинамических нарушений); «малый» диаметр правой позвоночной артерии; интракраниальный кровоток в пределах нормы; нарушение цереброваскулярной реактивности за счет резерва вазодилатации. Рекомендована консультация ангиохирурга».

Из консультации сердечно-сосудистого хирурга, врача высшей категории первично «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова»

МЧС России от 03.06.2015 г., за подписью врача, следует: «Пациент: х Игорь Алексеевич... Жалобы: по сути заболевания не предъявляет. Анамнез заболевания: При скрининговом УЗДС БЦА выявлен ВСА справа (до 65-70%). Объективно: Состояние удовлетворительное. Дополнений к осмотру леч. врача нет. Ознакомился с результатами проведенного обследования. Триплексное исследование на экстракраниальном уровне: признаки выраженного стенозирующего атеросклеротического поражения стенок брахиоцефальных артерий в виде значительного изменения интимы, осложненного образованием атеросклеротических бляшек в районе бифуркации с обеих сторон, причем слева гемодинамически значимых: стенозирование просвета более 70%; гемодинамически значимая асимметрия диаметров позвоночных артерий: синдром «малой позвоночной артерии» справа; отмечено выраженное нарушение геометрии позвоночных артерий с обеих сторон; признаки венозной дисциркуляции по позвоночной вене справа и слева, с

акцентом до входа в костный канал... Диагноз по МКБ: I65.2 Закупорка и стеноз сонной артерии. Диагноз: ЦВБ. Стеноз правой ВСА, 65%...».

Имеется запись ЛОР-врача от 27.07.15 г.: «х И. А. Жалобы на снижение слуха, шум в ушах, головокружение, головные боли... DS: Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени прогрессирующее течение (Н 93.3)... Даны рекомендации». Подпись врача.

Имеется запись психиатра от 03.08.15 г.: «Жалобы на раздражительность, вспыльчивость, рассеянность, снижение памяти на текущие события, тревогу, плохой сон, утомляемость, приступы потери сознания (фиксированы как фокальная эпилепсия, эпилептологом Яминым 23.07.15). В анамнезе ЗЧМТ с СГТ от 04.10.02 г., страдает гипертонической болезнью II стадии. С 2009 г. консультативное наблюдение психиатра МСЧ, статус и жалобы астенические, амбулаторные рекомендации препаратов: тенотен, фенибут, атаракс, семакс, сонатакс, рекситин. Психический статус от 12.11.2014 г. стойко выраженный астенический синдром в связи со смешанным заболеванием головного мозга (посттравматическим, атеросклеротическим, гипертоническим). 27.07.15 г. консультирован психиатром госпиталя МВД по РО. DS: Астенический синдром с тревожным компонентом и умеренными когнитивными нарушениями в связи со смешанным заболеванием головного мозга (травматич., сосудист.). По заключению психолога ЦПД МСЧ МВД по х от 24.07.15 г. – уменьшение объема внимания, снижение продуктивности умственной деятельности, инертность мыслительных процессов. Астенизация. Тревожно-мнительные сензитивные черты в структуре личности. МРТ от 23.11.14 г. – признаки рубцово-слипчивого арахноидита, энцефалопатии...». Подпись и печать врача.

Из протокола эхокардиографического исследования Госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 17.09.2013 г.: «Ф. И. О. х И. А... Заключение: Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ I типа. Глобальная сократимость миокарда ЛЖ сохранена. Склероз корня аорты, створок АК, МК, недостаточность МК I ст. Диастолическая асинхрония МЖП». Подпись врача.

Из протокола эхокардиографического исследования Госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 19.04.2012 г.: «Ф. И. О. х И. А... Заключение: Склероз АО и створок АО ЛЖ. Конц. гипертрофия м-ф ЛЖ. Нарушение диастол. функции ЛЖ I типа (ЕСА). Систоло-диастолическая асинхрония МЖП». Подпись врача.

Из карты эхографического исследования поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 22.07.2015 г., следует: «Ф. И. О. х И. А... Заключение: Гипертрофия миокарда ЛЖ, Глобальная х функция снижена. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ I типа. Склероз корня Ао и створок АК и МК. Регургитация на МК I степени. Систолодиастолическая асинхрония МЖП». Подпись врача.

Из ЭЭГ исследования МБУЗ «Городская больница № 20» г. х-х-х отделения функциональной диагностики от 08.05.15 г., следует: «х И. А... Заключение: Изменение коркового электрогенеза общемозгового характера с признаками выраженной ирритации и снижения порога судорожной готовности на фоне ирритации срединных структур мозга. Функциональные пробы вызвали появление пароксизмальной активности, с областью выраженности в затылочно-теменных отделах, а также с тенденцией к формированию непродолжительных участков генерализации». Подпись врача.

Из протокола УЗИ исследования органов брюшной полости поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД России по х» от 22.05.2015 г., следует: «х И. А... Заключение: УЗ признаки незначительных диффузных изменений паренхимы печени и паренхимы поджелудочной железы (вероятнее всего, за счет мелкозернистой структуры). Мелкокистозное образование левой почки». Подпись врача.

Из протокола УЗИ исследования щитовидной железы поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД России по х» от 22.05.2015 г., следует: «х И. А... Заключение: УЗ признаки узловых образований правой доли щитовидной железы». Подпись врача.

Из ЭЭГ исследования ФКУЗ МСЧ «МВД России по х области» от 27.07.2015 г., следует: «Ф. И. О.: х И. А....Заключение: Выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга по резидуально-органическому типу с вовлечением неспецифических срединных структур с латерализацией в левую гемисферу. Снижение активности корковых функций. Определяется снижение порога судорожной готовности в левой передне-височной области. Трактовать в контексте клинических данных». Подпись врача.

Из энцефалографического исследования ФКУЗ «МСЧ России по х области» от 27.07.2015 г.: «Ф. И. О.: х И. А....Заключение: Объемное пульсовое кровенаполнение в бас. ВСА значительно снижено, в бас. ПА слева: резко снижено (РИ=0.036Ом), справа: значительно снижено (РИ=0.048Ом) Коэффициент асимметрии 24.6%. Эластические свойства магистральных артерий резко снижены (ВРПВ=132мс). Тонус резистивных сосудов резко повышен (ППСС слева = 136, справа = 133%). Тонус артерий мелкого калибра и артериол резко повышен (ДКИ слева = 125, справа = 127%). Венозный отток резко затруднен (ДСИ слева = 148, справа = 132%). Коэффициент асимметрии 12.3%»). Подпись врача.

Из протокола триплексного сканирования брахиоцефальных артерий х ФКУЗ «МСЧ МВД России по х» от 22.07.2015 г., следует: «Ф. И. О. х И. А....Заключение: 1) Брахиоцефальные сосуды визуализированы, проходимы. 2) Признаки атеросклеротических изменений брахиоцефальных артерий: утолщение КИ гемодинамически незначимые стенозы ОСА, ВСА и НСА с обеих сторон. 3) Умеренно ускорен кровоток по ВСА справа, НСА слева. 4) Непрямолинейность хода ПА в канале поперечных отростков позвонков ИКДГ. 1) Неудовлетворительная визуализация при трансстемпоральном доступе. 2) Проведение функциональных проб с обеих сторон затруднено, вследствие неудовлетворительной визуализации САМ. 3) ПА V4 не визуализируется». Подпись и печать врача.

Имеется справка неврологического отделения МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х» от 17.04.2015 г., за подписью дежурного врача-невролога, печать и штамп учреждения (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется эпикриз из медицинской карты № 3067 стационарного больного Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 30.07.2015 г., за подписью леч. врача, нач. н/о, зам. нач. по леч. работе, печатью (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется протокол № 5056 МРТ головного мозга МБУЗ «ГБСМП г. х» от 26.04.2012 г., за подписью врача (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*). Имеется протокол МРТ исследования головного мозга в ООО «х восемь центр» г. х-х-х от 23.11.2014 г. на имя х И. А., за подписью врача, печатью (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Из заключения № 171 ЦПД № 171 ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 24.07.15 г.: «Ф. И. О. х И. А....Заключение: уменьшение объема внимания. Снижение продуктивности умственной деятельности. Инертность мыслительных процессов. Астенизация. Тревожно-мнительные, сензитивные черты в структуре личности. Дата 24.07.15 г.». Подпись врача-эксперта.

Изучены аудиограммы госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х» от 27.07.2015 г., 11.09.2013 г., 28.04.2005 г., 18.04.2012 г., 27.08.2012 г., больницы ГУВД х от 21.05.2001 г., 07.06.2001 г....Диагноз и причинная связь увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания: «Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде частых вторичногенерализованных тонико-клонических приступов (16.04.2015, 13.06.2015, 28.07.2015) на фоне дисциркуляторной энцефалопатии II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического), кистозно-слипчивого арахноидита с ликвородинамическими нарушениями, стойким цефалгическим, вестибуло-атактическим, астено-невротическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями, с

умеренным нарушением функции. Гипертоническая болезнь II стадии. Ишемическая болезнь сердца, атеросклеротическая болезнь сердца, ХСН I (ФК II NYHA). Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость IV степени. Хронический гастродуоденит, ремиссия, с незначительным нарушением функции. Мелкая ангиомиолипома правой почки без нарушения функции. Мочекаменная болезнь, мелкий конкремент правой почки, микролиты обеих почек без нарушения функции. Киста левой почки (9x6 мм) без нарушения функции. Пигментные невусы, не затрудняющие ношение форменной одежды. Диффузный узловой зоб, эутиреоз. Хронический бронхит, ДН 0. Остеохондроз шейного, поясничного отделов позвоночника без нарушения функции. Окрепший рубец шеи слева после операции (14.10.2014) каротидной эндартерэктомии слева по поводу стеноза левой

ОСА ВСА. Консолидированный перелом правой лучевой кости после операции

23.10.2002: наложение аппарата Иллизарова; 25.10.2002: открытой репозиции металлоостеосинтеза; 12.2002: удаление металлоконструкции по поводу закрытого внутрисуставного оскольчатого перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков, без нарушения функции. Отсутствие пяти зубов, не удаленные корни трех зубов», - заболевание получено в период военной службы. Д - не годен к службе в органах внутренних дел. Не годен к поступлению на службу по контракту. «Миопия слабой степени, сложный миопический астигматизм слабой степени обоих глаз», - общее заболевание. А - годен к службе в органах внутренних дел, степень ограничения 1. б) Категория годности к службе (военной службе): На основании статьи 21 «а», 24 «б», 43 «б», 44 «в», 40 «б», 59 «в», 10 «б», 72 «г», 80 «в», 66 «г» графы III расписания болезней (приложение N 1 к Инструкции, утвержденной приказом МВД России от 14.07. 2010 г. N 523) Д - не годен к службе в органах внутренних дел. Не годен к поступлению на службу по контракту. Необходимо предоставить освобождение от исполнения служебных обязанностей на срок до дня исключения из списков личного состава органов внутренних дел...».

Из оригинала истории болезни на имя х И. А. № 1712 14.01.1961 г. р., поликлиники медотдела УВД х области № 1712, следует: «Записи в истории болезни начинаются с июля 1986 г. при обращении х И. А. за медицинской помощью по поводу: Острого респираторного заболевания».

Имеются результаты диспансерного осмотра за 1989 г. заключение: «Пр. здоров», за 1992 г. заключение: «Миопия слабой степени», за 1995 г., заключение: «Практически здоров. Близорукость слабой степени», за 1997 г. заключение: «Практически здоров. Близорукость слабой степени», за 1998 г. заключение: «Практически здоров. Близорукость слабой степени», за 1999 г. заключение: «Практически здоров. Близорукость слабой степени», за 2000 г. заключение: «Практически здоров. Близорукость слабой степени. Двусторонняя аудиосенсопатия», за 2006 г. заключение: «Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Хр. гастрит. Остеохондроз шейного отдела позвоночника», за 2009 г. заключение: «ДЭП II с ХЦВБ. Хронический гастродуоденит. Астенический синдром. Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Хр. ВБН», за 2010 г. заключение: «ГБ II, двусторонняя аудиосенсоневропатия, хронический гастродуоденит», за 2011 г. заключение: «ГБ II, риск 3. ДЭП II, астено-церебральный синдром. Близорукость обоих глаз слабой степени», за 2012 г. заключение: «ГБ II, ГЭРБ. ДЭП II. Посттравматический арахноидит. Хр. сенсоневральная тугоухость», за 2013 г. заключение: «ГБ II, 3 ст., р. 3, ХСН I. Последствия ЗЧМТ. Арахноидит, двухсторонняя сенсоневральная тугоухость. Миопия слабой степени обоих глаз», за 2014 г. заключение: «ГБ II, ХСН I».

Имеется вклеенная справка № 10470 МЛПУЗ «Гор. больница № 1 им. Н. А. Семашко» травмпункт от 04.10.2002 г. выдана х И. А., 41 г. в том что он находился под наблюдением 04.10.02 г. с диагнозом: «Закрытый эпиметафизарный перелом правой лучевой кости со смещением. Рентгенография, ручная репозиция, рентген-контроль». Имеется запись от 07.10.02 г. травматолога: «Травма 04.10.02 г. при падении упал на правую руку, обратился в травм. пункт ОСМП 1. Закрытая репозиция. Рекомендовано:

гипс, рентген. Диагноз: Закрытый эпиметафизарный перелом правой лучевой кости со смещением. Больничный лист с 04.10.02 г. Явка 11.10.02 г.». Подпись врача.

Имеется запись от 11.10.02 г. травматолога: «Гипс в норме. перевязка б/о. Явка 18.10.02 г.». Подпись врача.

Имеется запись от 11.10.02 г. осмотра невролога: «Жалобы на головную боль во второй половине дня, 04.10.2002 г. в 15:00 во время работы получил травму: Перелом правой руки, ударился затылком о рельсы, без выключения сознания, однократная рвота, подташнивание, обратился к травматологу. Объективно: Установочный горизонтальный нистагм влево. Сухожильные рефлексы с рук, ног живые S>=D. В позе Ромберга устойчив, ПНП выполняет удовлетворительно. Диагноз: Данных за ЗЧМТ, СГМ на момент осмотра нет». Подпись врача.

Имеется вклеенный выписной эпикриз травматологического отделения МЛПУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко» г. х И. А., 41 г. находился на стационарном лечении во 2 травматологическом отделении с 21.10.2002 г. по 09.11.2002 г. с диагнозом: Закрытый внутрисуставной осложненный перелом дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков. 23.10.02 г. наложен аппарат Илизарова, 25.10.02 г. репозиция отрезками спицы. Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. На контр. рентгенограммах стояние костных отломков удовлетворительное. Выписан на амбулаторное лечение с улучшением в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдением травматолога (хирурга) по м/ж». Подпись леч. врача, зав. отделением. Печать учреждения.

Имеется запись об амбулаторном лечении у травматолога после выписки из стационара по 16.01.2003 г.

Имеется запись от 03.07.2003 г. об амбулаторном лечении с диагнозом: «ОРВИ».

Имеется вклеенная выписка из истории болезни стационарного больного госпиталя ГУВД РО: «х И. А. находился на стационарном лечении с 28.04.2005 г. по 20.05.2005 г. с диагнозом основным: Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Сопутствующим: Дисциркуляторная энцефалопатия I степени с рассеянной неврологической симптоматикой, астено-тревожный синдром. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Разгибательный подвывих С3, хроническая вертебробазиллярная недостаточность, болевой мышечно-тонический синдром. Деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника, хроническая люмбалгия с мышечно-тоническим синдромом. Эрозивный гастрит, ремиссия. Жалобы на снижение слуха, шум в ушах, головокружение при перемене положения тела, звон в ушах, голове, утомляемость, слабость, снижение памяти, забывчивость, нарушение концентрации внимания, нарушение сна, боли в шейном отделе, скованность в нем, головная боль в теменной области во второй половине дня. Анамнез: В течение 10 лет снижение слуха, проходит курсовые лечения в стационаре. В течение года пользуется слуховым аппаратом. Проведены исследования: Общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, РЭГ, консультирован терапевтом – диагноз: хронический гастрит, нестойкая ремиссия, неврологом – диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия I ст. с рассеянной неврологической симптоматикой, астено-тревожным синдромом. Остеохондроз шейного отдела, разгибательный подвывих С3, хроническая ВБН, болевой, мышечно-тонический синдром. Деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника. Хр. люмбалгия с мышечно-тоническим синдромом, окулистом – диагноз: Миопия слабой степени ОУ. ангиопатия сетчатки, хирургом – диагноз: Папиллома волосистой части головы. 17.05.05 г. операция – расширенная биопсия. Выписан в удовлетворительном состоянии». Подписи леч. врача, нач. меда, нач. отделения. Печать учреждения.

Имеется вклеенная выписка из истории болезни стационарного больного госпиталя «МСЧ ГУВД х»: «х И. А. находился на стац. лечении с 27.04.2006 г. по 17.05.2006 г. с диагнозом: Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Сопутствующий: Атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия II ст., состояние

субкомпенсации, мозжечково-стволовой синдром (динамическая атаксия, пирамидная недостаточность слева). Хронический гастрит, фаза нестойкой ремиссии. Вегетососудистая дистония по смешанному типу (гипертоническая, кардиальная). Миопия слабой степени обоих глаз. Ангиопатия сетчатки. Проведено обследование: Общий анализ крови (холестерин 4,7, В – липопротеиды – 6,8), УЗИ печени, желчного пузыря, РЭГ, ЭЭГ, ЭКГ. Консультирован урологом, невропатологом, терапевтом, окулистом. Проведено лечение. Выписан в удовлетворительном состоянии».

Имеются записи об обращениях за медицинской помощью и амбулаторных лечениях у ЛОР-врача в апреле 2005 г., апреле 2006 г.

Имеется запись от 18.08.2006 г. невролога: «Жалобы на частые головные боли в височно-теменной области с головокружением, тошнотой, шумом в ушах, отмечает прогрессирующее снижение слуха с двух сторон, больше слева, двоение в глазах, снижение памяти, нарушение сна, расходящееся косоглазие слева. Диплопия при взгляде вверх. Двусторонние рефлексы орального автоматизма, рефлекс Бабинского справа. Умеренные мозжечковые нарушения, когнитивное снижение, мышечно-тонические. Диагноз: ДЭП II ст. с хронической ЦВН в ВББ с мозжечково-стволовым синдромом, пирамидной недостаточностью. Назначено лечение, обследование».

Имеются записи о продолжении амбулаторного лечения у невролога 22.08.06 г., 28.08.06 г., 01.09.06 г.

Имеется запись осмотра невропатолога от 18.08.08 г.: «Жалобы на постоянные головные боли с головокружением, шаткостью при ходьбе, шумом в ушах, снижением слуха, снижение памяти, ЧМН: асимметрия носогубных складок, девиация языка вправо, симптом орального автоматизма, в позе Ромберга шаткость. Диагноз: ДЭП II ст. с хр. ЦВН с ВББ со стойким кохлео-вестибулярным синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью в стадии динамического ухудшения. Шейный остеохондроз, разгибательный подвывих С3. Хроническая ВБН в стадии обострения. Назначено лечение, обследование».

Имеются записи о продолжении амбулаторного лечения у невролога по 27.08.09 г.

Имеется запись от 10.08.2009 г. невролога: «Диагноз: ДЭП II ст. сложного генеза с хр. ЦВН в ВББ со стойким кохлео-вестибулярным синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью в стадии динамического ухудшения. Шейный остеохондроз, разгибательный подвывих С3 с хр. ВБН в стадии обострения. Назначено обследование, лечение».

Имеются записи о продолжении амбулаторного лечения у невролога по 19.08.09 г. Имеется запись от 29.04.2010 г. осмотра терапевта: «Жалобы на частые головные боли, головокружения, снижение слуха, шум в ушах, раздражительность, приступы сердцебиения, тошноту, колебания АД до 170/100 мм. рт. ст., в анамнезе ДЭП 2, хроническая ВБН. Объективно: АД 160/100 мм. рт. ст., пульс 72. Диагноз: Астеноцефалгический синдром с частыми вегето-сосудистыми пароксизмами, гипертензионный синдром, ДЭП II. Назначено лечение». Подпись врача.

В 2010 г. у х И. А. при его обращениях за медицинской помощью регистрируются повышения артериального давления в пределах 160/95, 170/100 мм. рт. ст.

Имеется эпикриз № 1740 Госпиталя «МСЧ ГУВД по х области»: «х И. А. находился на обследовании и лечении в неврологическом отделении с 27.05.10 г. по 16.06.2010 г. с диагнозом основным: «Атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия II стадии, состояние декомпенсации с выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренный вестибуло-мозжечковой атаксией». Сопутствующий: «Хроническая двусторонняя смешанная аудиосенсоневропатия. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3, ХСН 0». Жалобы: плохо слышит на оба уха, постоянный шум в ушах и голове, головокружение с тошнотой и неустойчивостью равновесия при движении; раздражительность по пустякам, сонливость днем и бессонница по ночам; периодические головные боли. История болезни: Амбулаторное лечение у невролога поликлиники МСЧ

проводилось в 2006 году по поводу жалоб на «головную боль в теменно-височной области с головокружением и шумом в голове, снижение памяти, нарушение сна, ухудшение слуха» по диагнозу «ДЭП II с хронической ВБН, пирамидной недостаточностью, вестибуло-атаксией», по разу в 2008-2009 годах по тому поводу и с 05.05. по 14.05.10 г. в связи с вышеуказанной симптоматикой кавинтоном, церебролизином, мидокалмом без заметного эффекта. Поступил на лечение. Неврологический статус: черепные нервы функционируют нормально. Объём движений полный, сила мышц 5 баллов, Д=С. Мышечный тонус диффузно снижен. При движении - вестибуло-мозжечковая атаксия. Сухожильные рефлексы с рук + D=S, коленные - + S>D, положительная проба Шильдера слева, асинергия Бабинского. симптом Вартенберга слева. В позе Ромберга качается, ПНП, КПП выполняет с легкой гиперметрией. Чувствительных, вегетативных расстройств нет.

Эмоциональная лабильность, амнезия фиксации, гипопрозеция. АД = 120/80 мм. рт. ст. Группа крови 1(0). Резус-фактор положительный RW 4.05. – отрицательная. Исследование крови:

| ата | рит. | емог. | ейк. | аз. | н. | ал. | ег. | м | он. | О Э | р о м |
|-------|------|-------|------|-----|----|-----|-----|---|-----|-----|-------|
| 8.05. | ,73 | 79 | ,94 | ,4 | 0 | | 0 | 4 | | | |
| 0.06. | | 76 | | ,3 | 2 | | 7 | 0 | | | |

Анализ мочи:

| ата | -во | ве | озр. | Пр | Р | лот . | ело | аха | п | ейк . | ритр . | оли |
|-----|-----|----|------|----|-------|-------|-----|-----|-----|-------|--------|-------|
| | | | | | я | | | | пл. | | | |
| 8.0 | 10, | /ж | По | К | ислая | 015 | ет | ет | -1 | дин . | ет | ет |
| 0.0 | 0,0 | /ж | Не | К | исл. | /м | ет | ет | -1 | -4 | ет | сал . |

Биохимические обследования:

| ата | ил . об. | Л Т | С Т | имол . | Т | мил . | люк . | оч . | Р Б | ол . | - | альц . | Т И |
|-----|----------|-----|-----|--------|---|-------|-------|------|-----|------|----|--------|-----|
| 8.0 | 1,6 | ,27 | ,16 | ,5 | 1 | 9,2 | ,8 | ,7 | | ,3 | ,5 | | 06 |

ЭКГ 27.05.10 г.- поворот сердца по часовой стрелке, ритм синусовый правильный 63 в минуту. Рентгенологические данные: Фл. гр. органов гр. клетки № 19 от 29.04.10 г. –

норма. УЗИ почек, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы 16.06.10 г. – без патологии. ЭФГДС № 41516 15.06.10 г. – гипомотильная дисфункция. Хирург – патологии не выявлено. ЛОР – На аудиограмме № 186 от 03.06.10 г. – повышение порогов звуковосприятия до 60 Дб, обрыв на 4 тыс. Гц. Костно-воздушная проводимость до 40 Дб. Диагноз: Хроническая двусторонняя смешанная аудиосенсоневропатия. Проведена электростимуляция нервов...Консультирован терапевтом: Гипертоническая болезнь 2 стадии, риск 3, ХСН0. Рекомендовано лечение и УЗИ сердца амбулаторно. Консультирован окулистом 11.05.10 г. – (поликлиника): Ангиопатия сетчатки. Проведено лечение. Выписан в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано «Д» наблюдение у терапевта, невролога, ЛОР-врача». Подписи леч. врача, нач. отделения, заместителя начальника госпиталя. Печать учреждения.

Изучен дубликат истории болезни х И.А. № 1712 поликлиники ФКУЗ ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» №36/52980: «Имеется вклеенная ксерокопия заключения ВВК № 2891 от 25.08.2015 г. (*документ изучен ранее – примечание эксперта*). В листе для записей уточненных диагнозов имеются записи: «01.12.14 г. – Закрытый перелом правой пяточной кости; 05.05.15 г. – ГБ III; 25.06.15 г. – Отдаленные последствия ЗЧМТ. Посттравматический церебральный арахноидит; 09.07.15 г. – Хроническая двусторонняя нейросенсорная тугоухость; 15.01.16 г. – Церебральный арахноидит. ДЭП II ст. смешанного генеза; 13.04.16 г. – ГБ III, р. 4. ИБС, ХСН I; 20.04.16 г. – Отдаленные последствия ЗЧМТ. СГМ».

В листе учета временной утраты нетрудоспособности имеются записи: «15.07.14 г. – 24.07.14 г.: Энцефалопатия. ДЭП с кохлеарным синдромом; 08.10.14 г. - 21.10.14 г.: Атеросклероз БЦА; 13.11.14 г. – 25.11.14 г.: Отдаленные последствия ЗЧМТ; 29.11.14 г. – 10.03.15 г.: Закрытый перелом правой пяточной кости; 05.05.15 г. – 22.05.15 г.: ГБ III ст., ХСН I; 09.06.15 г. – 22.06.15 г.: Сходящееся косоглазие. Состояние после операции; 25.06.15 г. – 19.07.15 г.: Отдаленные последствия ЗЧМТ; 31.07.15 г. – 14.08.15 г.: ГБ III, криз».

Имеется вклеенная ксерокопия выписки из медицинской карты стационарного больного №10856/С2014 ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России» за период лечения с 08.10.2014 по 21.10.2014 г. (*документ изучен ранее – примечание эксперта*).

Имеется выписка из медицинской карты стационарного больного №7811/С2014 ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России» от 24.07.2014 г., за подписью глав. врача, зав. отделением, леч. врача, печатью (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется эпикриз из медицинской карты № 3982 стационарного больного госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 25.11.2014 г., за подписью леч. врача, нач. н/о, зам. начальника по лечебной работе, печать учреждения (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется вклеенная справка МБУЗ «ГБ № 1 им. Н. А. Семашко» от 29.11.2014 г. № 5012/13533: «Дана х И. А. в том, что он находился в травм. пункте МБУЗ «ГБ № 1 им. Н. А. Семашко» г. х с 29.11.2014 г. по 29.11.2014 г. по поводу: Закрытый перелом правой пяточной кости с удовлетворительным стоянием. Явка в поликлинику по месту службы за л/н 01.12.2014 г. проведен осмотр, рентгенография, даны рекомендации». Подпись зав. отд., леч. врача. Печать учреждения.

Имеются вклеенные листы с записями об амбулаторном лечении в связи с закрытым переломом правой пяточной кости 01.12.14 г., 08.12.14 г., 15.12.14 г., 18.12.14 г., 22.12.14 г., 30.12.14 г., 14.01.15 г., 21.01.15 г., 29.01.15 г., 05.02.15 г., 13.02.15 г., 20.02.15 г., 27.02.15 г., 06.03.15 г., 10.03.15 г.

Имеется вклеенная ксерокопия справки неврологического отделения МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х» от 17.04.2015 г., за подписью

дежурного врача-невролога, печать и штамп учреждения (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется запись осмотра терапевта от 05.05.15 г.: «*Диагноз: ГБ III, 3 ст., р. 4. Гипертонический криз 05.05.15 г. Состояние после каротидной эндартерэктомии слева, стеноз левой общей сонной артерии и внутренней сонной артерии гемодинамически значимый до 70%. Генерализованный атеросклероз, ХСН I. Назначено лечение, обследование*».

Имеется запись от 15.05.15 г. невролога: «*Диагноз: ДЭП II ст. (посттравматическая, гипертоническая, атеросклеротическая) со стойким вестибуло-атактическим, астеноневротическим синдромами. Атеросклероз БЦА, стеноз левой ОСА, ВСА более 70%. Даны рекомендации. Назначено лечение*».

Имеется запись от 08.06.15 г. окулиста: «*Находился на лечении в клинике ВЦРМ им. Никифорова МЧС России с 26.05.2015 г. по 05.06.2015 г. с диагнозом: Монокулярное врожденное сходящееся косоглазие с вертикальным компонентом слева, диагноз: Монокулярное врожденное сходящееся косоглазие с вертикальным компонентом слева, состояние после операции. Даны рекомендации. Назначено лечение*».

Имеется триплексное исследование брахиоцефальных сосудов на экстра- и интракраниальном уровне от 01.06.2015 «*Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова*» МЧС России (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется консультация сердечно-сосудистого хирурга, врача высшей категории первично «*Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М.*

Никифорова» МЧС России от 03.06.2015 г. (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется выписка из медицинской карты стационарного больного № 6630/С2015 «*Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России*» от 05.06.2015 г. (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется справка неврологического отделения № 1 для больных с нарушением мозгового кровообращения МБУЗ «*Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х-на-х*» от 13.06.2015 г., за подписью дежурного врача-невролога, печатью и штампом учреждения (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется ЭЭГ исследование МБУЗ «*Городская больница № х*» г. х-х-х отделения функциональной диагностики от 08.05.15 г. (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

Имеется запись от 28.06.15 г. невролога: «*На основании жалоб, анамнеза, невростатуса, установлен диагноз: Отдаленные последствия ЗЧМТ, СГМ от 04.10.02 г. в виде посттравматического рубцово-слипчивого церебрального арахноидита с ЛДН, вазовегетативными кризами в виде генерализованных тонико-клонических приступов, стадия динамического ухудшения. Сопутствующий: ДЭП II ст., смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического – ЗЧМТ, СГМ от 04.10.02 г.). На фоне гипергомоцистеинемии, атеросклероза БЦА, состояние после каротидной эндартерэктомии слева от 14.10.14 г., с астено-цефалгическим, вестибуло-атактическим синдромом, стадия динамического ухудшения. Назначено лечение*». Подпись и печать врача.

Имеются записи о продолжении амбулаторного лечения и обращениях к неврологу 29.06.15 г., 03.07.15 г., 09.07.15 г.

Имеется запись от 09.07.15 г. осмотра ЛОР-врача: «*Диагноз: Хроническая двусторонняя нейросенсорная тугоухость*».

Имеется эпикриз из медицинской карты № 3067 стационарного больного Госпиталя ФКУЗ «*МСЧ МВД России по х области*» от 30.07.2015 г., за подписью леч. врача, нач. н/о, зам. нач. по леч. работе, печатью (*документ проанализирован ранее – примечание эксперта*).

ЭКСПЕРТЫ:

_____ В. В. Колкутин

_____ Б. У. Гергоков

_____ О. В. Х

_____ С. В. Комолов

Анализ и экспертная оценка исследованных материалов

Из анализа представленных судом материалов дела известно:

Игорь Алексеевич, 14.01. года рождения в Вооружённых Силах Российской Федерации не служил. Проходил службу в системе МЧС России с декабря х г. по 23.10.2015 г.

Уволен 23.10.2015 г. из Государственной х службы МЧС России по пункту «ж» части первой статьи 58 (по болезни – на основании постановления военно-врачебной комиссии о не годности к службе). На момент увольнения И. А. состоял в должности – начальника х отдела х управления МЧС России по х области в звании – х внутренней службы (выписка из приказа от 22.10.2015 г. № 215 нс ГУ МЧС России по х области).

Согласно оригинала истории болезни поликлиники медотдела УВД х области № 1712 И. А. находился под медицинским наблюдением в поликлинике медотдела УВД х области с июля 1986 г.

По результатам диспансерного осмотра за 1989 г. вынесено заключение: «Пр. здоров».

По результатам диспансерного осмотра за 1992 г. вынесено заключение: «Миопия слабой степени».

По результатам диспансерного осмотра за 1995 г., 1997 г., 1998 г., 1999 г. вынесено заключение: «Практически здоров. Близорукость слабой степени».

По результатам диспансерного осмотра за 2000 г. вынесено заключение: «Практически здоров. Близорукость слабой степени. Двусторонняя аудиосенсопатия».

По результатам диспансерного осмотра за 2006 г. вынесено заключение: «Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Хр. гастрит. Остеохондроз шейного отдела позвоночника».

По результатам диспансерного осмотра за 2009 г. вынесено заключение: «ДЭП II с ХЦВБ. Хронический гастродуоденит. Астенический синдром. Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Хр. ВБН».

По результатам диспансерного осмотра за 2010 г. вынесено заключение: «ГБ II, двусторонняя аудиосенсоневропатия, хронический гастродуоденит».

По результатам диспансерного осмотра за 2011 г. вынесено заключение: «ГБ II, риск 3. ДЭП II, астено-церебральный синдром. Близорукость обоих глаз слабой степени».

По результатам диспансерного осмотра за 2012 г. вынесено заключение: «ГБ II, ГЭРБ. ДЭП II. Посттравматический арахноидит. Хр. сенсоневральная тугоухость». По результатам диспансерного осмотра за 2013 г. вынесено заключение: «ГБ II, 3 ст., р. 3, ХСНІ. Последствия ЗЧМТ. Арахноидит, двухсторонняя сенсоневральная тугоухость. Миопия слабой степени обоих глаз».

По результатам диспансерного осмотра за 2014 г. вынесено заключение: «ГБ II, ХСНІ».

Согласно данным оригинала истории болезни поликлиники медотдела УВД области № 1712 И. А. 04.10.2002 г. получил тяжелую травму при исполнении служебных обязанностей в виде: «Закрытого эпиметафизарного перелома правой лучевой кости со смещением».

Заключением служебной проверки утвержденного начальником УГПС х области в феврале 2003 г. 04 октября 2002 г. около 15:00 И. А. при попытке перепрыгнуть лужу преграждающую путь следования от остановки к судебному участку - поскользнулся на рельсовой нитке и упал навзничь. Пытаясь смягчить падение правой рукой, получил закрытую травму правой руки. В 16:00 часов он обратился в травматологический пункт МЛПУЗ «Городская больница №1», где ему была оказана медицинская помощь и установлен диагноз: «Закрытый перелом правой лучевой кости со смещением». Травма признана полученной И. А. в период прохождения службы при исполнении служебных обязанностей.

В связи с рапортом И. А. от 04.03.2014 г. об установлении факта получения им травмы головы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. в период с 05.03.2014 г. по 25.03.2014 г. проведена служебная проверка. Согласно заключения служебной проверки по установлению факта получения травмы головы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. И. А., утвержденного начальником ГУ МЧС области 26.03.2014 г. - в целях настоящей служебной проверки исследованы и приобщены к ее материалам документы, имеющие отношение к предмету проверки: 1) Пояснения И. А. об обстоятельствах получения им травмы 04.10.2002 г.; 2) История болезни И. А. из поликлиники МСЧ ГУ МВД России по области, содержащая запись невролога от 11.10.2002 г. 3) Справку № 1031 от 26.02.2003 г. ВВК ГУВД области о нахождении И. А. на стационарном (амбулаторном) лечении в травматологическом отделении № 2 «БСМП № 1», поликлиники ГУВД х с 04.10.2002 г. по 16.01.2003 г. по поводу: «Закрытого внутрисуставного перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением, открытой репозиции МОС от 25.10.2002 г.»; 4) Акт формы Н1 о несчастном случае от 07.10.2002 г. № 393, которым установлена дата и время несчастного случая – 04.10.2002 г. около 15:00, а также его место; 5) Заключение служебной проверки, утвержденное в феврале 2003 г. начальником УГПС х области. 6) Объяснения от бывших сослуживцев И. А., граждан – Р. А., И. И., а также супруги И. А. – Г. Л. В своем объяснении гражданин Р. А. пояснил, что когда он с разрешения своего начальника прибыл в травмпункт «ГБ № 1» И. А. еще оказывали медицинскую помощь. И. А. вышел с зафиксированной рукой, что по дороге в суд, где должен был представлять интересы УГПС, поскользнулся на трамвайных путях и неудачно упал, ударившись головой и поломав правую руку, которую ему вправили и наложили гипс. На вопрос заданный Чайниковым Р. А. что с головой, И. А. ответил, что голова гудит и немного кружится, он показал ушибленное место на голове, там была довольно большая «шишка». При сопровождении Р. А. И. А. до дома, который находился рядом с травмпунктом, И. А. шел, пошатываясь при поддержке Р. А., временами И. А. морщился и мотал головой. По пути И. А. стало тошнить, была однократная рвота. И. А. после завершения лечения и выхода на службу часто отмечал, что у него стала часто болеть голова, понижаться слух, появилась бессонница и шум в ушах. Примерно через год после травмы стал пользоваться слуховым аппаратом. Почти каждый год после травмы его направляли на лечение в госпиталь ГУВД х области. В своем объяснении гражданин И. И. пояснил, что в ходе уточнения оперативной информации по получению травмы сотрудником, И. И. стало известно от майора вн. службы Р. А., что во время сопровождения И. А. из травматологического пункта ему было плохо – болела голова и у него была рвота. По возвращению И. А. на службу стало заметно, что он стал хуже слышать, через некоторое время И. А. стал носить слуховой аппарат, жаловался на головные боли. В своем объяснении Г. Л., жена И. А. поясняет, что в день, когда муж получил травму, находилась дома, была больна и освобождена от работы по больничному листу, плохо себя чувствовала, лежала в постели с высокой температурой. Во второй половине дня позвонили в дверь нашей квартиры, ей пришлось встать и открыть дверь, так как муж, несмотря на наличие у него ключа от двери, самостоятельно дверь открыть не смог – его форменная одежда была запачкана и мокрая. С его слов, неудачно упал на рельсах трамвая, похоже сломал руку, а домой зашел чтобы переодеться, поскольку это по пути в «Гор. больницу № 1». В своих пояснениях х Г. Л. отмечает, что когда она помогала ему переодеться и случайно задела голову, он отдернулся и простонал, объяснив, что при падении он ушиб голову. Осмотрев голову, она увидела большую гематому, положила ему холодный компресс на голову и сделала временную шину для руки. И. А. запретил жене сопровождать его в травмпункт, сказав, что она больна. Когда И. А. вернулся домой в сопровождении х Р. А., тот сообщил, что по дороге мужу было плохо, его рвало. В травмпункте была оказана помощь по поводу перелома руки, а по поводу травмы головы муж врачу ничего не сказал. Как поясняет х Г.

Л. ей, как медицинскому работнику были очевидны признаки сотрясения головного мозга – головная боль, рвота, шум в ушах, головокружение. От поездки в «БСМП № 2» к неврологу супруг отказался, сказав, что плохо себя чувствует, что сильно болит рука и голова и он лучше полежит, а к неврологу обратится в поликлинике ГУВД, когда пойдет к травматологу по поводу перелома руки и оформления больничного листа. В дальнейшем, после травмы состояние здоровья мужа стало заметно ухудшаться: появились головные боли, на которые он раньше практически не жаловался, бессонница, внешняя беспричинная раздражительность, повышенная утомляемость и почти постоянное головокружение. В ходе проверки были рассмотрены документы, объективно свидетельствующие о наличии последствий черепно-мозговой травмы у х И. А.: Протокол № 5056 от 26.04.2012 магнитно-резонансной томографии головного мозга х И.А., проведенной в отделении лучевой диагностики МБУЗ «ГБСМП г. х-х-х»: Заключение: МРТ - наличие посттравматической энцефалопатии, рубцово-слипчивого арахноидита. Выписка из медицинской карты стационарного больного № 1169: Находился на стационарном лечении и обследовании с 13.04.2012 по 28.04.2012 г. во 2-м терапевтическом отд. (госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области»). Невролог: Смешанная (атеросклеротическая, гипертоническая) дисциркуляторная энцефалопатия II ст. с открытой формой гидроцефалии с умеренной вестибуломозжечковой атаксией. Посттравматический кистозно-слипчивый лептоменингит. Выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного № 2493: Находился на обследовании и лечении с 17.08.12 по 06.09.12 в неврологическом отделении госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области». Диагноз основной: Гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с открытой формой гидроцефалии, посттравматическим рубцовослипчивым арахноидитом, состояние декомпенсации с выраженным астеноцефалгическим синдромом с гипертензионно-цефалгическими приступами, умеренной стойкой вестибуло-мозжечковой атаксией. Диагноз сопутствующий: Хроническая двусторонняя смешанная форма сенсоневральной тугоухости (Н93.3). Гипертоническая болезнь II стадии (антипатия сетчатки, склероз аорты, створок АК, МК, гипертрофия миокарда левого желудочка), риск 3, ХСН0 (III). Рефлюкс-эзофагит I ст. (R21.0). Выписка из медицинской карты стационарного больного № 2883: Находился на лечении с

09.09.2013 по 20.09.2013 г. во 2-м терапевтическом отделении в госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области». Невролог: 17.09.2013. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического, посттравматического) с астено-цефалгическим синдромом, хроническая вертебробазилярная недостаточность, с выраженным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями. Сопутствующий: хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит, с ликвородинамическими нарушениями, астеноцефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью. Шейный остеохондроз, в стадии компенсации. На основании исследованных документов, свидетельств опрошенных граждан, а также того обстоятельства, что в истории болезни х И. А., ведение которой осуществляется поликлиникой МСЧ Главного управления МВД России по х области непрерывно с начала поступления его на службу и по настоящее время, не имеется записей о других полученных им черепно-мозговых травмах, кроме травмы, полученной 04.10.2002 г., следует считать установленным факт получения х И. А. травмы головы 04.10.2002 г. при исполнении служебных обязанностей.

Согласно заключения служебной проверки по установлению причинения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х Игорю Алексеевичу, утвержденного начальником ГУ МЧС России по х области 20.03.2015 г. По указанию начальника ГУ МЧС России по х области в период с 12.03.15 г. по 20.03.2015 г. проведена служебная проверка. В целях

настоящей служебной проверки исследованы и приобщены к ее материалам следующие документы

(копии) имеющие отношение к предмету проверки: Заключение служебной проверки Главного управления МЧС России по х области от 26 марта 2014 года по установлению факта получения травмы головы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. начальником х отдела х управления МЧС России по х области х внутренней службы х Игорем Алексеевичем. Акт судебно-медицинского освидетельствования № 6287 от 05.03.2015 г. медицинских документов гражданина х Игоря Алексеевича, проведенного ГОУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы х области»; Протокол исследования № 6966 от 23.11.2014 магнитно-резонансной томографии головного мозга пациента х И. А., проведенного в медицинском центре-модуле «SIEMENS» (г. х-х-х, ул. Вавилова 57, лицензия № ЛО-61-01-00-13-57); Эпикриз из медицинской карты № 3982 от 25.11.2014 стационарного больного госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» х И. А. находившегося на стационарном лечении и обследовании в неврологическом отделении с 13.11.2014 по 25.11.2014; История болезни х И. А. поликлиники МСЧ Главного управления МВД России по х области. По результатам проверки считать установленным факт получения закрытой черепно-мозговой травмы виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 х х отдела Главного управления МЧС России по х области х внутренней службы х И.А.

Согласно заключения дополнительной служебной проверки по установлению факта причинения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. х Игорю Алексеевичу, утвержденного начальником ГУ МЧС России по х области 20.08.2015 г.: по указанию начальника ГУ МЧС России по х области в связи с поступившим письмом начальника ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 17.08.2015 г. № 40/1673 «О дополнительной служебной проверке» проведена проверка по установлению факта причинения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. В письме также сообщается, что на военную комиссию прибыл х вн. сл. х И. А. для определения категории годности к службе в связи с предстоящим увольнением. Из письма следует, что первичные медицинские документы, подтверждающие факт получения х И. А. закрытой черепно-мозговой травмы 04.10.2002 г. и факт получения им лечения травмы отсутствуют. В медкарте амбулаторного больного на имя х И. А. имеется запись невролога от 11.10.2002 г. поликлиники медотдела ГУВД х области о том, что данных за ЗЧМТ, сотрясение головного мозга на момент осмотра нет. Заключением судебно-медицинского эксперта в акте судебно-медицинского освидетельствования № 6287 от 20.11.2014 г. обнаружена черепно-мозговая травма в виде сотрясения головного мозга, которая причинена в результате ударных воздействий твердого тупого предмета, возможно 04.10.2002 г. Указанное обстоятельство не может быть принято ВВК во внимание, так как вынесено при заочном освидетельствовании и не подтверждено медицинскими данными первичного осмотра неврологом. Целью настоящей дополнительной служебной проверки является установление факта получения х И. А. ЗЧМТ, СГМ при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. Факт получения травмы х И. А. травмы 04.10.2002 г. при исполнении служебных обязанностей установлен и подтвержден актом формы Н1 о несчастном случае от 07.10.2002 г. № 393, заключением служебной проверки, утвержденным в феврале 2003 г., справкой ВВК ГУВД РО № 1031 от 26.02.2003 г. в которой указано – закрытый внутрисуставной перелом дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением, открытой репозиции МОС от 25.10.2002 г., травма тяжелая. На основании изложенного, факт получения ЗЧМТ в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. х И. А. считать неустановленным. Считать утратившими силу выводы заключения служебной проверки, утвержденной 20.03.2015 г.

Анализируя заключение дополнительной служебной проверки по установлению факта причинения закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 г. х Игорю Алексеевичу, утвержденного начальником ГУ МЧС России по х области 20.08.2015 г. и копию письма №40/1623 от 17.08.2015 г. начальника ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» комиссия экспертов отмечает, что в настоящем письме имеется ссылка на запись невролога от 11.10.2002 г. поликлиники медотдела ГУВД о том, что данных за ЗЧМТ, сотрясение головного мозга на момент осмотра нет. Запись невролога от 11.10.2002 г. имеющаяся в медицинской карте № 1712 поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» приведена не полностью. В медицинской карте № 1712 поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» имеется запись невролога от 11.10.2002 г.: «Жалобы на головную боль во второй половине дня, 04.10.2002 г. в 15:00 во время работы получил травму: Перелом правой руки, ударился затылком о рельсы, без выключения сознания, однократная рвота, подташнивание, обратился к травматологу. Объективно: Установочный горизонтальный нистагм влево. Сухожильные рефлексы с рук, ног живые

$S \geq D$ (больше равно). В позе Ромберга устойчив, ПНП выполняет удовлетворительно. Диагноз: Данных за ЗЧМТ, СГМ на момент осмотра нет». Как видно из записи невролога, на седьмые сутки после получения х И. А. травмы 04.10.2002 г. при обращении за медицинской помощью предъявлял характерные для ЗЧМТ, сотрясения головного мозга жалобы, отражен анамнез получения травмы – получение наряду с переломом правой руки травмы головы, которая сопровождалась однократной рвотой, тошнотой. Относительно состояния сознания отмечено лишь то, что сознание не выключалось (*однако не отмечается возможность кратковременной дезориентировки, что также относится к расстройствам сознания - примечание эксперта*). В неврологическом статусе при осмотре неврологом 11.10.2002 г. у х И. А. выявлено - установочный горизонтальный нистагм влево, оживление сухожильных рефлексов, анизорефлексия – сухожильные рефлексы с рук, ног живые $S \geq D$, являющиеся характерными для ЗЧМТ, сотрясения головного мозга. Неврологом вынесен диагноз: «Данных за ЗЧМТ, СГМ на момент осмотра нет». Данный вывод невролога, по мнению комиссии экспертов не обоснован.

Исходя из общепринятого в медицинской практике понимания сути закрытой черепно-мозговой травмы. Сотрясения головного мозга, изложенного в учебнике «Частная неврология» под ред. главного невролога Минобороны Российской Федерации профессора М. М. Одинака: «Сотрясение головного мозга – единая клиническая форма травмы мозга, в основе которой лежат функционально обратимые изменения нейронов на клеточном – субклеточном уровне в ответ на воздействие механической энергии. Характеризуется преимущественно общемозговыми симптомами. Наблюдается утрата сознания от кратковременной дезориентировки, до полного выключения на несколько минут. По восстановлению сознания практически всегда беспокоят тошнота, однократная рвота, головная боль, головокружение, слабость, шум в ушах. Выявляется гиперсенситивность органов чувств к обычным раздражителям. Очаговые симптомы выявляются на уровне рефлекторных асимметрий. Оживление сухожильных и периостальных рефлексов. Наблюдается установочный горизонтальный нистагм, асимметрия мимических мышц, истощаемость кожных рефлексов. Эта симптоматика носит нестойкий характер и обычно нивелируется к 5-7 дню после травмы.

В ответ на механическую травму последовательно разворачивается закономерная цепь рефлекторных и нейроэндокринных реакций организма. Воздействие травмирующего агента является пусковым механизмом для развития комплекса нарушений: нейродинамических, расстройств тканевого дыхания и энергетического метаболизма, нарушению ликвородинамики, изменению мозгового кровообращения в сочетании с перестройкой гемодинамики, гомеостатических реакций с последующим развитием аутоиммунного синдрома».

х И. А. за медицинской помощью к неврологу обратился на седьмые сутки - к этому времени симптоматика нивелировалась. Однако, наличие жалоб на головную боль, наличие травмы головы, сопровождавшейся однократной рвотой и тошнотой, наличие в неврологическом статусе характерных для сотрясения головного мозга неврологических симптомов в виде установочного горизонтального нистагма, наличие асимметрии сухожильных рефлексов и их оживления свидетельствуют о наличии у х И. А. травмы головы в виде ЗЧМТ. Сотрясения головного мозга.

Кроме того, в заключении служебной проверки по установлению факта получения травмы головы х И. А., утвержденного 26.03.2014 г. начальником ГУ МЧС России по х области имеются объяснения сослуживцев х И. А. х Р. А., х И. И., а также супруги х И. А. – х Г. Л. из которых следует, что у х И. А. непосредственно после получения травмы болела голова, имелось головокружение и ушиб мягких тканей головы в виде гематомы («шишка»). При сопровождении х И. А. из травмпункта домой х Р. А., у х И. А. была однократная рвота и он жаловался на наличие тошноты, гул в голове и головокружение. Согласно объяснений х Г. Л. х И. А. несмотря на наличие ключа от квартиры самостоятельно не мог открыть входную дверь, что может свидетельствовать о наличии у х И. А. дезориентировки. На голове х И. А. была обнаружена большая гематома, на которую х Г. Л. был наложен холодный компресс. На предложение х Г. Л. поехать в «БСМП № 2» к неврологу х И. А. сказал, что очень плохо себя чувствует, что сильно болят рука и голова и он лучше полежит, а к неврологу обратится в поликлинике ГУВД, когда пойдет к травматологу для оформления больничного листа 11.10.2002 г. Таким образом, причиной, по которой х И. А. в день получения травмы не обратился к неврологу, явилось его плохое самочувствие, а не отсутствие неврологических жалоб и симптоматики.

В копии письма №40/1623 от 17.08.2015 г. начальника ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» указано, что заключение судебно-медицинского эксперта в акте судебно-медицинского освидетельствования № 6287 от 20.11.2014 г. не может быть принято ВВК во внимание, так как вынесено при заочном освидетельствовании и не подтверждено медицинскими данными первичного осмотра неврологом.

Утверждение о том, что военно-врачебной комиссией не может быть принято во внимание заключение судебно-медицинского эксперта, вынесенное при заочном освидетельствовании, **противоречит** Федеральному закону от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». Согласно статьи 10 – «Объектами исследования являются вещественные доказательства, документы, предметы, животные, трупы и их части, образцы для сравнительного исследования, а также материалы дела, по которому производится судебная экспертиза. Исследования проводятся также в отношении живых лиц...».

Иными словами, заключение акта судебно-медицинского освидетельствования № 6287 от 20.11.2014 г. в котором подтверждено наличие у х И. А. черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга от 04.10.2002 г., а также ее последствий в виде: «Хронического посттравматического рубцово-слипчивого арахноидита, с ликвородинамическими нарушениями, астено-цефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью и дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза» выполнено в соответствии с требованиями Федерального закона от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и является законным. Основания игнорирования ВВК заключения судебно-медицинского эксперта отсутствуют.

Согласно истории болезни поликлиники медотдела УВД х области № 1712 х И. А. находился на стационарном лечении во 2 травматологическом отделении МЛПУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко» г. х-х-х с 21.10.2002 г. по 09.11.2002 г. с диагнозом: «Закрытый внутрисуставной осложненный перелом дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков. 23.10.02 г. наложен аппарат Илизарова,

25.10.02 г. репозиция отрезками спицы. Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. Продолжил амбулаторное лечение у травматолога по 16.01.2003 г.

В период с 28.04.2005 г. по 20.05.2005 г. х И. А. находился на стационарном лечении в Госпитале ГУВД х с диагнозом основным: Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Сопутствующим: Дисциркуляторная энцефалопатия I степени с рассеянной неврологической симптоматикой, астено-тревожный синдром. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Разгибательный подвывих С3, хроническая вертебробазилярная недостаточность, болевой мышечно-тонический синдром. Деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника, хроническая люмбагия с мышечно-тоническим синдромом. Эрозивный гастрит, ремиссия» (выписка из истории болезни стационарного больного госпиталя ГУВД х за период с 28.04.2005 г. по 20.05.2005 г.).

В период с 27.04.2006 г. по 17.05.2006 г. х И. А. находился на стационарном лечении в Госпитале «МСЧ ГУВД х» с диагнозом: «Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Сопутствующий: Атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия II ст., состояние субкомпенсации, мозжечково-стволовой синдром (динамическая атаксия, пирамидная недостаточность слева). Хронический гастрит, фаза нестойкой ремиссии. Вегетососудистая дистония по смешанному типу (гипертоническая, кардиальная). Миопия слабой степени обоих глаз. Ангиопатия сетчатки» (выписка из истории болезни стационарного больного госпиталя «МСЧ ГУВД х» за период с 27.04.2006 г. по 17.05.2006 г.).

При амбулаторном обращении к неврологу в августе 2006 г. предъявлял жалобы на: «частые головные боли в височно-теменной области с головокружением, тошнотой, шумом в ушах, отмечает прогрессирующее снижение слуха с двух сторон, больше слева, двоение в глазах, снижение памяти, нарушение сна, расходящееся косоглазие слева. В неврологическом статусе отмечалось: Диплопия при взгляде вверх. Двусторонние рефлекс орального автоматизма, рефлекс Бабинского справа. Умеренные мозжечковые нарушения, когнитивное снижение, мышечно-тонические проявления», установлен диагноз: «ДЭП II ст. с хронической ЦВН в ВББ с мозжечково-стволовым синдромом, пирамидной недостаточностью». С данным заболеванием получал амбулаторное лечение у невролога в августе-сентябре 2006 г.

При амбулаторном обращении к невропатологу в августе 2008 г. предъявлял жалобы на: «постоянные головные боли с головокружением, шаткостью при ходьбе, шумом в ушах, снижением слуха, снижение памяти. В неврологическом статусе отмечалось: ЧМН: асимметрия носогубных складок, девиация языка вправо, симптом орального автоматизма, в позе Ромберга шаткость», установлен диагноз: «ДЭП II ст. с хр. ЦВН с ВББ со стойким кохлео-вестибулярным синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью в стадии динамического ухудшения. Шейный остеохондроз, разгибательный подвывих С3. Хроническая ВБН в стадии обострения». С данным заболеванием получал амбулаторное лечение у невропатолога по август 2009 г. При амбулаторном обращении к терапевту в апреле 2010 г. предъявлял жалобы на: частые головные боли, головокружения, снижение слуха, шум в ушах, раздражительность, приступы сердцебиения, тошноту, колебания АД до 170/100 мм. рт. ст., в анамнезе ДЭП II, хроническая ВБН. При объективном осмотре: АД 160/100 мм. рт. ст., пульс 72, установлен диагноз: «Астено-цефалгический синдром с частыми вегето-сосудистыми пароксизмами, гипертензионный синдром, ДЭП II».

В 2010 г. у х И. А. при его обращениях за медицинской помощью регистрируются повышения артериального давления в пределах 160/95, 170/100 мм. рт. ст.

В период стационарного лечения х И. А. находился на обследовании и лечении в неврологическом отделении с 27.05.10 г. по 16.06.2010 г. с диагнозом основным: «Атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия II стадии, состояние

декомпенсации с выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренный вестибуломожечковой атаксией». Сопутствующий: «Хроническая двусторонняя смешанная аудиосенсоневропатия. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3, ХСН 0» (эпикриз № 1740 Госпиталя «МСЧ ГУВД по х области» за период с 27.05.2010 г. по 16.06.2010 г.) В августе 2011 г. получал амбулаторное лечение у врача-психиатра с диагнозом: «Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза. Астено-невротический синдром».

В октябре 2011 г. проходил амбулаторное лечение у невролога с диагнозом: «ДЭП II ст. с вестибуло-атактическим синдромом», у врача-терапевта «Гипертоническая болезнь II ст., 3 ст., р. 4».

В период с 13.04.2012 г. по 28.04.2012 г. х И. А. находился на лечении и обследовании во 2-м терапевтическом отделении Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» с диагнозом основным: «Гипертоническая болезнь II ст. (ангиопатия сетчатки, склероз аорты, АК, МК, гипертрофия миокарда левого желудочка, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка 1 типа). Дислипидемия. Риск 3». Соп.: «Смешанная (атеросклеротическая, гипертоническая) Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. с открытой формой гидроцефалии с умеренной вестибуло-можечковой атаксией. Посттравматический кистозно-слипчивый лептоменингит. Астенический синдром. Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия высокой степени (пользуется слуховым аппаратом) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит 1 ст. Хронический гастрит» (выписка из медицинской карты стационарного больного № 1169 Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» с 13.04.2012 г. по 28.04.2012 г.).

26.04.2012 г. в МБУЗ «ГБСМП г. х-х-х» х И. А. выполнено МРТ головного мозга вынесено заключение: «МРТ-признаки посттравматической энцефалопатии, рубцовослипчивого арахноидита» (протокол № 5056 МРТ головного мозга МБУЗ «ГБСМП г. х-хх»).

В мае-июне 2012 г. получал амбулаторное лечение у невролога по поводу: «Дисциркуляторной энцефалопатии сложного генеза с ликвородинамическими нарушениями».

В период с 17.08.12 г. по 06.09.12 г. находился на обследовании и лечении в ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» с диагнозом: «Основным: Гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с открытой формой гидроцефалии, посттравматическим рубцово-слипчивым арахноидитом, состояние декомпенсации с выраженным астено-цефалгическим синдромом с гипертензионно-цефалгическими приступами, умеренной стойкой вестибуло-можечковой атаксией (167.4)». Сопутствующим: «Хроническая двусторонняя смешанная форма сенсоневральной тугоухости (Н93.3). Гипертоническая болезнь II стадии (ангиопатия сетчатки, склероз аорты, створок АК, МК, гипертрофия миокарда левого желудочка), риск 3, ХСН0 (III). Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит I ст. (K21.0)» (выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного № 2493 ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» Госпиталь неврологическое отделение).

Проходил амбулаторное лечение у невролога в октябре 2012 г., апреле 2013 г. с диагнозом: «Энцефалопатия 2 ст. (гипертоническая, атеросклеротическая) с хр. ЦБН». В период с 09.09.2013 по 20.09.2013 г. находился на стационарном лечении и обследовании во 2-м терапевтическом отделении госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области», с диагнозом основным: «I1.9 Гипертоническая болезнь II стадия (гипертрофия миокарда левого желудочка, склероз аорты, створок АК, МК, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка 1 типа). Риск сердечнососудистых осложнение 3 (высокий)». Осложнения: «ХСН 1 ст. 2 ФК (по NYHA). Диагноз сопутствующий: I67.9. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического, посттравматического) с астеноцефалгическим синдромом, хроническая вертебро-базилярная недостаточность, с выраженным вестибуло-атактическим

синдромом, легкими когнитивными нарушениями. Хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит, с ликвородинамическими нарушениями, астеноцефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью. М 42. Шейный остеохондроз, в стадии компенсации. Е 78.5 Дислипидемия. Н93.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость высокой степени Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит (клинически); Е 66.8 Избыток массы тела» (выписка из медицинской карты стационарного больного № 2883 госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области»).

23.07.2014 г. х И. А. консультирован неврологом ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России, установлен диагноз: «Энцефалопатия 1 смешанного генеза (дисциркуляторная, посттравматическая, на фоне гипергомоцистеинемии) с рассеянной очаговой симптоматикой, кохлеарным, цефалгическим синдромом; вестибулопатией. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника распространенной локализации со статико-динамическими нарушениями, мышечно-тоническим синдромом, грыжеобразованием, транзиторной цервикалгией, люмбалгией, торакалгией».

Диагноз установлен на основании:

- **жалоб:** головная боль в теменной области. Характер боли: сжимающий, во вторую половину дня, провоцируется переутомлением, стрессом, длительной статической нагрузкой, сопровождается тошнотой, головокружением, купируется анальгетиками, боль в позвоночнике: шейный отдел, поясничный отдел, во второй половине дня. Нарушение чувствительности, характер: онемение, в пальцах в/конечностей; Нарушение координации вестибулярной функции: головокружение: несистемное связано с изменением положения, в горизонтальном положении, Неустойчивость при ходьбе: Нарушение ВНД снижение памяти: На текущие события, снижение внимания, слабость, утомляемость, психоэмоциональная лабильность, нарушение сна, дневная сонливость; Беспокоит выраженное снижение слуха с 2-х сторон, шум в ушах с 2-х сторон;

- **анамнеза заболевания:** Боли в шейном отделе позвоночника около 20 лет, головные боли - в течение многих лет. Снижение слуха с 1997 г, обследован ЛОР, выявлена НСТ. Проходил лечение вазоактивными, ноотропными препаратами - с временным улучшением. НСТ прогрессировала. В 2002 г. перенес сочетанную травму ЗЧМТ. СГМ, перелом костей правого предплечья, проходил стац. лечение. После травмы - усилились головные боли, появилось головокружение, резко снизился слух. С 2003 г. пользуется слуховым аппаратом. Последний курс амб. лечения вазоактивными, ноотропными препаратами – в апреле 2014 г. - с улучшением;

- **результатов исследования:** триплексное исследование на экстракраниальном уровне: Заключение: признаки выраженного стенозирующего атеросклеротического поражения стенок брахиоцефальных артерий в виде значительного изменения интимы, осложненного образованием атеросклеротических бляшек в районе бифуркации с обеих сторон, причем слева - гемодинамически значимых: стенозирование просвета - более 70%. Гемодинамически значимая асимметрия диаметров позвоночных артерий: синдром «малой позвоночной артерии» справа. Отмечено выраженное нарушение геометрии позвоночных артерий с обеих сторон. Признаки венозной дисциркуляции по позвоночной вене справа и слева, с акцентом - до входа: в костный канал. Рекомендовано: консультация невропатолога, сосудистого хирурга: целесообразность проведения МСКТ (ангиографии) сосудов шеи. ЭЭГ Заключение: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга свидетельствуют о повышенной лабильности нейронов коры при нагрузках (на фоне дисфункции стволовых структур). Очаговой, пароксизмальной, специфической эпилептиформной активности не выявлено. Лабораторные результаты от 16.07.14 г.: консультация кардиолога: Заключение: Гипертоническая болезнь II стадии. Атерогенная дислипидемия. Гипергомоцистеинемия. Стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных

артерий - стеноз левой ОСА до 70%. Риск сердечно-сосудистых осложнений высокий. Консультаций сердечно-сосудистого хирурга: Заключение: признаки выраженного стенозирующего атеросклеротического поражения стенок брахиоцефальных артерий в виде значительного изменения интимы, осложненного образованием атеросклеротических бляшек в районе бифуркации с обеих сторон, причем слева - гемодинамически значимых: Стенозирование просвета - более 70%. Гемодинамически значимая асимметрия диаметров позвоночных артерий: синдром «малой позвоночной артерии» справа. Отмечено выраженное нарушение геометрии позвоночных артерий с обеих сторон. Признаки венозной дисциркуляции по позвоночной вене справа и слева, с акцентом - до входа в костный канал. Рекомендовано: консультация невропатолога, сосудистого хирурга: целесообразность проведения МСКТ (ангиографии) сосудов шеи. Диагноз: ЦВБ. Стеноз лВСА, гемодинамически значимый...Рентгенография шейного отдела позвоночника: Заключение: Незначительно выраженные признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника. Выраженный спондилоартроз. Рентгенография поясничного отдела позвоночника: Заключение: рентгенологические признаки умеренно выраженных нарушений статики с наличием заднего псевдоспондилолистеза L2 и L3 в пределах 0,4 см. Начальные проявления остеохондроза межпозвонковых дисков L2-3, L3-4, и деформирующего спондилеза на L4.

- **данных неврологического статуса:** Высшие мозговые функции сохранены. Поля зрения (ориентировочно) в норме, зрачки D=S, сходящееся косоглазие за счет отклонения левого глазного яблока кнутри и вверх (со слов - с детства), фотореакции сохранены, глазные щели D=S. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Точки выхода тройничного, нерва безболезненны. Надбровные рефлексы D=S, мимические мышцы без асимметрии. Симптомы орального автоматизма отсутствуют. Слух снижен с 2-х сторон. Фонация, глотание не нарушены, небный и глоточный рефлексы живые, uvula по средней линии, язык слегка девирует вправо. Мышечных атрофии, гипотрофий нет, мышечный тонус в конечностях не изменен. Сила полная. Глубокие рефлексы живые, с верхних конечностей D=S, коленные D>=S, ахилловы D=S. С-м Бабинского + с 2-х сторон. Нарушений чувствительности нет. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга пошатывается, без четкой латерализации. Менингеальные симптомы отрицательные. Сглажен шейный лордоз, усилен грудной кифоз, гипертонус паравerteбральных мышц шеи, надплечий, длинных мышц спины, отмечается болезненность при перкуссии остистых отростков C3-C6, при пальпации паравerteбральных точек на этом уровне. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены вперед, сглажен поясничный лордоз. Симптомы натяжения отрицательные.

23.11.2014 г. х И. А. выполнено МРТ исследование головного мозга в ООО «Джи восемь центр» г. х: «...Заключение: МР посттравматического рубцового-слипчивого церебрального арахноидита, энцефалопатии. Без динамики по сравнению с МРТ исследованием от 26.04.2012 г.» (протокол МРТ исследования головного мозга ООО «х восемь центр» г. х-х-х).

20.11.2014 г. проведено судебно-медицинское исследование документов х И. А. оформленное актом судебно-медицинского освидетельствования № 6287 в ГБУ х «БСМЭ» г. х-х. Вынесено заключение: На основании судебно-медицинского освидетельствования гражданина х Игоря Алексеевича, принимая во внимание предварительные сведения, прихожу к следующему заключению: 1. У гражданина х Игоря Алексеевича, 1961 обнаружено следующие телесные повреждения и патологические состояния: 1.1 закрытая черепно-мозговая травма в виде: сотрясения головного мозга; 1.2 дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического, посттравматического) с астено-цефалгическим синдромом, хроническая вертебробазилярная недостаточность, с выраженным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями; 1.3 хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит, с ликвородинамическими нарушениями, астено-цефалгическим

синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью; 1.4 шейный остеохондроз, в стадии компенсации. 2. Обнаруженная черепно-мозговая травма в виде сотрясения головного мозга причинена в результате ударного воздействия (воздействий) твердого тупого предмета (предметов) или о таковой (таковые), возможно в заявленный срок - 04.10.2002 года, как указано в заявлении и материалах проверки. 3. Хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит, с ликвородинамическими нарушениями, астено-цефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью и дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза являются отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга и состоят в прямой причинной связи с травмой головы от 04.10.2002 года». В период с 13.11.2014 г. по 25.11.2014 г. х И. А. находился на стационарном лечении и обследовании в неврологическом отделении госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области с диагнозом: «Основной: Т90.5 (Последствия внутричерепной травмы). Отдаленные последствия ЗЧМТ, сотрясения головного мозга (04.10.2002) в виде посттравматического рубцово-слипчивого церебрального арахноидита. I67.9 (Цереброваскулярная болезнь неуточненная) Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (ЗЧМТ, сотрясение головного мозга 04.10.2002) на фоне гипергомоцистеинемии), атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА ВС А >70%.; Состояние после каротидной эндартерэктомии слева 14.10.2014 г., с умеренным астено-цефалгическим синдромом, с умеренным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями, стадия динамического улучшения. Сопутствующий: I11.9 (Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности). Гипертоническая болезнь II стадии, риск высокий. Дислипидемия. Гипергомоцистеинемия. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Холестеоз желчного пузыря. Мочекаменная болезнь, мелкая ангиомиолипома правой почки. Хронический простой бронхит, ремиссия. Диффузно-узловой нетоксический зоб. Эутиреоз. Миопия слабой степени обоих глаз» (эпикриз из медицинской карты № 3982 стационарного больного госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 25.11.2014 г.).

Согласно справки неврологического отделения МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х-х-х» х И. А. находился во 2 неврологическом отделении для больных с нарушением мозгового кровообращения МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко г. х» на СОП, медкарта №720544 с 22:13 16.04.2015 г. по 00:10 17.04.2015 г. Доставлен бригадой СП № 501. Со слов жены, сегодня внезапно на улице пациент потерял сознание, отмечались судорожные подергивания в верхних конечностях. Вызвана бригада СП, выполнено - магния сульфат в\в стр, элзепам в\м, доставлен в н.о - 2 ГБ №1. Из анамнеза; известно, что в 2002 году пациент перенес черепно-мозговую травму, по данным МРТ головного мозга от 2012 года выявлены посттравматические рубцовые изменения, арахноидит в правой гемисфере. Данные приступы беспокоят в течение нескольких лет, но препараты постоянно не принимает. Уровень сознания - ясное. Жалобы на лёгкое головокружение, общую слабость. Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное, средней степени тяжести. АД - 140/80 мм. рт. ст., ЧСС - 75 уд/мин, t тела - 36.5, запах алкоголя – нет. Неврологический статус: Сознание ясное, на вопросы отвечает правильно. ЧМН: зрачки S=D, реакция на свет живая, глазодвижения в полном объеме, лицо симметрично, язык по средней линии. Двигательная сфера: парезов не выявлено, сухожильные рефлексы оживлены D=S, патологических стопных знаков нет. Четких чувствительных и дискоординаторных нарушений не выявлено. Болевые с-мы: отсутствуют. Подвижность позвоночника полная. Менингеальные знаки не выявлены. ВНД - афатических нарушений нет, легкий когнитивный дефицит. Походка: без особенностей. Проведенные мероприятия: РКТ головного мозга - картина энцефалопатии. Выполнено Винпоцетин 5.0+ физ. р-р 200.0 в\в кап. В динамике состояние пациента удовлетворительное. Диагноз: «На момент осмотра острой неврологической

патологии не выявлено. У пациента имеет место: Посттравматическая энцефалопатия с развитием малых парциальных негенерализованных судорожных приступов. Последствия ЗЧМТ от 2002 года».

Согласно осмотра дежурным врачом МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х-х-х» 15.05.15 г. в 14 час. 10 мин. х Игорь Алексеевич, 1961 г. р. доставлен в сопровождении родственников после эпилептического генерализованного приступа, развившегося не впервые, установлен диагноз: «Травматическая болезнь головного мозга. Последствия перенесенной ЗЧМТ с сотрясением головного мозга от 04.10.2002 в виде развития хронического кистозно-слипчивого церебрального арахноидита с развитием эписиндрома в виде генерализованных тонико-клонических приступов. Состояние после перенесенного генерализованного судорожного приступа от 15.05.15 г.». В момент пребывания больного в приемнике неврологического стационара наблюдалось следующее состояние: больной внезапно замер, отмечалось не координируемое подергивание век, адверсия глазных яблок вправо. Состояние длилось около 2 - мин. Дополнительно введен Магния сульфат 25% 5,0 в-в стр. После приступа - обстоятельств вспомнить не может. Пациент в неотложной госпитализации в отделение неврологии для больных с нарушением мозгового кровообращения не нуждается. В стационаре получил лечение: магний сульфат 25%-10,0 в/в стр; мексилон 2,0 в/м №1. Пациент в ясном сознании, удовлетворительном состоянии отпущен домой в сопровождении родственника 15 час. 40 мин.

Согласно справки неврологического отделения № 1 для больных с нарушением мозгового кровообращения МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х» х Игорь Алексеевич находился в неврологическом отделении для больных с нарушением мозгового кровообращения МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко г. х» на СОП, медкарта № 1885 с 13.06.2015 г. 12:50 по 13.06.2015 г. 15:30. Доставлен самотеком в сопровождении друга, после эпилептического приступа. В анамнезе: страдает эписиндромом, после ЧМТ в 2002 г. Сегодня дома на фоне полного благополучия развился приступ тоникоклонических судорог с потерей сознания, пеной из рта, прикусом языка. Доставлен в Н.О. Уровень сознания - ясное, дезориентирован. Жалобы: на головную боль, головокружение. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, АД - 145/90 мм. рт. ст., ЧСС - 88 уд/мин., t тела-36,7 °. По данным МРТ: посттравматический арахноидит. Неврологический статус: Сознание - ясное, слегка заторможен. ЧМН - зрачки S=D, фотореакция живая, глазодвижения - в полном объеме, диплопия - нет, гемианопсия - нет; лицо асимметрично, язык по средней линии, прикушен; глотание и фонация не нарушены, глоточные рефлексы - живые с 2-х сторон. Нистагм - легкий горизонтальный в обе стороны. Объем движений в конечностях полный Мышечная сила 5 баллов Сухожильные рефлексы - S больше, равно D ср. живости. Мышечный тонус - не изменен Чувствительные нарушения - левосторонняя гемигипестезия. Объем движений в позвоночнике полный, с-мы натяжения - отсут. Болезненность при пальпации паравerteбральных точек - нет, дефанс мышц - нет. В позе Ромберга - шаткость, ПНП выполняет с интенцией - с 2-х сторон. Менингеальные знаки - нет. Патологические рефлексы - не вызываются. Тазовые функции - контролирует. ВНД - дезориентирован. Походка - с шаткостью. В приемнике во время осмотра у больного развился повторный приступ потери сознания с судорогами, пеной из рта, прикусом языка. Приступ длился 2-5 мин, купирован самостоятельно. Больному назначено: феназепам 2,0 в\м, р-р Рингера

400,0 в\в кап фуросемид 2,0 в\м. В динамике состояние пациента удовлетворительное. Заключение: «Хронический, посттравматический церебральный арахноидит с эписиндромом, состояние после серии эпилептических приступов от 13.06.15 г».

В период с 20.07.2015 г. по 30.07.15 г. х И. А. находился на стационарном лечении и обследовании в неврологическом отделении Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» с диагнозом: «Основной: Т90.5 Последствия перенесенной ЗЧМТ с сотрясением головного мозга (04.10.02) в виде посттравматического кистозно-слипчивого арахноидита

с ликвородинамическими нарушениями, стойким выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренным атактическим синдромом, стадия декомпенсации. Осложнения: G40.1 Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде вторично-генерализованных тонико-клонических приступов (эпиприступы 16.04.15 г., 15.05.15 г., 13.06.15 г., 28.07.15 г.). Сопутствующий: I67.9 Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (ЗЧМТ, сотрясение головного мозга 04.10.2002) на фоне гипергомоцистеинемии), с умеренным астеноневротическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями, стадия динамического ухудшения. I10.9 Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3 (гипертрофия левого желудочка, гиперхолестеринемия). XCH 1, ФК II. I70. Атеросклероз с преимущественным поражением аорты, аортального и митрального клапанов. Атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА ВСА >70%. Состояние после операции каротидной эндартерэктомии слева 14.10.2014 г. K 29.7 Хронический гастрит, ремиссия. E04.0 Диффузный узловой зоб. Киста левой почки 9x6 мм. XPH 0. J41 Хронический бронхит, ремиссия. G 90.1 Астенический синдром с тревожным компонентом и умеренные когнитивные нарушения в связи со смешанным заболеванием головного мозга (ЗЧМТ, СГМ 2002 год, сосудистое заболевание, эпилепсия). U52.3 Сложный миопический астигматизм обоих глаз. H93.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени, прогрессирующее течение. Пигментные невусы на коже туловища». **Диагноз установлен на основании:**

- **жалоб** на постоянную диффузную головную боль в лобно-теменной области, периодически распирающего характера с ощущением давления на глазные яблоки, сопровождающуюся тошнотой, головокружением, шумом в ушах, периодическое головокружение, повышенную утомляемость, чувство усталости, нарушение сна, неустойчивость при ходьбе, снижение памяти на текущие события, трудность запоминания лиц, снижение слуха, мушки перед глазами, раздражительность, приступы потери сознания с тонико-клоническим судорогами длительностью до 2-3 минут, амнезируемые, а также бессудорожные приступы отключения сознания по типу «застывания»;

- **анамнеза заболевания:** 04.10.2002 года была получена травма головы, 11.10.2002 года обратился к неврологу поликлиники МСЧ с жалобами на головную боль во второй половине дня, был поставлен диагноз: данных за ЗЧМТ, СГМ на момент осмотра нет. Со слов больного, после этого стали беспокоить постоянные головные боли. Следующий осмотр невролога в 2005 году, согласно амбулаторной карте в Госпитале ГУВД х, был поставлен диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия I степени с рассеянной неврологической симптоматикой, астено-тревожный синдром. Остеохондроз шейного отдела позвоночника, разгибательный подвывих С3, хроническая вертебро-базилярная недостаточность, болевой мышечно-тонический синдром. Деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника, хроническая люмбагия с мышечно-тоническим синдромом. В 2006 году был осмотрен неврологом в Госпитале МСЧ ГУВД х, был поставлен диагноз: Атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии, состояние субкомпенсации с мозжечково-стволовым синдромом (динамическая атаксия, пирамидная недостаточность слева). В дальнейшем наблюдался амбулаторно ежегодно у невролога. В 2010 году проходил стационарное лечение в неврологическом отделении с диагнозом: Атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии, состояние декомпенсации с выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренной вестибуломозжечковой атаксией, выписан с улучшением. В 2012 году проходил стационарное лечение в терапевтическом отделении Госпиталя МВД с диагнозом: гипертоническая болезнь II стадии. Смешанная (атеросклеротическая, гипертоническая) дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с открытой формой гидроцефалии с умеренной вестибуломозжечковой атаксией. Посттравматический кистозно-слипчивый лептоменингит. Астенический синдром. В последующем наблюдался у невролога и

терапевта амбулаторно. В 2013 году проходил стационарное лечение в терапевтическом отделении Госпиталя МВД с диагнозом: гипертоническая болезнь II стадии. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического, посттравматического) с астено-цефалгическим синдромом, хроническая вертебробазиллярная недостаточность, с выраженным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями. Хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит с ликворо-динамическими нарушениями, астено-цефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью, шейный остеохондроз в стадии компенсации, в последующем наблюдался у невролога и терапевта амбулаторно. 26 марта 2014 года в ходе служебной проверки, было принято решение считать установленным факт получения травмы головы при исполнении служебных обязанностей 04.10.2002 года. С 15.07.2014 по 24.07.2014 проходил стационарное лечение в отделении неврологии ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины с диагнозом: Энцефалопатия 1 смешанного генеза (дисциркуляторная, посттравматическая, на фоне гипергомоцистеинемии) с рассеянной очаговой симптоматикой, кохлеарным, цефалгическим синдромом, вестибулопатией. Стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий, стеноз левой общей сонной артерии и внутренней сонной артерии гемодинамически значимый до 70%. С 08.10.14 по 14.10.14 проходил стационарное лечение в отделении сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины с диагнозом: атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА. ВСА >70%. Была проведена операция 14.10.2014 г. каротидная эндартерэктомия слева. В дальнейшем проходил курс лечения в неврологическом отделении госпиталя МСЧ в связи с сохраняющимися головными болями, головокружением с 13.11.14 по 25.11.14 с диагнозом: Т90.5 Отдаленные последствия ЗЧМТ, сотрясения головного мозга (04.10.2002) в виде посттравматического рубцовослипчивого церебрального арахноидита. 167.9 Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (ЗЧМТ, сотрясение головного мозга 04.10.2002) на фоне гипергомоцистеинемии), атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА ВСА >70%. Состояние после каротидной эндартерэктомии слева 14.10.2014 г., с умеренным астено-цефалгическим синдромом, с умеренным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями, стадия динамического улучшения (эпикриз №3982). Выполнил МРТ головного мозга (23.11.14) МР-признаки посттравматического рубцово-слипчивого арахноидита, энцефалопатии. Без динамики по сравнению с исследованием от 26.04.12. После выписки наблюдался у невролога, терапевта в поликлинике МСЧ. Ухудшение состояния с апреля 2015 года, когда на улице потерял сознание, развивался приступ тонико-клонических судорог с пеной из рта, прикусом языка. По скорой помощи был доставлен в приемное отделение ГБ № 1 им. Семашко Н.А. В дальнейшем у пациента повторно 15.05.15 вновь развивается генерализованный эпилептический приступ, а также развивается эпилептический приступ с адверсией глазных яблок вправо, подергиванием век. 13.06.15 дома развивается приступ тоникоклонических судорог. Вызванная СМИ доставляет пациента в неврологическое отделение ГБ №1 им. Семашко Н.А. В приемнике повторно развивался эпилептический приступ с судорогами, купированный введением фенозепам 1 мл, фурсемида 2 мл и раствора Рингера 400 мл в\в кап. Со слов пациента эпилептические приступы возникали и раньше, но, в связи с желанием продолжать службу, нигде не фиксировались. Постоянно принимает депакин-хроно 300 мг 1 раз в день.

- **данных неврологического статуса:** ВНД - снижение фиксации памяти, диссомния, эмоциональная лабильность, астенизирован. ЧМН - глазные щели S=D, зрачки S=D, глазодвижения в полном объеме, сходящееся косоглазие левого глаза, ослабление конвергенции с 2х сторон, язык по средней линии. Двигательная сфера - сухожильные рефлексы, живые D=S. Коленные: живые D=S. Ахилловы, средней живости, D=S. Мышечная сила в конечностях: объём движений в конечностях полный. Мышечный

тонус, не изменен. Патологические рефлексy -, (+) симптомы орального автоматизма с 2-х сторон. Чувствительность не нарушена. Походка: с элементами атаксии. Координаторные пробы: ПНП, КПП выполняет с дисметрией с двух сторон, в позе Ромберга шаткость без сторонности. Вегетативная сфера: красный дермографизм. Болевые синдромы: нет. Тазовые функции контролирует

- **результатов специальных и лабораторных исследований:** Исследования крови от 21.07, мочи от 21.07, ЭКГ № 4423 (20.07.15) положение электрической оси сердца нормальное. Ритм синусовый. ЧСС 81 в мин. МРТ головного мозга № 5056 (26.04.12): МРТ признаки посттравматической энцефалопатии, рубцово-слипчивого арахноидита. МРТ головного мозга № 6966 (23.11.14) МР признаки посттравматического рубцовослипчивого арахноидита, энцефалопатии. Без динамики по сравнению с исследованием от 26.04.12. РЭГ (27.07.15) Объемное пульсовое кровенаполнение в бассейне ВСА значительно снижено, в бассейне ПА слева резко снижено, справа значительно снижено; коэффициент асимметрии 24,6%; эластические свойства магистральных артерий резко снижены; тонус резистивных сосудов резко повышен; тонус артерий мелкого калибра и артериол резко повышен; венозный отток резко затруднен, коэффициент асимметрии 12,3%. ЭЭГ от 27.07.2015: диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга по резидуально-органическому типу с вовлечением неспецифических срединных структур с латерализацией в левую гемисферу; снижение активности корковых функций; определяется снижение порога судорожной готовности в левой передне-височной области; трактовать в контексте клинических данных. УЗТС БЦА от 22.07.2015: БЦА визуализированы, проходимы, признаки атеросклеротических изменений БЦА: утолщение КИМ, гемодинамически незначимые стенозы ОСА, ВСА и НСА с обеих сторон; умеренно ускорен кровоток по ВСА справа, НСА слева; непрямолинейность хода ПА в канале поперечных отростков позвонков. Интракраниальная доплерография от 22.07.2015: неудовлетворительная визуализация при трансстемпоральном доступе; проведение функциональных проб с обеих сторон затруднено вследствие неудовлетворительной визуализации СМА. ПА V4 не визуализируется. ЭхоКС от 22.07.2015: гипертрофия миокарда левого желудочка; глобальная сократительная функция миокарда левого желудочка I типа; склероз корня аорты и створок АК и МК; регургитация на МК I степени; систоло-диастолическая асинхрония МЖП. УЗИ щитовидной железы от 22.07.2015: УЗ признаки узловых образований правой доли щитовидной железы. УЗИ органов брюшной полости от 22.07.2015: признаки незначительных диффузных изменений паренхимы печени и паренхимы поджелудочной железы (вероятнее всего за счет мелкозернистой структуры); мелкокистозное образование левой почки. ЦПД № 171 (24.07.15) заключение: уменьшение объема внимания. Снижение продуктивности умственной деятельности. Инертность мыслительных процессов. Астенизация. Тревожно-нervозные, сензитивные черты в структуре личности. Хирург (28.07.15) Хирургической патологии не выявлено... Психиатр (27.07.15) G 90.1 Астенический синдром с тревожным компонентом и умеренные когнитивные нарушения в связи со смешанным заболеванием головного мозга (ЗЧМТ, СГМ 2002 год, сосудистое заболевание, эпилепсия). Окулист (24.07.15) VOD-0.5 sph(-)0,50 cyl (-) 0,75 D x90°=0.9, VOS-0.7. ВГД = 19 мм. рт. ст.

Диагноз: U52.3 Сложный миопический астигматизм обоих глаз. Дерматолог (27.07.15) Пигментные невусы на коже туловища. ЛОР-врач (27.07.15) H93.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени, прогрессирующее течение. AD у раковины м <V > у раковины AS. 0м <v> 0 м. -R-.

- **консультаций врачей-специалистов:** Эпилептолог (23.07.15 - ОКДЦ) T90.5 Последствия ЗЧМТ 2002 год. Посттравматический церебральный арахноидит с нарушением ликвородинамики. G40.1 Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде вторично-генерализованных тонико-клонических приступов. Терапевт (24.07.15) I11.9 Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3 (гипертрофия левого желудочка,

гиперхолестеринемия), ХСН 1. ФК II. I 70. Атеросклероз с преимущественным поражением аорты, аортального и митрального клапанов. К29.7 Хронический гастрит, ремиссия E04.0 Диффузный узловой зоб. Киста левой почки 9x6 мм. ХПН 0. J41. Хронический бронхит, ремиссия... Состояние при выписке: На фоне проведенной терапии с небольшой положительной динамикой в виде улучшения общего самочувствия, сохраняется стойкий цефалгический синдром, на фоне пропуска приема противосудорожных препаратов у пациента 28.07.15 г. развился генерализованный эпилептический приступ с отключением сознания, тонико-клоническими судорогами в конечностях, прикусом языка, длительностью до 3 минут, купированный введением 25% раствора магния сульфат 10 мл и 1 мл элзепамы (эпикриз из медицинской карты № 3067 стационарного больного Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» с 20.07.2015 г. по 30.07.15 г.).

В период стационарного лечения в Госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» 23.07.2015 г. х И. А. консультирован неврологом-эпилептологом: На момент осмотра: Считает себя больным с 2002 года после ЗЧМТ. По этому поводу наблюдался у невролога с диагнозом: Посттравматическая энцефалопатия II стадии. В 2012 году в больного впервые возник приступ потери сознания с судорожным компонентом длительностью до 5-10 минут. Неврологом по месту жительства выставлен диагноз: Симптоматическая эпилепсия, рекомендован прием противоэпилептических препаратов. На момент осмотра принимает топамекс 200 мг и депакин хроно 300 мг в день, на этом фоне частота приступов до 1 раз в месяц. Анамнез заболевания: Данные проведенных исследований: Предоставлены данные ЭЭГ; МРТ головного мозга. В объективном статусе: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Антропометрия: вес 80 кг, рост 185 см, ИМТ 23, пульс 93 в уд./мин., АД 175/107 мм. рт. ст. В неврологическом статусе: Черепно-мозговые нервы: ЧМН – обоняние в норме, зрачки D=S, реакция на свет, конвергенция и аккомодация в норме. Движения глазных яблок в полном объеме, содружественные. Нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена. Функция жевательной и мимической мускулатуры в норме. Корнеальный рефлекс сохранен, глоточный рефлекс вызывается, 2-х сторонняя гипакузия, язык при высовывании по средней линии. Парезов, локальных мышечных гипотрофий не выявлено. Сухожильные рефлексы D=S, без патологических рефлексов. В позе Ромберга покачивается без сторонности. ПНП и ПКП выполняет без интенции. Чувствительность не нарушена. Установлен диагноз: «Г 90.5 Последствия ЗЧМТ 2002 год. Посттравматический церебральный арахноидит с нарушением ликвородинамики. G 40.1 Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде вторично-генерализованных тонико-клонических приступов» (медицинское заключение врача невролога-эпилептолога ГАУ РО «Областной консультативно-диагностический центр» от 23.07.2015 г.).

25.08.2015 г. х И. А. освидетельствован по диагнозу: «Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде частых вторично-генерализованных тонико-клонических приступов (16.04.2015, 13.06.2015, 28.07.2015) на фоне дисциркуляторной энцефалопатии II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического), кистознослипчивого арахноидита с ликвородинамическими нарушениями, стойким цефалгическим, вестибуло-атактическим, астено-невротическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями, с умеренным нарушением функции. Гипертоническая болезнь II стадии. Ишемическая болезнь сердца, атеросклеротическая болезнь сердца, ХСН I (ФК II NYHA). Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость IV степени. Хронический гастродуоденит, ремиссия, с незначительным нарушением функции. Мелкая ангиомиолипома правой почки без нарушения функции. Мочекаменная болезнь, мелкий конкремент правой почки, микролиты обеих почек без нарушения функции. Киста левой почки (9x6 мм) без нарушения функции. Пигментные невусы, не затрудняющие ношение форменной одежды. Диффузный узловой зоб, эутиреоз. Хронический бронхит, ДН 0. Остеохондроз шейного, поясничного отделов позвоночника без нарушения функции.

Окрепший рубец шеи слева после операции (14.10.2014) каротидной эндартерэктомии слева по поводу стеноза левой ОСА ВСА. Консолидированный перелом правой лучевой кости после операции 23.10.2002: наложение аппарата Иллизарова; 25.10.2002: открытой репозиции металлоостеосинтеза; 12.2002: удаление металлоконструкции по поводу закрытого внутрисуставного оскольчатого перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков, без нарушения функции. Отсутствие пяти зубов, не удаленные корни трех зубов» - Заболевание получено в период военной службы. «Д» - не годен к службе в органах внутренних дел. Не годен к поступлению на службу по контракту. «Миопия слабой степени, сложный миопический астигматизм слабой степени обоих глаз» - Общее заболевание. «А» - годен к службе в органах внутренних дел, степень ограничения 1.

Категория годности к службе (военной службе) на основании статьи 21 «а», 24 «б», 43 «б», 44 «в», 40 «б», 59 «в», 10 «б», 72 «г», 80 «в», 66 «г» графы III расписания болезней (приложение N 1 к Инструкции, утвержденной приказом МВД России от 14.07.2010 г. N 523) Д - не годен к службе в органах внутренних дел. Не годен к поступлению на службу по контракту. Необходимо предоставить освобождение от исполнения служебных обязанностей на срок до дня исключения из списков личного состава органов внутренних дел (свидетельство о болезни № 2891 от 25.08.2015 г. ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области»).

23.10.2015 г. х И. А. уволен из органов внутренних дел.

Исходя из анализа представленных на экспертизу медицинских и иных документов на имя х И. А., отвечая на вопросы поставленные определением суда, комиссия экспертов:

- **Руководствовалась:** Положениями Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с которым, право устанавливать диагноз предоставлено лечащему врачу, в котором также дано определение понятию «диагностика».

Согласно статьи 2, пункт 7 которого: «Диагностика - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий»;

Согласно статьи 70, пункт 5 которого: - право устанавливать диагноз предоставлено лечащему врачу: «Лечащий врач устанавливает диагноз, который является основанным на всестороннем обследовании пациента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе явившемся причиной смерти пациента». ВВК МСЧ ГУВД х проигнорированы требования вышеуказанных пунктов Ф3-323, диагноз основного заболевания безосновательно изменен.

Анализируя обоснованность диагноза, установленного х И. А. 11.10.2002 г. врачом-неврологом: «Данных за ЗЧМТ, СГМ на момент осмотра нет», комиссия экспертов считает, что данный диагноз установлен необоснованно по следующим основаниям:

- Осмотр неврологом проведен на седьмые сутки после получения х И. А. 04.10.2002 г. травмы – то есть к моменту, когда клинические проявления ЗЧМТ, сотрясения головного мозга нивелируются.

- При обращении х И. А. предъявлял жалобы, характерные для ЗЧМТ, СГМ. - В анамнезе отмечено, что х И. А. при падении получил травму головы, после чего была однократная рвота и тошнота.

- В неврологическом статусе были выявлены и описаны неврологические симптомы, характерные для ЗЧМТ, сотрясения головного мозга: установочный

горизонтальный нистагм влево, оживление сухожильных рефлексов, анизорефлексия в виде разности рефлексов слева больше равно, чем справа.

Таким образом, наличие указанных жалоб, анамнеза, данных неврологического статуса при осмотре невролога 11.10.2002 г. свидетельствуют о получении х И. А. 04.10.2002 г. «ЗЧМТ. Сотрясения головного мозга».

х И. А. при его стационарных и амбулаторных лечених лечащими врачами установлены диагнозы в соответствии с требования ФЗ-323 от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- По результатам диспансерного осмотра за 1989 г. вынесено заключение: «Пр. здоров». По результатам диспансерного осмотра за 1992 г. вынесено заключение: «Миопия слабой степени». По результатам диспансерного осмотра за 1995 г., 1997 г., 1998 г., 1999 г. вынесено заключение: «Практически здоров. Близорукость слабой степени». По результатам диспансерного осмотра за 2000 г. вынесено заключение: «Практически здоров. Близорукость слабой степени. Двусторонняя аудиосенсопатия».

- В период с 21.10.2002 г. по 09.11.2002 г. стационарного лечения во 2 травматологическом отделении МЛПУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко» г. х, диагноз: «Закрытый внутрисуставной осложненный перелом дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков. 23.10.02 г. наложен аппарат Илизарова, 25.10.02 г. репозиция отрезками спицы. Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением» (история болезни поликлиники медотдела УВД х области № 1712 на имя х И. А.);

- В период с 28.04.2005 г. по 20.05.2005 г. при стационарном лечении в Госпитале ГУВД х диагноз основной: «Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Сопутствующим: Дисциркуляторная энцефалопатия I степени с рассеянной неврологической симптоматикой, астено-тревожный синдром. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Разгибательный подвывих С3, хроническая вертебробазиллярная недостаточность, болевой мышечно-тонический синдром. Деформирующий спондилез грудного отдела позвоночника, хроническая люмбагия с мышечно-тоническим синдромом. Эрозивный гастрит, ремиссия» (выписка из истории болезни стационарного больного госпиталя ГУВД х за период с 28.04.2005 г. по 20.05.2005 г.).

- В период с 27.04.2006 г. по 17.05.2006 г. при стационарном лечении в Госпитале «МСЧ ГУВД х» диагноз: «Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия. Сопутствующий: Атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия II ст., состояние субкомпенсации, мозжечково-стволовой синдром (динамическая атаксия, пирамидная недостаточность слева). Хронический гастрит, фаза нестойкой ремиссии. Вегетососудистая дистония по смешанному типу (гипертоническая, кардиальная). Миопия слабой степени обоих глаз. Ангиопатия сетчатки» (выписка из истории болезни стационарного больного госпиталя «МСЧ ГУВД х» за период с 27.04.2006 г. по 17.05.2006 г.).

- При амбулаторном обращении к неврологу поликлиники в августе 2006 г. диагноз: «ДЭП II ст. с хронической ЦВН в ВББ с мозжечково-стволовым синдромом, пирамидной недостаточностью».

- При амбулаторном обращении к невропатологу поликлиники в августе 2008 г. диагноз: «ДЭП II ст. с хр. ЦВН с ВББ со стойким кохлео-вестибулярным синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью в стадии динамического ухудшения. Шейный остеохондроз, разгибательный подвывих С3. Хроническая ВБН в стадии обострения».

- При амбулаторном обращении к терапевту поликлиники в апреле 2010 г. диагноз: «Астено-цефалгический синдром с частыми вегето-сосудистыми пароксизмами, гипертензионный синдром, ДЭП II».

- При амбулаторном лечении в августе 2011 г. у врача-психиатра диагноз:

«Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза. Астено-невротический синдром».

- При амбулаторном лечении у невролога поликлиники в октябре 2011 г. диагноз: «ДЭП II ст. с вестибуло-атактическим синдромом», у врача-терапевта диагноз:

«Гипертоническая болезнь II ст., 3 ст., р. 4».

- В период с 13.04.2012 г. по 28.04.2012 г. при стационарном лечении во 2-м терапевтическом отделении Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» диагноз основной: «Гипертоническая болезнь II ст. (ангиопатия сетчатки, склероз аорты, АК, МК, гипертрофия миокарда левого желудочка, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка 1 типа). Дислипидемия. Риск 3». Соп.: «Смешанная (атеросклеротическая, гипертоническая) Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. с открытой формой гидроцефалии с умеренной вестибуло-мозжечковой атаксией. Посттравматический кистозно-слипчивый лептоменингит. Астенический синдром. Хроническая двусторонняя аудиосенсоневропатия высокой степени (пользуется слуховым аппаратом) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит 1 ст. Хронический гастрит» (выписка из медицинской карты стационарного больного № 1169 Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» с 13.04.2012 г. по 28.04.2012 г.).

- При амбулаторном лечении в мае-июне 2012 г. у невролога поликлиники диагноз: «Дисциркуляторной энцефалопатии сложного генеза с ликвородинамическими нарушениями».

- В период с 17.08.12 г. по 06.09.12 г. при стационарном лечении во ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» диагноз: «Основной: Гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с открытой формой гидроцефалии, посттравматическим рубцовослипчивым арахноидитом, состояние декомпенсации с выраженным астеноцефалгическим синдромом с гипертензионно-цефалгическими приступами, умеренной стойкой вестибуло-мозжечковой атаксией (167.4)». Сопутствующий: «Хроническая двусторонняя смешанная форма сенсоневральной тугоухости (Н93.3). Гипертоническая болезнь II стадии (ангиопатия сетчатки, склероз аорты, створок АК, МК, гипертрофия миокарда левого желудочка), риск 3, ХСН0 (Ш). Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит I ст. (K21.0)» (выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного № 2493 ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» госпиталь неврологическое отделение).

- При амбулаторном лечении у невролога в октябре 2012 г., апреле 2013 г. диагноз: «Энцефалопатия 2 ст. (гипертоническая, атеросклеротическая) с хр. ЦБН».

- В период с 09.09.2013 по 20.09.2013 г. при стационарном лечении во 2-м терапевтическом отделении госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области», диагноз основной: «I11.9 Гипертоническая болезнь II стадия (гипертрофия миокарда левого желудочка, склероз аорты, створок АК, МК, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка 1 типа). Риск сердечно-сосудистых осложнение 3 (высокий)». Осложнения: «ХСН 1 ст. 2 ФК (по NYHA). Диагноз сопутствующий: I67.9. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического, посттравматического) с астено-цефалгическим синдромом, хроническая вертебробазилярная недостаточность, с выраженным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями. Хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит, с ликворо-динамическими нарушениями, астено-цефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью. М 42. Шейный остеохондроз, в стадии компенсации. Е 78.5 Дислипидемия. Н93.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость высокой степени Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит (клинически); Е 66.8 Избыток массы тела» (выписка из медицинской карты стационарного больного № 2883 госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области»).

- 23.07.2014 г. при консультации неврологом ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России диагноз: «Энцефалопатия I смешанного генеза (дисциркуляторная, посттравматическая, на фоне гипергомоцистеинемии) с рассеянной очаговой симптоматикой, кохлеарным, цефалгическим синдромом; вестибулопатией. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника распространенной локализации со статико-динамическими нарушениями, мышечно-тоническим синдромом, грыжеобразованием, транзиторной цервикалгией, люмбалгией, торакалгией» (консультация невролога, кандидата медицинских наук первично ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России» от 23.07.2014 г.).

- В период с 13.11.14 г. по 25.11.14 г. при стационарном лечении в неврологическом отделении госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» диагноз: «Основной: Т90.5 (Последствия внутричерепной травмы). Отдаленные последствия ЗЧМТ, сотрясения головного мозга (04.10.2002) в виде посттравматического рубцовослипчивого церебрального арахноидита. I67.9 (Цереброваскулярная болезнь неуточненная) Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (ЗЧМТ, сотрясение головного мозга 04.10.2002) на фоне гипергомоцистеинемии), атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА ВС А >70%; Состояние после каротидной эндартерэктомии слева 14.10.2014 г., с умеренным астено-цефалгическим синдромом, с умеренным вестибуло-атактическим синдромом, легкими когнитивными нарушениями, стадия динамического улучшения. Сопутствующий: I11.9 (Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности). Гипертоническая болезнь II стадии, риск высокий. Дислипидемия. Гипергомоцистеинемия. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Холестеоз желчного пузыря. Мочекаменная болезнь, мелкая ангиомиолипома правой почки. Хронический простой бронхит, ремиссия. Диффузноузловой нетоксический зуб. Эутиреоз. Миопия слабой степени обоих глаз» (эпикриз из медицинской карты № 3982 стационарного больного госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» от 25.11.2014 г.).

- В период с 16.04.2015 г. по 17.04.2015 г. при обследовании во 2 неврологическом отделении для больных с нарушением мозгового кровообращения МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко г. х-х-х» диагноз: «На момент осмотра острой неврологической патологии не выявлено. У пациента имеет место: Посттравматическая энцефалопатия с развитием малых парциальных негенерализованных судорожных приступов. Последствия ЗЧМТ от 2002 года» (справка неврологического отделения МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х-х-х»).

- 15.05.2015 г. при осмотре дежурным врачом МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х-х» диагноз: «Травматическая болезнь головного мозга. Последствия перенесенной ЗЧМТ с сотрясением головного мозга от 04.10.2002 в виде развития хронического кистозно-слипчивого церебрального арахноидита с развитием эписиндрома в виде генерализованных тонико-клонических приступов. Состояние после перенесенного генерализованного судорожного приступа от 15.05.15 г.». В момент пребывания больного в приемнике неврологического стационара наблюдалось следующее состояние: больной внезапно замер, отмечалось не координируемое подергивание век, адверсия глазных яблок вправо. Состояние длилось около 2 - мин. Дополнительно введен Магния сульфат 25% 5,0 в-в стр. После приступа - обстоятельств вспомнить не может (осмотр дежурного врача МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х-на-х»).

- 13.06.2015 г. при обследовании в неврологическом отделении № 1 для больных с нарушением мозгового кровообращения МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х-х-х» диагноз: «Хронический, посттравматический церебральный арахноидит с эписиндромом, состояние после серии эпилептических приступов от 13.06.15 г.». В приемном отделении во время осмотра у больного развился повторный приступ потери

сознания с судорогами, пеной изо рта, прикусом языка. Приступ длился 2-5 мин, купирован самостоятельно (справка неврологического отделения № 1 для больных с нарушением мозгового кровообращения МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н. А. Семашко г. х-нах»).

- В период с 20.07.2015 г. по 30.07.15 г. при стационарном лечении в неврологическом отделении Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» диагноз: «Основной: Т90.5 Последствия перенесенной ЗЧМТ с сотрясением головного мозга (04.10.02) в виде посттравматического кистозно-слипчивого арахноидита с ликвородинамическими нарушениями, стойким выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренным атактическим синдромом, стадия декомпенсации. Осложнения: G40.1 Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде вторично-генерализованных тонико-клонических приступов (эпиприступы 16.04.15 г., 15.05.15 г., 13.06.15 г., 28.07.15 г.). Сопутствующий: I67.9 Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (ЗЧМТ, сотрясение головного мозга 04.10.2002) на фоне гипергомоцистеинемии), с умеренным астеноневротическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями, стадия динамического ухудшения. 11.9 Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3 (гипертрофия левого желудочка, гиперхолестеринемия). ХСН I, ФК II. I70. Атеросклероз с преимущественным поражением аорты, аортального и митрального клапанов. Атеросклероз БЦА. Стеноз левой ОСА ВСА >70%. Состояние после операции каротидной эндартерэктомии слева 14.10.2014 г. К 29.7 Хронический гастрит, ремиссия. E04.0 Диффузный узловой зоб. Киста левой почки 9x6 мм. ХПН 0. J41 Хронический бронхит, ремиссия. G 90.1 Астенический синдром с тревожным компонентом и умеренные когнитивные нарушения в связи со смешанным заболеванием головного мозга (ЗЧМТ, СГМ 2002 год, сосудистое заболевание, эпилепсия). U52.3 Сложный миопический астигматизм обоих глаз. Н93.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени, прогрессирующее течение. Пигментные невусы на коже туловища» (эпикриз из медицинской карты № 3067 стационарного больного Госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» с 20.07.2015 г. по 30.07.15 г.).

- 23.07.2015 г. в период стационарного обследования в Госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» консультирован неврологом-эпилептологом 23.07.2015 г. диагноз: «Т 90.5 Последствия ЗЧМТ 2002 год. Посттравматический церебральный арахноидит с нарушением ликвородинамики. G 40.1 Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде вторично-генерализованных тонико-клонических приступов» (медицинское заключение невролога-эпилептолога ГАУ х «Областной консультативнодиагностический центр» от 23.07.2015 г.).

- 25.08.2015 г. х И. А. освидетельствован ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» по диагнозу: «Симптоматическая фокальная эпилепсия в виде частых вторичногенерализованных тонико-клонических приступов (16.04.2015, 13.06.2015, 28.07.2015) на фоне дисциркуляторной энцефалопатии II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического), кистозно-слипчивого арахноидита с ликвородинамическими нарушениями, стойким цефалгическим, вестибуло-атактическим, астено-невротическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями, с умеренным нарушением функции. Гипертоническая болезнь II стадии. Ишемическая болезнь сердца, атеросклеротическая болезнь сердца, ХСН I (ФК II NYHA). Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость IV степени. Хронический гастродуоденит, ремиссия, с незначительным нарушением функции. Мелкая ангиомиолипома правой почки без нарушения функции. Мочекаменная болезнь, мелкий конкремент правой почки, микролиты обеих почек без нарушения функции. Киста левой почки (9x6 мм) без нарушения функции. Пигментные невусы, не затрудняющие ношение форменной одежды. Диффузный узловой зоб, эутиреоз. Хронический бронхит, ДН 0. Остеохондроз шейного, поясничного отделов позвоночника без нарушения функции. Окрепший рубец шеи слева

после операции (14.10.2014) каротидной эндартерэктомии слева по поводу стеноза левой ОСА ВСА. Консолидированный перелом правой лучевой кости после операции 23.10.2002: наложение аппарата Иллизарова; 25.10.2002: открытой репозиции металлоостеосинтеза; 12.2002: удаление металлоконструкции по поводу закрытого внутрисуставного оскольчатого перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков, без нарушения функции. Отсутствие пяти зубов, не удаленные корни трех зубов», - заболевание получено в период военной службы. Д - не годен к службе в органах внутренних дел. Не годен к поступлению на службу по контракту. «Миопия слабой степени, сложный миопический астигматизм слабой степени обоих глаз» - Общее заболевание. «А» - годен к службе в органах внутренних дел, степень ограничения 1.

Таким образом, черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, полученная х И. А. 04.10.2002 г. не была диагностирована при его обращении за медицинской помощью в травматологический пункт ЛПУЗ «Городской больницы № 1»

04.10.2002 г. и при его обращении к врачу-неврологу поликлиники медотдела УВД 11.10.2002 г., и как следствие х И. А. не было назначено лечения в остром периоде черепно-мозговой травмы, не был взят на диспансерный учет невролога для динамического наблюдения. В результате чего у х И. А. в последующем **развилося паталогическое состояние**, обозначаемое в научной медицинской литературе и медицинской практике, как **травматическая болезнь головного мозга с формированием нового функционального состояния ЦНС, определяемого, как «травматическая энцефалопатия».**

Согласно общепринятого в медицинской практике **понимания развития последствий черепно-мозговых травм**, рекомендуемого ведущими институтами в области нейрохирургии НИИ «Нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко РАМН», «Санкт-Петербургская Военно-медицинская академия», изложенного в учебнике «Частная неврология» под редакцией главного невролога МО РФ М. М. Одинака: «...После любой черепно-мозговой травмы возникает патологическое состояние, которое определяют, как **«травматическую болезнь головного мозга»** в течение которой выделяют:

- острый период (до 10 недель);
- промежуточный период (до 2-6 месяцев);
- отдаленный период, при клиническом выздоровлении (до 2 лет), при прогрессивном течении (не ограничен во времени).

Если в промежуточном периоде не наступает полного клинического выздоровления, возникает новое функциональное состояние ЦНС, определяемое, как **«травматическая энцефалопатия»...**. Отражением как системного, так и клинико-функционального характера «травматической болезни», служат посттравматические неврологические синдромы, развивающиеся в результате травмы головного мозга. Такие, как:

- сосудистый, вегетативно-дистонический;
- ликвородинамических нарушений;
- церебрально-очаговый;
- посттравматической эпилепсии; - астенический;
- психоорганический.

Каждый из выделенных синдромов дополняется уровневыми и (или) системными синдромами.

Хронология развития заболеваний х И. А., диагностированных у него при его освидетельствовании ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД по х области» 25.08.2015 г., приведшие к негодности к службе в органах внутренних дел и инвалидности соответствует этиопатогенезу последствий черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга.

Так у х И. А. в апреле-мае 2005 г. как сопутствующее заболевание впервые диагностирована «дисциркуляторная энцефалопатия I степени с рассеянной

неврологической симптоматикой, астено-тревожный синдром» (выписка из истории болезни стационарного больного госпиталя ГУВД х за период с 28.04.2005 г. по 20.05.2005 г.).

В апреле-мае 2006 г. у х И. А. диагностировано, как сопутствующее заболевание: «Вегетососудистая дистония по смешанному типу (гипертоническая, кардиальная)»

(выписка из истории болезни стационарного больного госпиталя «МСЧ ГУВД х» за период с 27.04.2006 г. по 17.05.2006 г.).

Вегетативно-сосудистая дистония (сосудистый, вегетативно-дистонический синдром) является одним из неврологических синдромов последствий черепно-мозговых травм, развивающихся в отдаленном периоде черепно-мозговых травм. Выраженность и структура вегетативно-сосудистой дистонии являются основой формирования и развития сосудистой патологии головного мозга в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, в частности, раннего церебрального атеросклероза и артериальной гипертензии. У больных с последствиями ЧМТ нарушения церебральной гемодинамики определяются поражением вегетативных центров регуляции мозгового и системного кровообращения (Глава 2 Раздел «Классификация последствий ЧМТ», Учебник «Частная неврология» под редакцией проф. М. М. Одинака).

В 2010 г. у х И. А. при его обращениях за медицинской помощью регистрируются повышения артериального давления в пределах 160/95, 170/100 мм. рт. ст.

При стационарном лечении х И. А. в период с 27.05.2010 г. по 16.06.2010 г. у него впервые диагностировано заболевание: «Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3, ХСН 0».

В апреле 2015 г. у х И. А. впервые при его обследовании в «Городской больнице № 1 им. Н. А. Семашко» г. х диагностировано наличие малых парциальных негенерализованных судорожных приступов, при стационарном обследовании в мае 2015 г. х И. А. установлен диагноз: «Травматическая болезнь головного мозга. Последствия перенесенной ЗЧМТ с сотрясением головного мозга от 04.10.02 г. в виде развития хронического кистозно-слипчивого церебрального арахноидита с развитием эписиндрома в виде генерализованных тонико-клонических приступов. Состояние после перенесенного генерализованного судорожного приступа от 15.05.15 г.».

Диагностированная у х И. А. «симптоматическая эпилепсия» развилась в результате: «Закрытой черепно-мозговой травмы. Сотрясения головного мозга» полученной х И. А. 04.10.2002 г. и является неврологическим синдромом, характерным для позднего периода черепно-мозговой травмы.

Общепринятыми в медицинской практике и изложенными в научной медицинской литературе факторами, способными привести к развитию симптоматической эпилепсии являются:

- недоразвитие структур мозга;
- черепно-мозговая травма;
- инфекционные заболевания центральной нервной системы;
- последствия инсультов;
- опухоли мозга;
- наследственные заболевания;
- рассеянный склероз;
- алкогольная и наркологическая зависимость;

У х И. А. доказанным данными представленных на экспертизу медицинских и иных документов является факт черепно-мозговой травмы, полученной х И. А. 04.10.2002 г. В анализируемых медицинских документах на имя х И. А. отсутствуют сведения о наличии у х И. А. других черепно-мозговых травм, кроме черепно-мозговой травмы от 04.10.2002 г. Также отсутствуют сведения о наличии у х И. А. вышеперечисленных заболеваний и факторов, кроме черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга от 04.10.2002 г. способных привести к развитию симптоматической эпилепсии

Подтверждением того, что х И. А. 04.10.2002 г. получил травму мозга в виде: «ЗЧМТ. Сотрясения головного мозга», являются:

- заключение акта судебно-медицинского освидетельствования № 6287 в ГБУ х «БСМЭ» г. х от 20.11.2014 г.: У х И. А. обнаружена закрытая черепно-мозговая травмы в виде сотрясения головного мозга, причиненная в результате ударного воздействия твердого тупого предмета или о таковой, возможно в заявленный срок – 04.10.2002 г.

Хронический посттравматический рубцово-слипчивый арахноидит с ликвородинамическими нарушениями, астено-цефалгическим синдромом, правосторонней пирамидной недостаточностью и дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза, являются отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга и состоят в прямой причинной связи с травмой головы от 04.10.2002 г.;

- данные МРТ исследований головного мозга 26.04.2012 г., заключение: «МРТ признаки посттравматической энцефалопатии, рубцово-слипчивого арахноидита», от 23.11.2014 г. заключение: «МР признаки посттравматического рубцово-слипчивого арахноидита, энцефалопатии».

- диагнозы, установленные х И. А. лечащими врачами при его амбулаторных и стационарных лечениях в соответствии с требованиями ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. о наличии у него травматической болезни головного мозга и последствий черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга от 04.10.2002 г.

Отвечая на вопрос определения суда о причинной связи заболеваний х И. А. с прохождением службы в органах внутренних дел, комиссия экспертов:

- **Руководствовалась** пунктом 94 «Положения о военно-врачебной экспертизе», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 4 июля 2013 г. N 565, согласно которого: «Причинная связь заболеваний с прохождением военной службы (службы в органах внутренних дел) выносится в следующих формулировках:

а) **«военная травма»:**

- если увечье получено освидетельствуемым при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей)».

х И. А. 04.10.2002 г. получил сочетанную травму: «Закрытый внутрисуставной перелом дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков. Травму головы: Закрытую черепно-мозговую травму. Сотрясение головного мозга». Заключение служебной проверки травма, полученная х И. А. 04.10.2002 г. в виде: «Закрытого внутрисуставного перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков. Травмы головы» признаны полученными х И. А. при исполнении служебных обязанностей. В связи с чем, сама травма и заболевания, развившиеся как последствия травмы при определении их причинной связи с военной службой (службой в органах внутренних дел) военно-врачебными комиссиями выносятся в формулировке **«военная травма».**

Согласно пункта 94 «а» «Положения о военно-врачебной экспертизе», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 4 июля 2013 г. N 565 военноврачебная комиссия выносит заключение о причинной связи увечий, заболеваний в формулировке «военная травма»:

- «...если заболевание...или если имело место прогрессирование (утяжеление течения) заболевания возникшего до указанных событий...».

При определении причинной связи заболевания х И. А.: «Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость IV степени» комиссия экспертов учитывала, что, несмотря на начало заболевания «двусторонняя аудиосенсопатия» с 1997 г., после получения х И. А. черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга 04.10.2002 г. характер течения заболевания «двусторонняя аудиосенсопатия» усугубился, снижение слуха стало прогрессировать, что привело в 2003 г. к необходимости пользоваться слуховым аппаратом и к моменту увольнения из органов внутренних дел х И. А.

23.10.2015 г. к развитию двусторонней хронической сенсоневральной тугоухости высокой (IV) степени. В связи с чем, заболевание х И. А.: «двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость высокой (IV) степени» должно оцениваться военно-врачебными комиссиями при определении причинной связи в соответствии с пунктом 94 «а» - «военная травма».

ВЫВОДЫ:

На основании результатов исследования представленных материалов и отвечая на вопросы определения суда, комиссия экспертов приходит к следующему выводу:

Ответ на вопрос № 1 Определения *«Являются ли заболевания х И. А., установленные в представленных на экспертизу документах, отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга? Если являются, то какие именно?»*

- У х И. А. часть заболеваний, установленных в представленных на экспертизу документах, являются отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга от 04.10.2002 г., такие как: «Симптоматическая фокальная эпилепсия (ЗЧМТ, СГМ от 04.10.2002 г.) в виде частых вторично-генерализованных тонико-клонических приступов (эпиприступы 16.04.15 г., 15.05.15 г., 13.06.15 г., 28.07.15 г.). Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (ЗЧМТ, сотрясение головного мозга 04.10.2002)) с умеренным астено-невротическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями. Отдаленные последствия перенесенной ЗЧМТ. Сотрясения головного мозга (04.10.2002 г.) в виде открытой гидроцефалии, посттравматического кистозно-слипчивого арахноидита с ликвородинамическими нарушениями, стойким выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренным вестибуло-атактическим синдромом, стадия декомпенсации. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3. Ишемическая болезнь сердца, атеросклеротическая болезнь сердца, ХСН I (ФК II NYHA). Астенический синдром с тревожным компонентом и умеренные когнитивные нарушения в связи со смешанным заболеванием головного мозга (ЗЧМТ, СГМ 2002 год, сосудистое заболевание, эпилепсия). Консолидированный перелом правой лучевой кости после операции 23.10.2002: наложение аппарата Иллизарова; 25.10.2002: открытой репозиции металлоостеосинтеза; 12.2002: удаление металлоконструкции по поводу закрытого внутрисуставного оскольчатого перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков, без нарушения функции. Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость IV степени».

Ответ на вопрос № 2 Определения *«Имеются ли сведения в представленных на экспертизу документах о черепно-мозговых травмах х И. А., кроме сведений по закрытой черепно-мозговой травме в виде сотрясения головного мозга, причиненной 04.10.2002 г. при исполнении служебных обязанностей?»*

- В представленных на экспертизу документах не имеется сведений о черепно-мозговых травмах у х И. А., кроме сведений о закрытой черепно-мозговой травме в виде сотрясения головного мозга, полученной х И. А. 04.10.2002 г. при исполнении служебных обязанностей.

Ответ на вопрос № 3 Определения *«Правильно ли и обосновано вынесено заключение ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» по свидетельству о болезни №*

2891 от 25.08.2016 г. по оспариваемой причинной связи установленных заболеваний и травмы, полученной х И. А. 04.10.2002 г. при исполнении служебных обязанностей?»

- Заключение ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по х области» вынесенное в свидетельстве о болезни № 2891 от 25.08.2016 г. по оспариваемой причинной связи установленных заболеваний и травмы, полученной х И. А. 04.10.2002 г. при исполнении служебных обязанностей **вынесено неправильно и необоснованно.**

Ответ на вопрос № 4 Определения «Если заключение ВВК вынесено неправильно, то какое заключение по оспариваемой причинной связи установленных заболеваний и травмы, полученной х И. А. 04.10.2002 г. при исполнении служебных обязанностей, должно быть установлено? На основании каких статей, какой графы расписания болезней Инструкции, утвержденной приказом МВД России от 14.07.2010 № 523?»

- **По оспариваемой причинной связи установленных заболеваний и травмы, полученной х И. А. 04.10.2002 г. при исполнении служебных обязанностей, должно быть вынесено следующее заключение:**

Заболевания: «Симптоматическая фокальная эпилепсия (ЗЧМТ, СГМ от 04.10.2002 г.) в виде частых вторично-генерализованных тонико-клонических приступов (эпиприступы 16.04.15 г., 15.05.15 г., 13.06.15 г., 28.07.15 г.). Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии смешанного генеза (гипертонического, атеросклеротического, посттравматического (ЗЧМТ, сотрясение головного мозга 04.10.2002)) с умеренным астено-невротическим синдромом, умеренными когнитивными нарушениями. Отдаленные последствия перенесенной ЗЧМТ. Сотрясения головного мозга (04.10.2002 г.) в виде открытой гидроцефалии, посттравматического кистозно-слипчивого арахноидита с ликвородинамическими нарушениями, стойким выраженным астено-цефалгическим синдромом, умеренным вестибуло-атактическим синдромом, стадия декомпенсации. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3. Ишемическая болезнь сердца, атеросклеротическая болезнь сердца, ХСН I (ФК II NYHA). Астенический синдром с тревожным компонентом и умеренные когнитивные нарушения в связи со смешанным заболеванием головного мозга (ЗЧМТ, СГМ 2002 год, сосудистое заболевание, эпилепсия). Консолидированный перелом правой лучевой кости после операции 23.10.2002: наложение аппарата Иллизарова; 25.10.2002: открытой репозиции металлоостеосинтеза; 12.2002: удаление металлоконструкции по поводу закрытого внутрисуставного оскольчатого перелома дистального эпиметафиза правой лучевой кости со смещением отломков, без нарушения функции. Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость IV степени» - **«Военная травма». «Д» - не годен к службе в органах внутренних дел.**

Заболевания: «Хронический гастродуоденит, ремиссия, с незначительным нарушением функции. Мелкая ангиомиолипома правой почки без нарушения функции. Мочекаменная болезнь, мелкий конкремент правой почки, микролиты обеих почек без нарушения функции. Киста левой почки (9x6 мм) без нарушения функции. Пигментные невусы, не затрудняющие ношение форменной одежды. Диффузный узловой зоб, эутиреоз. Хронический бронхит, ДН 0. Остеохондроз шейного, поясничного отделов позвоночника без нарушения функции. Окрепший рубец шеи слева после операции (14.10.2014) каротидной эндартерэктомии слева по поводу стеноза левой ОСА ВСА. Отсутствие пяти зубов, не удаленные корни трех зубов» - **«Заболевание получено в период военной службы». «В-3» - ограниченно годен к службе в органах внутренних дел. Степень ограничения 3.**

Заболевание: «Миопия слабой степени, сложный миопический астигматизм слабой степени обоих глаз» - **«Общее заболевание». «А» - годен к службе в органах внутренних дел. Степень ограничения 1.**

Категория годности к службе (военной службе) на основании статей 21 «а», 24 «б», 25 «б», 43 «б», 44 «в», 40 «б», 59 «в», 10 «б», 72 «г», 80 «в», 66 «г» графы III Расписания болезней (приложение N 1 к Инструкции, утвержденной Приказом МВД России от 14.07.2010 г. N 523) «Д» - **не годен к службе в органах внутренних дел. Не годен к поступлению на службу по контракту.**

ЭКСПЕРТЫ:

_____ В. В. Колкутин

_____ Б. У. Гергоков

_____ О. В. Х

_____ С. В. Комолов