**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

МЕЛИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА №5736

**Дата и время поступления:** 13.03.2020, 13.00.

**Дата и время выписки:**

**Отделение:** травматологическое.

**Вид транспортировки:** может идти с дополнительной опорой.

**Побочное действие лекарств:** отрицает.

**Группа крови: I(O). Резус:** положительная.

**Фамилия:**  
**Имя:**

**Отчество:**

**Пол:** мужской.

**Дата рождения:** 18.04.1969 (51 год).

**Место постоянного жительства:**

**Место работы, профессия, должность:** продавец, Евроопт.

**Организация, направившая пациента на лечение:** Поликлиника №8.

**Доставлен в стационар:** госпитализирована в плановом порядке.

**Диагноз направившей организации:** Деформирующий артроз III степени правого коленного сустава.

**Диагноз клинический заключительный:**

Основной: ***Деформирующий артроз III степеи правого коленного сустава.***

Сопутствующий: нет.

Осложнения: нет.

**Госпитализирован:** повторно.

**Исход заболевания:** продолжает лечение.

**ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

На момент поступления пациентка предъявляет жалобы на жгучую боль в области правого коленного сустава во время ходьбы, ограничение подвижности.

На момент курации жалобы те же.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Пациентка родилась вторым ребенком в семье. Роды протекали без особенностей. В умственном и физическом развитии не отставала от сверстников.

В возрасте 4 лет переболела ветряной оспой. Детский и юношеский возраст протекали без особенностей.

Окончила 9 классов средней школы. Имеет среднее специальное образование по специальности «продавец».

Замужем. Имеет двоих детей. Проживает в двухкомнатной квартире. Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Работает продавцом в магазине Евроопт.

Перенесенные заболевания: ОРИ (2-3 раза в год), ветряная оспа.

Аллергологический анамнез: аллергические реакции на лекарственные средства отрицает.

Наследственный анамнез: ревматоидный артрит у матери.

Трансфузиологический анамнез: переливания плазмы и элементов крови не осуществлялось.

Операции: отрицает.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Со слов пациентки, считает себя больной в течение трех лет. В 2018 году пациентка впервые обратила внимание на то, что после значительных и длительных физических нагрузок стали появляться болезненность и чувство скованности в правом коленном суставе. Длительное время пациентка не придавала этому особого значения. В 2018 году пациентка впервые обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства в связи с ухудшением состояния: усилилась интенсивность и продолжительность боли в правом коленном суставе, после физических нагрузок в конце рабочего дня. Пациентка была направлена на госпитализацию в травматологическое отделение УЗ «ВОКБ» для обследования и лечения, где ей был выставлен диагноз «Деформирующий артроз II степени правого коленного сустава». Было проведено следующее лечение: индометацин, хондрозамин, электрофорез с новокаином, разгрузка коленного сустава. Пациентка отметила улучшение общего состояния. После выписки наблюдалась у травматолога в поликлинике – посещала нерегулярно, рекомендации не соблюдала в полной мере.

Около 2 месяцев назад пациентка стала ощущать жгучие постоянные боли в области правого коленного сустава, невозможность выполнить какие-либо движения в нем. Проводила самостоятельное лечение: таблетки ибупрофена 3-4 раза в день. Наблюдался незначительный эффект. В связи с этим пациентка обратилась за помощью к травматологу в поликлинику №8, где она была направлена на госпитализацию в травматологическое отделение УЗ «ВОКБ».

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Общий осмотр**

**Общее состояние:** удовлетворительное.

**Сознание:** ясное.

**Положение:** вынужденное.

**Телосложение:** нормостеник, рост – 156 см, вес – 68 кг, окружность грудной клетки – 89 см. Индекс Кетле = 27,9 кг/м2.

Осмотр головы, лица, шеи

**Голова:** форма – средняя, величина – круглая, положение - прямое, подвижность – свободная.

**Лицо:** выражение - спокойное. Цвет кожи лица - бледный.

**Глаза:** глазная щель правильной формы. Косоглазия, экзофтальма, западения глазного яблока, дрожания, блеска – нет.

**Зрачки:** сужены. Конвергенция и аккомодация не нарушены.

**Веки:** кожа век бледная, толщина краев век умеренная.

**Нос:** форма правильная, деформация - нет. Движение крыльев носа при дыхании – нет.

**Зев:** цвет – розовый. Гнойные пробки, налеты, изъязвления, кровоизлияния, сыпи – нет.

**Шея:** короткая. Щитовидная железа не пальпируется. Увеличение щитовидной железы – нет.

**Система органов дыхания**

**Статический осмотр грудной клетки**

Форма грудной клетки нормальная.

Степень выраженности над- и подключичных ямок – умеренно выражены, межреберные промежутки – 0,5 см, надчревный угол – 100 градусов, положение лопаток – плотно прилегают, ход ребер - горизонтальный. Асимметрические выпячивания или западения грудной клетки – нет.

**Динамический осмотр грудной клетки**

Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, тип дыхания - смешанный, ритм дыхания - ритмичное, частота и глубина – 16/минуту, одышки нет.

Измерение окружности грудной клетки на уровне сосков:

* во время спокойного дыхания – 89 см,
* на высоте вдоха – 100 см,
* выдоха – 83 см.

**Пальпация грудной клетки**

Грудная клетка эластичная.

Болезненность при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника – нет.

**Перкуссия грудной клетки**

***Сравнительная перкуссия:*** над всеми участками грудной клетки перкуторный звук ясный лёгочный.

***Топографическая перкуссия:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Нижняя граница: | | | |
| Линии | правое легкое | левое легкое | |
| Парастернальная | Верхний край 6 ребра |  | |
| Медиоклавикулярная | Нижний край 6 ребра |  | |
| Передняя аксиллярная | Нижний край 7 ребра | Нижний край 7 ребра | |
| Средняя аксиллярная | Нижний край 8 ребра | Нижний край 8 ребра | |
| Задняя аксиллярная | Нижний край 9 ребра | Нижний край 9 ребра | |
| Лопаточная | Нижний край 10 ребра | Нижний край 10 ребра | |
| Паравертебральная | Уровень остистого отростка 11 грудного позвонка | | |
| Верхняя граница легких: | | | |
| Высота стояния верхушек легких спереди | На 3 см выше края ключицы | | На 3 см выше края ключицы |
| Высота стояния верхушек легких сзади | Уровень остистого отростка 7 шейного позвонка | | Уровень остистого отростка 7 шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига | 5 см | | 5 см |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подвижность нижних краев легких: | | |
| Линии | правое легкое (см.) | Левое легкое (см.) |
| Медиоклавикулярная | 4 |  |
| Средняя аксилярная | 6 | 6 |
| Лопаточная | 6 | 6 |

**Аускультация легких**

***Везикулярное дыхание*** на симметричных участках сохранено, без патологических изменений.

***Бронхиальное дыхание*** над легкими: нет.

***Добавочные дыхательные шумы*** - нет: хрипов, крепитаций, шума трения плевры нет.

***Бронхофония***: сохранена, без патологических изменений над всеми областями с обеих сторон.

Система органов кровообращения

**Осмотр области сердца и сосудов**

Выпячивание грудной клетки в области сердца (сердечный горб) – нет.

Сердечный толчок – нет.

Надчревная пульсация – нет.

Пульсация сосудов шеи и других зон – нет.

**Пальпация области сердца и сосудов**

Пальпация верхушечного толчка и определение его свойств: площадь – 1,5 см2, высокий, резистентный, локализован в 5 межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Наличие “кошачьего мурлыканья”- нет.

Пальпация пульса на лучевых артериях и определение его свойств: одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения, напряженный, артериальная стенка эластичная.

Дефицита пульса нет.

Пальпация пульса на сонных и бедренных артериях, a.tibialis post., a.dorsalis ped. (симметрично) – пульс сохранен.

**Перкуссия сердца и сосудистого пучка**

***Границы относительной тупости сердца:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| В 4 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины. | В 5 межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. | На уровне верхнего края третьего ребра. |

Контуры сердца:

* правый контур: образован верхней полой веной и восходящей частью дуги аорты во 2 межреберье, правым предсердием – в 3 и 4 межреберьях.
* левый контур: смещение кнаружи в 4 и 5 межреберьях за счет увеличения размеров левого желудочка.

Конфигурация сердца - аортальная.

Размеры поперечника относительной тупости сердца 16 см.

Ширина сосудистого пучка во втором межреберье 6 см.

***Граница абсолютной тупости сердца:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| 1 см от левого края грудины. | В 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. | На уровне верхнего края 4 ребра по окологрудинной линии. |

**Аускультация сердца и сосудов**

***Ритм сердца:*** правильный.

***Тоны сердца:*** приглушены, акцента II тона не выявлено.

***Изменение тонов*** – нет.

***Наличие добавочных тонов*** – нет.

***Шумы сердца*** – нет.

***Экстракардиальные шумы*** – нет.

***Аускультация крупных сосудов:*** патологических изменений нет. Двойной тон Траубе, двойной шум Дюрозье на бедренных артериях – нет.

**Измерение артериального давления**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Классическое положение пациента | Правая рука | Левая рука |
| Систолическое АД, мм рт.ст. | 130 | 130 |
| Диастолическое АД, мм рт.ст. | 80 | 80 |
| Положение пациента «стоя» |  |  |
| Систолическое АД, мм рт.ст. | 135 | 135 |
| Диастолическое АД, мм рт.ст. | 85 | 85 |

**Система органов пищеварения**

**Общий осмотр**

***Запах изо рта:*** обычный.

***Слизистая оболочка ротовой полости:*** цвет – бледно-розовый, пигментаций, кровоизлияний, изъязвлений, молочницы нет.

***Десны:*** нормальные. Разрыхленности, кровоточивости нет.

***Зубы:*** состояние удовлетворительное.

***Язык:*** розового цвета, влажный, чистый. Трещин и изъязвлений нет. Не увеличен. Девиации языка в сторону при высовывании нет.

**Исследование живота в вертикальном положении**

***Общий осмотр***

Форма живота – выпяченный.

Асимметрий и местных выпячиваний, видимой перистальтики, расширение вен на передней брюшной стенке (“голова медузы”), рубцов, стрий, сыпи, пигментаций нет.

***Пальпация живота поверхностная***

При пальпации локальной болезненности не выявлено. Выпячивания, образования не пальпируются.

***Перкуссия живота***

Выявляется тимпанический перкуторный звук на всем протяжении живота от эпигастрия до гипогастрия. Признаков асцита, метеоризма не выявлено.

***Аускультация эпигастральной области***

После проглатывания жидкости первый шум появляется через 1 секунду, второй – через 6 секунд.

**Исследование живота в горизонтальном положении**

***Общий осмотр***

После смены положения живот стал уплощенным. Местных выпячиваний нет, пупок втянут.

***Перкуссия живота***

Перкуторный звук (в положении на спине) по направлению от пупка к эпигастрию, гипогастрию, фланкам, на боку, от верхнего фланка к нижнему фланку – тимпанит. Пальпаторно методом флюктуации асцит не выявлен.

***Аускультация живота***

Кишечная перистальтика над тонким кишечником – 7, толстым кишечником – 5 минут.

***Поверхностная ориентировочная пальпация***

Болезненность и напряжение передней брюшной стенки во всех областях живота не выявлены.

***Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана***

Сигмовидная кишка пальпируется в виде гладкого цилиндра умеренной плотности, толщиной в большой палец, не урчащего, безболезненного при ощупывании, обладающего подвижностью в пределах 5 см.

Нисходящая ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности, толщина приблизительно равна указательному пальцу, не урчащая, безболезненная, обладающая подвижностью в пределах 3-4 см.

Слепая кишка при пальпации представляет собой мягкую слегка уплощенную эластичную трубку диаметром около 3 см, обладающую умеренной подвижностью (3-5 см), слегка урчащую, безболезненную.

Восходящая ободочная кишка при пальпации определяется как мягкая эластичная слегка уплощенная трубка диаметром около 3 см, слегка урчащая, безболезненная, умеренно подвижная (3-4 см).

Терминальный отдел подвздошной кишки пальпируется в виде уплощенной тонкостенной мягкой урчащей трубочки диаметром 1,5 см. При пальпации безболезненный, умеренно подвижный (6 см).

Большая кривизна желудка расположена на 4 см выше уровня пупка. Поверхность желудка гладкая, большая кривизна пальпируется в виде безболезненной, эластичной, ровной складки.

Пилорический отдел желудка пальпируется в виде уплощенного вялого тяжа шириной 3-5 см, малоподвижного и безболезненного.

Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде валика шириной 4 см, мягкого, не урчащего, безболезненного.

***Перкуссия печени***

*Определение верхней границы абсолютной тупости печени по*:

правой передней подмышечной линии верхний край 7 ребра

правой срединно-ключичной линии нижний край 6 ребра

правой окологрудинной линии верхний край 6 ребра

*Определение нижней границы абсолютной тупости печени по:*

правой передней подмышечной линии нижний край 10 ребра

правой срединно-ключичной линии на 0,5 см ниже края реберной дуги

правой окологрудинной линии на 3 см ниже реберной дуги

передней срединной линии на 0,5 см ниже границы верхней и средней трети расстояния от мечевидного отростка до пупка

левой окологрудинной линии на 1 см от нижнего края реберной дуги

*Измерение высоты печеночной тупости по:*

правой передней подмышечной линии 11 см

правой срединно-ключичной линии 10 см

правой окологрудинной линии 9 см

*Определение размеров печени по Курлову по:*

правой срединно-ключичной линии 9 см

передней срединной линии 8 см

левой реберной дуге 7 см

***Пальпация печени***

Край печени мягкий, острый, ровный, безболезненный, не выступает из-под края реберной дуги.

***Перкуссия селезенки***

* Границы селезенки:
  + Верхняя: нижний край 9 ребра.
  + Нижняя: верхний край 11 ребра.
  + Передняя: на 1,0 см левее передней подмышечной линии.
  + Задняя: возле задней подмышечной линии.
* Размеры селезенки:
  + Поперечник: 6 см.
  + Длинник: 8 см.

***Пальпация селезенки***

Селезенка не пальпируется.

Свободная жидкость в брюшной полости - нет.

Мочеполовая система

**Осмотр поясничной области**

Выпячивания поясничной области - нет. Покраснение и отечность кожи - нет.

**Перкуссия почек**

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Пальпация мочеточниковых точек**

При пальпации подреберных, верхних мочеточниковых, средних мо­четочниковых, реберно–позвоноч­никовых, реберно–поясничных точек болезненности не выявлено.

**Аускультация почек**

Наличие шума в реберно-позвоночном углу – нет.

**ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС**

**Кожа:** цвет бледно-розовый, умеренной влажности. Тургор сохранен. Высыпаний, пигментаций, шелушений нет.

**Видимые слизистые оболочки:** цвет бледно-розовый. Высыпаний, кровоизлияний, изъязвлений нет.

**Оволосение:** по женскому типу.

**Ногти:** форма правильная – овальная, ровная поверхность, прозрачные, изменение формы – нет.

**Подкожная жировая клетчатка:** сильно выражена, толщина кожной складки в области трехглавой мышцы плеча – 1,5 см, места наибольшего отложения жира – живот.

**Отёки:** нет.

**Периферические лимфатические узлы** (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые) не увеличены. При пальпации не спаяны с окружающими тканями, безболезненные, подвижные.

Кожа в области правого коленного сустава бледная, кровоподтеков, ссадин, рубцов нет. Отека нет. При пальпации кожа над правым коленным суставом нормальной температуры, отмечается некоторая атрофия мышц в нижней трети бедра и верхней трети голени. Форма правого коленного сустава несколько деформирована. Положение пациентки вынужденное – правая нога находится в положении полного разгибания с целью уменьшения болезненности. При ходьбе пациентка почти не наступает на правую ногу.

Патологических изменений со стороны позвоночника не выявлено: форма – обычная, деформации оси нет, болезненности в паравертебральных точках при пальпации не вявлено.

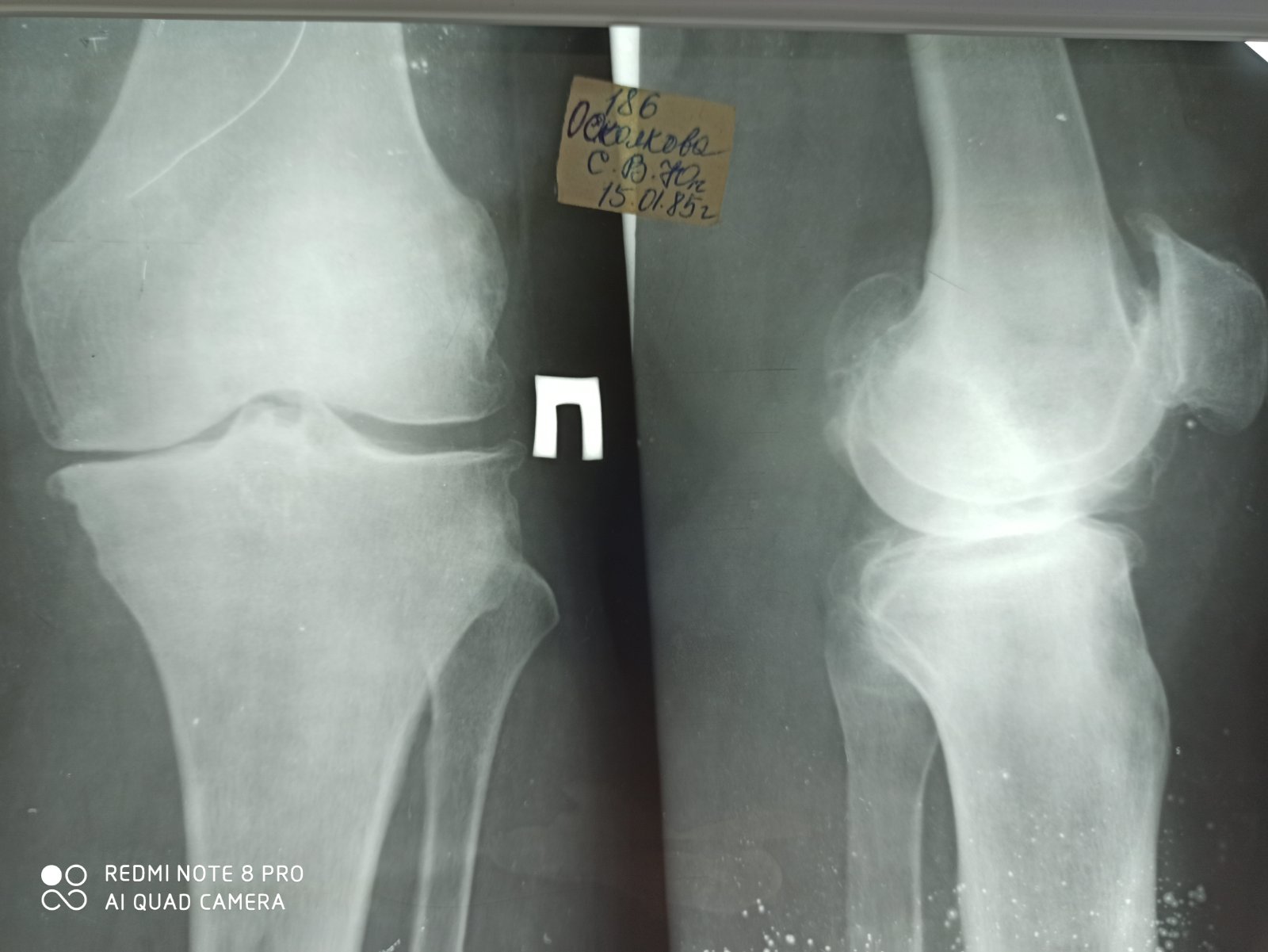
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ | ПРАВАЯ | ЛЕВАЯ |
| Деформации | Нет | нет |
| Ось | Без отклонений | Без отклонений |
| Относительная длина от акромиального отростка до кончика третьего пальца кисти | 70 | 70 |
| Абсолютная длина | | |
| * Плеча от акромиального отростка до локтевого отростка | 30 | 30 |
| * Предплечья от локтевого отростка до шиловидного отростка лучевой кости | 25 | 25 |
| Объем движений | | |
| Плечевой сустав | | |
| * Разгибание/сгибание | 55/0/150 | 55/0/150 |
| * Отведение/приведение | 90/0/40 | 90/0/40 |
| * Нар.ротация/внутр.ротация | 80/0/80 | 80/0/80 |
| Локтевой сустав | | |
| * Разгибание/сгибание | 0/0/150 | 0/0/150 |
| Кистевой сустав | | |
| * Разгибание/сгибание | 60/0/45 | 60/0/45 |
| Длина окружности плеча | | |
| * В в/3 (головка плечевой кости) | 38 | 38 |
| * В с/3 (на 20 см выше локтевого отростка) | 36 | 36 |
| * В н/3(на 10 см выше локтевого отростка) | 32 | 32 |
| НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ | | |
| Деформации | Вальгусная | Нет |
| Ось | Без отклонений | Без отклонений |
| Относительна длина от передневерхней ости крыла подвздошной кости до внутренней лодыжки | 83 | 85 |
| Абсолютная длина | | |
| * Бедра от большого вертела бедренной кости до наружной щели коленного сустава | 38 | 40 |
| * Голени от наружной щели коленного сустава до наружной лодыжки | 43 | 45 |
| Объем движений | | |
| Тазобедренный сустав | | |
| * Разгибание/сгибание | 70/0/5 | 45/0/90 |
| * Отведение/приведение | 40/0/15 | 80/0/40 |
| * Нар.ротация/внутр.ротация | 35/0/25 | 50/0/30 |
| Коленный сустав | | |
| * Разгибание/сгибание | 5/0/45 | 0/0/100 |
| Голеностопный сустав | | |
| * Разгибание/сгибание | 20/0/45 | 20/0/45 |
| Длина окружности бедра | | |
| * В в/3(большой вертел) | 70 | 70 |
| * В с/3(на 20 см выше верхнего полюса надколенника) | 60 | 60 |
| * В н/3(на 10 см выше верхнего полюса надколенника) | 48 | 50 |
| Заключение: вальгусная деформация правой нижней конечности, относительная длина правой нижней конечности меньше на 2 см по сравнению с относительной длиной левой нижней конечности, абсолютная длина правого бедра на 2 см меньше абсолютной длины левого бедра, движения в правом тазобедренном и коленном суставе ограничены ввиду выраженного болевого синдрома в области правого коленного сустава. Длина окружности правого бедра в нижней трети на 2 см меньше, чем левого. | | |

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб (жгучая постоянная боль и ограничение подвижности правого коленного сустава), данных анамнеза заболевания (пациентка считает себя заболевшей с 2018 года, когда впервые появились боль и скованность в области правого коленного сустава после физических нагрузок; проходила обследование и лечение в травматологическом отделении, где был выставлен диагноз «Деформирующий артроз II степени правого коленного сустава»; после проведенного лечения наступило улучшение общего состояния; около 2 месяцев назад пациентка стала отмечать усиление интенсивности и продолжительности болей в области правого коленного сустава во время ходьбы, ограничение подвижности в нем; проводила самостоятельное лечение в виде приема таблеток ибупрофена 4 раза в день – незначительный кратковременный эффект), объективного обследования (деформация правого коленного сустава, атрофия мышц в нижней трети бедра и верхней трети голени, хромота при ходьбе, вынужденное положение пациентки, ограничение подвижности правого коленного сустава, вальгусная деформация правой нижней конечности, изменение амплитуды движений правых тазобедренного и коленного суставов, уменьшение окружности правой конечности в нижней трети бедра на 2 см по сравнению с левой, уменьшение относительной и абсолютной длин правой конечности на 2 см) можно выставить диагноз: *Деформирующий артроз III степени правого коленного сустава.*

**РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНГЕНОЛОГИЧЕСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Рентгенография правого коленного сустава от 13.03.2020



Заключение: Неравномерное сужение суставной щели на всем ее протяжении за счет деформации суставных поверхностей костей, определяются краевые остеофиты, эпифизы бедренной и большеберцовой костей деформированы.

**Общий анализ крови** от 13.03.2030

Гемоглобин - 144 г/л

Эритроциты – 4,41\*1012/л

Гематокрит – 40%

Тромбоциты – 286\*109/л

Лейкоциты – 5\*109/л

Эозинофилы – 2%

Палочкоядерные нейтрофилы – 5%

Сегментоядерные нейтрофилы – 70%

Лимфоциты – 17%

Моноциты – 10%

СОЭ – 10 мм/час

**Заключение.** Норма.

**Общий анализ мочи** от 13.03.2020

Цвет – соломенно-желтый.

Прозрачность – полная.

Реакция – щелочная.

Относительная плотность – 1022.

Белок – нет.

Глюкоза – нет.

Эпителий плоский – 0-1.

Лейкоциты – 4-5 в п/з.

**Заключение.** Норма.

**Биохимический анализ крови** от 13.03.2020

АлАТ – 38 Е/л.

АсАТ – 42 Е/л.

Глюкоза – 5,4 ммоль/л.

Билирубин общий – 19,7 мкмоль/л.

Билирубин прямой – 5,0 мкмоль/л.

Щелочная фосфатаза – 61 Е/л.

Мочевина – 4,3 ммоль/л.

Креатинин – 0,086 ммоль/л.

Общий белок – 75 г/л.

Холестерин – 5,2 ммоль/л.

РФ – 6 МЕ/л.

**Заключение.** Норма.

**Коагулограмма** от 13.03.2020

АЧТВ – 27 секунд.

ПТИ – 1,09.

Фибриноген А – 2 г/л.

**Заключение.** Норма.

**ЭКГ** от 13.03.2020

Ритм синусовый, регулярный. Нормальная ЭОС. ЧСС – 100 уд/мин.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Деформирующий артроз коленного сустава необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

1. Ревматоидный артрит. Для РА характерен дебют заболевания в более молодом возрасте, утренняя скованность в суставах более 30 минут, боли усиливаются в покое и уменьшаются при движении, поражение внутренних органов, симметричное поражение суставов, ревматоидные узелки на коже. При ДА отмечается одностороннее (чаще всего) поражение суставов, отсуствие поражения внутренних органов, боли усиливаются при физической нагрузке.
2. Подагра. Для подагры характерно наличие наследственного анамнеза, поражение более мелких суставов (суставы кисти и стопы), отложение уратов в суставных полостях. В данном случае нет отложения солей в суставах, наследственный анамнез не отягощен подагрой, поражен коленный сустав.
3. Псориатический артрит. При псориатическом артрите отмечается псориатическое поражение кожи, дебют заболевания в более молодом возрасте, симметричность поражения. В данном случае пациентка не страдает псориазом, поражен один сустав.

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб (жгучая постоянная боль и ограничение подвижности правого коленного сустава), данных анамнеза заболевания (пациентка считает себя заболевшей с 2018 года, когда впервые появились боль и скованность в области правого коленного сустава после физических нагрузок; проходила обследование и лечение в травматологическом отделении, где был выставлен диагноз «Деформирующий артроз II степени правого коленного сустава»; после проведенного лечения наступило улучшение общего состояния; около 2 месяцев назад пациентка стала отмечать усиление интенсивности и продолжительности болей в области правого коленного сустава во время ходьбы, ограничение подвижности в нем; проводила самостоятельное лечение в виде приема таблеток ибупрофена 4 раза в день – незначительный кратковременный эффект), объективного обследования (деформация правого коленного сустава, атрофия мышц в нижней трети бедра и верхней трети голени, хромота при ходьбе, вынужденное положение пациентки, ограничение подвижности правого коленного сустава, вальгусная деформация правой нижней конечности, изменение амплитуды движений правых тазобедренного и коленного суставов, уменьшение окружности правой конечности в нижней трети бедра на 2 см по сравнению с левой, уменьшение относительной и абсолютной длин правой конечности на 2 см), данных рентенографии правого коленного сустава (неравномерное сужение суставной щели на всем ее протяжении за счет деформации суставных поверхностей костей, определяются краевые остеофиты, эпифизы бедренной и большеберцовой костей деформированы) выставлен клинический диагноз:

* Основной: *Деформирующий артроз III степени правого коленного сустава.*
* Сопутствующий: нет.
* Осложнения: нет.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение больных с дегенеративными заболеваниями суставов должно быть ранним, патогенетическим и комплексным. Основными принципами лечения являются устранение причин, способствующих развитию болезни, ликвидация воспалительных изменений и восстановление утраченной функции. Комплексное лечение заключается в применении лекарственных средств, обладающих противовоспалительными и обезболивающими свойствами, проведение физиотерапевтических процедур, оказывающих сосудорасширяющее и обезболивающее действие. Хороший эффект даёт санаторно-курортное лечение с применением грязевых аппликаций, сероводородных и радоновых ванн, массажа и лечебной гимнастики.

Иногда повреждение коленного сустава (менископатию) лечат радикально - удаляют травмированный мениск оперативным путем. Несомненно, бывают ситуации, когда подобная операция необходима (например, когда ущемление одного и того же мениска повторяется 2 - 3 раза), однако считаю, что в большинстве случаев первичное повреждение мениска нужно пытаться вылечить терапевтическими методами.

Хотя операция и приводит к быстрому восстановлению функций поврежденного сустава, но в дальнейшем отсутствие в колене мениска способствует развитию того же артроза. Нужно понимать, что ничего лишнего природа не создает, и раз она наградила нас менисками, значит, они нужны. Мениски стабилизируют сустав при его движениях, и их отсутствие приводит к повышенной нагрузке на определенные суставные структуры, вызывающие постепенное разрушение хряща. У людей старшего возраста менископатия протекает несколько иначе, чем у молодых. Она, как правило, приобретает хронический характер. В таких случаях лечение должно быть направлено в первую очередь на устранение артрозных проявлений. Основные методы лечения артроза:

а) Лекарственные средства в таблетках, свечах, инъекциях.

1. Нестероидные противовоспалительные препараты - с назначения препаратов этой группы большинство врачей начинает лечение любых суставных заболеваний.

При гонартрозе противовоспалительные средства используются в тех случаях, когда необходимо устранить отёк и припухание сустава, то есть снять воспаление. Сами по себе противовоспалительные препараты не могут излечить артроз, но способны существенно облегчить состояние пациента и уменьшить суставную боль в период обострения болезни. А значит, устранив обострение артроза с помощью этих лекарств, можно затем перейти к другим лечебным процедурам - массажу, физиотерапии, гимнастике - которые из-за боли и отёка были бы невозможны.

2. Хондропротекторы (глюкозамин и хондороитинсульфат) - препараты для восстановления хрящевой ткани, питающим хрящевую ткань и восстанавливающим структуру повреждённого хряща суставов.

Это самая полезная группа препаратов для лечения артрозов, они не столько устраняют симптомы остеоартроза, сколько воздействуют на «основание» болезни. Совместное применение глюкозамина и хондроитинсульфата способствует восстановлению хрящевых поверхностей сустава, улучшению выработки суставной жидкости и нормализации её «смазочных» свойств. Подобное комплексное воздействие хондропротекторов на сустав делает их незаменимыми в лечении начальной стадии артроза. Однако эти препараты абсолютно бесполезны при третьей стадии артроза, когда хрящ уже практически полностью разрушен. Повлиять же на костные деформации или вырастить новую хрящевую ткань с их помощью уже невозможно. Да и при первой - второй стадиях артроза хондропротекторы действуют очень медленно и улучшают состояние пациента далеко не сразу. Для получения реального результата требуется пройти как минимум 2 - 3 курса лечения этими препаратами, на что обычно уходит полгода - год, хотя реклама глюкозаминами и хондроитинсульфата обычно обещает выздоровление в более короткие сроки. При всей полезности хондропротекторов чудесного лекарственного исцеления артроза ждать не приходится. Выздоровление обычно требует гораздо больших усилий, чем приём двух - трёх десятков таблеток. Эти препараты дополняют и усиливают возможности друг друга, польза от их комплексного применения будет несомненно выше.

3. Сосудорасширяющие средства. При гонартрозе почти всегда происходит застой крови в области сустава, из-за чего нередко возникают ночные «распирающие» боли. В этих случаях прием сосудорасширяющих препаратов оказывает выраженный положительный эффект, снимая спазм мелких сосудов ног и восстанавливая кровообращение в суставе. Особенно полезно применять сосудорасширяющие препараты в сочетании с хондропротекторами. В этом случае хондропротективные питательные вещества проникают в сустав легче и в большем количестве, к тому же активнее циркулируют в нем.

б) Внутрисуставные инъекции

1. Внутрисуставные инъекции кортикостероидных гормонов. Применение этих инъекций при гонартрозе имеет смысл только для подавления воспаления в суставе, которое проявляется отёком и припуханием колена. В этом случае внутрисуставная инъекция гормональных препаратов принесёт быстрое облегчение. Нежелательно повторять такие уколы чаще, чем 1 раз в 2 недели. При этом больше трех раз проводить инъекцию гормонов в один сустав вообще нежелательно - повышается вероятность побочных эффектов. Бессмысленно делать такие инъекции тем больным, у которых уже произошла выраженная деформация костей, искривление ног, то есть в тех случаях, когда боли обусловлены не отёком и воспалением, а анатомическими изменениями сустава, разрастанием костных «шипов» - остеофитов.

С гормональной терапией конкурирует, а в ряде случаев и дополняет её метод внутрисуставной оксигенотерапии. Он заключается во введении в полость коленного сустава газообразного медицинского кислорода.

2. Внутрисуставные инъекции хондропротекторов и ферментов (контрикал, гордокс). В отличие от гормонов не применяются, если есть отекание сустава, так как почти не подавляют воспаления. Но зато они хорошо действуют при начальных стадиях гонартроза, протекающего без отёка сустава (синовита). В этом случае эти внутрисуставные инъекции способствуют частичному восстановлению хрящевой ткани. К минусу таких внутрисуставных введений можно отнести необходимость проводить лечение курсом в 5-10 инъекций; при этом каждая внутрисуставная инъекция всё-таки в той или иной степени травмирует ткани сустава.

3. Внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты. Внутрисуставное введение в сустав препаратов гиалуроновой кислоты - новый эффективный, но дорогой метод лечения гонартроза. Гиалуроновая кислота представляет собой «смазку» для сустава, по своему составу очень приближаясь к естественной смазке колена. Введённая в больной сустав, гиалуроновая кислота уменьшает трение повреждённых суставных поверхностей и улучшает подвижность колена, защищает его от физических воздействий.

Эффективность препаратов гиалуроновой кислоты очень высока при гонартрозе I (начальной) стадии, менее - при артрозе II стадии. При артрозе коленного сустава III стадии препараты гиалуроновой кислоты могут облегчить страдания больного, но ненадолго.

в) Местные лекарственные средства: мази, компрессы

В силу того, что коленный сустав залегает не глубоко под кожей, при комплексном лечении полезно использовать местные средства - они улучшают кровообращение в суставе, иногда помогают устранить боль.

К одному из лучших местных средств относится димексид - жидкость, которая обладает противовоспалительным действием, помогает устранить отёк сустава. Однако димексид необходимо применять осторожно, т.к. он может вызывать сильную аллергию и у особо чувствительных людей даже ожог. Хорошим рассасывающим эффектом обладают бишофит и медицинская желчь. К сожалению, они тоже достаточно аллергичны, поэтому при использовании их для компрессов надо также соблюдать некоторую осторожность. Различные мази, как правило, помогают меньше, поскольку обладают не очень высокой всасываемостью, но в некоторых случаях всё же могут давать относительно хороший результат.

г) Физиотерапевтическое лечение

При артрозе коленных суставов лазеротерапия, криотерапия (лечение холодом), массаж и электрофорез лекарственными средствами могут принести пациенту существенное облегчение. Эти процедуры улучшают состояние тканей и кровообращение в суставе, уменьшают воспаление и снимают болезненный мышечный спазм. Но у них есть и противопоказания. Такие процедуры нельзя делать людям, страдающим гипертонией и сердечными заболеваниями, при наличии опухолей (даже доброкачественных), при инфекциях и при воспалительных болезнях суставов. Кроме того, физиотерапию не назначают во время обострения артроза коленного сустава, протекающего с отёком и покраснением колена. Такое обострение необходимо предварительно ликвидировать либо приёмом противовоспалительных препаратов, либо внутрисуставной инъекцией кортикостероидных гормонов, и только затем начинать физиотерапевтическое лечение.

д) Вытяжение сустава (тракция)

Как и при артрозе тазобедренного сустава, тракция колена проводится методами мануальной терапии или с помощью тракционного аппарата. Делается вытяжение с целью развести кости, увеличив между ними расстояние и уменьшив таким образом нагрузку на сустав. Однако при лечении коленного сустава приходится воздействовать сразу на 4 соприкасающихся кости, так как коленный сустав состоит из трех сочленений, и нужно аккуратно воздействовать на наиболее повреждённое, что требует ювелирной точности и расчёта нагрузки. Даже при абсолютно грамотных действиях специалиста не всегда удаётся добиться полного успеха, особенно если деформация костей зашла слишком далеко. Но в целом примерно в 80% случаев вытяжение сустава приносит хороший результат, особенно если сочетать его с медикаментозной терапией и физиотерапевтическими воздействиями.

е) Операция

В тех случаях, когда артроз зашёл слишком далеко, выполняется операция по полной или частичной замене сустава. Операция позволяет вернуть трудоспособность даже при артрозе III-IV стадии. Однако после операции пациента ожидает долгий восстановительный период, операция достаточно дорога и трудоёмка, поэтому задача врача (артролога или ревматолога) помочь больному либо избежать операции, либо отсрочить её на максимально возможное время.

Виды операций при деформирующем гонартрозе:

1. Артроскопия (при 1 и 2 степени).
2. Тотальное эндопротезирование (2 и 3 степень при неэффективности консервативного лечения).
3. Одномыщелковое эндопротезирование.

Другие методы реабилитации

1. Массаж - улучшает общее самочувствие, снимает болезненный спазм мышц, улучшает кровообращение, передачу нервных импульсов, тем самым обеспечивается улучшение питания суставного хряща. Массаж нужно делать у опытного специалиста при отсутствии обострения артроза. Область над суставом обрабатывается с минимальной интенсивностью. Более интенсивно обрабатывается позвоночник, откуда выходят нервы, питающие сустав, и прилегающие мышцы. При отсутствии противопоказаний массаж повторяют 2 раза в год.

2. Санаторно-курортное лечение - позволяет проводить комплексную реабилитацию, включающую положительное воздействие лечебных грязей, ванн, сауны, физиопроцедур, массажа, занятий лечебной физкультурой. Немаловажную роль играет смена обстановки, снятие стрессорных воздействий, нахождение на свежем воздухе. Следует помнить, что санаторно-курортное лечение можно проводить только вне обострения болезни.

3. Мануальная терапия, являясь эффективным методом, занимает важное место в комплексном лечении артроза. При применении этого способа можно добиться ликвидации суставной контрактуры, восстановления баланса, нормализации объема движений в суставе. Применяются следующие методики мануальной терапии при комплексном лечении артроза:

· обилизационная техника;

· манипуляционная техника;

· постизометрическая релаксация.

4. Средства ортопедической коррекции - это специальные приспособления, позволяющие уменьшить нагрузку на сустав. К ним относятся ортопедическая обувь, которую нужно носить при наличии укорочения конечности; супинаторы, назначаемые при плоскостопии; наколенники, способные уменьшать разболтанность коленного сустава, тем самым уменьшая травматизацию хряща при ходьбе. Вместо наколенников можно использовать бинтование эластичным бинтом.

5. При комплексном лечении артрозов большое значение принадлежит ортопедическому режиму. Это актуально особенно при повреждении суставов нижних конечностей. При ходьбе даже при отсутствии болевого синдрома нужна разгрузка пораженного сустава. В таком случае назначают супинаторы, трость, костыли. Необходимо научить заболевшего пользоваться тростью и правильно подбирать костыли.

Если пользуются неправильно подобранной тростью, возникает функциональная перегрузка верхней конечности, надплечья и шеи; при неправильно подобранных костылях может развиться костыльный плексит.

**Лечение данного пациента**

Операция – тотальное эндопротезирование правого коленного сустава.

Показания:

1. III степень деформации.
2. Вальгусная деформация.
3. Стойкий болевой синдром.
4. Выраженное нарушение статико-динамической функции сустава.
5. Неэффективность консервативной терапии.

Протокол операции: Анестезия – монолатеральная спинальная анестезия. Внутривенно введено 5% - 50 мл раствора аминокапроновой кислоты. Поименен пневматичекий турникет. Выполнен стандартный срединный доступ с медиальной артротомией. Гемостаз операционной раны (коагуляция видимых сосудистых образований в зоне оперативного вмешательства). Иссечена передняя крестообразная связка, мениски, удалены экзостозы. Поэтапно резецированы суставные концы бедренной и большеберцовой костей. Перед постановкой компонентов эндопротеза проведена инфильтрация мягких тканей заднего отдела коленного сустава (50 мл 2% раствора ропивакаина гидрохлорида). Установлены компоненты эндопротеза. Перед снятием пневматического турникета введено 50 мл – 5% раствора аминокапроновой кислоты в/венно. Область операционной раны тампонирована (тампоны смочены аминокапроновой кислотой). Выполнена коагуляция видимых сосудистых образований. Рана ушита отдельными узловыми швами при сгибании сустава под углом в 60 градусов. Наложена давящая повязка. Выполнено тугое бинтование.

Послеоперационный период:

1. Режим – постельный.
2. Стол Б.
3. Медикаментозно:
   * Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml (с целью обезболивания)  
     В/мышечно однократно 4 раза в день.
   * Sol. Cefepimi 1,0 + 20 ml 0,9% NaCl (профилактика гнойных осложнений)  
     В/венно струйно 4 раза в день.
   * Sol. NaCl 0,9% - 250 ml  
     В/венно капельно однократно.
   * Sol. Glucosae 5% - 400 ml  
     В/венно капельно однократно.

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата.  Пульс.  Температура:  утренняя  вечерняя | Дневник наблюдения за пациентом | Назначения |
| 16.03.2020  t=36,6C  Ps=66 уд/минуту | Состояние удовлетворительное. Жалобы на болезненность в области послеоперационной раны.  Об-но: кожные покровы бледно-розового цвета, видимые слизистые оболочки не изменены.  Pulm: дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. ЧД – 16’.  Cor: тоны приглушены, ритмичные. АД – 130/85 мм.рт.ст.  Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.  Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное.  St. localis: послеоперационная рана без признаков нагноения, швы состоятельны, повязка незначительно промокает серозным отделяемым. | Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml (с целью обезболивания) В/мышечно однократно 4 раза в день.  Sol. Cefepimi 1,0 + 20 ml 0,9% NaCl (профилактика гнойных осложнений) В/венно струйно 4 раза в день.  Туалет раны. |
| 17.03.2020  t=36,7C  Ps=71 уд/минуту | Состояние удовлетворительное. Жалобы на незначительную болезненность в области послеоперационной раны.  Об-но: кожные покровы бледно-розового цвета, видимые слизистые оболочки не изменены.  Pulm: дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. ЧД – 15’.  Cor: тоны приглушены, ритмичные. АД – 135/85 мм.рт.ст.  Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.  Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное.  St. localis: послеоперационная рана без признаков нагноения, швы состоятельны, повязка сухая. | Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml (с целью обезболивания) В/мышечно однократно 4 раза в день.  Туалет раны. |

**ЭПИКРИЗ**

Пациентка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1969 (51 год), поступила 13.03.2020 в 13.00 в травматологическое отделение в плановом порядке по направлению из поликлиники №8.

Предъявляла жалобы на жгучие боли и ограничение подвижности в правом коленном суставе.

Из анамнеза: считает себя заболевшей с 2018 года, когда впервые появились боли в области правого коленного сустава, возникающие после длительной физической нагрузки.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет с обеих сторон, ЧД 16/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 83 уд/мин, АД – 135/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул в норме, регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Правый коленный сустав деформирован, объем и амплитуда движений резко ограничены, отмечается атрофия мышц нижней трети и верхней трети голени, относительное и абсолютное укорочение правой нижней конечности на 2 см, уменьшение длины окружности правой нижней конечности в области нижней трети бедра. Отмечается болезненность при ходьбе и хромота (пациентка не наступает на правую ногу).

Проведенное обследование:

Рентгенография правого коленного сустава от 13.03.2020: Неравномерное сужение суставной щели на всем ее протяжении за счет деформации суставных поверхностей костей, определяются краевые остеофиты, эпифизы бедренной и большеберцовой костей деформированы.

Проведенное лечение: 13.03.2020 – тотальное эндопротезирование правого коленного сустава.

1. Режим – постельный.
2. Стол Б.
3. Медикаментозно:
   * Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml (с целью обезболивания)  
     В/мышечно однократно 4 раза в день.
   * Sol. Cefepimi 1,0 + 20 ml 0,9% NaCl (профилактика гнойных осложнений)  
     В/венно струйно 4 раза в день.
   * Sol. NaCl 0,9% - 250 ml  
     В/венно капельно однократно.
   * Sol. Glucosae 5% - 400 ml  
     В/венно капельно однократно.

Пациентка отмечает улучшение общего состояния.

Прогноз:

* Для выздоровления: благоприятный.
* Для трудоспособности: относительно благоприятный.
* Для жизни: благоприятный.

Рекомендовано:

1. Наблюдение у травматолога по месту жительства после выписки.
2. Раннее вставание из постели с целью оптимальной и ранней реабилитации.
3. Дозированные физические нагрузки.
4. Смена места работы соответственно оптимально допустимым физическим нагрузкам.
5. Сеансы физиотерапии: УВЧ, магнитотерапия.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Травматология и ортопедия: учебник/ [Н.В. Корнилов] – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Метод периоперационного обеспечения эндопротезирования коленного сустава: инструкция по применению/ Болобошко К.Б., Ходьков Е.К., Кубраков К.М., Абдулина З.Н. – ВГМУ, 2019.