Осмотр КОЛЕНА - ПКС справа

Пациент перемещается без дополнительной опоры, симметрично, не хромая.

Мышцы бедра развиты адекватно, гипотрофии нет.

Область правого коленного сустава визуально не изменена.

Надколенники расположены центрально, гипермобильности нет.

Свободной жидкости в полости коленных суставов не определяется.

Показаний для пункции в настоящий момент нет.

Умеренная крепитация справа=слева

Объём движений в коленных суставах R: 135-0-0, L: 135-0-0

Лахман тест: справа (+++); слева (-)

Тест ПВЯ: справа (+++); слева (-)

Тест ЗВЯ: справа (-); слева (-)

Вальгус-стресс, варус-стресс справа - слева -

Сгибание+ приведение справа - слева -, сгибание + отведение справа - слева -.

Неврологических и сосудистых расстройств нижних конечностей нет.

МРТ правого коленного сустава: разрыв заднего рога медиального мениска, хондромаляция медиального компартмента 2-3 ст, разрыв передней крестообразной связки, ЗКС прослеживается на всем протяжении, латеральный мениск - без особенностей, локальные неполнослойные дефекты хряща в пателло-феморальном сочленении.

Заключение: анализ анамнестических, клинических и МРТ данных позволяет сделать вывод о том, что причиной боли и нестабильности в правом коленном суставе является разрыв передней крестообразной связки. В настоящий момент считаем целесообразным хирургическое лечение: артроскопическую ревизию правого коленного сустава, пластику передней крестообразной связки аутотрансплантатом из сухожилий полусухожильной и нежной мышц.

Осмотр КОЛЕНА - АРТРОЗ

Пациент перемещается без дополнительной опоры, хромая на правую н/конечность.

Мышцы бедра развиты адекватно, гипотрофии нет.

Варусная/вальгусная девиация правой голени

Область правого коленного сустава дефигурирована по артрозному типу.

Надколенники расположены центрально, гипермобильности нет.

Умеренное количество свободной жидкости в полости правого коленного сустава.

Показаний для пункции в настоящий момент нет.

Объём движений в коленных суставах R: 130-5-5, L: 135-0-0

Крепитация при движениях R>>>L

Лахман тест: справа (-); слева (-)

Тест ПВЯ: справа (-); слева (-)

Тест ЗВЯ: справа (-); слева (-)

Вальгус-стресс, варус-стресс справа - слева -

Сгибание+ приведение справа - слева -, сгибание + отведение справа - слева -.

Болезненность при пальпации в проекции медиальной/латеральной суставной щели

Болезненность при пальпации в проекции сухожилий «гусиной лапки»

Неврологических и сосудистых расстройств нижних конечностей нет.

МРТ правого коленного сустава: дегенеративный разрыв заднего рога медиального мениска, хондромаляция медиального компартмента 3 ст, субхондральный склероз, остеофиты, ПКС и ЗКС прослеживаются на всем протяжении, латеральный мениск - без особенностей, полнослойные дефекты хряща в пателло-феморальном сочленении.

Заключение: анализ анамнестических, клинических и МРТ данных позволяет сделать вывод о том, что причиной боли в правом коленном суставе является обострение медиального гонартроза на фоне дегенеративного разрыва медиального мениска. В настоящий момент считаем целесообразным комплексное консервативное лечение, консультацию врача реабилитолога, курс внутрисуставных инъекций препаратов гиалуроновой кислоты.

СНЯТИЕ ШВОВ АСК

Перемещается без доп опоры

Незначительный отёк оперированного коленного сустава

Показаний для пункции нет

ROM 130-0-0

Нейроциркуляторных расстройств нет

П.о раны зажили первичным натяжением

Швы удалены

ас. повязка

ОСМОТР ПЛЕЧО АКС

Верхняя конечность без иммобилизации.

В области надплечья, левой дельтовидной области - состоятельные гипотрофические рубцы без признаков воспаления.

Деформация надплечья: проксимальная миграция ключицы, протракция лопатки, дискинезия Kibler 2. Объем движений (активный/пассивный) FL 180/180 Abd 180/180 ExtRot 20/20 Int Rot L2. Пальпация, нагрузка АКС болезненна. Положительный симптом клавишы, симптомы горизонтальной нестабильности.

Положительные провокационные тесты на субакромиальный импинджмент (дуги при отведении на 90-120 градусов, Neer, Hawkins-Kennedy). Сила надостной 5/5, подостной 4+/5, подлопаточной мышц 5/5. Деформации бицепса не отмечается. Слабость, болезненность при выполнении тестов Speеd, O'Brien. Признаки нестабильности в плечевом суставе отрицательные. Грубых сосудистых и неврологических расстройств в конечности нет.

Рентгенологическое исследование правого плечевого сустава с нагрузкой: рентген-признаки повреждения правого акромиально-ключичного сочленения (тип Тосси 3).

ПЛЕЧО от Мансура - upd Лёша

Левый плечевой сустав визуально не дефигурирован.

ROM

R

FL 180 ABD 180 ExtRot (Side) 60 IntRot на уровне нижних грудных позвонков

Left

Fl 180 Abd 180 ExtRot (Side) 60 IntRot на уровне нижних грудных позвонков

При отведении в левом плечевом суставе выше 90 градусов возникает дискомфорт в области субакромиального пространства, дискомфорт в крайних точках.

Болезненная дуга 90-120 140-160.

Акромиально-ключичное сочленение при пальпации - безболезненное.

Тест "Full can" справа (-, сила 5/5), слева (-, сила 5/5)

Тест "Empty can" справа (+, сила 4/5), слева (-, сила 5/5)

Тест подостной мышцы справа (-, сила 5/5), слева (-, сила 5/5)

Тест подлопаточной мышцы справа (+, сила 4/5), слева (-, сила 5/5)

Subscapularis:

Bearhug test R (-) L (боль +-)

Bellypress test R (+) L (-)

Lift off R 4/5 L 4/5 (боль +-)

Тесты на сухожилие длинной головки двуглавой мышцы:

O'brien test R (-) L (+-)

Yergason's test R (-) L (-) (супинация с сопротивлением)

O'Driscoll's SLAP Test R (-) L (-)

Apprehension test R (-) L (-)

Jacob relocation test R (-) L (-)

Тесты на наличие субакромиального импинджмента

Neer's Test R (-) L (+-)

Hawkins-Kennedy test R (-) L (+-) (forward elevation + internal rotation)

Данных за наличие нейроциркуляторных нарушений в дистальных отделах левой верхней конечности на момент осмотра не выявлено.

Рентгенография: остеоартроз левого плечевого и акромиально-ключичного сочленений 1 - 2 ст.

МРТ левого плечевого сустава: частичный неолнослойный разрыв сухожилия надостной мышцы, продольный разрыв, подвывих сухожилия длинной головки двуглавой мышцы. частичный разрыв сухожилия подлопаточной мышцы. Остеоартроз акромиально-ключичного сустава, киста акромиального конца ключицы. Выпот в полости сустава. субакромиальный бурсит. Акромион 3 типа.

МРТ левого плечевого сустава: омартроз 2-3 стадии, частичный разрыва сухожилия надостной мышцы по типу PASTA, частичный разрыв подлопаточной мышцы, подвывих, тендинит сухожилия длинной головки двуглавой мышцы, массивные свободные остеохондральные тела под клювовидным отростком, дорзальное смещение головки, артроз АКС

ОСМОТР ГОЛЕНОСТОПА

Перемещается без дополнительной опоры, хромая на левую нижнюю конечность.

Пациентка на сидячей каталке

Status localis: область левого голеностопного сустава умеренно отечна, отек ненапряженный, носит инфильтативный характер, локализуется преимущественно в антеро-латеральном и латеральном отделе. Повреждений кожных покровов нет, кожа нормального цвета и температуры, признаков подкожного кровоизлияния нет.

Неврологических и сосудистых расстройств левой нижней конечности нет.

Пальпаторно определяется болезненность при пальпации латеральной группы связок левого голеностопного сустава, особенно при пальпации средней малоберцово-пяточной и задней таранно-малоберцовой связок.

Тест боковой стабильности справа - слева +

Тест переднего выдвижного ящика справа - слева -

Избыточная болезненная эверсия левой стопы.

Осевая нагрузка безболезненна.

Тест стабильности дистального межберцового синдесмоза слева - сомнительный результат, справа -

Пальпация по ходу малоберцовой кости безболезненна, пальпация верхней трети голени безболезненна. Тест Хоманса - отрицательный.

На рентгенограммах левого голеностопного сустава: костно-травматических изменений не выявлено

Для дифференциальной диагностики мягкотканных повреждений пациентке рекомендуется выполнение МРТ левого голеностопного сустава.

SVF

В условиях операционной под внутривенной седацией местной анестезией раствором Кляйна после трёхкратной обработки антисептиками выполнен забор жировой ткани с передней брюшной стенки - 30 мл, путём двухктанотого центрифугирования получена стромально-васкулярная фракция жировой ткани.

Выполнен забор 15 мл крови. Далее выполнено центрифугирование, получено 5 мл плазмы.

Выполнена инъекция SVF+ACP в левый коленный сустав.

ЛОКТЕВОЙ БУРСИТ

Движения в локтевом суставе в полном объёме

признаков боковой нестабильности нет

Локтевая бурса утолщена, минимальной количество свободной жидкости

показаний для пункции нет

Кожа над ней геперемирована

Гипертермии нет

Плоскостопие

Пациентка передвигается самостоятельно без хромоты.

Продольные своды опущены (I ст).

Пронации пяток нет.

Поперечные своды уплощены (I ст), патологических гиперкератозов не отмечено.

Первые пальцы не деформированы, движения в ПФС1 в норме, безболезненные.

Эластичность 2 типа.

Пальпация плантарной фасции дискомфортна.

Осмотр ТБ

Пациент астеничного телосложения, перемещается без дополнительной опоры, симметрично, не хромая.

Область тазобедренных суставов визуально не изменена.

Движения в ПРАВОМ тазобедренном суставе - сгибание 90 отведение 45, безболезненные.

Движения в ЛЕВОМ тазобедренном суставе - сгибание 90 отведение 45, безболезненные.

Наружная/внутренняя ротация - в полном объёме справа = слева.

FABER (Flexion, Abduction and External Rotation) - справа ++, слева -

FADIR (Flexion, ADduction and Internal Rotation )- справа ++, слева -

Iliopsoas test (гиперекстензия+внутр ротация)

Тест Ласега –

Неврологических и сосудистых расстройств нижних конечностей нет.

ДЕКЕРВЕН

Движения в кистевых суставах в полном объёме

Отёка нет

Болезненность при пальпации в проекции сухожилий разгибателей кисти

Нагрузочные тесты на повреждение радиоульнарного сочленение отрицательные

Тест Финкельштейна отрицательный

Нейроциркуляторных расстройств не выявлено

ТБ АРТРОЗ

Область левого тазобедренного сустава не отечна, кожные покровы интактны. Болезненность при движениях в левом тазобедренном суставе, наружная ротация до 30 градусов, внутренняя ротация до 40 градусов. Сгибагие полное, болезненное.

Неврологических или сосудистых расстройств в дистальных отделах нижних конечностей не обнаружено.

На МРТ левого тазобедренного сустава от 02.02.2021: остеоартроз левого тазобедренного сустава с развитием асептического некроза головки левой бедренной кости.

Трохантерит

Боль в ягодичной области справа, боль по наружной поверхности правого бедра, боль в вертельной области. Тест SLR-, тест Obers +. Объем движений в правом тазобедренном суставе ограничен.   
заключение: имеется синдром илиотибиального тракта, вследствие перегрузки на фоне слабых ягодичных и отводящих мышц бедра. Имеется бусрсит большого вертела, вследствие трения илиотибиального тракта о большой вертел. Синдром грушевидной мышцы вследствие слабых ягодичных мышц. Лечение направлено на купирование миофасциальной боли, восстановление подвижности в правом тб суставе, тренировки отводящих и ягодичных мышц.   
  
В асептических условиях под локальной анестезией раствором лидокаина 2%-1, 0 выполнено локальное введение препарата дипроспан 5+2 мг Асептическая повязка. Процедуру пациент перенес хорошо, аллергии, гипотензии нет. 15-минутный контроль - состояние удовлетвориельное, без жалоб

Инфицир рана

1. Таваник (Левофлоксацин) 500 мг 2 раз в сутки - 7 суток

3. Метронидазол 250 мг 3 раза в сутки - 5 суток

Очень инфицир рана

1. Таваник (Левофлоксацин) 1000 мг 1 раз в сутки - 3 суток

2. Таваник (Левофлоксацин) 500мг 1 раз в сутки - 4-10 сутки

3. Метронидазол 250 мг 3 раза в сутки - 5 суток

ПЕРЕЛОМ ПАЛЬЦА СТОПЫ

Перемещается самостоятельно, выражено хромает на правую нижнюю конечность.

St.localis: область 4 пальца правой стопы отечна, визуализируется разлитая подкожная гематома. При пальпации резкая болезненность в проекции проксимальной фаланги 4 пальца, осевая нагрузка болезненна. Амплитуда движений ограничена болевым синдромом в крайних положениях.

Острых нейроциркуляторных расстройств в дистальных отделах правой нижней конечности нет.

На рентгенограммах правой стопы: перелом проксимальной фаланги 4 пальца правой стопы со смещением отломков к тылу (45 градусов).

БОЛЬ в СПИНЕ

При осмотре область спины и шеи внешне не изменены, отеков, гематом, кожных ссадин не отмечается.

Движения в шейном отделе позвоночника в полном объеме.

Напряжение трапециевидных мышц, больше слева, мышцы чувствительны при пальпации.

Усилен кифоз грудного отдела позвоночника.

Отмечается стойкое отклонение корпуса вправо. Асимметрия надплечий, лопаток (справа снижены), треугольников талии (справа немного усилен).

В положении стоя отмечается напряжение паравертебральных мышц грудного отдела справа (напряжение сохраняется в положении лежа).

При наклоне вперед - напряжение паравертебральных мышц грудного отдела справа, усиление мышечного валика на уровне грудного отдела справа.

Ротация нижних грудных позвонков по часовой стрелке.

Деформация грудной клетки (нижние ребра слева выступают).

Таз ровный.

При наклонах вперед не достает пальцами рук до пола 17 см, отмечает появление болей в спине.

Пальпация в проекции остистых и поперечных отростков безболезненная, пальпация паравертебральных мышц болезненная на уровне грудного отдела позвоночника и грудо-поясничного перехода.

Целесообразен курс внутрисуставных инъекций препаратов гиалуроновой кислоты (Ферматрон+ 3 инъекции, интервал 1 раз в неделю)

В условиях процедурного кабинета под м/а Sol. Lidocaini 2% интраартикулярно ввёден дипроспан (2мг +5 мг/мл - 1 мл) в левый голеностопный сустав.

Вольтарен гель + Долобене гель местно массажными движениями 2 раза в сутки — 14 суток

Лосек 20 мг 1 раз в сутки - 5 дней

Пациент обратился для диагностики и лечения

Изготовление индивидуальных ортопедических стелек (Medswiss Ленивка)

КОКАВ 2,5 МЕ — 1,0 мл - 0, 3, 7, 14, 30,90

№1

В условиях процедурного кабинета под м/а Sol. Lidocaini 2% интраартикулярно ввёден препарат Ферматрон + в левый коленный сустав.

№1

В условиях процедурного кабинета под м/а Sol. Lidocaini 2% интраартикулярно ввёден препарат Ферматрон + в правый коленный сустав.

№1

Выполнен забор 15 мл крови. Далее выполнено центрифугирование, получено 5 мл аутологичной плазмы обогащенной тромбоцитами.

В условиях процедурного кабинета под м/а Sol. Lidocaini 2% выполнена инъекция ACP( Arthrex) в левый коленный сустав.

ПЕРЕВЯЗКА

Выполнена перевязка послеоперационных ран. Послеоперационные раны без признаков воспаления, отделяемого нет, швы состоятельны. Острых нейроциркуляторных расстройств в дистальных отделах оперированной конечности нет.

Бурсит локтевой

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована.

St. localis: В области левого локтевого отростка пальпируется мягкое эластичное образование размером 2х2 см, положительный симптом флюктуации. При пальпации дискомфорт, отмечается локальная гиперемия, гипертермия. Амплитуда движений в левом локтевом суставе в полном объеме.

Острых нейроциркуляторных расстройств в дистальных отделах левой верхней конечности нет.

Заключение: Учитывая клинические и анамнестические данные, у пациентки имеется картина бурсита левого локтевого отростка. Считаю целесообразным консервативное лечение.

- контрольный осмотр через 3-5 дней;

- эластичное бинтование области левого локтевого сустава или использование эластичного ортеза;

- местно: вольтарен-гель 3-4 раза в сутки на область левого локтевого сустава - 7-10 дней;

- полуспиртовые примочки 1 раз в сутки, вечером - 5 дней;

Амоксаклав 625 мг - 2 раза в сутки - 5 суток

Эриус 5 мг 1 раз в сутки 5 суток

Аркоксиа 90 мг 1 раз в сутки - 5 суток

- исключить физические нагрузки на левую верхнюю конечность;

Пациентка консультирована травматологом, выполнила МРТ и обратилась для решения вопроса о тактике лечения

Комплексное консервативное лечение.  
  
При неэффективности - решение вопроса о хирургическом лечении - Артроскопическйо ревизии правого плечевого сустава, рефиксации сухожилий вращательной манжеты, субакромиальной декомпрессии, акромиопластики.

Назначена повторная явка.

**ВК**

Находится на ЛН с 01.04.2021, КДН 15

Жалобы на боль в левом коленном суставе

Со слов пациента, травма 01.04.2021, оступился на улице - травма левого коленого сустава, голень ушла кнаружи

Консультирован д-ром Магнитской, выполнены рентгенограммы, КТ и МРТ. Диагностирован разрыв мениска, застарелый разрыв крестообразносй связки, блокада левого коленного сустава. Выполнено устранение блокады, иммобилизация.

В настоящий момент проводится консервативное лечение.

Левая н/конечность иммобилизирована в прямом ортезе, получает противовспалительную и антикоагулянтную терапию.

Планируется хирургическое лечение в плановом порядке.

Пациент временно нетрудоспособен.

Планируется продлить ЛН на 14 дней до 29.04.2021

Прошу отрыть ЛН прошедшим числом с … Предоставлена справа из РТП №