**Палец стопы**

St. localis: ходит самостоятельно, без средств дополнительной опоры. Хромает на травмированную нижнюю конечность. Нижняя конечность без иммобилизации. Отмечается умеренный ненапряженный отек и разлитая подкожная гематома в области пальца стопы. Пальпаторно - болезненность в проекции фаланги. Движения в пальце ограничены болью.

Данных за наличие нейроциркуляторных нарушений в дистальных отделах конечности на момент осмотра нет.

**ФЕРМАТРОН**

В условиях процедурного кабинета, после трехкратной обработки места инъекции, под действием местной анестезии 2-% - 2мл. раствора Лидокаина выполнена внутрисуставная инъекция препарата Ферматрон + в коленный сустав. Асептическая повязка.

**Пояснично-крестцово-копчиковый отдел**

Полный безболезненный объем движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Симптом Гориневской справа и слева, Ларрея и Вернейля отрицательный. Пальпация по остистым отросткам, паравертебрально безболезненна. Нейроциркуляторных нарушений в стопах нет.

**ЛУЧ+Репозиция**

Верхняя конечность без иммобилизации. Кожные покровы без признаков повреждений. Отмечается видимая деформация в области лучезапястного сустава. Отмечается умеренный ненапряженный отек в области дистальной трети предплечья. Движения в кистевом суставе резко болезненны.

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

Выполнена иммобилизация лучезапястного сустава шиной, конечность уложена в косынку.

На рентгенограммах: признаки оскольчатого перелома дистального метаэпифиза лучевой кости со смещением отломков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: В виду характера перелома, внутрисуставного компонента, смещения костных отломков рекомендовано хирургическое лечение.

Пациент от госпитализации отказывается, отказ подписан.

В процедурном кабинете, после трехкратной обработки растворами антисептиков, под местной анестезией Sol Novocaini 2% 18 мл выполнена закрытая ручная репозиция перелома.

Выполнена иммобилизация верхней конечности тыльной подваченной гипсовой повязкой от головок пястных костей до проксимальной трети предплечья.

На контрольных рентгенограммах: грубое смещение устранено.

Пациенту показана госпитализация в стационар ОРЛ для подготовки к хирургическому лечению - Открытая репозиция, остеосинтез лучевой кости пластиной и винтами.

**ШЕЯ**

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

Перемещается самостоятельно, шейный отдел позвоночника без иммобилизации, положение вынужденное (нейтральное).

St.localis: Область шейного отдела позвоночника, правого/левого надплечья не отечна, не деформирована; кожные покровы не повреждены. Амплитуда движений в шейном отделе позвоночника резко ограничена - сгибание, разгибание около 5-10 градусов, латеральное сгибание 0 градусов, ротация вправо/влево 0 градусов.

При пальпации боль паравертебрально, боль в проекции трапециевидной, ГКС справа.

Область плечевого сустава не отечна, при пальпации безболезненна. Амплитуда движений в плечевом суставе в полном объеме, движения безболезненные.

Грубых нейроциркуляторных расстройств в дистальных отделах верхней конечности нет.

**ПХО кисть**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован

3 палец левой кисти укрыт импровизированными повязками, сняты

St. localis: По лучевой поверхности дистальной фаланги 3 пальца левой кисти - скальпированная рана размером 8х4 мм, активное кровотечение из раны. Отмечается линейное повреждение ногтевой пластинки размером до 5 мм. Амплитуда движений в суставах 3 пальца левой кисти в полном объеме. Острых нейроциркуляторных расстройств в дистальных отделах левой верхней конечности нет.

После трехкратйно обработки области ............. растворами антисептиков, под действием местной анестезии (sol. Lidocaini 2% 4ml), выполнено ПХО раны; рана обильно промыта растворами антисептиков, выполнен дебридмент раны, некрэктомия. Далее выполнено ушивание раны.

**ДМФС**

Status localis: 2 палец правой кисти без иммобилизации

Отсутсвие активного разгибания в дистальном межфаланговом суставе. Активное сгибание сохранено. Пассивный объем движения в ДМФС - полный.

Нейроциркуляторных расстройств не определяется.

На рентгенограммах - перелом ногтевой фаланги, внутрисуставной, до 50% суставной поверхности, со смещением.

**ДТП+голова+шея+таз политравма**

Область волосистой части головы, лица не отечна, не деформирована. Кожные покровы без повреждений. Костной крепитации, патологической подвижности нет. Отмечается подкожная параорбитальная гематома справа.

Область шейного отдела позвоночника не отечна; не деформирована. Пальпация шейного отдела позвоночника в проекции остистых, поперечных отростков безболезнена. Амплитуда движений в шейном отделе позвоночника в полном объеме, движения безболезненные. Нагрузочные тесты отрицательные, осевая нагрузка безболезненная.

Длины нижних конечностей равные. Симптом прилипшей пятки отрицательный. Объем активных и пассивных движений в тазобедренных суставах полный. Осевая нагрузка на нижние конечности болезненна. Сила мышц сохранена, нагрузка безболезненна. Каркасная нагрузка на таз безболезненна, признаков нестабильности тазового кольца не выявлена. Грубых сосудистых и неврологических расстройств в нижних конечностях нет.

**Стопа Англ**

Patient walks with 2 crutches without weight bearing on right lower leg.

Right foot area is massively swollen, skin is intact, of normal colour and temperature.

Pain reveals on palpation of 1 MtC joint, dull pain in palpation around MT bases.

Movements of toes are possible yet painful.

Taking in account of Lisfranc joint lesion it was recommended to undergo MRI of right foot in order to exclude both - soft tissue and bone pathology.

On MRI of right foot: swelling of inner midfoot area (haematoma?), trabecular swelling in 1MT basis with possible compression of articular surface, uneven 1MtC joint line, swelling of 3MT basis (undisplaced fracture), malalignment of 1MT.

Taking in account proved Lisfranc joint lesion it was recommended to immobilize lower leg with splint. Scothcast well-padded posterior splint has been modeled.

As patient has malalignment of M1 it is recommended that patient undergoes CT scan of foot and later be assessed by orthopeadic surgeon to determine necessity of surgical reposition and fixation of shifted M1.

Until it will be possible - immobilization with weight bearing restrictions is recommended.

DVT prophylaxis is prescribed.

**Подвывих головки лучевой**

Верхняя конечность без иммобилизации, в вынужденном положении (разгибание в локтевом суставе + пронация).

St. localis: видимый кожный покров без признаков повреждения, кожа нормального цвета и температуры. Движения в локтевом суставе ограничены болью. Признаков нейроциркуляторных расстройств конечности не отмечено.

На рентгенограммах - без признаков костной патологии.

Выполнено трёхэтапное устранение подвывиха.

Функция конечности восстановлена, боли нет.

Ребенок спокоен, активно использует травмированную верхнюю конечность.

**Открытый вывих пальцев**

St. localis: Визуальная деформация 3,4 пальцев правой кисти. По ладонной поверхности в проекции проксимальных межфаланговых суставов 3,4 пальцев правой кисти рваные раны - дно ран сухожилия сгибателей; раны размером по 1 см; активного кровотечения нет. Амплитуда движений резко ограничена, движения резко болезненны; положительный симптом"пружинящего" сопротивления. Грубых нейроциркуляторных расстройств в дистальных отделах правой верхней конечности нет.

В условиях процедурного кабинета, под действием проводниковой анестезии по Оберсту-Лукашевичу (sol. Lidocaini 2% 2 ml каждый палец), выполнено закрытое устранение вывихов 3,4 промежуточных фаланг 3,4 пальцев (тракция по оси). Далее выполнено ПХО ран, раны обильно промыты растворами антисептиков (каждая рана по 150 мл). Ушиты наглухо (PDS 4-0). Ас. повязки.

Иммобилизация в подваченной ладонной полимерной лонгете

На контрольных рентгенограммах правой кисти: рентген-признаков костных повреждений правой кисти не выявлено; вывихи устранены

Выполнена иммобилизация пальцев правой кисти полимерной подваченной лонгетой.

**Копчик**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Перемещается самостоятельно, не хромает. Самостоятельный стул после травмы был.

St.localis: Область копчика незначительно отечна, кожные покровы без повреждений; пальпация болезненна. Костной крепитации, патологической подвижности не выявлено. Каркасная нагрузка на таз безболезненная, гематом нет; амплитуда движений в тазобедренных суставах в полном объеме.

**Стрессовый перелом большеберцовой кости**

Пациентка передвигается самостоятельно с умеренной хромотой.

Status localis: левый голеностопный сустав отёчен.

Повреждений кожных покровов нет, кожа нормального цвета и температуры, признаков подкожного кровоизлияния нет.

Неврологических расстройств нижних конечности нет.

Пальпаторно определяется болезненность при пальпации переднемедиальной поверхности левой большеберцовой кости обеих голеней.

Осевая нагрузка безболезненна.

Тест боковой стабильности справа - слева - .

Тест переднего выдвижного ящика справа - слева - .

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

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.

На рентгенограммах - Признаков костных травматических повреждений и остеодеструктивных изменений голеностопного сустава нет.

На МРТ - стресс-перелом эпифиза левой большеберцовой кости; отек постнагрузочного характера пяточной кости и ладьевидной кости левого голеностопного сустава.

область левого голеностопного сустава не отёчна.

**Бурсит пяточного сухожилия**

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 в проекции сухожилия икроножной мышцы проксимальнее пяточного бугра на 3 см.

Форсированное подошвенное сгибание стопы болезненно.

Осевая нагрузка безболезненна.

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

**Боль в стопе**

Пациентка передвигается без дополнительной опоры, статика и походка не нарушены.

Имеется уплощение поперечных сводов, опущение продольных сводов.гиперпронация стоп.

Стопы мягкие, эластичность высокая справа, низкая слева. Движения в суставах нижней конечности в полном объёме. При нагрузке на ноги - депрессия продольных сводов без гиперпронации пяток

принудительно своды удерживает. Jack test +; Silfverskjold test –

При плантоскопии отмечается избыточная нагрузка на латеральный отдел правой стопы.

**РАЗГИБАТЕЛЬ пальца кисти**

Общее состояние удовлетворительное.

На момент осмотра левая кисть без иммобилизации.

Кожный покров кисти нормального цвета, температуры, влажности, без повреждения; 3 палец левой кисти минимально отечен, отек не напряженный; пальпация минимально болезненна по тыльной поверхности ДМФС.

Дистальная фаланга 3 пальца в положении сгибания. Выраженная молоткообразная деформация 3 пальца. Отсутствует активное разгибание дистальной фаланги. Объем пассивных движений не ограничен. Активное сгибание не ограничено. Признаков нейроциркуляторных расстройств в пальце нет.

При сравнении с 3 пальцем контралатеральной - правой кисти - максимальное переразгибание дистальной фаланги не превышает -5 гр.

Выполнена рентгенография 3 пальца левой кисти.

На рентгенограммах - без признаков костно-травматической патологии.

Выполнено шинирование 3 пальца левой кисти полимерной шиной с фиксацией ДМФС в положении гиперекстензии дистальной фаланги (положение, аналогичное максимальному разгибанию дистальной фаланги 3 пальца контралатеральной - правой - кисти).

Пациент перенес манипуляцию хорошо, жалоб на дискомфорт в повязке не предъявлял; капиллярный ответ видимой части 3 пальца менее 2 сек.

**Позвоночник**

При осмотре с осевой нагрузкой наблюдается умеренная асимметрия высоты надплечий, нижних углов лопаток. Треугольники талии асимметричные. Верхние конечности без особенностей, оси н/конечностей прямые, длина одинаковая. Функция суставов в полном объеме. Также отмечается умеренный гиперкифоз грудного отдела позвоночника и выраженный гиперлордоз шейного отдела. Объем движений в шейном отделе функционально ограничен, острая боль при ротации и боковых наклонах на уровне С0-1 с двух сторон, С3-4 слева. Паравертебральные мышцы выраженно напряжены, пальпация болезненна субокципитально с двух сторон, на уровне С2-3, С7-Th1-3, больше слева. Нарушения чувствительности, мышечной силы, видимых атрофий в области верхних конечностей не наблюдается. Симптомы натяжения отрицательны с двух сторон. Движения грудного отдела ограничены функционально, боль при максимальной флексии на уровне Th4-5 слева. Пальпация остистых отростков позвонков и паравертебральных зон болезненна на уровне Th4-7 с двух сторон, больше слева. Движения поясничного отдела сохранены в полном объеме, умеренная боль при максимальной флексии на уровне L5-S1. Подвижность крестцово-подвздошных суставов удовлетоврительна. Коленные рефлексы и рефлексы ахилловых сухожилий ПР = ЛЕВ = ( + - - ). Нарушения чувствительности, мышечной силы, видимых атрофий в области нижних конечностей не наблюдается. Симптомы натяжения отрицательны с двух сторон. Пальпация остистых отростков позвонков и паравертебральных зон умеренно болезненна на уровне L4-5 с двух сторон, в проекции КПС и группы ягодичных мышц с двух сторон.

**Подагра**

Пациент передвигается при помощи дополнительной опоры (2 костыля) без нагрузки на левую нижнюю конечность. левая стопа без иммобилизации.

st.localis: палец не деформирован, отёчен. Отмечается локальная гипертермия, гиперемия 1 плюсне-фалангового сустава левой стопы. Осевая нагрузка болезненна. Пальпация дистального межфалангового сустава болезненна. Признаков нейроциркуляторных расстройств стопы не отмечено.

**АКС**

верхняя конечность без иммобилизации.

St.localis: отмечается деформация в области акромиально-ключичного сочленения конца ключицы; симптом «клавиши» положительный. Пальпация области надплечья болезненна. Объем активных и пассивных движений в плечевом суставе ограничен болью. Объем движений в локтевом суставе и суставах кисти верхней конечности в полном объеме, безболезненны. Данных за наличие нейроциркуляторных нарушений в верхней конечности на момент осмотра нет.

На рентгенограммах плечевого сустава с нагрузкой: картина повреждения акромиально-ключичного сочленения, Rockwood 3.

**Неврома Мортона**

Отмечаются признаки комбинированного плоскостопия, вальгусного отклонения первых пальцев обеих стоп. При пальпации в проекции третьего межплюсневого промежутка – болезненность. Стопы мягкие, эластичность средняя. Тест щелчка Малдера в 3-4 плюсневом промежутке положительный. Подошвенные гиперкератозы не выражены.

**АНГБК**

st.localis: Оси нижних конечностей правильные, гипотрофий мышц нет. Полный объем движений в коленных и голеностопных суставах. Тесты на феморо-ацетабулярный импинджмент положительные. Амплитуда движений в левом тазобедренном сустава: внутренняя ротация 5 градусов, наружная ротация 70, отведение 60, в правом тазобедренном суставе: внутренняя ротация 60 градусов, наружная ротация 80, отведение 60. Грубых сосудистых и неврологических расстройств в конечности нет.

На МРТ таза 19.03.2021(скопировано в поимённый фото архив): Признаки асептического некроза головки левой бедренной кости, без признаков вторичной компрессии.

Заключение: на основании данных анамнеза, клинического осмотра, МРТ, можно прийти к выводу о том, что причиной боли в области левого тазобедренного сустава является, асептический некроз головки. Считаем целесообразным первичный курс комплексное консервативное лечение (массаж, магнитотерапия, фонофорез с гидрокортизоном), разгрузка левой нижней конечности в течении 2 месяцев. Далее решение вопроса о необходимости тотального эндопротезирования левого тазобедренного сустава.

**Карпальный канал**

Кожные покровы нормального цвета и температуры, без повреждений. В процессе осмотра сила правой кисти снижена. Признаки гипотрофии мышц тенара. Симптом Тинеля отрицателен. Компрессия карпального канала не меняет симптомы. Стойкое онемение 1,2, 3,4 пальцев правой кисти. Нарушение механики движений пальцев кисти, мелкой моторики. Признаков циркуляторных нарушений в кисти нет.

При осмотре верхних конечностей кисти умеренно отечны, кожные покровы нормального цвета, температуры, без повреждений. Клинически тест Фалена положительный справа, тест Тинеля по срединному нерву положительный справа. Имеется слабость активного сгибания дистальной фаланги 1 и 2 пальцев правой кисти. Пальпация в области Lacertus fibrosus в проксимальных отделах болезненна справа. Признаков иных нейроциркуляторных расстройств в правой кисти нет.

На УЗИ / ЭНМГ срединного нерва справа

**Вывих грудинного конца ключицы**

Status localis: Левая верхняя конечность иммобилизована в повязке Гилкрист. При пальпации - болезненность в области грудино-ключичного сочленения. Пальпация левого плечевого сустава безболезненна, патологической подвижности, крепитации нет. Движения в плечевом суставе ограничены, болезненны. Симптом осевой нагрузки (-). Сосудистых, неврологических нарушений дистальных отделов конечности нет. Визуально изменений грудной клетки нет. Признаков дыхательной недостаточности нет. Каркасная нагрузка на грудную клетку болезненна. При пальпации крепитации, подкожной эмфиземы не выявлено. Нейроциркуляторных расстройств в левой верхней конечности на момент осмотра нет.

На рентгенограммах левого плечевого сустава: костно-травматических изменений не выявлено. Определяются кальцинаты сухожилий вращательной манжеты.

На КТ левого плечевого сустава: задний вывих левой ключицы.

**ФАи cam pincer**

St.localis: Область обоих тазобедренных суставов не отёчна, не деформирована. Кожные покровы обычной окраски. Объём движений в обоих тазобедренных суставах полный. Крайнее положение отведения вызывает резкую болезненность. Пальпация области тазобедренных суставов безболезненна. Провокационный тест на импинджмент синдром тазобедренных суставов болезненный слева. Острых неврологических и сосудистых расстройств нижних конечностей нет.

МРТ левого тазобедренного сустава: определяются признаки CAM и PINCER импинджмент синдрома, остеофит в области верхнего края вертлужной впадины, коксартроз не выше 1-2 степени.

ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ: анализ анамнестических, клинических и МРТ данных позволяет сделать вывод о том, что причиной болевого синдрома в обоих тазобедренных суставах является CAM и PINCER импинджмент синдром. Считаю целесообразным оперативное лечение – артроскопическую ревизию, санацию, резекцию остеофита головки и вертлужной впадины, в случае необходимости – рефиксацию суставной губы левого тазобедренного сустава.

**Коллатеральная связка 1 ПФС кисть**

При осмотре верхней конечности.

St. localis: верхняя конечность без иммобилизации. Отмечается умеренный отек в области первого пястно-фалангового сустава. Движения в первом пястно-фаланговом суставе болезненны. Пальпация болезненна в проекции коллатеральной связки. Варус/вальгус тесты болезненны. Данных за наличие нейроциркуляторных нарушений в дистальных отделах конечности на момент осмотра нет.

Для исключения костно-травматических изменений показано выполнение рентгенографии первого пальца кисти.

По данным рентгенографии - костно-травматических измененений не выявлено.

Выполнена иммобилизация верхней конечности в ортезе Manumed T.

С рекомендациями пациент отпущен домой.

**АСP**

Подписано письменное согласие пациента на выполнение манипуляции.

№1

В условиях процедурного кабинета, выполнен забор 30 мл крови. Далее выполнено центрифугирование, получено 6 мл плазмы. После трехкратной обработки области коленного сустава растворами антисептиков, под действием местной анестезии (Sol. Lidocaini 2% 2ml) выполнено введение плазмы.

**SVF**

В условиях операционной под внутривенной седацией местной анестезией раствором Кляйна после трёхкратной обработки антисептиками, через 2 доступа выполнен забор жировой ткани с передней брюшной стенки - 30 мл. Раны обработаны раствором антисептичка, ушиты, асептические повязки.

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 правый коленный сустав. Асептическая повязка.

Наблюдение за пациентом в стационаре.

**Медосмотр норма**

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Лицо симметричное. Голова по средней линии, обычной формы. Грудинноключичнососцевидные мышцы не напряжены, симметричны, равномерно эластичны.

Верхние конечности одинаковой длины, без видимой патологии. Грудная клетка обычной формы. Позвоночник по средней линии. Длина нижних конечностей одинакова. Оси нижних конечностей не нарушены. Движения во всех суставах в полном объеме.

Грубых нейроциркуляторных расстройств в дистальных отделах конечностей нет.

Заключение:

На момент осмотра объективных данных за патологию опорно-двигательного аппарата нет, в анамнезе данных за наличие патологии опорно-двигательного аппарата нет. В дообследовании опорно-двигательного аппарата не нуждается.

**Ребра**

St. localis: Грудная клетка визуально не деформирована, кожные покровы не повреждены. Щадит при дыхании левую 1/2 грудной клетки. Резкая болезненность при пальпации в проекции 8-9-10 ребра слева по задней и средней подмышечной линии, там же локально наблюдается отек. Патологической подвижности, костной крепитации нет. Каркасная нагрузка на грудную клетку болезненна, симптом прерванного вдоха положителен. Аускультативно - дыхание ослаблено в нижних отделах слева, хрипов нет.

**Трохантерит**

Оси нижних конечностей правильные, длины равные, гипотрофий мышц нет. Объём движений в правом тазобедренном суставе полный, движения безболезненные; Объём движений в левом тазобедренном суставе резко снижен 80-180-10-5-5, ротация и отведение резко болезнены. Полный объем движений в коленных и голеностопных суставах. Тесты на феморо-ацетабулярный импинджмент отрицательны. Осевая нагрузка на левую нижнюю конечность в положении лежа отрицательный, тем не менее опроспособности конечности нарушена. Болезненность при пальпации в области большого вертела, незначительный отек указанной области, гиперемии и гипертермии нет. Осевая нагрузка на таз безболезнена, симптом Гориневской отрицательный с обеих сторон. Острых сосудистых и неврологических расстройств в конечности нет.

**Ферматрон**

После трехкратной обработки области инъекции раствором антисептика в полость сустава под местной анестезией раствором Лидокаин 2% - 2 ml введен препарат Ферматрон Плюс. Рана укрыта пластырем.

Переносимость препарата хорошая. Осложнений, технических сложностей не отмечено.

**АНФ дневник**

Status praesens: Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые нормальной окраски, умеренной влажности. Отеков нет. Дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное. Число дыханий 16 в минуту. Хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 79 уд/мин. Пульс 79 уд/мин. АД 126/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание не затруднено. Неврологической симптоматики нет.

Status localis: Область голеностопного сустава отечна,отек регрессирует, болезненна при пальпации. Движения в пальцах стопы в полном объеме, безболезненны. АНФ стабилен. Признаков воспаления вокруг винтов Шанса нет. Нейроциркуляторных расстройств нет.

**Тазобедренный сустав:**

Общее состояние удовлетворительное. Оси нижних конечностей правильные, длины равные, гипотрофий мышц нет. Полный объем движений в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. Тесты на феморо-ацетабулярный импинджмент отрицательны. Симптомы натяжения отрицательны. Болезненность при нагрузке и пальпации наружных ротаторов тазобедренных суставов, проекции грушевидной мышцы, крестцово-подвздошных сочленений, проксимальных и средних отделов подвздошно-большеберцового тракта справа и слева. Пробный релиз наружных ротаторов и подвздошно-большеберцового тракта привел к значительному ослаблению болевого синдрома, появлению легкости при ходьбе. Грубых сосудистых и неврологических расстройств в конечности нет.

**Лучезапястный сустав все норм:**

Кистевой сустав без иммобилизации. Локальной гематомы, отечности мягких тканей, повреждения кожи не выявлено. Полный безболезненный объем сгибания, разгибания, лучевой и локтевой девиации в лучезапястном суставе, ротационных движениях предплечья. В области гороховидной кости чувствительность при пальпации. Стабильность связок дистального луче-локтевого сустава, лучезапястного сустава, суставов запястья сохранена. Признаки повреждения сухожилий не выявлены. Грубых сосудистых и неврологических расстройств в конечности нет.

**Луч+репозиция:**

Левая верхняя конечность без иммобилизации. Кожные покровы без признаков повреждений. Движения резко болезненны. Отмечается видимая деформация в области лучезапястного сустава. Данных за наличие нейроциркуляторных нарушений в дисатальных отделах левой верхней конечности на момент осмотра не выявлено.

НА рентгенограммах: рентгенологические признаки много оскольчатого внутрисуставного перелома дистального метаэпифиза левой лучевой кости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: В виду характера перелома, внутрисуставного компонента, смещения костных отломков пациентке рекомедновано хирургическое лечение.

Пациентка от госпитализации отказалась, отказ подписан

Подписано согласие на выполнение манипуляции.

В процедурном кабинете, после трехкратной обработки левого лучезапястного сустава растворами антисептиков, под местной анестезией 2%-3 мл раствора лидокаина выполнена закрытая ручная репозиция перелома.Выполнена иммобилизация левого лучезапястного сустава в подваченной тыльной гипсовой повязке.

На контрольных рентгенограммах: состояние после репозции, улучшение оси лучевой кости

Пациентка показана госпитализация в стационар ОРЛ для подготовки к оперативному лечению - Открытая репозиция, остеосинтез лучевой кости пластиной и винтами.

**Шея:**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована.Перемещается самостоятельно, шейный отдел позвоночника без иммобилизации, положение вынужденное (нейтральное)

St.localis: Область шейного отдела позвоночника, правого надплечья не отечна, не деформирована; кожные покровы не повреждены. Амплитуда движений в шейном отделе позвоночника резко ограничена - сгибание, разгибание около 5-10 градусов, латеральное сгибание 0 градусов, ротация вправо/влево 0 градусов. При пальпации боль паравертебрально справа, боль в проекции трапециевидной, ГКС справа.

Область правого плечевого сустава не отечна, при пальпации безболезненна. Амплитуда движений в правом плечевом суставе в полном объеме, движения безболезненные. Грубых нейроциркуляторных расстройств в дистальных отделах правой верхней конечности нет.

**Пункция коленного сустава:**

В асептических условиях процедурного кабинета, после многократной обработки кожных покровов растворами различных антисептиков, под местной анестезией раствором Лидокаин 2% - 2 мл, выполнена пункция полости правого коленного сустава. Получено 50 мл прозрачной желтой синовиальной жидкости. Рана укрыта повязкой.

**ПХО кисти:**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована. 3 палец левой кисти укрыт импровизированными повязками, сняты

St. localis: По лучевой поверхности дистальной фаланги 3 пальца левой кисти - скальпированная рана размером 8х4 мм, активное кровотечение из раны. Отмечается линейное повреждение ногтевой пластинки размером до 5 мм. Амплитуда движений в суставах 3 пальца левой кисти в полном объеме. Острых нейроциркуляторных расстройств в дистальных отделах левой верхней конечности нет.

После трехкратной обработки области ............. растворами антисептиков, под действием местной анестезии (sol. Lidocaini 2% 4ml), выполнено ПХО раны; рана обильно промыта растворами антисептиков, выполнен дебридмент раны, некрэктомия. Далее выполнено ушивание раны.

**ДМФС:**

Status localis: 2 палец правой кисти без иммобилизации

Отсутсвие активного разгибания в дистальном межфаланговом суставе. Активное сгибание сохранено. Пассивный объем движения в ДМФС - полный.

Нейроциркуляторных расстройств не определяется.

На рентгенограммах - перелом ногтевой фаланги, внутрисуставной, до 50% суставной поверхности, со смещением.

с учетом характера смещения, отсутствием активного разгибания, выраженным отеком, необходимотью скорейшей стабилизации перелома для обеспечения условия для консолидации рекомендовано лечение в срочном порядке.

Пациенты с тактикой согласны.

**ДТП осмотр (голва, шея, таз):**

Область волосистой части головы, лица не отечна, не деформирована. Кожные покровы без повреждений. Костной крепитации, патологической подвижности нет. Отмечается подкожная параорбитальная гематома справа. Глазные щели D=S, зрачки D=S. Фотореакции сохранены. Выпадений полей зрения не выявляется. Объем движений глазных яблок полный. Нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена. Лицевая мускулатура симметричная. Слух не изменен.

Область шейного отдела позвоночника не отечна; не деформирована. Пальпация шейного отдела позвоночника в проекции остистых, поперечных отростков безболезнена. Амплитуда движений в шейном отделе позвоночника в полном объеме, движения безболезненные. Нагрузочные тесты отрицательные, осевая нагрузка безболезненная.

Длины нижних конечностей равные. Симптом прилипшей пятки отрицательный. Объем активных и пассивных движений в тазобедренных суставах полный. Осевая нагрузка на нижние конечности безболезненна. Сила мышц сохранена, нагрузка безболезненна. Каркасная нагрузка на таз безболезненна, признаков нестабильности тазового кольца не выявлена. Грубых сосудистых и неврологических расстройств в нижних конечностях нет.

**Шейка/чрезвертел бедра**

Пациентка доставлена на каталке.

Положение конечности – вынужденное: ротирована кнаружи. Имеется укорочение на 2 см. Пальпаторно разлитая болезненность области тазобедренного сустава, поколачивание по пятке выпрямленной ноги и по области большого вертела вызывает усиление болей. Ногу не поднимает и не удерживает, симптом Гориневской положительный слева. Пассивная ротация конечности кнутри резко болезненна. Пульс на сосудах нижней конечности не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

**ПХО стопы:**

В условиях перевязочной асептическая повязка снята, по тылу правой стопы в проекции 1 межпальцевого промежутка на уровне диафизов 1 плюсневой кости визуализируется рана размером 30х5 мм, активное кровотечение из раны. Амплитуда движений в суставах левой стопы в полном объеме. Острых нейроциркуляторных расстройств в дистальных отделах левой верхней конечности нет.

После трехкратйно обработки области правой стопы растворами антисептиков, под действием местной анестезии (sol. Lidocaini 2% 12 ml), выполнено ПХО раны; рана обильно промыта растворами антисептиков, выполнен дебридмент раны, некрэктомия. Далее выполнено послойное ушивание раны. Бетадин на рану. Асептическая повязка.

**Симфизит/Симфизиопатия**

Ходит самостоятельно. Не хромает.

Полный объем движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации в области копчика, лобкового симфиза и правого крестцово-подвздошного сочленения. Тест Кемпа справа (+), слева (-). Симптом Гориневской справа и слева, Ларрея и Вернейля отрицательный. При почерёдном подъёме разогнутых в коленном суставе нижних конечностей появляется боль в симфизе. При фиксации гребней тазовых костей боль при подъёме конечностей исчезает. Пальпация по остистым отросткам, паравертебрально безболезненна. Нейроциркуляторных нарушений в стопах нет.