



СБЕРБАНК РОССИИ

Основан в 1841 году

ПАО Сбербанк
№ 17 / 00313

**Реквизиты счета для рублевых и валютных зачислений
на карту № 2202 **** * 4887**

ДЛЯ РУБЛЕВЫХ ПЕРЕВОДОВ

Получатель	МАРТЬЯНОВА ЕЛИЗАВЕТА ВЛАДИМИРОВНА
Счет получателя	40817810877030199587
Банк получателя	ОТДЕЛЕНИЕ N17 СБЕРБАНКА РОССИИ Г.ЯРОСЛАВЛЬ
ИНН Банка получателя	7707083893
БИК Банка получателя	047888670
Корреспондентский счет	30101810500000000670
Код подразделения Банка по месту ведения счета карты (для внутренних переводов по системе Сбербанк)	77001707770
Адрес подразделения Банка по месту ведения счета карты	г.Ярославль, ул.Свободы, 52/39

ДЛЯ ВАЛЮТНЫХ ПЕРЕВОДОВ

Получатель	MARTYANOVA ELIZAVETA VLADIMIROVNA
Счет получателя	40817810877030199587
Наименование банка получателя и адрес	SBERBANK (HEAD OFFICE – ALL BRANCHES AND OFFICES IN RUSSIA) MOSCOW RUSSIAN FEDERATION
SWIFT-код	SABRRUMM
Код подразделения Банка по месту ведения счета карты (для внутренних переводов по системе Сбербанк)	77001707770

ГБУЗ Ярославской области
«Областная клиническая больница»
г. Ярославль

Ярославская областная клиническая больница

150062 г. Ярославль, ул. Яковлевская, 7

Нейрохирургическое отделение №5 (4852) 58-90-84

**ВЫПИСКА ЭПИКРИЗ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО
№9533**

Мартьянова Елизавета Владимировна, 1964 года рождения.

Находилась на лечении с 21.08.17 по 25.09.2017.

Адрес регистрации: Ярославская обл., Ярославский р-н, п.Лесная Поляна 16, кв.1

ДИАГНОЗ: - **Основной:** менингиома позвоночного канала на уровне Th4. Операция 24.08.17
- **Сопутствующие:** Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника вне обострения. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4. Микроаденома гипофиза без значимых клинических проявлений. Хронический обструктивный бронхит, вне обострения. Узловой зоб, эутиреоз.

Жалобы при поступлении: На чувство жжения, снижение чувствительности в правой ноге. На слабость мышц левой ноги.

Анамнез заболевания: Чувство жжения появилось 4 месяца назад. За медицинской помощью не обращалась. 3 недели назад появилась слабость в правой ноге. Обратилась к неврологу поликлиники, обследована. Выполнена МРТ с КУ грудного отдела – определяется образование позвоночного канала. Консультирована нейрохирургом – рекомендовано плановое оперативное лечение.

Анамнез жизни: Наличие сахарного диабета, туберкулеза, ВГ, ВИЧ и отрицает. Из хронических заболеваний отмечает остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, гипертоническая болезнь 2 стадии, риск 4, узловой зоб, эутиреоз, микроаденома гипофиза, хронический обструктивный бронхит, вне обострения. Перенесенные операции: аппендэктомия, холецистэктомия. Постоянно принимает конкор 5 мг, индапамид 1.5. мг утром.

Аллергологический анамнез: Наличие лекарственной и иной непереносимости отрицает.

Экспертный анамнез: Работает в ГБУЗ ЯО ЯОКПБ. Должность – медсестра.

Объективно при поступлении: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и влажности. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 72 в минуту. АД 130/85 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует, отмечает периодические запоры.

St. neurologicus: В сознании, ориентирована в месте-времени-собственной личности, критика к своему заболеванию сохранена. Все команды выполняет правильно.

Чер нер: Глазные щели D=S, зрачки S=D с удовлетворительной р-цией на свет. Глазные яблоки располагаются на одном уровне по горизонтали, прямо. Объем движений глазных яблок полный. Нистагма нет. Парез конвергенции умеренный. Мимическая мускулатура симметрична. Мягкое нёбо при фонации напрягается удовлетворительно. Речь и глотание сохранены. Аксиальных рефлексов нет. Слух не нарушен.

Сухожильные и периостальные рефлексы с в/конечностей D = S живые, коленные р-сы снижены D ≤ S; ахилловы р-сы низкие, D ≤ S. Патологических кистевых р-сов нет. Подошвенные р-сы снижены с 2х сторон, атипичные. С-м Вендеровича «-» с обеих сторон, с-м Давиденкова «-» с обеих сторон. Мышечная сила в верхних конечностях достаточная с обеих сторон; в нижних конечностях - дистально D - 5б, S - 4,5б, проксимально D - 4,5б, S - 4,0-4,5б. Чувствительность – умеренная гипестезия справа с уровня Th 6-7 справа с явлениями гиперпатии. Глубокая чувствительность расстроена в стопах путает счёт пальцев со 2-го

по 4-й. Координаторные пробы: ПНП удовлетворительно с обеих сторон; ПКП выполняет с грубой интенцией с обеих сторон. Мышечный тонус в нижних конечностях изменён по типу гипотонии умеренной степени во всех группах мышц.

Симптом Ласега шейный (-) с 2х сторон, с-м Нери (-).

С-м нагрузки по оси слабо (+).

В поясничном отд п-ка лордоз уплощен до 2 степени, умеренное ограничение движений в стороны и вперед-назад. Умеренное напряжение паравертебральных мышц. С-м Ласега отрицательный с 2х сторон.

В позе Ромберга неустойчива (из-за слабости в ногах).

Самостоятельно передвигается в пределах палаты, опираясь на ходунки.

Менингеальных знаков нет.

Функция тазовых органов сохранена.

По данным МРТ ниже-грудного отдела позвоночника от 27.07.2017 с контрастным усилением: В задних отделах позвоночного канала на уровне Тн4 позвонка интрадурально, экстремедулярно, объемное образование округлой формы, с ровными, четкими контурами, однородной структуры, размерами 1х1х1.4 см с компрессией спинного мозга. Предположительно менингиома.

24.08.17 выполнена операция ламинэктомия Тн3-Тн4, удаление новообразования, пластика задней стенки позвоночного канала. Гист.ответ № 22977-8 от 30.08.17-менинготелиоматозная менингиома. Степень злокачественности по ВОЗ 1.

В п/о периоде у больной развилась клиника нижней параплегии с чувствительными и тазовыми нарушениями.

Получала лечение: дексаметазон, трамадол, цефотаксим, гепарин, прозерин, пентоксифиллин, диакарб, омепразол, бисакодил, массаж ног, эл.стимуляция ног, кишечника, ЛФК паретичных конечностей.

На фоне лечения состояние рана зажила первичным натяжением, швы сняты, в неврологическом статусе сохраняется нижняя параплегия, задержка мочи, стула. Мочеиспускание по катетеру, стул после очистительных клизм, ректального исследования.

Осмотрена проктологом 14.09.17-копростаз на фоне пареза кишечника, колоноскопия в плановом порядке. Даны рекомендации (см.ниже)

МРТ грудного отдела позвоночника от 19.09.17 с КУ-состояние после оперативного лечения, постоперационная ликворная киста паравертебральных мягких тканей, постоперационная киста в заднем подбололочном пространстве, миелопатия грудного отдела позвоночника на уровне ТН4, на постконтрастных исследованиях накопления контрастного вещества не выявлено.

Общий анализ крови (19.09.17): Эр – $5,61 \times 10^{12}$ в л., гемогл - 155 гр/л, гематокрит – 49,9%, Лц – $3,9 \times 10^9$ в л.; Сегм - 75%, Лимф - 18%, Гц – 313×10^9 в л, СОЭ - 13 мм/ч.

ОАМ (22.09.2017): цвет – св/желтый, билируб – отр., кровь – отр., уробилиноген – в пред. нормы, кетон. тела – отр., белок – полож., нитриты – отр., глюкоза – отр., рН – 5,0, удельный вес – 1,020, лейкоц. – 18-20 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр

Группа крови (09.08.17): Ав(II), Rh (+).

ЭКГ (16.08.17): Синусовая брадикардия. Горизонтальная ЭОС.

В относительно удовлетворительном состоянии выписывается для дальнейшего лечения у невролога по м/ж

Выдан б/л с 30.08.17 по 28.09.17, к врачу 28.08.17

Рекомендовано:

- аксомон 15 мг по 1тх3р/д внутрь 1,5 мес.
- трентал 100 мг по 1тх1р/д внутрь 1,5 мес.
- вазелиновое масло 1-2 ст.л.х3-4 раза в день
- ЛФК паретичных конечностей.

Лечащий врач:

Зав. отделением:



Магнитно-резонансная томография

Philips Achieva 1.5T

Фамилия, имя, отчество: **Мартьянова Елизавета Владимировна**

Дата рождения: **02.10.1964**

Область исследования: **MPT позвоночника (грудной отдел с миелографией) до и после внутривенного контрастного усиления (Омнискан 10,0 мл)**

Номер исследования: **2559**

Цель исследования: **обследование**

Краткий анамнез заболевания (жалобы): онемение, парестезии обеих ног

На серии МР-томограмм, взвешенных по T1 и T2 в двух проекциях с жироподавлением /T2-stir/, кифоз сохранен, индекс кифоза 0,07 (норма 0.09-0.11).

Нарушения статики позвоночного столба нет.

Интрадурально экстремедуллярно слева, скелетотопически на уровне тела Th4 позвонка, определяется объемное образование неправильной овальной формы, с четкими ровными контурами, однородной структуры (изоинтенсивное спинному мозгу МРС по T1ви и T2ви, интимно прилежащее к задним отделам дурального мешка, вероятно произрастающее из твердой мозговой оболочки, размерами 1,0x1,0x1,4 см (фрхсагхверт), гомогенно накапливающее контрастное вещество с признаками контрастирования по типу "дурального хвоста".

Прилежащие отделы спинного мозга на данном уровне выражено компримированы объемным образованием, дислоцированы кпереди и вправо. Паренхима спинного мозга определяется в виде полулунной полосы в правых боковых отделах позвоночного канала.

Снижена высота и интенсивность МРС от Th3-Th10 дисков, высота остальных дисков исследуемой зоны сохранена.

Высота и форма тел позвонков не изменены. Определяются переднебоковые остеофиты в виде "скоб" на уровне Th3-Th4 и Th7-Th10 сегментов.

В теле Th 12 позвонка определяется очаг неоднородной структуры /гиперинтенсивный по T2 и T1, неоднородного МРС по T2-stir/, с четкими контурами, размерами 0,9x1,2 см /более специфично для гемангиомы/.

В теле Th 10 позвонка определяется очаг неоднородной структуры /гиперинтенсивный по T2 и T1, гипоинтенсивный по T2-stir/, с четкими контурами, размерами 0,7x0,7 см /жировой депозит/.

Костный мозг в телах позвонков с признаками минимальных диффузно-очаговых дистрофических изменений.

Дорзальных грыж и протрузий дисков на момент обследования не выявлено.

Позвоночный канал не сужен.

Позвоночные суставы конгруэнтны. Выявлены признаки деформирующего спондилоартроза на уровне Th1-L1 сегментов.

При проведении МР-миелографии определяется компрессия резервных пространств на уровне тела L4 позвонка слева, с дислокацией спинного мозга вправо. В остальных отделах ограничения ликворного пространства дурального мешка, дефектов наполнения не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: МР-картина интрадурального экстремедуллярного объемного образования спинного мозга на уровне тела Th4 позвонка; начальных дегенеративно-дистрофических изменений грудного отдела позвоночника; деформирующего спондилоза на уровне Th3-Th4 и Th7-Th10 сегментов; спондилоартроза на уровне Th1-L1 сегментов. Очаговое изменение в теле Th12 позвонка, более специфично для гемангиомы.

Рекомендации: консультация нейрохирурга.

27.07.2017

Врач Петушкова Е.В.

Данное заключение не является диагнозом и должно быть клинически интерпретировано лечащим врачом



ГБУЗ ЯО «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
КАБИНЕТ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ
г.Ярославль, ул. Яковлевская, 7, тел. 58-96-86
e-mail: ct_and_mri@rambler.ru

**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ
ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
(с внутривенным контрастированием)**

ФИО	Мартьянова Елизавета Владимировна
Год рождения	1964
Адрес	Стационар (5 нейрохирургическое)
Дата	19 сентября 2017 г. № исследования
Контрастное вещество	12200
Дополнительные данные	Омнискан 20 мл История болезни № 9533

Получено изображение грудного отдела позвоночника по t1, t2 ВИ и Stir в трех проекциях с применением методики внутривенного контрастного усиления.

Состояние после оперативного удаления новообразования позвоночного канала на уровне Th4.

В сегменте Th1-Th6 в мягких тканях по центру определяется постоперационная ликворная киста, приблизительным размером до 61,4(фронт)*24,9(саг)*75,2(верт) мм. Остистые отростки Th1/Th6 резецированы. В заднем подбололочном пространстве также определяется постоперационная ликворная киста, приблизительным размером до 14,9(фронт)*6,7(саг)*69,4(верт) мм, оттесняющая спинной мозг кпереди, с наличием зоны миелопатии на уровне Th4 по центру. По ходу корешка слева на уровне Th4/Th5 определяется патологический выпот

На МР томограммах грудного отдела позвоночника определяется выпрямление физиологического кифоза.

Высота межпозвонковых дисков сохранена во всех сегментах грудного отдела позвоночника. Мр-сигнал по t2 ви от межпозвонковых дисков снижен во всех сегментах грудного отдела позвоночника.

Определяются заострения замыкательных пластин по передней поверхности тел позвонков. Убедительных данных за краевые костные разрастания под передней продольной связкой, в том числе выходящих за пределы лимбуса, а также под задней продольной связкой не выявлено.

Тела позвонков имеют обычную конфигурацию. Кортикальный слой нормальной толщины. Костный мозг, расположенный в телах позвонков, имеет однородную интенсивность мр-сигнала.

После применения методики внутривенного контрастного усиления накопление контрастного вещества не определяется.

Заключение:

Состояние после оперативного удаления образования позвоночного канала на уровне Th4 справа. Постоперационная ликворная киста паравerteбральных мягких тканей; постоперационная киста в заднем подбололочном пространстве. Миелопатия грудного отдела позвоночника на уровне Th4.

На постконтрастных изображениях накопление контрастного вещества не выявлено.

Врач-рентгенолог	Таб.№ 5442	Жигулин А.М.
Мед.сестра	Таб.№ 5405	Перевозчикова О. Н.
Инженер	Таб.№5423	Понуровский П. В.

(линия отреза)

Утверждена приказом Минздрава
России № 1031н от 24 ноября 2010 г.

Решение учреждения медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности (статья 8 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995 г., №48, ст. 4563; 2003 г., № 43, ст. 4108; 2004 г., №35, ст. 3607; 2008 г., № 30, ст. 3616))

ФКУ "ГБ МСЭ по Ярославской области" Минтруда России
Бюро №13-филиал ФКУ "ГБ МСЭ по Ярославской области"
(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы)

СПРАВКА

серия МСЭ-2014

(выдается инвалиду)

№ 2652796

Мартьяновой Елизавете Владимировне
(фамилия, имя, отчество в дательном падеже)

Дата рождения 02.10.1964

150539, Ярославская обл, Ярославский р-н, Л:сная Поляна рп, д. 16, кв. 1

(место жительства, при отсутствии места жительства — место пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации (указываемое подчеркнуть))

Установлена инвалидность впервые, повторно (указываемое подчеркнуть)

12.12.2017

(дата установления инвалидности)

(линия отреза)


Группа инвалидности Первая группа (указывается прописью)
Причина инвалидности Общее заболевание
Инвалидность установлена на срок до 01.01.2020
Дата очередного освидетельствования 12.12.2019
Дополнительные заключения _____

Основание: акт освидетельствования в федеральном государственном учреждении
медико-социальной экспертизы

№ 1238.13.76/2017 от 12 « декабря 2017 г.

Дата выдачи справки 19.12.2017

Руководитель бюро (главного
бюро, федерального бюро)
медико-социальной экспертизы

 **Л.Н. Кузык**
(подпись) (расшифровка подписи)

М. П.

© ООО «Типография «Еврокопи»-2 СПб. 2014 г. Уровень «В».

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ОТДЕЛЕНИЕ УФМС РОССИИ
ПО ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ
В ЯРОСЛАВСКОМ РАЙОНЕ

Информация: _____
 Дата выдачи: 27.10.2009 Код подразделения: 760-023

78 09 732989

Светлана
Анкетная подпись

760-023

МАРТЬЯНОВА

ЕЛИЗАВЕТА

ВЛАДИМИРОВНА


ЖЕН. 02.10.1964

С.НОВОЕ

НЕКОУЗСКОГО Р-НА

ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛ.

78 09 732989



Российская Федерация
СТРАХОВОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО
ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕНСИОННОГО СТРАХОВАНИЯ

№ 045-956-894-14

Ф.И.О. **МАРТЬЯНОВА
ЕЛИЗАВЕТА
ВЛАДИМИРОВНА**

Дата и место рождения **02 октября 1964 года
НОВОЕ
НЕКОУЗСКИЙ
ЯРОСЛАВСКАЯ ОБЛАСТЬ**

Пол **Женский**

СЕРТИФИКАТ



Имя	<i>Иванов Иван Иванович</i>
Фамилия	<i>Иванов</i>
Год	<i>18</i>
Место жительства	<i>г. Москва</i>
ЗАРЕГИСТРИРОВАН Ярославская область Ярославский район п.п. Лесная Поляна	

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА