

357500
Ставропольский край,
г. Пятигорск ул. Власова, д. 47
литер «Д»

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

«14» декабря 2015 г. № 61 /15

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА № 61/15

(судебная медицинская экспертиза по материалам гражданского дела)

В период с 18.11.2015 года по 14.12.2015 года на основании определения Х городского суда Волгоградской области, под председательством судьи Х Ю.В., комиссия экспертов в составе:

Безбородова Алексея Владимировича – (должность - судебно-медицинский эксперт ООО «5 центр военно-врачебной экспертизы - СКФО», базовое образование высшее медицинское (диплом: серии ЭВ №156806, выдан решением Государственной экзаменационной комиссии от 21.06.1994 г. Ставропольского государственного медицинского института), *специальность судебно-медицинская экспертиза* (удостоверение №181 о прохождении первичной специализации – интернатуры по специальности судебная медицина - выдано «Ставропольской государственной медицинской академией» 26.07.1995 г., сертификат специалиста 0377240030265, регистрационный номер ИН-65-25168 по специальности судебно-медицинская экспертиза, выдан решением экзаменационной комиссии при Государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последиplomного образования» (г. Москва) от 01 июля 2013 г., стаж по специальности 20 лет).

Гергокова Бориса Умаровича - (должность - главный медицинский эксперт ООО «5 центр военно-врачебной экспертизы - СКФО», 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 ПГНИИК ФМБА России от 07 апреля 2012 г.), организация здравоохранения и общественного здоровья (сертификат РМА № 193589 выдан решением экзаменационной квалификационной комиссии при ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последиplomного образования» МЗиСР), общий стаж работы 39 лет, *из них 25 лет – опыт организации оказания медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической, стационарной, реабилитационной, экспертной) военнослужащим и членам семей*, полковник медицинской службы в отставке).

Произвела судебную медицинскую экспертизу Х Сергею Евгеньевичу, 26.11.1975 г.р., по делу №2-Х/2015 на основании определения Х городского суда Волгоградской области от 19.10.2015 г. по исковому заявлению Х Ирины

Владимировны, действующей в своих интересах к ООО Страховая компания «Х Страхование» о признании страховым случаем, признании отказа незаконным, взыскании страхового возмещения, компенсации морального вреда, штрафа, судебных расходов.

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

ЭКСПЕРТЫ:

_____ А.В. Безбородов

_____ Б.У. Гергоков

ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ ПЕРЕД ЭКСПЕРТАМИ:

1. Подтверждается ли объективными данными медицинской документации наличие ЗЧМТ в виде сотрясения головного мозга, посттравматического расстройства у Х Сергея Евгеньевича при обстоятельствах указанных выше (случай от 20 февраля 2014 года)?

2. Имеется ли причинно-следственная связь между полученной Х Сергея Евгеньевича травмы при указанном выше событии (20 февраля 2014 года) и наступлении последствий в виде сотрясения головного мозга?

3. Развитие какого заболевания явилось причиной установления Х Сергею Евгеньевичу инвалидности 3 группы? Имеется ли причинно-следственная связь между полученной Х Сергея Евгеньевича травмы при указанном выше событии (20 февраля 2014 года) и установлением ему инвалидности 3 группы?

НА ЭКСПЕРТИЗУ ПРЕДСТАВЛЕНЫ МАТЕРИАЛЫ:

- материалы гражданского дела №2-Х/2015 Х городского суда Волгоградской области;
- медицинская карта №2891 стационарного больного ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. С.З. Фишера» на имя Х Сергея Евгеньевича, 26.11.1975 г.р.;
- медицинская карта №13162 стационарного больного ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. С.З. Фишера» на имя Х Сергея Евгеньевича, 26.11.1975 г.р.
- медицинская карта №17167 стационарного больного ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. С.З. Фишера» на имя Х Сергея Евгеньевича, 26.11.1975 г.р.
- медицинская карта амбулаторного больного №36394 Медицинской клиники «Рефлекс», на имя Х С.Е., 26.11.1975 г.р.
- две рентгенограммы черепа от 20.02.2014 г. на имя Х С.Е., 26.11.1975 г.р.
- «Дело освидетельствования в Бюро МСЭ» со штампом: «Федеральное казённое учреждение «Главное Бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области» Бюро №24» на имя Х Сергея Евгеньевича, 1975 г.р., г. Х;

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Из определения Х городского суда Волгоградской области от 19.10.2015 г. следует: «Истец Х И.В. обратился в суд с иском к ООО Страховая компания «Х Страхование» о признании страховым случаем, признании отказа незаконным, взыскании страхового возмещения, компенсации морального вреда, штрафа, судебных расходов. В обоснование исковых требований указано, что 13 января 2014 года между Х С.Е. и ответчиком заключен договор страхования от несчастных случаев и болезней, что подтверждается полисом страхования от несчастных случаев и болезней № К00134-0076444 от 13 января 2014 года. Предметом договор выступали следующие страховые риски: риски телесных повреждений в результате несчастного случая; постоянная утрата трудоспособности с установлением инвалидности в результате несчастного случая; смерть в результате несчастного случая. Выгодоприобретателем по договору является истец, застрахованным лицом является третье лицо Х С.Е. Срок действия договора определен с 14 января 2014 года по 13 января 2015 года. В период действия договора 20 февраля 2014 года наступил страховой случай: ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, ушиб мягких тканей. Согласно выписному эпикризу № 2891 страхователь находился на стационарном лечении с 20 февраля 2014 года по 03 марта 2014 года. По заявлению страхователя от 24 марта 2014 года страховщиком была выплачена выгодоприобретателю Х И.В. страховая выплата в связи со страховым случаем Х С.Е. в размере 8 100 рублей. Согласно справке Бюро МСЭ № 24 от 10 декабря 2014 года Х С.Е. была установлена инвалидность впервые, группа инвалидности третья, на основании акта освидетельствования в федеральном

государственном учреждении медико-социальной экспертизы № Х.24.34/2014 от 17 декабря 2014 года. 19 декабря 2014 года Х С.Е. подано заявление ООО СК «Х Страхование» о выплате страхового возмещения в связи с установлением Х С.Е. инвалидности по 3 группе 11 марта 2015 года ответчиком было направлено решение №07/02-08/24-11-02/Х «Об отказе в выплате страхового обеспечения по делу № ВГ-НФЛ-14-Х». Истец с данным решением не согласен. Согласно полису страхования от 13 января 2014 года размер страховой суммы составляет 1 000 000 рублей. Размер страховой выплаты при установлении Х С.Е. 3 группы инвалидности составляет 500 000 рублей. 21 августа 2015 года в адрес ответчика была направлена претензия с требованием признать страховым случаем установление Х С.Е. инвалидности 3 группы в связи с заболеванием и выплатить в пользу Х И.В. страховое возмещение в размере 500 000 рублей. До настоящего времени ответ на претензию не получен, страховое возмещение не выплачено. Просит суд признать страховым случаем установление Х С.Е. 3 группы инвалидности в связи с заболеванием по страховому делу № ВГ-НФЛ-14-Х, признать незаконным отказ ООО СК «Х Страхование» в выплате страхового возмещения от 11 марта 2015 года, взыскать с ответчика в пользу истца страховое возмещение в размере 500 000 рублей, штраф, компенсацию морального вреда в размере 100 000 рублей, судебные издержки в размере 16 000 рублей. Истец, третье лицо в судебное заседание не явились, о времени и месте рассмотрения дела извещены. Представитель истца Х И.В. - Х Л.Р. в судебном заседании не возражала против назначения по делу судебно-медицинской экспертизы. Представитель ответчика ООО Страховая компания «Х Страхование» в судебное заседание не явился, о времени и месте рассмотрения дела извещен, представил письменные возражения, в которых просил в удовлетворении требований отказать. Также представил ходатайство о назначении по делу стационарной судебно-медицинской экспертизы, на разрешение которой просил поставить вопросы: определить физическое состояние Х С.Е. на дату обследования и дату заявленного события; определить обоснованность установления Х С.Е. инвалидности 3 группы; установить, проведя обследование Х С.Е., какова причина присвоения ему инвалидности 3 группы; имелись ли ранее у Х С.Е. заболевания и травмы, послужившие основанием для установления инвалидности 3 группы; правильно ли оформлена медицинская документация с нормативно-правовой точки зрения. Суд, выслушав представителя истца, приходит к следующему ... суд считает необходимым назначить по данному гражданскому делу судебную медицинскую экспертизу, производство которой поручить экспертам ООО «5 центр военно-врачебной экспертизы - СКФО»... При этом суд полагает необходимым изменить и расширить круг вопросов перед экспертом, полагая заявленные ответчиком вопросы некорректными, частично не относящимися к рассматриваемому спору по существу...»

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.

➤ Из медицинской карты №Х стационарного больного ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. С.З. Фишера» на имя Х Сергея Евгеньевича, 26.11.1975 г.р. известно, что 20.02.2014 г. в 17:30 ч. пострадавший доставлен в стационар бригадой скорой помощи

(КССМП) с диагнозом: ЗЧМТ, сотрясение головного мозга. Отделение НХО. Вид транспортировки: может идти. Из сопроводительного листа ССМП известно: Х Сергей Евгеньевич, 38 лет, доставлен в ГБ №1 в 17 часов 30 минут 20 февраля 2014 г. с диагнозом: ЗЧМТ, сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей... 20.02.14. осмотрен нейрохирургом Х И.В.: Жалобы на головокружение, головную боль, тошноту, рвоту. Анамнез заболевания (травмы): 20.02.14. упал сам на улице, поскользнувшись, ударился затылком об асфальт, сознание терял на несколько секунд, затем отмечал оглушение. Обратился в СП - доставлен в НХО. Анамнез жизни: ТВС, вен. болезни, инф. гепатит, хр. болезни отрицает. Операций, гемотрансфузий не было. В остальном эпид. анамнез не отягощен. Общее состояние больного удовлетворительное. Визуально и пальпаторно - травматический отёк м/тк теменнозатылочной области. Движения в конечностях в полном объёме. Пальпация грудной клетки безболезненна, экскурсия её равномерная, ЧДД= 18 в 1 мин., ЧСС=84 в 1 мин., АД= 130/80. Положительная ортостатическая проба, умеренно выражен дистальный гипергидроз. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, перитонеальных симптомов нет, физ. отправления не страдают. Сознание - ясное. ШКГ=15 б. Зрачки D=S, фотореакция и корнеальный рефлекс снижены, ослаблена конвергенция, + симптом Гуревича-Мана и Седана, горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при крайнем отведении глазных яблок, асимметрии лицевой мускулатуры нет. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, симптом Бабинского отрицателен, лёгкая ригидность затылочных мышц по типу «вязкости», симптом Кернига отрицателен. Координаторные пробы выполняет с интенцией без промахивания, лёгкая дисметрия. ЭХО-ЭС: md=ms=tr= 72 мм. Смещения срединных структур мозга нет. Ро-графия черепа: костнодеструктивных изменений нет. Диагноз: ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Ушиб м/тк головы. План обследования: описание рентгенограмм, осмотр окулиста, ЭХО-ЭС, ОАК, ОАМ, динамическое наблюдение. План лечения: Tab. Analgini 0,5 per os, 2 p/сут, Sol. Magnesii sulf. 25% - 5 ml в/м 1 p/сут, Tab. Vinpocetini 0,005 mg x 1t 3p/сут, Tab. Glucini 0,1 1t x 3 p/сут. Имеется заключение №1181 врача рентгенолога от 20.02.2014 г. рентгенографии черепа в 2-х проекциях + задний полуаксиальный: «Костно-травматических изменений не выявлено». 24.02.14 г. осмотр окулиста: Жалоб нет. Vis OD=1,0; OS=1,0. ОК – спокойные, среды в N, ДЗН бледно-розовые, гр. чёткие. Артерии сужены, вены полнокровны. 24.02.14 г. ЭХО-ЭС: «Смещения срединных структур головного мозга не выявлено». 25.02.14 в 10:55 осмотрен физиотерапевтом Х И.А.: Жалобы на момент осмотра: головная боль. С историей болезни ознакомлена. Анамнез: хронические заболевания – Псориаз. Физиопроцедуры ранее получал, переносил хорошо. Общее состояние удовлетворительное. Контакт доступен. Кожные покровы обычной окраски, псориазические бляшки в области левого предплечья. Дыхание везикулярное. Частота дыхания 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 70. Пульс 70 в мин. АД 120/80 сс.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Дефекация регулярно. Мочеиспускание свободное. Походка не изменена. Назначено: Электрофорез sol. Novocaini 1% и ... на воротниковую зону. 21.02.14 Осмотр с зав. отделением: Жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, общую слабость. Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание на уровне 15 баллов по шкале Глазго. 70 баллов по шкале Карновского. Кожные покровы туловища обычной окраски. PS 74 в мин, АД 140/80 мм.рт.ст. Усиление физиологического тремора пальцев рук. Гипергидроз ладоней. Тоны сердца ясные ритмичные. Дыхание проводится по всем полям. Живот мягкий безболезненный. Тазовые функции контролирует. Периферических отеков нет. Невростатус: Сознание ясное. Ориентирован в полном объеме. Фон настроения снижен. ЧМИ: зрачки D=S, правильной формы. Корнеальный рефлекс нормальной силы. Фотореакции живые. «+» с-мы Седана и Гуревича-Мана. Горизонтальный нистагм I степени при взгляде в стороны. Язык по средней линии. Носогубные складки симметричны. Тонус мышц конечностей не изменен. Сухожильные рефлексы с конечностей оживлены без явной сторонности, с расширением зон их вызывания. Парезов

в руках и ногах не выявлено. Брюшные рефлексы живые, симметричные. Лёгкая ригидность затылочных мышц по типу «вязкости». Патологических стопных знаков не определяется. Чувствительных расстройств не выявлено. В позе Ромберга покачивание. Координационные пробы выполняет с интенцией. Диагноз: ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей головы. В плане обследования: описание краниографии, ЭхоЭС. ОАМ, ОАК, осмотр окулиста. В плане лечения: Sol. Analgini 50% -2 ml при болях, Tab. Furosemidi 0,04 1 таб. утром 3 дня, Sol. Magnesii sulfati 25% - 5 мл в/м. №-7, Tab. Glycini 0,1 3 раза в сутки под язык 2 недели. Лечащий врач Ефименко А.Н. 24.02.14 Общий обход с зав. отделением. Жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, общую слабость. Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание на уровне 15 баллов по шкале Глазго. 70 баллов по шкале Карновского. Кожные покровы туловища обычной окраски. PS 72 в мин, АД 130/90 мм.рт.ст. Усиление физиологического тремора пальцев рук. Положительный ортостатический рефлекс. Тоны сердца ясные ритмичные. Дыхание проводится по всем полям. Живот мягкий безболезненный. Тазовые функции контролирует. Периферических отеков нет. Невростатус: Сознание ясное. Ориентирован в полном объеме. Фон настроения снижен. ЧМИ: зрачки D=S, правильной формы. Корнеальный рефлекс нормальной силы. Фотореакции живые. «+» с-мы Седана и Гуревича-Мана. Горизонтальный нистагм I степени при взгляде в стороны. Язык по средней линии. Носогубные складки симметричны. Тонус мышц конечностей не изменен. Сухожильные рефлексы с конечностей оживлены без явной сторонности, с расширением зон их вызывания. Парезов в руках и ногах не выявлено. Брюшные рефлексы живые, симметричные. Менингеальных и патологических стопных знаков не определяется. Чувствительных расстройств не выявлено. В позе Ромберга покачивание. Координационные пробы выполняет с интенцией. Диагноз: ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей головы. Лечение и тактика согласованы. Осмотр окулиста. 24.02.14 Обоснование диагноза: Диагноз: ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей головы; поставлен на основании: 1. Жалоб (головные боли, головокружение, тошнота, слабость); 2. Анамнеза (кратковременная потеря сознания в момент травмы, тошнота и рвота после травмы, возникновение болей сразу после травмы); 3. Клинического наблюдения (ЧМИ: зрачки D=S, правильной формы. Корнеальный рефлекс нормальной силы. Фотореакции живые. «+» с-мы Седана и Гуревича-Мана. Горизонтальный нистагм I степени при взгляде в стороны. Язык по средней линии. Носогубные складки симметричны. Тонус мышц конечностей не изменен. Сухожильные рефлексы с конечностей оживлены без явной сторонности, с расширением зон их вызывания. Парезов в руках и ногах не выявлено. Брюшные рефлексы живые, симметричные. Менингеальных и патологических стопных знаков не определяется. Чувствительных расстройств не выявлено. В позе Ромберга покачивание. Координационные пробы выполняет с интенцией); 4. Данных инструментальных обследований (Эхо-ЭС: смещения нет. Краниография: костно-травматических изменений не выявлено); 5. Офтальмоскопия (признаки ангиопатии сетчатки в виде лёгкого ангиоспазма). 25.02.14 Жалобы на умеренные головные боли, головокружение, периодическую тошноту. Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание на уровне 15 баллов по шкале Глазго. 80 баллов по шкале Карновского. Кожные покровы туловища обычной окраски. PS 74 в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Усиление физиологического тремора пальцев рук. «+» ортостатический рефлекс. Тоны сердца ясные ритмичные. Дыхание проводится по всем полям. Живот мягкий безболезненный. Тазовые функции контролирует. Периферических отеков нет. Невростатус в прежнем объёме. Диагноз прежний. Лечение переносит удовлетворительно. К терапии добавлено ФТЛ. Лечащий врач Х А.Н. 26.02.14 Жалобы на умеренные головные боли, боли в месте ушиба и головокружение. Состояние больного удовлетворительное. Сознание - 15 баллов по шкале Глазго. 80 баллов по шкале Карновского. Ориентирован в полном объеме. PS 68 в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Вегетативные дисфункции в виде «+» ортостатического рефлекса. Тоны

сердца ясные ритмичные. Дыхание проводится по всем полям. Живот мягкий безболезненный. Тазовые функции в норме. Периферических отеков нет. Невростатус в прежнем объеме. Диагноз: прежний. Лечение переносит удовлетворительно. Лечащий врач Х А.Н. 27.02.14 Жалобы на умеренные головные боли, бессонницу и головокружение. Состояние больного удовлетворительное. Сознание - 15 баллов по шкале Глазго. 80 баллов по шкале Карновского. Ориентирован в полном объеме. PS 66 в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Вегетативные дисфункции в виде «+» ортостатического рефлекса. Тоны сердца ясные ритмичные. Дыхание проводится по всем полям. Живот мягкий безболезненный. Тазовые функции в норме. Периферических отеков нет. Невростатус: без отрицательной динамики. Диагноз: прежний. Лечение переносит удовлетворительно. Лечащий врач Х А.Н. 28.02.14 Жалобы на умеренные головные боли, плохой аппетит, бессонницу и головокружение. Состояние больного удовлетворительное. Сознание - 15 баллов по шкале Глазго. 80 баллов по шкале Карновского. Ориентирован в полном объеме. PS 78 в мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Вегетативные дисфункции в виде «+» ортостатического рефлекса. Тоны сердца ясные ритмичные. Дыхание проводится по всем полям. Живот мягкий безболезненный. Тазовые функции в норме. Периферических отеков нет. Невростатус в прежнем объеме. Диагноз: прежний. Лечение переносит удовлетворительно. Лечащий врач Х А.Н. 03.03.14 Общий обход с зав. отделением. Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Сознание на уровне 15 баллов по шкале Глазго. 90 баллов по шкале Карновского. Кожные покровы туловища обычной окраски. PS 74 в мин, АД 120/80 мм рт ст. Тоны сердца ясные ритмичные. Дыхание проводится по всем полям. Живот мягкий безболезненный. Тазовые функции контролирует. Периферических отеков нет. Печень по краю реберной дуги. Невростатус: в сознании. Контакт по существу. Фотореакция живая, **корнеальные** р-сы сохранены. Зрачки D=S. Носогубные складки и глазные щели симметричны. **Глотание** и фонация не нарушены. Язык по средней линии. Тонус мышц конечностей не изменен. **Сухожильные** рефлексy с конечностей нормальной силы. Парезов в руках и ногах не **выявлено**. **Брюшные** рефлексy живые симметричные. Менингеальных и патологических знаков **не определяется**. Чувствительных расстройств не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Диагноз: ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Ушиб мягких **тканей головы**. Выписан с улучшением на амбулаторное лечение к неврологу. Лечащий врач Ефименко А.Н. Из листа врачебных назначений следует: Tab. Analgini 0,5 1 т. 3 р./сутки – с 20.02. по 03.03.; Tab. Glycini 0,1 1 т. 3р./сут - с 20.02. по 03.03.; Tab. Vinpocitini 0,005 1 т. 3р./сут. - с 20.02. по 03.03.; Sol. MgSO₄ 25% 5 ml d/v 1 р./сут. - с 20.02. по 23.02.; Sol. Ketohrofeni 2 ml в/м при боли - с 24.02. по 03.03. К листу врачебных назначений и температурному листу прикреплен степлером листок с записями артериального давления: 21/II 110/70; 22/02 120/80; 23/02 110/70; 24/02 110/70; 25/II 110/70; 26/II 120/80; 27/02 110/70; 28/02 120/80; 1/III 120/80; 2/02 120/70. Из карты больного физиотерапевтического отделения на имя Х С.Е. известно: с 26.02. по 28.02. включительно получал процедуры – электрофорез на воротниковую зону: Новокаин 1% и ...3%. В медкарту вклеен выписной эпикриз № **2891**: Х Сергей Евгеньевич, 1975 г.р., Проживающий: г. Х, ул. 40 лет Победы 88- 15 Работает ООО НПЦ №1 АИР, находился на стационарном лечении с 20.02.14 по 03.03.14. **Диагноз**: «ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей головы». Больной госпитализирован по поводу бытовой травмы от 20.02.14. За время наблюдения была умеренно выражена общемозговая, вегетативная и местная симптоматика, регрессировавшая к моменту выписки. Краниография: костно-травматических изменений не выявлено (0.33 мЗв). Окулист: ДЗН бледно-розовые, границы четкие. Артерии сужены, вены полнокровны. ЭхоЭС: смещения М-эха нет. ОАК: НВ 149 г/л., эр-ты 5.07x10/12, лейкоциты 6.1x10/9, СОЭ 3 мм/ч. ОАМ: с/ж, сл.мут., реакция кислая, белка нет, лейкоциты 1-2 в поле зр., эпителий плоский 2-2 в поле зр., слизь 2, оксалаты 1, уд. вес 1004. **Лечение**: анальгетики, умеренная дегидратация, седативные, ноотропы, ФТЛ. Выписан с улучшением на амбулаторное

лечение к неврологу. БЛ с 20.02.14 по 04.03.14. Явка в поликлинику 04.03.14. **Рекомендовано:** фенотропил по 100 мг 1 раз в день в течение 1 месяца, кавинтон по 0.005 1 таб. 3 раза в день. Лечащий врач: Х А.Н. Зав. отделением: Х И.В.

➤ Из медицинской карты №13162 стационарного больного ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. С.З. Фишера» на имя Х Сергея Евгеньевича, 26.11.1975 г.р. известно, что 18.08.14 в 22:30 пациент поступил в неврологическое отделение по направлению ГП №6 с диагнозом: Последствия ЧМТ. Виды транспортировки: может идти. Из направления на госпитализацию, выданного ООО «Медицинская клиника «Х» известен диагноз: Последствие черепно-мозговой травмы. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. сложного генеза, атаксический с-м. Ликвородинамический криз. Код диагноза по МКБ Т90.5. 18/08/14 22.25 Осмотр невролога в приёмном покое. Жалобы: на диффузные головные боли с чувством давления на глазные яблоки, сопровождающиеся светобоязнью, слезотечением, болезненностью при движении глазных яблок, тошнотой, рвотой, усиливающиеся при перемене положения туловища, общую слабость. Анамнез заболевания: перенес ЗЧМТ СГМ, с тех пор наблюдается у невролога с приступами головной боли, головокружения. Сегодня началась рвота, головокружение, обратился к неврологу, направлен в стационар с ДЗ: Последствие ЧМТ, ликвородинамический криз. Анамнез жизни: туберкулез, вирусный гепатит, вен. заболевания, гемотрансфузии, сахарный диабет, гипертоническую болезнь, гормонотерапию отрицает. Лекарственной непереносимости не отмечает. Status presents: Состояние больного средней тяжести. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, АД - 140/80 мм.рт.ст., пульс 62 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В сознании. Адекватен, ориентирован в полном объеме. Зрачки D=S. Глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном объеме, болезненны в крайних отведениях, вызывают рвоту. Фотореакция сохранена. Нистагм при взгляде в стороны, диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Речь и глотание не нарушены. Сух. рефлексы D=>S средней живости. Мышечная сила в конечностях достаточная. Патологических стопных, менингеальных знаков нет. ПНП неуверенно с 2 сторон. В позе ромберга не стоит из-за сильного головокружения. На основании жалоб, анамнеза, соматического и неврологического статусов пред. DS: Последствия ЧМТ в виде посттравматической энцефалопатии. Ликвородинамический криз. План обследования: ОАК, ОАМ, глюкоза крови, ЭКГ, RW, холестерин, печеночные пробы, трансаминазы, азотистый обмен, электролиты, коагулограмма, ЭКГ, осмотр окулиста, ДСБА, РЭГ, МРТ г/м. План лечения: сернокислая магнезия 10,0 в/в кап., мексидол 2,0 в/в кап., манит в/в кап., лазикс в/м, церукал в/м, актовегин 10,0 в/в. Врач Головачева В.Е. Из листа «Алгоритм сбора эпидемиологического анамнеза» известно: Выезд за пределы т. х в течение последнего месяца (отдых, командировки, в т. ч. за границу) – нет. Выезд на дачу, Волго-ахтубинскую пойму (рыбалка, охота, отдых) – нет. Повышение температуры тела- нет. Прибыл из стран дальнего или ближнего зарубежья (Азербайджан, Армения, Грузия, Узбекистан, Таджикистан, Туркмения), территории РФ (Дагестан) - нет. Укусы насекомыми (комарами, клещами) – нет. Для исключения заболевания малярией уточнить: род занятий (военнослужащий)- да. Связывает свое заболевание с употреблением в пищу мясных, колбасных, рыбных, молочных, консервированных и др. продуктов – нет. Состоит ли на диспансерном учёте по вирусному гепатиту «В», «С», ВИЧ-инфекции, туберкулез, кожно-венерическим заболеваниям – нет. Наличие контакта с больным инфекционным заболеванием, в том числе корью, краснухой, гриппом, ОРВИ, вирусным гепатитом «А», дифтерией - нет. Проводились ли пациенту профилактические мероприятия (вакцинация, химиопрофилактика, другое) – нет. 19/08/14 Обход совместно с зав. отделением. Жалобы: на головные боли, общую слабость. С анамнезом и историей болезни ознакомлена, дополнений и замечаний нет. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов

нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 120\80 мм.рт.ст., пульс 72 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В сознании. Адекватен, ориентирован в полном объеме. Зрачки D=S. Глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном объеме, болезненны в крайних отведениях, вызывают рвоту. Фотореакция сохранена. Нистагм при взгляде в стороны, диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Речь и глотание не нарушены. Сух. рефлекс D->S средней живости. Мышечная сила в конечностях достаточная. Патологических стопных, менингеальных знаков нет. ПНП неуверенно с 2 сторон. В позе ромберга не стоит из-за сильного головокружения. Обоснование диагноза: На основании жалоб, анамнеза, соматического и неврологического статусов Клинический диагноз: DS: Последствия ЧМТ в виде посттравматической энцефалопатии в форме цефалгического, вестибуло-атактического синдрома с частыми ликвородинамическими кризами. Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. 20/08/14 Жалобы: на головные боли, общую слабость. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД-17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 120\80 мм.рт.ст. пульс 72 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В прежнем объеме. Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. 21/08/14 09.20 Жалобы: На диффузные головные боли с чувством давления на глазные яблоки, сопровождающиеся светобоязнью, слезотечением, болезненностью при движении глазных яблок, тошнотой, рвотой, усиливающиеся при перемене положения туловища, общую слабость. Status presents: Относительно удовлетворительное. Кожные покровы гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД-150/90мм.рт.ст. Пульс 56 в мин. Живот при пальпации мягкий, б/болезненный. Мочеиспускание контролирует. Невростатус: Сознания сохранено, контакт по существу. Вязкость шейно-затылочных мышц. Со стороны ЧМН: Зрачки S=D, фотореакция сохранена. Снижена реакция на конвергенцию и аккомодацию. Горизонтальный нистагм. Движение глазных яблок болезненное, ограничено кнаружи. Сглаженность левой носогубной складки. Сухожильная анизорефлексия. Патологических стопных, менингеальных симптомов нет. Данное состояние расценено как ликвородинамический криз. При осмотре отмечается рвота, не приносящая облегчение. Введено: Sol Cerucali 2.0 в/м, Sol. Magnesium sulfatis 25%-10.0 в/м, Sol. Baralgin 5.0 в/м. Sol. Lazix 2.0 в/м. Врач Головачева В.Е. 21/08/14 12.30 На фоне лечения состояние не улучшилось, сохраняются вышеперечисленные жалобы. В соматическом и неврологическом статусе в прежнем объеме. Данное состояние расценено как продолжение ликвородинамического криза. Дополнительно введено Sol. Manniti 200.0 в/, Sol. Lasix 2.0 В/м. Врач Головачева В.Е. 21.08.14 15.20 Жалобы: улучшение состояния: уменьшилась головная боль, тошнота, рвота купирована. Status presents: Относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД-120/80 мм.рт.ст. Пульс 74 в мин. Живот при пальпации мягкий, б/болезненный. Мочеиспускание контролирует. Невростатус.: Сознания сохранено, контактен. Со стороны ЧМН: Зрачки S=D, фотореакция сохранена. Снижена реакция на конвергенцию и аккомодацию. Горизонтальный установочный нистагм. Движение глазных яблок болезненное, ограничено кнаружи. Лицо симметрично, язык по средней линии. Речь, фонация, глотание не нарушены. Сухожильные рефлексы с преобладанием слева. Парезов, параличей нет. Патологических стопных, менингеальных симптомов нет. Ликвородинамический криз купирован. Лечение продолжено. Врач Х В.Е. 22/08/14 Жалобы: на головные боли, общую слабость. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 120\80 мм.рт.ст., пульс 72 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В прежнем объеме.

ДСБА: Магистральные артерии шеи проходимы. Скоростные и спектральные показатели в норме. Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. Врач Х В.Е. ЭКГ от 19.08.14 г. в 8:21 Заключение: Синусовый регулярный ритм 75 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца. 21.06.14 УЗИ брахиоцефальных артерий заключение: Магистральные сосуды шеи проходимы. Скорость и спектральные характеристики в норме. 25/08/14 Обход совместно с зав.отделением. Жалобы: на головные боли, общую слабость. С анамнезом и историей болезни ознакомлена, дополнений и замечаний нет. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД =17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 120\80мм.рт.ст . пульс 72 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В сознании. Адекватен, ориентирован в полном объеме. Зрачки D=S. Глазные щели D=S Движения глазных яблок в полном объеме, болезненны в крайних отведениях, вызывают рвоту. Фотореакция сохранена. Нистагм при взгляде в стороны, диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Речь и глотание не нарушены. Сух. рефлексы D=>S средней живости. Мышечная сила в конечностях достаточная. Патологических стопных, менингеальных знаков нет. ПНП неуверенно с 2 сторон, В позе Ромберга покачивание. МРТ: единичный очаг демиелинизации височной доли слева, вероятно посттравматического характера. Сочетанная внутренняя и наружная гидроцефалия умеренно выраженная. Ретроцереbellарная арахноидальная киста. Клини. DS: Последствия ЧМТ в форме посттравматической энцефалопатии в виде сочетанной внутренней и наружной гидроцефалии, умеренно выраженной с гипертензионно-гидроцефальным синдромом в форме цефалгического, вестибуло-атактического синдрома с частыми ликвородинамическими кризами. Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. Врач, зав.отд. Головачева В.Е. 25.08.14 г. Х Сергею Евгеньевичу, 26.11.1975г., проведена магнитно-резонансная томография головного мозга в ООО Медицинский центр «Х», заключение №52818 вклеено в медицинскую карту: «На серии МР томограмм, взвешенных по T1 и T2, в трёх проекциях (аксиальной, сагитальной, коронарной), с применением программы TIRM, определяется следующее: Кора и белое вещество головного мозга развиты правильно. Диффузных изменений вещества головного мозга не определяется. В перивентрикулярном отделе височной доли слева около заднего рога левого бокового желудочка определяется единичный участок демиелинизации (гиперинтенсивный в T2-ВИ, TIRM) размерами 3x2мм. В задней черепной ямке слева визуализируется ретроцереbellарная арахноидальная киста размерами 2,0x1,5см. Желудочковая система умеренно расширена. Размеры желудочковой системы на уровне передних рогов боковых желудочков 0,9см, на уровне тел 1,2см, III-й желудочек 0,5см, IV-й желудочек — 1,0см. Субарахноидальные конвекситальные пространства и конвекситальные борозды большого мозга умеренно неравномерно расширены. Срединные структуры не смещены. Миндалины мозжечка расположены обычно. Хиазмальная область без особенностей, ткань гипофиза имеет обычный сигнал. Турецкое седло не изменено. Параселлярные структуры без особенностей. Ячейки сосцевидных отростков височных костей развиты правильно, утолщение слизистой оболочки, нарушения сигнала от нее не выявлено. Околоносовые пазухи свободны. Глазницы без особенностей. Заключение: Единичный очаг демиелинизации височной доли слева (вероятно, посттравматического характера). Сочетанная внутренняя и наружная гидроцефалия, умеренно выраженная. Ретроцереbellарная арахноидальная киста». Врач Токарева Е.М. 26/08/14 Жалобы: на головные боли, общую слабость. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 120\80мм.рт.ст., пульс 72 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В прежнем объеме, Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. Врач Х В.Е. 26/VIII/14

Осмотрен окулистом. Жалобы на слезотечение, мелькание мушек в глазах. Vis OD=1,0; OS=1,0. Вклеена карта полей зрения. Объективно: ОК – спокойные, среды прозрачные. На глазном дне – ДЗН бледно-розовые, гр. размыты у полюсов, перипапиллярный отёк сетчатки > OS. Артерии сужены, вены полнокровны, извиты. DS: Ангиопатия сетчатки явлениями ангиоспазма обоих глаз, признаки ВЧГ. 27/08/14 Жалобы: на головные боли, общую слабость. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД- 120\80 мм.рт.ст., пульс 72уд./мии. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В прежнем объеме. ОКУЛИСТ: Ангиопатия сетчатки с явлениями ангиоспазма обоих глаз. Признаки внутричерепной гипертензии. Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. Врач Головачева В.Е. 28/08/14 Жалобы: на головные боли, общую слабость. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=17в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 120\80 мм.рт.ст., пульс 72уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В прежнем объеме. Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. Врач Головачева В.Е. 29/08/14 Жалобы: на сохраняющуюся головные боли, общую слабость. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Положение активное. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 120\80 мм.рт.ст., пульс 72уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В сознании. Адекватен, ориентирован в полном объеме. Зрачки D=S. Глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном объеме, болезненны в крайних отведениях, вызывают рвоту. Фотореакция сохранена. Нистагм, при взгляде в стороны, диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Речь и глотание не нарушены. Сух. рефлекс D=>S, средней живости. Мышечная сила в конечностях достаточная. Патологических стопных, менингеальных знаков нет. ПНП неуверенно с 2 сторон. В позе Ромберга покачивание. Больной выписан с незначительной положительной динамикой на дальнейшее лечение к неврологу по месту жительства. Выдан б\л с 18.08.14г. по 01.09.14г., продолжает болеть. На прием к врачу 01.09.14г. Врач Головачева. В.Е. Из листа врачебных назначений известно: Sol. MgSO₄ 10,0 в\в кап с 18.08.-20.08.; Sol. Mexidoli 2,0 в\в с 18.08.-29.08.; Sol. Vinpocetini 2,0 в\в кап. 18.08.-29.08.; Sol. Cerebrolizini 10,0 в\в с 22.08.-29.08. В мед. карту вклеены результаты анализов. В мед. карту вклеен «Выписной эпикриз» №13162 на имя Х С.Е., 38лет, из которого известно: находился на стац. лечение в неврологическом отделении-1 с 18.08.14 г. по 29.08.14 г. с диагнозом: Последствия ЧМТ в форме посттравматической энцефалопатии в виде сочетанной внутренней и наружной гидроцефалии, умеренно выраженной с гипертензионно-гидроцефальным синдромом в Форме цефалгического, вестибуло-атактического синдрома с частыми ликвородинамическими кризами. Обследование: кровь на RW (-); кровь на гепатит «С» (-); кровь на гепатит «В» (-); ОАК: НВ-151г\л, Эр-5,3х10¹², Л-6,4х10⁹, СОЭ-2мм\ч, С-63, М-7, Л-30, Тр-190х10⁹, Г-44,7%; глюкоза крови: 5,2 ммоль\л.; общий белок-88 г\л., альбумины- 50,8г\л.; печеночные пробы: билирубин-19,2мкмоль\л, прямой-3,8 мкмоль\л.; азотистый обмен: мочевины-6,7моль\л., креатинин-122,8 мкмоль\л.; трансаминазы: АСТ-20,2 ед\л., АЛТ-17,7 ед\л.; холестерин крови: 6,2 ммоль\л.; электролиты крови: хлориды-96,9, Na-143,7, К-3,9, хлор-105,9; ОАМ: Б нет, проз., сол.жел., УВ-1013, реакция кислая, ЛЗ-5 в п\з, Эр 0-1, Эп. пл.2-5 в п\з, оксалаты, слизь-2; коагулограмма: АЧТВ-31с, МНО-1,39с, Фб(-), Ф-3,5г\л, ПВ-16с, ПИ-75%. Окулист: VIS: OD-1,0 OS-1,0. Жалобы на слезотечение, мелькание мушек. Объективно: ОИ спокойные, среды прозрачные. ДЗН бледно-розовые, границы размыты у полюсов, перипапиллярный отек сетчатки больше ОС. артерии сужены, вены полнокровны, извиты. Диагноз: Ангиопатия сетчатки с явлениями ангиоспазма обоих глаз. Признаки внутричерепной гипертензии. ДСБА: Магистральные артерии шеи

проходимы. Скоростные и спектральные показатели в норме. МРТ: единичный очаг демиелинизации височной доли слева, вероятно посттравматического характера. Сочетанная внутренняя и наружная гидроцефалия умеренно выраженная. Ретроцереbellарная арахноидальная киста. Лечение: сернокислая магнезия 10,0 в\в кап, мексидол 2,0 в\в кап, манит в\в кап, лазикс в\м, церукал в\м, актовегин 10,0 в\в. Больной выписан с незначительной положительной динамикой на дальнейшее лечение к неврологу по месту жительства. Во время нахождения в стационаре было 2 ликвородинамических криза 18.08.14, 21.08.14г., сопровождающиеся рвотой, сильными головными болями, светобоязнью, онемением в конечностях, головокружением, длительностью - 12-24ч, купируемые медикаментозно. Выдан б\л с 18.08.14г. по 01.09.14г., продолжает болеть. Рекомендовано: Мексидол 1тх2р/д, актовегин 1тх2р/д, магний В 6 1т.х2р/д. 1-2 мес. Зав. отделением, Врач: Х В.Е.

➤ Из медицинской карты №17167 стационарного больного ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. С.З. Фишера» на имя Х Сергея Евгеньевича, 26.11.1975 г.р. известно, что 31.10.14 в 13:45 пациент поступил в неврологическое отделение по направлению «Рефлекс» с диагнозом: Последствия ЧМТ. Виды транспортировки: может идти. Из направления на госпитализацию, выданного ООО «Медицинская клиника «Х» известен диагноз: Последствия ЧМТ. Сотрясения головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгиями. Ликвородинамический криз. Код диагноза по МКБ Т90.5. 31/10/14 13.45 Осмотр невролога в приёмном покое. Жалобы: на диффузные головные боли с чувством давления на глазные яблоки, сопровождающиеся светобоязнью, слезотечением, болезненностью при движении глазных яблок, тошнотой, рвотой, усиливающиеся при перемене положения туловища, общую слабость. Анамнез заболевания; перенес ЧМТ СГМ в феврале 2014г, травма бытовая, с тех пор наблюдается у невролога с приступами головной боли, головокружения. На МРТ: единичный очаг демиелинизации височной доли слева, вероятно посттравматического характера. Сочетанная внутренняя и наружная гидроцефалия умеренно выраженная. Ретроцереbellарная арахноидальная киста. Сегодня началась рвота, головокружение, обратился к неврологу, направлен в стационар с ДЗ: Последствие ЧМТ, ликвородинамический криз. Анамнез жизни: туберкулез, вирусный гепатит, вен.заболевания, гемотрансфузии, сахарный диабет, гипертоническую болезнь, гормонотерапию отрицает. Лекарственной непереносимости не отмечает. Из операций была аппендэктомия, страдает псориазом левого предплечья. Status presents: Состояние больного средней тяжести. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 140\80мм.рт.ст., пульс 62уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В сознании. Адекватен, ориентирован в полном объеме. Зрачки D=S. Глазные щели D=S Движения глазных яблок в полном объеме, болезненны в крайних отведениях, вызывают рвоту. Фотореакция сохранена. Нистагм при взгляде в стороны, диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Речь и глотание не нарушены. Сух, рефлексы D=>S средней живости. Мышечная сила в конечностях, достаточная. Патологических стопных, менингеальных знаков нет. ПНП неуверенно с 2 сторон. В позе Ромберга не стоит из-за сильного головокружения. На основании жалоб, анамнеза, соматического и неврологического статусов пред. DS: Последствия ЧМТ в виде посттравматической энцефалопатии. Ликвородинамический криз. План обследования: ОАК, ОАМ, глюкоза крови, ЭКГ, RW, холестерин, печеночные пробы, трансаминазы, азотистый обмен, электролиты, коагулограмма, ЭКГ, осмотр окулиста, ДСБА, РЭГ, МРТ г/м. План лечения: сернокислая магнезия 10,0 в\в кап., мексидол 2,0 в\в кап., манит в\в кап., лазикс в\м, церукал в\м, актовегин 10,0 в\в. Врач Головачева В.Е. ЭКГ от 31.10.14 г. Заключение: «Ритм синусовый с ЧСС 85 в мин., эд. Ось 3S». 05/11/14 13.45 Обход совместно с зав. отделением. Жалобы: на головные боли, общую слабость. С анамнезом и историей болезни ознакомлена, дополнений и замечаний

нет. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 140\80мм.рт.ст., пульс 62уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В сознании. Адекватен, ориентирован в полном объеме. Зрачки D=S. Глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном объеме, безболезненны в крайних отведениях. Фотореакция сохранена. Нистагма, диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Речь и глотание не нарушены. Сух. рефлексы D=S средней живости. Мышечная сила в конечностях достаточная. Патологических стопных, менингеальных знаков нет. ПНП неуверенно с 2 сторон. В позе Ромберга покачивание. Обоснование диагноза: На основании жалоб, анамнеза, соматического и неврологического статусов. МРТ г/м. Клинический диагноз: Последствия ЗЧМТ, сотрясение головного мозга в форме посттравматической энцефалопатии в виде сочетанной внутренней и наружной гидроцефалии, умеренно выраженной с гипертензионно-гидроцефальным синдромом в форме цефалгического, вестибуло-атактического синдрома с частыми ликвородинамическими кризами. Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. Врач, зав.отд. Головачева В.Е. 06/11/14 Жалобы: на головные боли, общую слабость. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 120\80 мм.рт.ст., пульс 72уд./мин Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В прежнем объеме. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 85 в мин. ЭОС- 3S. Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. Врач. Головачева В.Е. 07/11/14 Жалобы: на головные боли, общую слабость. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД=120/80 мм.рт.ст., пульс 72 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В прежнем объеме. Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. Врач Головачева В.Е. 10/11/14 г. Обход совместно с зав. отделением. Жалобы: на головные боли, общую слабость. С анамнезом и историей болезни ознакомлена, дополнений и замечаний нет. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 140\80 мм.рт.ст., пульс 62уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В сознании. Адекватен, ориентирован в полном объеме. Зрачки D=S. Глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном, объеме, безболезненны в крайних отведениях. Фотореакция сохранена. Нистагма, диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Речь и глотание не нарушены. Сух. рефлексы D=S средней живости. Мышечная сила в конечностях достаточная. Патологических стопных, менингеальных знаков нет. ПНП неуверенно с 2 сторон. В позе Ромберга покачивание. DS: прежний. Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. Врач, зав. отд. Головачева В.Е. 11/11/14 09.20 Жалобы: На диффузные головные боли с чувством-давления на глазные яблоки, сопровождающиеся светобоязнью, слезотечением, болезненностью при движении глазных яблок, тошнотой, рвотой, усиливающиеся при перемене положения туловища, общую слабость. Status presents: Относительно удовлетворительное. Кожные покровы гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД-150/90 мм.рт.ст. Пульс 56 в мин. Живот при пальпации мягкий, б/болезненный. Мочеиспускание контролирует. Невростатус: Сознания сохранено, контакт по существу. Вязкость шейно-затылочных мышц. Со стороны ЧМН: Зрачки S=D, фотореакция сохранена. Снижена реакция на конвергенцию и аккомодацию. Горизонтальный нистагм. Движение глазных яблок болезненное, ограничено кнаружи. Сглаженность левой носогубной складки. Сухожильная анизорефлексия. Патологических стопных, менингеальных симптомов нет.

Данное состояние расценено как ликвородинамический криз. При осмотре отмечается рвота, не приносящая облегчение. Введено: Sol. Cerucali 2.0 в/м, Sol. Magnesium sulfatis 25%-10.0 в/м, Sol. Baralgin 5.0 в/м. Sol Lazixi 2.0 в/м. Врач Головачева В.Е. 11.11.14г. 12.30 На фоне лечения состояние не улучшилось, сохраняются вышеперечисленные жалобы. В соматическом и неврологическом статусе в прежнем объеме. Данное состояние расценено как продолжение ликвородинамического криза. Дополнительно введено Sol. Manniti 200.0 в/, Sol. Lasixi 2.0 в/м. Врач Головачева В.Е. 11.11.14 15.20 Жалобы: улучшение состояния: уменьшилась головная боль, тошнота, рвота купирована. Status presents: Относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД - 120/80 м.м.рт.ст. Пульс 74 в мин. Живот при пальпации мягкий, б/болезненный. Мочеиспускание контролирует. Невростатус: Сознания сохранено, контактен. Со стороны ЧМН: Зрачки S=D, фотореакция сохранена. Снижена реакция на конвергенцию и аккомодацию. Горизонтальный установочный нистагм. Движение глазных яблок болезненное, ограничено кнаружи. Лицо симметрично, язык по средней линии. Речь, фонация, глотание не нарушены. Сухожильные рефлексы с преобладанием слева. Парезов, параличей нет. Патологических стопных, менингеальных симптомов нет. Ликвородинамический криз купирован. Лечение продолжено. Врач Головачева В.Е. 11/11/2014 с 12:56:42 пациенту: Х С.Е., 26.11.1975 г.р. проведено исследование: Реоэнцефалограмма: « Фоновая РЭГ 13:01:27 Правое FM отведение (бассейн сонной артерии): - пульсовое кровенаполнение умеренно снижено (24%); - тонус артерий крупного калибра в норме; - тонус артерий сред. и мелк. калибра значительно повышен (-69.5%); - эластические свойства артерий умеренно снижены (40.8%); - венозный отток не изменен. Левое FM отведение (бассейн сонной артерии): - пульсовое кровенаполнение в норме; - тонус артерий крупного калибра незначительно снижен (6.5%); - тонус артерий сред. и мелк. калибра значительно повышен (-55.7%); - эластические свойства артерий умеренно снижены (40.7%); - венозный отток незначительно затруднен (10.9%). Правое OM отведение (бассейн позвоночных артерий): пульсовое кровенаполнение незначительно снижено (-13.6%); - тонус артерий крупного калибра в норме; - тонус артерий сред. и мелк. калибра в норме; - эластические свойства артерий незначительно повышены (-9.8%); - венозный отток умеренно затруднен (42.7%). Левое OM отведение (бассейн позвоночных артерий): - пульсовое кровенаполнение в норме; - тонус артерий крупного калибра незначительно снижен (19.9%); - тонус артерий сред. и мелк. калибра умеренно повышен (-31.9%); - эластические свойства артерий умеренно снижены (45.9%); - венозный отток не изменен. Заключение: на РЭГ умеренное снижение пульсового кровенаполнения в правой внутренней сонной артерии (на 24% от нормы), в левой внутренней сонной и позвоночной артериях достаточное. Повышен тонус артерий среднего и мелкого калибра. Венозный отток не нарушен. Проба с поворотами головы (-)». Врач Гаврикова С.Ю. 10.11.14 г. пациенту Х С.Е. проведено исследование: Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, результат исследования вклеен в мед. карту, заключение: «Магистральные сосуды шеи проходимы, скоростные и спектральные характеристики в норме». 12/11/14 Жалобы: на головные боли, общую слабость. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД-17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 120\80 мм.рт.ст., пульс 72уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В прежнем объеме. РЭГ: Умеренное снижение пульсового кровенаполнения в правой внутренней сонной артерии (24%), в левой внутренней сонной и позвоночных артериях. Повышен тонус артерий среднего и мелкого калибра. Венозный отток не нарушен. Проба с поворотами головы отрицательная. ДСБЦА: Магистральные артерии шеи проходимы. Скоростные и спектральные показатели в норме. Обследование и лечение переносит хорошо, продолжено. Врач Х В.Е. Имеется запись Окулиста от 13.11.14 г.: «На приём не явился».

13/11/14 Жалобы: на головные боли. Отмечает улучшение от проведенного лечения. Status presents: Состояние больного удовлетворительное. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 120/80 мм.рт.ст., пульс 72уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Невростатус. В сознании. Адекватен, ориентирован в полном объеме. Зрачки D=S. Глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном объеме, безболезненны, в крайних отведениях. Фотореакция сохранена. Нистагма, диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Речь и глотание не нарушены. Сух. рефлексы D=S средней живости. Мышечная сила в конечностях достаточная. Патологических стопных, менингеальных знаков нет. ПНП неуверенно с 2 сторон. В позе Ромберга покачивание. Закончил курс лечения. Выписывается на дальнейшее амбулаторное лечение к неврологу по м\ж. Б/Л с 31.10.2014 по 14.11.2014 гг., продолжает болеть. Явка в поликлинику 14.11.2014г. Даны рекомендации. Врач Головачева В.Е. Из листа назначений следует: Sol. MgSO₄ 25% в\в кап с 31.10.-09.11.; Sol. ... 200,0 5% в\в с 31.10.-11.11.; Sol. Cerebrolizini ... в\в с 31.10.-11.11.; Sol. Maniti 200,0 в\в 31.10, 01.11., 03.11.; В мед. карту вклеен выписной эпикриз №17167, из которого следует, что Х Сергей Евгеньевич, 1975 г.р., находился на стац. лечении в неврологическом отделении №1 с 31.10.2014 по 13.11.2014 гг. с диагнозом: Последствия ЗЧМТ, сотрясение головного мозга в форме посттравматической энцефалопатии в виде сочетанной внутренней и наружной гидроцефалии, умеренно выраженной с гипертензионно-гидроцефальным синдромом в форме цефалгического, вестибуло-атактического синдрома с частыми ликвородинамическими кризами. Обследование: Кровь на RW: отрицательно. ОАК: Нв-147 г\л, Эр- 5,0 x10¹², Л- 6,6x10⁹, СОЭ- 5 мм\ч, ТР- 198 x10⁹, Нт- 42%, Э-1, Б-1, С-61, М- 7, Лимф-30. Коагулограмма крови: Пи- 80%, ПВ-15 сек, Ф- 2,8 г\л, Фб (-), АЧТВ- 29 сек, МНО-1,3. ОАМ: светло-желтая, УВ-, Б нет г\л, Л в п\з. Эр в п\з, Эп пл. в п\з, слизь-, оксалаты-, бактерии-, ураты-. Трансаминазы крови: АСТ-15,9 ед\л, АЛТ-14,9 ед\л. Общий белок- 81,0 г\л, Альбумины- 48,3 г\л. Печеночные пробы: Ви общий- 11,9 ммоль\л, Ви прямой- 2,9 ммоль\л. Азотистый обмен: остаточный азот- 20,4 ммоль\л, мочевины- 4,8 ммоль\л, креатинин-120,0 мкмоль\л. Глюкоза крови- 5,4 ммоль\л. Холестерин крови- 5,4 ммоль\л, ЛПВП- 1,6 ммоль\л, ЛПНП- 2,7 ммоль\л, Тг- 2,0 ммоль\л. Хдорида- 90,0 ммоль\л. Электролиты крови: Na-140,0 ммоль\л, К- 4,8 ммоль\л, С1-108,3 ммоль\л. РЭГ: Умеренное снижение пульсового кровенаполнения в правой внутренней сонной артерии (24%), в левой внутренней сонной и позвоночных артериях. Повышен тонус артерий среднего и мелкого калибра. Венозный отток не нарушен. Проба с поворотами головы отрицательная. ДСБЦА: Магистральные артерии шеи проходимы. Скоростные и спектральные показатели в норме. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 85 в мин, ЭОС- 3S. МРТ: единичный очаг демиелинизации височной доли слева, вероятно посттравматического характера. Сочетанная внутренняя и наружная гидроцефалия умеренно выраженная. Ретроцеребеллярная арахноидальная киста. Больной поступил в экстренном порядке с ликвородинамическим кризом, купирован был в течение 7ч, 11.11.2014 вновь были распирающие головные боли с тошнотой, рвотой, светобоязнью, рассеянной мелкоочаговой симптоматикой, купированы в течение 12ч. выписывается на дальнейшее амбулаторное лечение к неврологу по м\ж. Б/Л с 31.10.2014 по 14.11.2014 гг., продолжает болеть. Явка в поликлинику 14.11.2014 г. Зав. отд., врач Х В.Е.

➤ Из медицинской карты амбулаторного больного №36394 Медицинской клиники «Х», на имя Х С.Е., 26.11.1975 г.р., известно, что первая запись сделана 05 марта 2014 г. в 8:50 Первичный приём невролога. Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: ЗЧМТ.

Сотрясение головного мозга. (S06.0) листок нетрудоспособности с 05.03.14 по 12.03.14
Медикаментозная терапия: Пантогам по 1 т. 2 р. в д., Актовегин по 1 т. 2 р. в д. Врач
Марголин Ю.А. В амбулаторную карту вклеены выписные эпикризы №2891, № 13162,
№17167, (содержание их изложено при исследовании соответствующих медицинских
карт стационарного больного – примечание эксперта). Имеется результат ЭКГ
исследования от 20.08.2015 г.: «Синусовый ритм с ЧСС – 77 в мин. Нормальное
положение ЭОС». Результат общего анализа крови от 17.03.2015 г.: СОЭ – 5 мм/ч;
гемоглобин 146 г/л; эритроциты – $5,16 \times 10^{12}$; лейкоциты $7,0 \times 10^9$; тромбоциты – 138×10^9 ;
лейкоформула: П-2; С-50; М-10; Л-35, б -1, эоз -2. Общий анализ мочи от 17.03.2015 г.:
цвет светло-желтая, прозрачная, относительная плотность 1030, Белок – 0,033 г/л, эр.
Свежие 3-5 в п/з, лейкоциты ед. в п/з, эритроцитов 0-1 в п/з, слизь 1(+). Вклеено заключение
МРТ-исследования от 25.08.2014 г.; копии листков нетрудоспособности. Имеется
«Представление на врачебную комиссию» от 05.03.14 г.: Жалобы на момент осмотра и
направления на комиссию: головные боли, тошнота, шум в голове. Объективные данные:
Нарушение координации, вегетативная дисфункция. Диагноз по МКБ-10 S06.0. Цель
направления на комиссию: продление листка нетрудоспособности. ... Трудовой прогноз
сомнительный. Имеется «Направление на ВК» от 05.03.14 г. Из протокола ВК №31 от 05
марта 2014 г. следует: Ф.И.О. пациента: Х Сергей Евгеньевич, ... В соответствии с
приложением к приказу Минздравсоцразвития №624н от 29.06.11 года, а также жалобами,
данными объективного осмотра, диагнозом и прогнозом заболевания, решено ЛН серия
120 №400066063 продлить с 05.03.14 по 12. 03.14 (21 дней), закрыть оформить
продолжение ЛН серия 132 №410892181 Подписи комиссии. Повторный приём невролога
12 марта 2014 г. в 11:20 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое
головокружение сохраняются, беспокоит тяжесть в голове. Анамнез заболевания: Болеет с
20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно
сохраняется прежняя симптоматика. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные,
глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы
симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с
мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: ЗЧМТ. Сотрясение головного
мозга. (S06.0) Листок нетрудоспособности с 13.03.14 по 19.03.14 г. Медикаментозная
терапия: Актовегин 5,0 в/в №10. «Направление на ВК» от 12 марта 2014 г. Протокол ВК №
35 от 12 марта 2014 г.: ... продлить с 13.03.14 по 19.03.14 (28 дней). Повторный приём
невролога 19 марта в 13:10 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое
головокружение уменьшились. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ.
Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение
цефалгии. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные.
Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены.
Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга
покачивание. Диагноз: ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. (S06.0) Листок
нетрудоспособности закрыт, труд 20.03.2014 г. Лечение продолжает. 09 июня 2014 г. в
15:40 Первичный приём невролога. Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове,
периодическое головокружение усилились. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г.
после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает
уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение,
появилась тошнота. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели
симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка
повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе
Ромберга покачивание. Диагноз: ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга, поздний
восстановительный период. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. сложного генеза с
атактическим синдромом и цефалгией. (Т 90.5; I 67.8) Листок нетрудоспособности с
09.06.14 по 16.06.14 г. Повторная явка 16.06.14 Медикаментозная терапия: Актовегин 5,0
в/в №10; Магnezия 5,0 в/м №10; Церетон 4,0 в/м №10. Врач Х Ю.А. Повторный приём

невролога 16 июня 2014 г. в 17:50 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение уменьшились. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга, поздний восстановительный период. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. сложного генеза с атаксическим синдромом и цефалгией. (Т 90.5; I 67.8) Листок нетрудоспособности закрыт – труд 17.06.2014 г. Медикаментозная терапия: Актовегин по 1т. 2 р. в д.; Кавинтон форте по 1т. 3 р. в д. Врач Марголин Ю.А. Первичный приём невролога. 18 августа 2014 г. в 11:40 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Ликвородинамический криз. (Т 90.5) Направлен в н/о. Врач Марголин Ю.А. Повторный приём невролога. 02 сентября 2014 г. в 18:05 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Ликвородинамический криз. (Т 90.5) Листок нетрудоспособности с 02.09.14 по 08.09.14 г. Повторная явка 08.09.14 г. Медикаментозная терапия: Актовегин 5,0 в/в №10; Церетон 4,0 в/м №10; Рибоксин 10,0 в/в №10. Врач Марголин Ю.А. «Представление на врачебную комиссию». «Направление на ВК» от 04.09.2014 г. протокол ВК №102 от 04.09.2014 г.: ... ЛН серия 145 №184589122 продлить с 02.09.14 по 08.09.14 (22 дней). Подписи членов комиссии. Повторно приём невролога. 08 сентября 2014 г. в 11:10 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение сохраняются. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Ликвородинамический криз. (Т 90.5 S 06.0) Листок нетрудоспособности с 09.09.14 по 17.09.14 г. Повторная явка 17.09.14 г. Физиолечение: электрофорез на ШОП. Медикаментозная терапия: Актовегин 5,0 в/в №10; Церетон 4,0 в/м №10; Рибоксин 10,0 в/в №10. Врач Марголин Ю.А. «Представление на врачебную комиссию» ... «Направление на ВК» от 08.09.2014 г. Протокол ВК №103 от 08.09.2014 г.: ... ЛН серия 145 №184589122 продлить с 09.09.14 по 17.09.14 (31 дней).

Подписи членов комиссии. Повторный приём невролога. 17 сентября 2014 г. в 9:50 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение уменьшились. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Ликвородинамический криз. (Т 90.5; S 06.0; I 67.8) Листок нетрудоспособности закрыт - труд 18.09. Физиолечение: электрофорез на ШОП. Медикаментозная терапия: Актовегин 5,0 в/в №10; Церетон 4,0 в/м №10; Рибоксин 10,0 в/в №10. Врач Х Ю.А. Первичный приём невролога. 20 (на месте цифры был приклеен лист бумаги – примечание эксперта) октября 2014 г. в 10:30 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение уменьшились. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Ликвородинамический криз. (Т 90.5; S 06.0). Физиолечение: электрофорез на ШОП. Медикаментозная терапия: Актовегин 5,0 в/в №10; Церетон 4,0 в/м №10; Рибоксин 10,0 в/в №10. Врач Марголин Ю.А. Первичный приём невролога. 17 ноября 2014 г. в 12:10 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение, тяжесть в голове. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение выписан из неврологии. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Ликвородинамический криз. (Т 90.5; S 06.0). Листок нетрудоспособности с 17.11.14 по 26.11.14. Повторная явка 26.11.14. Физиолечение: электрофорез на ШОП. Медикаментозная терапия: Сермион 5 мг по 1т. 3 р. в д.; Диакарб по схеме. Врач Марголин Ю.А. Осмотр офтальмолога 17.11.14 16:10 Жалобы: слезотечение. Анамнез: не отягощён. Офтальмологический статус: Острота зрения: правого глаза - 1,0, левого глаза 1,0. Внутриглазное давление правого глаза 17, левого глаза 17. Имеется схема полей зрения. Передний отрезок: в норме. Слизистая: спокойная. Роговица: чистая. Хрусталик: прозрачен. Стекловидное тело: прозрачное. Диск зрительного нерва бледный с височной стороны. Артерии умеренно сужены, вены умеренно расширены. ... Диагноз: Ангиопатия сетчатки. «Представление на врачебную комиссию»... «Направление на ВК» от 17.11.2014 г. Протокол ВК №136 от 17.11.2014 г.: ЛН серия 145 №326918762 продлить с 17.11.14 по 26.11.14 (27 дней). Подписи членов комиссии. Протокол ВК №136 от 17.11.2014 г.: Х Сергей Евгеньевич, слушали лечащего врача Марголин Ю.А. о направлении на медико-социальную экспертную комиссию при наличии признаков инвалидности. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. В соответствии с приказом МЗ и СР №1013н и постановлением

№95 установлено: наличие признаков ограничения жизнедеятельности и признаков нарушения функций организма выраженной степени. Решено: в соответствии с приказом МЗ и СР РФ №77 от 31.01.2007 г., а также выявленными нарушениями основных функций организма, жалобами, объективными данными осмотра, диагнозом и заявлением пациента: Выдать направление ф. 088/у-06 с целью первичного выхода на инвалидность. Подписи членов комиссии. ЛОР осмотр во ВТЭК 18.11.14 Жалоб в настоящее время нет. Носовая перегородка искривлена влево. Слизистая носа влажная не ... Зев чист. Уши: ... Заключение – DS: Искривление носовой перегородки. Осмотр хирурга 19.11.14 Состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. В лёгких дыхание везикулярное. Пульс 78 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. В анамнезе ЗЧМТ (2014). Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Данных за хирургическую патологию не выявлено. Врач Х А.В. Косультация врача-терапевта 18.11.14 Жалобы: головные боли, общая слабость. Анамнез: ЗЧМТ. Сотрясение гол. Мозга 02.2014 г. Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые розовые, чистые. Т 36,6⁰С; АД 150/110; П – 90 в мин.; ЧД 18 в мин. Зев – Н, Периферические лимфоузлы не пальпируются. Над лёгкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца чистые. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. С-м Пастернацкого отрицательный. Стул – Н. Диурез – Н. Костно-мышечная система без особенностей. Диагноз основной: Артериальная гипертензия I ст, риск 3. Контроль АД. Лечение у невролога. Повторный приём невролога. 26 ноября 2014 г. в 9:35 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение, тяжесть в голове сохраняются. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение выписан из неврологии. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Ликвородинамический криз. (Т 90.5; S 06.0; i 67.8). Листок нетрудоспособности с 27.11.14 по 01.12.14. Повторная явка 01.12.14. Физиолечение: электрофорез на ШОП. Медикаментозная терапия: Сермион 5 мг по 1г. 3 р. в д.; Диакарб по схеме. Лечение продолжает. Оформляется на МСЭ. Врач Марголин Ю.А. «Представление на врачебную комиссию»... «Направление на ВК» от 26.11.2014 г. протокол ВК №141 от 26.11.2014 г.: ... ЛН серия 145 №326918762 продлить с 27.11.14 по 01.12.14 (32 дней). Подписи членов комиссии. Повторный приём невролога 01 декабря 2014 г. в 9:05 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение, тяжесть в голове уменьшились. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение выписан из неврологии. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Ликвородинамический криз. (Т 90.5; i 67.8). Листок нетрудоспособности с 02.12.14 по 08.12.14. Повторная явка 08.12.14. Физиолечение: электрофорез на ШОП. Медикаментозная терапия: Сермион 5 мг по 1г. 3 р. в д.; Диакарб по схеме. Лечение продолжает. Оформляется на МСЭ. Врач Марголин Ю.А. «Представление на врачебную комиссию»... «Направление на ВК» от 01.11.2014 г. протокол ВК №144 от 01.12.2014 г.: ... ЛН серия 145 №326918762 продлить с 02.12.14 по 08.12.14 (39 дней). Подписи членов

комиссии. Повторный приём невролога 08 декабря 2014 г. в 10:00 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение, тяжесть в голове уменьшились. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение выписан из неврологии. Сохраняется нарушение координации. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Состояние после ликвородинамического криза. (Т 90.5; S 06.0). Листок нетрудоспособности с 09.12.14 по 09.12.14. Повторная явка 09.12.14. Физиолечение: электрофорез на ШОП. Медикаментозная терапия: Сермион 5 мг по 1т. 3 р. в д.; Диакарб по схеме. Лечение продолжает. Оформлен п/лист на МСЭ. Врач Марголин Ю.А. «Представление на врачебную комиссию»... «Направление на ВК» от 08.12.2014 г. Протокол ВК №148 от 08.12.2014 г.: ... ЛН серия 145 №326955372 продлить с 09.12.14 по 09.12.14 (40 дней), закрыть оформить продолжение ЛН серия 145 № 326918762. Подписи членов комиссии. Протокол ВК №148 от 08.12.2014 г.: Х Сергей Евгеньевич. Слушали лечащего врача Марголина Ю.А. о направлении на медико-социальную экспертную комиссию при наличии признаков инвалидности. Диагноз: Последствие перенесённой черепно-мозговой травмы (02.2014 г.) в виде посттравматической энцефалопатии. В соответствии с приказом МЗ и СР №1013н и постановлением №95 установлено: наличие признаков ограничения жизнедеятельности и признаков нарушения функции организма выраженной степени. Решено в соответствии с приказом МЗ и СР РФ №77 от 31.01.2007 г., а также выявленными нарушениями основных функций организма, жалобами, объективными данными осмотра, диагнозом и заявлением пациента: Выдать направление ф. 088/у-06 с целью первичного выхода на инвалидность. Подписи членов комиссии. Первичный приём невролога 02 марта 2015 г. в 11:20 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение, тяжесть в голове. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение выписан из неврологии. Сохраняется нарушение координации. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Состояние после ликвородинамического криза. Гипертензионный криз. (Т 90.5; i 67.8). Листок нетрудоспособности с 02.03.15 по 10.03.15. Повторная явка 10.03.15. Медикаментозная терапия: Актотегин 5,0 в/в №10; Мексидол 5,0 в/м №10; Папаверин 2,0 в/м №10. Врач Марголин Ю.А. Повторный приём невролога 10 марта 2015 г. в 13:55 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение, тяжесть в голове сохраняются. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение выписан из неврологии. Сохраняется нарушение координации. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ.

Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Состояние после ликвородинамического криза. Гипертензионный криз. (Т 90.5; i 67.8). Листок нетрудоспособности с 11.03.15 по 16.03.15. Повторная явка 16.03.15. Медикаментозная терапия: Сермион 5 мг по 1т. 2 р. в д.; Актовегин по 1т. 2 р. в д. Имеется штамп: 10.03.2015 «Проведена экспертиза по КЭР и ВН II уровня. Протокол ВК №14». Врач Марголин Ю.А. Повторный приём невролога 16 марта 2015 г. в 15:35 Жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение, тяжесть в голове уменьшились. Анамнез заболевания: Болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ. Лечился в нейрохирургии. Продолжил лечение амбулаторно. Отмечает уменьшение цефалгии. 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота. На фоне лечения отмечает улучшение выписан из неврологии. Сохраняется нарушение координации. Объективно: В сознании. ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием. В позе Ромберга покачивание. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Состояние после ликвородинамического криза. Гипертензионный криз. (Т 90.5). Листок нетрудоспособности закрыт, труд 17.03.15. Медикаментозная терапия: Сермион 5 мг по 1т. 2 р. в д.; Актовегин по 1т. 2 р. в д. Имеется штамп: 24.03.2015 «Проведена экспертиза по КЭР и ВН II уровня. Протокол ВК №18». Врач Марголин Ю.А. Осмотр врача-невролога от 17 августа 2015 г. Жалобы пациента на: головные боли, головокружение и шум в голове, шаткость при ходьбе, потемнение в глазах. Анамнез жизни и заболевания: Болеет в течение нескольких лет. Неоднократно получал курсы амбулаторного лечения по месту жительства. И в неврологии. Сохраняется неуверенность при выполнении проб на координацию. Объективные данные АД 110/80 мм.рт.ст. Неврологический статус: Сознание сохранено. Ориентирован в месте, личности. ЧМН – Зрачки равные. Фотореакция снижена. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы равные, оживлены. Мышечный тонус достаточный. Мышечная сила достаточная. Неуверенность при выполнении координаторных проб. Походка не нарушена. В позе Ромберга покачивание, болезненность по паравертебральным точкам в шейном отделе (+) симптом Нери. Диагноз основного заболевания: Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст сложного генеза с явлениями умеренной вестибулопатии с частыми гипертензионными кризами. Гипертензионный криз. Код по МКБ-10 М50.1. Лекарственные препараты: Церетон 4,0 в/м №10; Актовегин 5,0 в/в №10; Папаверин 2,0 в/м №10; Цитофлавин 10,0 в/в кап. №10. ЛН №182624145110 с 17.08. по 24.08 (8 дней). Врач Марголин Ю.А. Осмотр врачом терапевтом 19.08.15 Жалобы на головную боль, тяжесть в глазах, слабость, тошнота, особенно при перемене погоды. Семейный анамнез не отягощён. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Видимые слизистые обычной окраски. Язык влажный. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 78 в мин. АД 150/100. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный. Диагноз: Гипертоническая болезнь II. Артериальная гипертензия II риск III. Рекомендовано: т. Лориста 0,5 т. утром, контроль АД у/в 10 дней, консультация окулиста (глазное дно). Явка 24.08.15 г. Осмотр врача-невролога от 24 августа 2015 г. Жалобы пациента на: головные боли, головокружение и шум в голове, шаткость при ходьбе, потемнение в глазах сохраняются. Анамнез жизни и заболевания: Болеет в течение нескольких лет. Неоднократно получал курсы амбулаторного лечения по месту жительства. И в неврологии. Сохраняется неуверенность при выполнении проб на координацию. Объективные данные АД 110/80 мм.рт.ст. Неврологический статус: Сознание сохранено. Ориентирован в месте, личности. ЧМН – Зрачки равные. Фотореакция снижена. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы равные, оживлены. Мышечный тонус достаточный. Мышечная сила достаточная. Неуверенность при выполнении координаторных проб. Походка не нарушена. В позе

Ромберга покачивание, болезненность по паравертебральным точкам в шейном отделе (+) симптом Нери. Диагноз основного заболевания: Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст сложного генеза с явлениями умеренной вестибулопатии с частыми гипертензионными кризами. Гипертензионный криз. Код по МКБ-10 М50.1. Лекарственные препараты: Церебронил 4,0 в/м №10; Актовегин 5,0 в/в №10; Папаверин 2,0 в/м №10; Цитофлавин 10,0 в/в кап. №10. ЛН №182624145110 с 25.08.15 по 31.08.15 (15 дней). Врач Марголин Ю.А. Осмотр терапевта (повторный) 24.08.15 г. Жалобы: Активно не предъявляет. На фоне приёма лекарственных средств отмечается улучшение состояния: меньше головная боль, нет «скачков» АД, лечение переносит хорошо. Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Над лёгкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 74 в мин. АД 120/85 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания в проекции почек отрицательный. Стул, диурез – норма. Периферических отёков нет. Диагноз: Гипертоническая болезнь II р. II. Коррекция лечения: т. Лориста 12,5 мг. 2 р/д, продлить контроль АД 2 р/сут., пройти офтальмолога (глазное дно). Последняя запись от 31 августа 2015 г. осмотр врача-невролога. Жалобы пациента на: головные боли, головокружение и шум в голове, шаткость при ходьбе, потемнение в глазах уменьшились. Анамнез жизни и заболевания: Болеет в течение нескольких лет. Неоднократно получал курсы амбулаторного лечения по месту жительства. И в неврологии. Сохраняется неуверенность при выполнении проб на координацию. Объективные данные АД 110/80 мм.рт.ст. Неврологический статус: Сознание сохранено. Ориентирован в месте, личности. ЧМН – Зрачки равные. Фотореакция снижена. Лицо асимметричное. Сухожильные рефлексы равные, оживлены. Мышечный тонус достаточный. Мышечная сила достаточная. Неуверенность при выполнении координаторных проб. Походка не нарушена. В позе Ромберга покачивание, болезненность по паравертебральным точкам в шейном отделе (+) симптом Нери. Диагноз основного заболевания: Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст сложного генеза с явлениями умеренной вестибулопатии с частыми гипертензионными кризами. Гипертензионный криз. Код по МКБ-10 М50.1. Лекарственные препараты: Церебронил 4,0 в/м №10; Актовегин 5,0 в/в №10; Папаверин 2,0 в/м №10; Цитофлавин 10,0 в/в кап. №10. ЛН №182624145110 закрыт к тр. 01.09. (15 дней). Врач Х Ю.А.

➤ Рентгенограммы черепа в двух проекциях от 20.02.2014 г. на имя Х С.Е., 26.11.1975 г.р. изучены, без видимых костно-травматических повреждений.

➤ Изучено «Дело освидетельствования в Бюро МСЭ» со штампом: «Федеральное казённое учреждение «Главное Бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области» Бюро №24» на имя Х Сергея Евгеньевича, 1975 г.р., г. Х. Имеется заверенная копия трудовой книжки Х Сергея Евгеньевича 1975 г.р. Имеется заявление Х С.Е. от 10.12.2014 г. о проведении медико-социальной экспертизы с целью установления инвалидности. Имеется направление №775 от 17.11.2014 г. на медико-социальную экспертизу организаций, оказывающей лечебно-профилактическую помощь ООО Медицинская клиника «Рефлекс», из которого следует: 1. Фамилия, имя, отчество гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу (далее — гражданин) Х Сергей Евгеньевич; 2. Дата рождения. 26 ноября 1975 г р.; 3 Пол муж.; 5. Адрес места жительства гражданина (при отсутствии места жительства, указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации г. Х, ул. 40 лет Победы, 88-15; 6. Инвалидом не является; 8. Направляется первично; 9. Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу - не работает; 17. Наблюдается в организациях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь с 2010 года; 18. История заболевания (начало, развитие, лечение, частота и длительность обострений, проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность): Болен с 20 февраля 2014 года, когда получил ЧМТ Сотрясение головного мозга. Получал лечение в НХО с 20.02.2014 по 03.03.2014 Выписан с улучшением. С апреля 2014

отмечает усиление головных болей, тошноты, головокружения и общей слабости. Продолжил лечение в дневном стационаре ООО «МК «Х» с диагнозом восстановительный период ЧМТ Сотрясение головного мозга. Посттравматическая энцефалопатия. Получал лечение сосудистые и ноотропы, витамины, нейрометаболики. В июне 2014 появились приступы потемнения в глазах, повышения АД, тошноты, головокружения, мушек перед глазами. От госпитализации отказался направлен в дневной стационар с диагнозом Последствие ЧМТ в виде посттравматической энцефалопатии с рассеянной мелкоочаговой симптоматикой, стойким цефалгическим и вестибулоатаксическим синдромом. Ликвородинамический криз. Прошел курс лечения мочегонными, спазмолитиками, сосудистыми и ноотропами. Продолжительность криза около 8 часов. Купирован медикаментозно. В июле 2014 повторный криз назначена медикаментозная терапия в дневном стационаре с диагнозом Последствие ЧМТ в виде энцефалопатии с цефалгическим и вестибулоатаксическим синдромом и рассеянной мелкоочаговой симптоматикой. Ликвородинамический криз. Получал гипотензивные, спазмолитики магнезию, сосудистые, мочегонные. Продолжительность криза около 9 часов. Криз купирован медикаментозно. 18.08.2014 состояние ухудшилось появились опять головные боли, головокружения, тошнота, шум в голове, потемнение в глазах. Направлен в неврологию, где получал лечение 18.08.2014 по 29.08.2014 с диагнозом Последствия ЧМТ в виде посттравматической энцефалопатии в виде сочетанной внутренней и наружной гидроцефалии, умеренно выраженной с гипертензионно-гидроцефальным синдромом в форме цефалгического, вестибулоатаксического синдрома с частыми ликвородинамическими кризами. За время нахождения в стационаре зафиксировано 2 криза 18.08.2014 и 21.08.2014 сопровождающихся сильной рвотой, головными болями светобоязнью, онемением в конечностях, головокружением, длительностью 12-24 час и купируемые медикаментозно. В сентябре 2014 самочувствие ухудшилось назначенная медикаментозная терапия амбулаторно. Отмечает незначительное улучшение. В октябре 2014 года появился повторный приступ головных болей, онемения в конечностях, тошноты, шума в голове, рвоты, светобоязни. От госпитализации отказался. Назначено лечение в дневном стационаре с диагнозом Последствие ЧМТ в виде энцефалопатии с цефалгическим и вестибулоатаксическим синдромом, рассеянной мелкоочаговой симптоматикой. Ликвородинамический криз. Продолжительность криза около 9 часов. Криз купирован медикаментозно. 31.10.2014 повторный криз направлен в неврологию ГКБ № 1, где находился на лечении с 31.10.2014 по 13.11.2014 с диагнозом: Последствия ЗЧМТ. В форме посттравматической энцефалопатии в виде сочетанной внутренней и наружной гидроцефалии, умеренно выраженным гипертензионно-гидроцефальным синдромом в форме цефалгического, вестибулоатаксического синдрома с частыми ликвородинамическими кризами. За время нахождения в стационаре зафиксирована 2 ликвородинамического криза с распирающими головными болями, тошнотой, рвотой, светобоязнью, рассеянной мелкоочаговой симптоматикой, приступ купирован в течение 7-12 часов. Выписан с незначительным улучшением. В ноябре 2014 повторный криз от госпитализации отказался. Направлен в дневной стационар где приступ купирован в течение 7 часов (сосудистые, мочегонные, спазмолитики, магнезия). В настоящее время проходит лечение амбулаторно у невролога по месту жительства.; 19. Анамнез жизни (перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие (по возрасту, с отставанием, с опережением): Гипертоническая болезнь 2 ст. Риск 4. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения. ФК 3. СН 1. Язвенная болезнь желудка вне обострения Хронический панкреатит. Хронический пиелонефрит. ХПН0; 21. Результаты проведенных мероприятий

по медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (заполняется при повторном направлении,...): Стац. лечение - выписки прилагаются. Положительные результаты отсутствуют.; 22. Состояние гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу: Жалобы на частые головные боли распирающего характера, усиливающиеся при физических и эмоциональных нагрузках, тяжесть, шум в голове, головокружение, шаткость при ходьбе, до 5-6 раз в месяц, сопровождающиеся выраженными головными болями, головокружениями, сердцебиением, вязкой речью, онемением левой половины лица, руки, слабостью, в левой верхней конечности, чувством нехватки воздуха, жаром во всем теле, тошнотой и рвотой длительностью от 6 до 24 часов, сопровождающиеся усиленным мочеиспусканием, со слезоте Сознание сохранно. Контакт сохранен. Ориентация во времени, пространстве, личности сохранна, ЧМН - Глазные щели равные, зрачки широкие, фотореакция сохранна. Реакция на конвергенцию и аккомодацию снижена. Горизонтальный нистагм. Речь не нарушена. Лицо симметричное. Глотание не нарушено. Объем активных движений сохранен. Мышечная сила 5 баллов. Мышечный тонус сохранен. Сухожильные рефлексы симметричные средней живости. Патологических симптомов нет. Координаторные пробы выполняет с интенцией. Пробы на диадохокinez положительные. Менингеальных знаков нет. В позе Ромберга неустойчив. Походка атаксическая.; 23. Результаты дополнительных методов исследования: ФГ ОГК без патологии; ЭМС – отрицательно; ОАК-лейк 5,9 на 10 в 9, Нв 141 г/л, СОЭ 5 мм/ч; ОАМ - о.п. 1014, белок - отрицат, лейкоциты 1-2 в поле зрения; ЭКГ-синусовый ритм, ЧСС 60, нормальное положение ЭОС, Признаки гипертрофии левого желудочка, Незначительные диффузные изменения в миокарде; 24. Масса тела (кг) 86, рост (м 171); 25. Оценка физического развития: отклонение; 26. Оценка психофизиологической выносливости: отклонение; 27. Оценка эмоциональной устойчивости: отклонение; 28. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу: а. код основного заболевания по МКБ Т90.5, б. основное заболевание Последствие перенесенной черепно-мозговой травмы (февраль 2014) в виде посттравматической энцефалопатии со стойким цефалгическим синдромом с явлениями умеренно выраженной внутренней неокклюзионной и наружной гидроцефалией с гипертензионно-гидроцефальными синдромами, частыми тяжелыми и средней тяжести ликвородинамическими кризами, умеренного вестибулоатаксического синдрома. в. сопутствующие заболевания Артериальная гипертензия 1 Риск 3. Ангиопатия сетчатки. Умеренное астено-невротическое расстройство. Искривление носовой перегородки.; 29. Клинический прогноз: сомнительный; 30. Реабилитационный потенциал: низкий; 31. Реабилитационный прогноз: сомнительный; 32. Цель направления на медико-социальную экспертизу: для установления инвалидности, для разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида; 33. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации...: ЛФК, Массаж, Медикаментозная терапия, Санаторно курортное лечение. Подписи председателя и членов врачебной комиссии. В «направление» прикреплены листы с результатами осмотра 1. врача психиатра от 18.11.14 г. Жалобы на раздражительность, головные боли. Спокоен. Ориентирован. Контакт по существу. Эмоционально лабилен, слезлив. Память, интеллект сохранены. Расстройств восприятия и бреда не выявлено. Диагноз: Умеренное астено-невротическое расстройство вследствие ЧМТ.; 2. Осмотр хирурга от 19.11.14 Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание жестковатое. Пульс 72 уд. в мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот безболезненный... В анамнезе ЗЧМТ. Данных за хирургическую патологию не выявлено.; 3. Осмотр терапевта от 18.11.2014: Жалобы: головные боли, общая слабость онемение рук. Анамнез ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в феврале 2014 г. Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура – норма. Кожные покровы нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД

150/100, ЧСС 90 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул б/о. Симптом Пастернацкого (-). Диурез б/о. Отёков нет. Диагноз: Артериальная гипертензия I ст. риск 3.; 4. Осмотр окулиста от 17.11.2014. Жалобы на слезотечение при ярком свете. Анамнез неотягощён. Vis OD=1,0; Vis OS=1,0. ВГД 17/17 мм.рт.ст. Визуально глазные яблоки расположены правильно, движения глазных яблок в полном объёме, нистагма нет. Исследование методом бокового освещения: передний отрезок в норме. Биомикроскопия: Роговица прозрачная, ... Передняя камера нормальной глубины. В проходящем свете в хрусталиках – прозрачные. В стекловидном теле помутнений нет. Офтальмоскопия: на глазном дне ДЗН – бледноват с височной стороны, границы чёткие, артерии узковаты с ..., вены слегка расширены. Пат. рефлекс не выявлены. Диагноз: Ангиопатия сетчатки глаз.; 5. Осмотр ЛОР от 18 ноября 2014 г. Х С.Е. 1975 г. Жалоб в настоящее время нет. Носовая перегородка искривлена влево. Слизистая носа влажная, не набухшая. Зев чист. Уши: AD AS ... обычного цвета, с деталями. Слух 6 м шепот. Диагноз: Искривление носовой перегородки.; 6. Результат МРТ-исследования от 25.08.2014 г.; 7. Выписной эпикриз №2891; 8. Выписной эпикриз №13162; 9. Выписной эпикриз №17167. Кроме этого имеются углы 2-х оторванных листов. В дело подшита «Производственная характеристика на Х С.Е. Имеется «Акт №1709.24.34/2014 медико-социальной экспертизы гражданина» из которого следует (*напечатаны заполненные в акте пункты*): «Раздел I. Общие данные об освидетельствуемом гражданине: 1. Дата подачи заявления о проведении медико-социальной экспертизы 10.12.2014; 2. Дата освидетельствования 17.12.2014; 3. Дата вынесения решения федерального учреждения медико-социальной экспертизы 17.12.2014; 4. Фамилия, имя, отчество Х Сергей Евгеньевич; 5. Дата рождения 26 ноября 1975; 6. Адрес места жительства: 6.1. государство Российская Федерация; 6.2. почтовый индекс 404118; 6.3. субъект Российской Федерации Волгоградская обл.; 6.5. населённый пункт Х г.; 6.5.1. городское поселение [X]; 6.6. улица 40 лет Победы; 6.7. дом/корпус/строение д. 88; 6.8. квартира 15; 8. Адрес места постоянной регистрации (при совпадении реквизитов с местом жительства данный пункт не заполняется): 8.1. государство Российская Федерация; 8.2. почтовый индекс 404118; 8.3. субъект Российской Федерации - Волгоградская обл.; 8.5. населённый пункт Х г.; 8.5.1. городское поселение [X]; 8.6. улица 40 лет Победы; 8.7. дом/корпус/строение д. 88; 8.8. квартира 15; Раздел II. Решение федерального учреждения медико-социальной экспертизы 10. Заключение о видах и степени выраженности стойких расстройств функции организма: 10.1. нарушение психических функций – умеренные нарушения; 10.4. нарушение статодинамических функций – умеренные нарушения; 11. Заключение о видах и степени выраженности ограничений категорий жизнедеятельности: 11.1. самообслуживание - первая степень; 11.2. передвижение - первая степень; 11.6. контроль за своим поведением - первая степень; 11.7. трудовая деятельность - первая степень; 12. Группа инвалидности - Третья группа; 13. Причина инвалидности - Общее заболевание; 15. Инвалидность установлена на срок до 01.01.2016; 16. Дата очередного освидетельствования 07.12.2015; 32. Документы, выданные освидетельствованному гражданину или его законному представителю по результатам проведения медико-социальной экспертизы: 32.1. справка подтверждающая факт установления инвалидности серия МСЭ-2014, №1686255, дата выдачи 17 декабря 2014 г.; 32.2. Индивидуальная программа реабилитации инвалида: карта №1509 к акту освидетельствования №1709.24.34/201 от 10 декабря 2014 г.; дата выдачи 17 декабря 2014 г.; 33. Перечень документов, основные сведения, послужившие основанием для принятия решения федерального учреждения медико-социальной экспертизы: 1. Заявление, дата поступления 10.12.2014; 2. Направление на медико-социальную экспертизу (ЛПУ), номер: 136, выдан: 17.11.2014, дата поступления 10.12.2014, из ООО МК Рефлекс; 3. Паспорт гражданина Российской Федерации, серия: 1800, номер: 318590, выдан: 01.06.2001 УВД города х Волгоградской области, дата поступления 10.12.2014; 34. Специалисты, проводившие медико-социальную экспертизу и принимавшие участие в вынесении решения: Подписи членов комиссии. Дата

17.12.2014. В деле имеется «Протокол проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы №1709.24.34/2014 от 17.12.2014, в «Разделе VI. Клинико-функциональные данные, полученные в ходе медико-социальной экспертизы, характеризующие степень выраженности нарушенных функций организма, и определение на их основе структуры и степени ограничений жизнедеятельности» имеются следующие сведения: 48. Жалобы: На головные приступообразные выраженные боли с головокружением, дезориентацией, изменением речи, онемением левой половины лица, чувством жара, сердцебиением, тошнотой и рвотой длительностью от 6 до 24 часов.; 49. Анамнез: 20.02.2014 года ЗЧМТ с СГМ в быту. Стаж лечения в НХО 20.02.2014 - 03.03.2014 года, выписан с регрессом общемозговой, вегетативной неврологической симптоматики. Дальнейшее лечение амбулаторно. С апреля 2014 нарастают головные боли, которых стали затяжного характера с головокружением и чувством тошноты. Лечение в дневном стационаре с кратковременным улучшением. В июне 2014 года приступообразные головные боли с тошнотой, длительностью 8 часов. В июле повторный приступ, длительностью 9 часов. Восстановительное лечение в неврологическом отделении 18.08.2014 - 29.08.2014 и 31.10.2014 - 13.11.2014 года, где были зафиксированы ликвородинамические кризы 18.08.14, 21.08.14, 11.11.14 г. продолжительностью 12-24 часа. 25.08.2014 года МРТ головного мозга № 52818 - единичный очаг демиелинизации в височной доли слева 3*2 мм (вероятно посттравматического характера), умеренная сочетанная внутренняя и наружная гидрорефлюксия, ретроцеребеллярная киста (20*15 мм). В настоящее время продолжает лечение амбулаторно. ВУТ с 20.02.2014 по 19.03.2014, с 09.06.2014 по 16.06.2014, 18.08.2014 по 17.09.2014, 31.10.2014 по 09.12.2014 года.; 50. Антропометрические данные: 50.1. рост 171; 50.2. вес: 86; 50.3. индекс массы тела: 29,4; 50.4. объем грудной клетки: 91; 50.5. объем талии: 87; 50.6. телосложение: нормостеник; 50.7. физическое развитие: нормальное; 50.8. общее состояние: удовлетворительное; 51. Данные обследования, полученные специалистами при проведении медико-социальной экспертизы: 51.1. Врач-специалист(): Походка неуверенная. Дополнительными средствами опоры не пользуется. Движения в суставах конечностей не ограничены. Периферическая пульсация отчетливая. Живот мягкий, безболезнен при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. 51.2. Врач-специалист (): На момент осмотра сознание сохранено. Фотореакция сохранена. Зрачки D=S, круглые, ослабление конвергенции. Лицо симметричное. Нистагм мелкокоразмашистый горизонтальный в обе стороны. Глотание не нарушено. Речь, фонация сохранена. Язык по средней линии. Глубокие рефлексы: с рук D=S, с ног D=S. Патологических, менингеальных рефлексов нет. Тонус, сила мышц конечностей не изменены. Атрофии, парезов нет. Гипергидроз ладоней. Симптомы натяжения отрицательные. Чувствительность всех видов сохранена. В позе Ромберга неустойчивость. ПНП выполняет неуверенно с легкой интенцией. Походка шаткая. Эмоциональная лабильность. Стойкий красный дермографизм.; 51.3. Врач-специалист (): Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет ЧДД=16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 72 в минуту. АД=135/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. С-м поколачивания (-) с обеих сторон. Периферических отеков нет.; 51.4. Специалист по реабилитации (Специалист по реабилитации): Реабилитационный потенциал низкий, реабилитационный прогноз сомнительный. Нуждается в проведении комплекса реабилитационных мероприятий, что позволяет разработать ИПР.; 51.6. Психолог (психолог): В контакт вступает охотно. Речь не нарушена. Фон настроения неустойчивый, слезлив. Эмоционально-лабилен. Утомляемость умеренно-выраженная. Отношение к болезни адекватное. Критика сохранена. Нуждается в дополнительном психодиагностическом обследовании. В процессе исследования обнаружены умеренные нарушения мнестической деятельности, грубых нарушений функций внимания и мышления не обнаружено. Мышление с

конкретизациями, снижением понимания переносного смысла. Эмоционально-лабилен.; 52. Программа дополнительного обследования: 52.2. не требуется; 54. Клинико-функциональный диагноз: 54.3. код по МКБ-10 T90.5; Поздний восстановительный период ЗЧМТ с сотрясением головного мозга в быту от 20.02.2014 года в виде посттравматической энцефалопатии на фоне умеренной сочетанной наружной и внутренней гидроцефалии, с частыми тяжелыми и средней тяжести ликвородинамическими кризами (июнь, июль 2014 года, 18.08.2014, 21.08.2014, 11.11.2014 года), вегетативной дисфункции, умеренного вестибулоатактического синдрома. Умеренное нарушение СДФ. Умеренное нарушение психических функций.; 54.6. сопутствующее заболевание: 54.7. Код по МКБ 10 I 11, N 35; Гипертоническая болезнь 2 ст, артериальная гипертензия 2 степ, риск 2. Ангиопатия сетчатки обоих глаз. В деле имеется заключение психолога от 17.12.14 г. Ф.И.О. Х, Возраст: 1975, Образование: 10 кл. В беседе предъявляет жалобы многочисленные жалобы соматического характера, а также на раздражительность, дезориентацию. Речь, в целом, правильная, на вопросы отвечает адекватно, по существу, немногословно. Контакт глаз поддерживает. В целом, контакт продуктивный. Социальную дистанцию соблюдает. Понимание инструкций нарушено, требует повторения. Темп работы неустойчивый. Утомляемость умеренно-выраженная. Обращает внимание частая близость к слезам. Экспериментально-психологическое исследование. Познавательная сфера. Исследование памяти с помощью методики «10 слов» (4678..7) выявило незначительное снижение кратковременной и долговременной памяти. Способность к усвоению нового материала незначительно снижена. Результаты изучения оперативной и логической памяти в пределах средненормативных. Внимание с незначительным нарушением устойчивости, способности к распределению, с незначительным снижением объёма. Мышление с конкретизациями. Сложные обобщения, в целом, доступны. Понимание переносного смысла ближе к конкретному, снижено. Темп психической деятельности умеренный. Психическая истощаемость слабо выраженная. Эмоционально-личностная сфера. Фон настроения неустойчивый, от спокойного до слезливости. Эмоционально-лабилен. Заключение: В процессе исследования обнаружены умеренные нарушения мнестической деятельности, грубых нарушений функций внимания и мышления не обнаружено. Мышление с конкретизациями, снижением понимания переносного смысла. Эмоционально-лабилен. Психолог: Иванова И.Н. В «деле» имеется «Индивидуальная программа реабилитации инвалида» и «Лист информирования гражданина». В «деле» имеется «Выписка из протокола заседания экспертного состава по проведению медико-социальной экспертизы гражданина» от 23.06.2015 №816.1.34/2015 (в порядке: контроля, заочно): ... «Решение бюро МСЭ №24 не изменено». В «деле» имеются два заявления Х С.В. о выдаче копии акта МСЭ и протокола МСЭ.

➤ Материалы гражданского дела №2-Х/2015 Х городского суда Волгоградской области изучены комиссией экспертов в полном объёме.

ЭКСПЕРТЫ:

_____ А.В. Безбородов

_____ Б.У. Гергоков

Анализ и экспертная оценка исследованных материалов

В соответствии со сведениями, изложенными в определении X городского суда Волгоградской области от 19.10.2015 г., истец Х И.В. обратилась в суд с иском к ООО Страховая компания «Х Страхование» о признании страховым случаем, признании отказа незаконным, взыскании страхового возмещения, компенсации морального вреда, штрафа, судебных расходов. Между Х С.Е. и ответчиком 13 января 2014 года заключен договор страхования от несчастных случаев и болезней, предметом которого выступали следующие страховые риски: риски телесных повреждений в результате несчастного случая; постоянная утрата трудоспособности с установлением инвалидности в результате несчастного случая; смерть в результате несчастного случая. Срок действия договора определен с 14 января 2014 года по 13 января 2015 года, а в период действия договора 20 февраля 2014 года наступил страховой случай: ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, ушиб мягких тканей. Страхователь находился на стационарном лечении с 20 февраля 2014 года по 03 марта 2014 года, 24 марта 2014 года страховщиком была выплачена выгодоприобретателю Х И.В. страховая выплата в связи со страховым случаем Х С.Е. в размере 8 100 рублей. Согласно справке Бюро МСЭ № 24 от 10 декабря 2014 года Х С.Е. была установлена третья группа инвалидности впервые. 19 декабря 2014 года Х С.Е. подал заявление в ООО СК «Х Страхование» о выплате страхового возмещения в связи с установлением ему инвалидности по 3 группе. 11 марта 2015 года ответчиком было направлено решение №07/02-08/24-11-02/6167 «Об отказе в выплате страхового обеспечения по делу № ВГ-НФЛ-14-00069». Истец с данным решением не согласен.

Медицинская карта №2891 стационарного больного ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. С.З. Фишера» на имя Х Сергея Евгеньевича, 26.11.1975 г.р. содержит записи о поступлении пациента 20.02.2014 г. в 17:30 ч., доставлен бригадой скорой помощи (КССМП) с диагнозом: ЗЧМТ, сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей. Направлен в отделение НХО. Сопроводительный лист ССМП вклеен в мед. карту. Нейрохирургом при поступлении 20.02.14.г. и при дальнейших осмотрах описаны жалобы и неврологическая симптоматика, соответствующая диагнозу ЗЧМТ в виде сотрясения головного мозга: жалобы на головокружение, головную боль, тошноту, рвоту; визуально и пальпаторно - травматический отёк мягких тканей теменнозатылочной области; положительная ортостатическая проба, умеренно выражен дистальный гипергидроз; сознание – ясное; ШКГ=15 б.; зрачки D=S, фотореакция и корнеальный рефлекс снижены, ослаблена конвергенция, «+» симптом Гуревича-Мана и Седана, горизонтальный мелкоаппагм при крайнем отведении глазных яблок; лёгкая ригидность затылочных мышц по типу «вязкости», симптом Кернига отрицателен. Координаторные пробы выполняет с интенцией без промахивания, лёгкая дисметрия. Со слов пациента указана дата травмы и механизм: 20.02.14. упал сам на улице, поскользнувшись, ударился затылком об асфальт, сознание терял на несколько секунд, затем отмечал оглушение. Проведены исследования: ЭХО-ЭС: md=ms=tr= 72 мм., смещения срединных структур мозга нет. Рентгенография черепа: костнодеструктивных изменений нет. Компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головного мозга не проводилась. Назначено лечение, которое согласно записям в листе назначений проведено. 03 марта 14 г. выписан с улучшением состояния на амбулаторное лечение к неврологу. **Диагноз заключительный клинический:** «ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей головы».

Медицинская карта амбулаторного больного №36394 Медицинской клиники «Рефлекс», на имя Х С.Е., 26.11.1975 г.р., заведена в марте 2015 г., первая запись от 05 марта 2014 г. - Первичный приём невролога: жалобы на головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение: болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ; лечился в нейрохирургии; продолжил лечение амбулаторно; объективно: в сознании. ЧМН – Зрачки

равные, глазные щели симметричные; лицо асимметричное; сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены; координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопопаданием; в позе Ромберга покачивание; диагноз: ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. (S06.0) листок нетрудоспособности с 05.03.14 по 12.03.14 Медикаментозная терапия: Пантогам по 1 т. 2 р. в д., Актовегин по 1 т. 2 р. в д. Врач Х Ю.А. В амбулаторную карту вклеены выписные эпикризы №2891, № 13162, №17167. Имеется результат ЭКГ исследования от 20.08.2015 г.; результат общего анализа крови от 17.03.2015 г.; результат общего анализа мочи от 17.03.2015 г.: цвет светло-желтая, прозрачная, относительная плотность 1030, Белок – 0,033 г/л, эр. Свежие 3-5 в п/з, лейкоциты ед. в п/з, эритроцитов 0-1 в п/з, слизь 1(+); вклеено заключение МРТ-исследования от 25.08.2014 г.; копии листков нетрудоспособности. Имеются записи о повторных приёмах невролога от 12 марта 2014 г. и далее с однотипными записями. Выписан с больничного 20.03.2014 г. С ухудшением состояния обратился 09 июня 2014 г.: жалобы на: головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились; анамнез заболевания: болеет с 20.02.2014 г. после ЧМТ; лечился в нейрохирургии; продолжил лечение амбулаторно; отмечает уменьшение цефалгии; 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота; объективно: в сознании; ЧМН – Зрачки равные, глазные щели симметричные; лицо асимметричное; сухожильные рефлексы симметричные, слегка повышены. координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопопаданием; в позе Ромберга покачивание; диагноз: ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, поздний восстановительный период. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. сложного генеза с атаксическим синдромом и цефалгией. (Т 90.5; I 67.8) Листок нетрудоспособности с 09.06.14 по 16.06.14г. Назначено лечение. С ухудшением обратился 18 августа 2014 г. с жалобами на головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота. Записи однотипные с предыдущими. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Ликвородинамический криз. (Т 90.5) Направлен в н/о. Повторный приём невролога. 02 сентября 2014 г. после выписки из стационара. Листок нетрудоспособности продлён с 02.09.14 по 17.09.14 г. Обратился с ухудшением 20 октября 2014 г. с жалобами на головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение уменьшились. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Ликвородинамический криз. (Т 90.5; S 06.0). 17 ноября 2014 г. обратился к неврологу с жалобами на головные боли, тяжесть в голове, периодическое головокружение усилились, появилась тошнота, онемение, тяжесть в голове; отмечает уменьшение цефалгии; 2 дня назад усилились головные боли и головокружение, появилась тошнота; на фоне лечения отмечает улучшение выписан из неврологии. Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Ликвородинамический криз. (Т 90.5; S 06.0). Листок нетрудоспособности с 17.11.14 по 26.11.14. Осмотрен офтальмологом 17.11.14 г. с жалобами: слезотечение. Диагноз: Ангиопатия сетчатки. Осмотрен ЛОР 18.11.14г.: жалоб в настоящее время нет; носовая перегородка искривлена влево; слизистая носа влажная не набухшая; зев чист...; диагноз: Искривление носовой перегородки. Осмотрен хирургом 19.11.14 Данных за хирургическую патологию не выявлено. Осмотрен врачом-терапевтом 18.11.14г.: жалобы: головные боли, общая слабость; общее состояние относительно удовлетворительное; кожа и видимые слизистые розовые, чистые. Т 36,6⁰С; АД 150/110; П – 90 в мин.; ЧД 18 в мин.; зев – N, периферические лимфоузлы не пальпируются; над лёгкими дыхание везикулярное, хрипов нет; тоны сердца чистые. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный; печень у края рёберной дуги; с-м Пастернацкого отрицательный; стул – N; диурез – N; костно-мышечная система без особенностей. Диагноз основной: Артериальная гипертензия I ст, риск 3. Повторный приём невролога 26 ноября 2014 г. Листок нетрудоспособности с 27.11.14 по 01.12.14. Повторный приём невролога 01

декабря 2014 г. Листок нетрудоспособности с 02.12.14 по 08.12.14. Приём невролога 08 декабря 2014 г. в 10:00 Листок нетрудоспособности с 09.12.14 по 09.12.14. Повторная явка 09.12.14. Оформлен п/лист на МСЭ. Из «Протокола ВК №148» от 08.12.2014 г.: Решено в соответствии с приказом МЗ и СР РФ №77 от 31.01.2007 г., а также выявленными нарушениями основных функций организма, жалобами, объективными данными осмотра, диагнозом и заявлением пациента: Выдать направление ф. 088/у-06 с целью первичного выхода на инвалидность. Следующая запись о посещении невролога 02 марта 2015 г. Листок нетрудоспособности с 02.03.15 по 10.03.15. Повторный приём невролога 10 марта 2015 г.: Диагноз: Последствие ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгией. Состояние после ликвородинамического криза. Гипертензионный криз. (Т 90.5; i 67.8). Листок нетрудоспособности с 11.03.15 по 16.03.15. Листок нетрудоспособности закрыт, труд 17.03.15. Запись невролога от 17 августа 2015 г. Диагноз основного заболевания: Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. сложного генеза с явлениями умеренной вестибулопатии с частыми гипертензионными кризами. Гипертензионный криз. (Код по МКБ-10 М50.1.) Осмотр врачом терапевтом 19.08.15г. Диагноз: Гипертоническая болезнь II. Артериальная гипертензия II риск III. Осмотр врача-невролога от 24 августа 2015 г. Диагноз основного заболевания: Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст сложного генеза с явлениями умеренной вестибулопатии с частыми гипертензионными кризами. Гипертензионный криз. (Код по МКБ-10 М50.1.) Осмотр терапевта (повторный) 24.08.15 г. Диагноз: Гипертоническая болезнь II р. II. Последняя запись от 31 августа 2015 г. осмотр врача-невролога. Диагноз основного заболевания: Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст сложного генеза с явлениями умеренной вестибулопатии с частыми гипертензионными кризами. Гипертензионный криз. (Код по МКБ-10 М50.1.) Анализ записей врача-невролога свидетельствует об отсутствии описания симптомов, свидетельствующих о наличии ликвородинамических кризов у Х С.Е.

Медицинская карта №13162 стационарного больного ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. С.З. Фишера» на имя Х Сергея Евгеньевича, 26.11.1975 г.р., содержит информацию о поступлении пациента 18.08.14 в 22:30 в неврологическое отделение по направлению ООО «Медицинская клиника «Рефлекс» с диагнозом: Последствие черепно-мозговой травмы. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. сложного генеза, атаксический с-м. Ликвородинамический криз. (Код диагноза по МКБ Т90.5.) С момента поступления в приёмный покой 18.08.14 22.25 и 21.08.14г. врачом-неврологом описаны жалобы и симптомы, не исключающие наличие ликвородинамического криза: диффузные головные боли с чувством давления на глазные яблоки, сопровождающиеся светобоязнью, слезотечением, болезненностью при движении глазных яблок, тошнотой, рвотой, усиливающиеся при перемене положения туловища, общую слабость; сегодня началась рвота, головокружение, обратился к неврологу, направлен в стационар с ДЗ: «Последствие ЧМТ, ликвородинамический криз»; состояние больного средней тяжести, невротатус: в сознании, адекватен, ориентирован в полном объеме; зрачки D=S, глазные щели D=S, движения глазных яблок в полном объеме, болезненны в крайних отведениях, вызывают рвоту, фотореакция сохранена, нистагм при взгляде в стороны, диплопии нет, лицо симметричное, язык по средней линии, речь и глотание не нарушены, сух. рефлексy D=>S средней живости, мышечная сила в конечностях достаточная, патологических стопных, менингеальных знаков нет, ПНП неуверенно с 2 сторон, в позе ромберга не стоит из-за сильного головокружения. На основании жалоб, анамнеза, соматического и неврологического статусов выставлен предварительный диагноз: Последствия ЧМТ в виде посттравматической энцефалопатии. Ликвородинамический криз. В день предполагаемого ликвородинамического криза 21.08.14г. проведено ДСБА брахиоцефальных артерий, заключение: «Магистральные сосуды шеи проходимы. Скорость и спектральные характеристики в норме», таким образом, приток и отток крови к головному мозгу не был нарушен. Проведено ЭКГ 19.08.14 г., заключение: «Синусовый регулярный ритм 75 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца». 25.08.14 г.

Х Сергею Евгеньевичу, 26.11.1975г., проведена магнитно-резонансная томография головного мозга в ООО Медицинский центр «Х», заключение №52818: «Единый очаг демиелинизации височной доли слева (вероятно, посттравматического характера). Сочетанная внутренняя и наружная гидроцефалия, умеренно выраженная. Ретроцереbellарная арахноидальная киста». Результат МРТ исследования не содержит признаков окклюзии ликворных путей. Осмотрен окулистом 26.08.14 г. диагноз: Ангиопатия сетчатки с явлениями ангиоспазма обоих глаз, признаки внутричерепной гипертензии. Больной выписан 29.08.14 г. с незначительной положительной динамикой на дальнейшее лечение к неврологу по месту жительства с диагнозом: Последствия ЧМТ в форме посттравматической энцефалопатии в виде сочетанной внутренней и наружной гидроцефалии, умеренно выраженной с гипертензионно-гидроцефальным синдромом в форме цефалгического, вестибуло-атактического синдрома с частыми ликвородинамическими кризами. Измерение давления спинномозговой жидкости у Х С.Е. не проводилось.

Анализ медицинской карты №17167 стационарного больного ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. С.З. Фишера» на имя Х Сергея Евгеньевича, 26.11.1975 г.р. выявил, что 31.10.14 в 13:45 пациент поступил в неврологическое отделение по направлению ООО «Медицинская клиника «Х» с диагнозом: Последствия ЧМТ. Сотрясения головного мозга в виде энцефалопатии с атаксическим синдромом и цефалгиями. Ликвородинамический криз. (Код диагноза по МКБ Т90.5.) С момента поступления в приёмный покой 31.10.14г. 13.45 и 11/11/14г. врачом-неврологом описаны жалобы и симптомы, не исключающие наличие ликвородинамического криза: жалобы: на диффузные головные боли с чувством давления на глазные яблоки, сопровождающиеся светобоязнью, слезотечением, болезненностью при движении глазных яблок, тошнотой, рвотой, усиливающиеся при перемене положения туловища, общую слабость; сегодня началась рвота, головокружение, обратился к неврологу, направлен в стационар с ДЗ: «Последствие ЧМТ, ликвородинамический криз». Состояние больного средней тяжести. Умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 140/80 мм.рт.ст., пульс 62 уд./мин. Невростатус: В сознании. Адекватен, ориентирован в полном объеме. Зрачки D=S. Глазные щели D=S Движения глазных яблок в полном объеме, болезненны в крайних отведениях, вызывают рвоту. Фотореакция сохранена. Нистагм при взгляде в стороны, диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Речь и глотание не нарушены. Сух, рефлексы D=>S средней живости. Мышечная сила в конечностях, достаточная. Патологических стопных, менингеальных знаков нет. ПНП неуверенно с 2 сторон. В позе Ромберга не стоит из-за сильного головокружения. На основании жалоб, анамнеза, соматического и неврологического статусов выставлен предварительный диагноз: Последствия ЧМТ в виде посттравматической энцефалопатии. Ликвородинамический криз. Проведено ЭКГ от 31.10.14 г. Заключение: «Ритм синусовый с ЧСС 85 в мин., эл. Ось 3S». 11.11.2014 с 12:56 пациенту: Х С.Е., 26.11.1975 г.р., на фоне купирования предполагаемого ликвородинамического криза проведено исследование: Реоэнцефалограмма, заключение: на РЭГ умеренное снижение пульсового кровенаполнения в правой внутренней сонной артерии (на 24% от нормы), в левой внутренней сонной и позвоночной артериях достаточное. Повышен тонус артерий среднего и мелкого калибра. Венозный отток не нарушен. Проба с поворотами головы (-)». Дневниковая запись от 12/11/14г. содержит описание заключения РЭГ незначительно отличающуюся от записи в проведенном исследовании, но существенно меняющую смысл заключения. 10.11.14 г. пациенту Х С.Е. проведено исследование: Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ДСБЦА), результат исследования вклеен в мед. карту, заключение: «Магистральные сосуды шеи проходимы, скоростные и спектральные характеристики в норме», что свидетельствует об отсутствии нарушения кровотока головы, как притока, так и оттока крови. Имеется запись Окулиста от 13.11.14 г.: «На

приём не явился». 13.11.14г. Закончил курс лечения, выписывается на дальнейшее амбулаторное лечение к неврологу по месту жительства.

Из направления №775 от 17.11.2014 г. на медико-социальную экспертизу, которое составлено ООО Медицинская клиника «Х», имеется информация в пункте 17: о наблюдениях Х С.Е. с 2010 года в организациях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, а в пункте 19: о наличии в прошлом заболеваний: Гипертоническая болезнь 2 ст. Риск 4; Ишемическая болезнь сердца; Стенокардия напряжения. ФК 3. СН 1; Язвенная болезнь желудка вне обострения; Хронический панкреатит; Хронический пиелонефрит. ХПНО. Медицинские карты амбулаторного больного и стационарного больного, представленные на исследование не содержат информации о заболеваниях перенесенных до черепно-мозговой травмы от 20.02.2014 г.

ВЫВОДЫ:

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

Ответ на вопрос № 1 Определения «Подтверждается ли объективными данными медицинской документации наличие ЗЧМТ в виде сотрясения головного мозга, посттравматического расстройства у Х Сергея Евгеньевича при обстоятельствах указанных выше (случай от 20 февраля 2014 года)?»

1. Описанный комплекс симптомов и жалоб у Х С.Е. в медицинской карте №2891 стационарного больного ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. С.З. Фишера» при его поступлении 20.02.14 г. и в период пребывания в стационаре **не исключает** наличия у него закрытой черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга.

1.1. В соответствии с результатами МРТ (магнитно-резонансная томография) исследования, проведённого Х С.Е. 25.08.2014 г. выявлено наличие изменений в виде ретроцереbellарной арахноидальной кисты и единичного очага демиелинизации височной доли слева, которые **не могут** являться следствием черепно-мозговой травмы в виде сотрясения головного мозга.

1.2. В период пребывания Х С.Е. в стационаре с 20.02.14 г. не проводилось МРТ (магнитно-резонансная томография) или КТ (компьютерная томография) исследования, поэтому невозможно установить имелась ли ретроцереbellарная арахноидальная киста и единичный очаг демиелинизации височной доли слева с момента поступления пациента в стационар 20.02.14 г.

1.3. Ретроцереbellарная арахноидальная киста и очаг демиелинизации височной доли слева у Х С.Е. может быть как результатом заживления черепно-мозговой травмы в виде ушиба вещества головного мозга и его оболочек, так и в результате заболевания.

1.4. Направление №775 от 17.11.2014 г. на медико-социальную экспертизу, составленное ООО Медицинская клиника «Рефлекс», содержит информацию в пункте 17: о наблюдениях Х С.Е. с 2010 года в организациях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, а в пункте 19: о наличии в прошлом заболеваний: «Гипертоническая болезнь 2 ст. Риск 4; Ишемическая болезнь сердца; Стенокардия напряжения. ФК 3. СН 1; Язвенная болезнь желудка вне обострения; Хронический панкреатит; Хронический пиелонефрит. ХПНО».

1.5. В связи с тем, что не представлена медицинская документация на имя Х С.Е. до момента травмы головы 20.02.14 г. невозможно установить причину и давность образования ретроцереbellарной арахноидальной кисты и единичного очага демиелинизации височной доли слева.

1.6. Места расположения в полости черепа ретроцереbellарной арахноидальной кисты и очага демиелинизации височной доли слева у Х С.Е. исключают возможность

образования повреждений вещества головного мозга и его оболочек с такой локализацией при механизме травмы, указанном в медицинской карте №2891: «упал сам, поскользнувшись, ударился затылком об асфальт», следовательно, выявленные изменения не относятся к черепно-мозговой травме от 20.02.2014 г.

1.7. Отсутствие существенных нарушений функций у Х С.Е. в соответствии с результатами проведённых инструментальных исследований, а также отсутствие в амбулаторной карте №36394 Медицинской клиники «Х» описания симптоматики ликвородинамических кризов не позволяет комиссии экспертов достоверно подтвердить правильность оценки описанных симптомов и синдромов как ликвородинамический криз лечащим врачом в стационаре.

Изложенный вывод подтверждается результатами инструментальных исследований: РЭГ (реоэнцефалограмма) от 11.11.2014 в момент купирования ликвородинамического криза, ДСБЦА (дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий) от 10.11.2014, которые не выявили существенных отклонений от нормы; а также МРТ (магнитно-резонансная томография) от 25.08.2014 г., которая не выявила признаков окклюзии (закупорки) ликвородинамических путей. Кроме того, Х С.Е. не проводилось измерение давления спинномозговой жидкости, которое указывает на степень повышения внутричерепного давления и позволяет достоверно ответить на вопрос о наличии или отсутствии ликвородинамического криза.

Ответ на вопрос № 2 Определения «*Имеется ли причинно-следственная связь между полученной Х Сергея Евгеньевича травмы при указанном выше событии (20 февраля 2014 года) и наступлении последствий в виде сотрясения головного мозга?*»

2. Между событиями 20 февраля 2014 года, описанными в медицинской карте №2891: «упал сам, поскользнувшись, ударился затылком об асфальт, сознание терял на несколько секунд» и полученной закрытой черепно-мозговой травмой в виде сотрясения головного мозга **имеется прямая причинно-следственная связь.**

Ответ на вопрос № 3 Определения «*Развитие какого заболевания явилось причиной установления Х Сергею Евгеньевичу инвалидности 3 группы? Имеется ли причинно-следственная связь между полученной Х Сергея Евгеньевича травмы при указанном выше событии (20 февраля 2014 года) и установлением ему инвалидности 3 группы?*»

3. **Учитывая невозможность образования ретроцеребеллярной арахноидальной кисты и очага демиелинизации височной доли слева у Х С.Е. при механизме травмы, указанном в медицинской карте №2891:** «упал сам, поскользнувшись, ударился затылком об асфальт», а также отсутствие медицинской документации на имя Х С.Е. до момента травмы головы 20.02.14 г., комиссия экспертов не может достоверно установить причину развития энцефалопатии и гидроцефалии у Х С.Е., по которым ему установлена инвалидность и соответственно, не может установить причинно-следственную связь между черепно-мозговой травмой от 20.02.2014 г. и установленной инвалидностью.

ЭКСПЕРТЫ:

_____ А.В. Безбородов

_____ Б.У. Гергоков