**Паспортные данные**

1. **ФИО** – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Возраст** – 1962 г.р. (51 года)
3. **Дата, час и минуты поступления в клинику** – 4.04.2013 в 11:30
4. **Пол** – женский
5. **Национальность** – гражданка РБ
6. **Место жительства** – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. **Профессия** – не работает

 **Жалобы больного**

На момент поступления предъявляет жалобы на боль в правом коленном суставе, которые усиливаются после физической нагрузки. Периодические отеки сустава, которые так же возникают после физической нагрузки, сходят медленно, скованность в суставе, невозможность движения ноги в правом суставе.

 **Анамнез жизни**

 Болезнь Боткина, гепатит, туберкулез, сифилис, ВИЧ - отрицает. Язва желудка и 12-ти перстной кишки – нет. Переливания крови, тромбоэмболии вен нижних конечностей, жировые эмболии, тромбоэмболии легочной артерии в анамнезе отрицает. Болела простудными заболеваниями. Тридцать лет назад был закрытый перелом нижней трети левой большеберцовой кости со смещением по ширине, длине, оси, лечилась консервативно, была наложена гипсовая повязка, которую сняли через месяц. Осложнений не было. Бытовые условия удовлетворительные. Ранения и травмы отрицает. Операции-кесарево сечение и аппендектомия, операции и послеоперационные периоды без осложнений.. Наследственность не отягащена. Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез –не переносит дибазол и паповерин.

 **Течение заболевания**

 Считает себя больной с 7.10.12г., когда появились сильные боли, с начала в правой подколенной области, затем отеки колена, болезненность при движении правой ноги. Заболевание связывает с тем, что длительное время находилась в машине, в вынужденном положении, нога находилась под сидением и отекла. Обратилась в поликлинику №1, где ее обследовали, но никакой патологии не выявили. Через некоторое время ей стала хуже, колено стало отекать больше, движение в конечности приносило сильную боль, она опять обратилась в поликлинику, где ей был поставлен диагноз- застарелое повреждение внутреннего мениска правого коленного сустава, ее направили в травматологическое отделение БСМП для дообследования и лечения.

 **Данные объективного исследования**

 На момент курации (5.04.13 г.):

**Общее состояние**: удовлетворительное

**Сознание**: ясное

**Телосложение**: правильное, рост 169 см, вес 89 кг

**Кожные покровы**: обычной окраски, кожной сыпи нет, кожного зуда нет, отеков, пастозности нет.

**Видимые слизистые**: без изменений

**Лимфоузлы**: не изменены

**Органы кровообращения**

 Осмотр области сердца и сосудов

 Выпячивания грудной клетки в области сердца нет

 Верхушечный толчок и его свойства – локализуется в 5 межреберье на 2см. кнаружи от левой среднеключичной линии, разлитой, усилен.

Пальпация области сердца и сосудов

 Пальпация верхушечного толчка и определение его свойств - локализуется в 5 межреберье на 2см кнаружи от левой среднеключичной линии , площадь составляет 2 см.квд. , высота умеренная , слабая резистентность .

 Пальпация пульса на магистральных артериях и определение его свойств –частота 74 в минуту , ритмичный , слабого напряжения и наполнения , соответствует частоте сердечных сокращений. Артериальная стенка эластичная, мягкая .

Периферические артерии:

- пульс на лучевой артерии – аритмичный, частота —74 уд/мин, удовлетворительного напряжения и наполнения; стенка сосуда эластичная. ЧСС =96 уд/мин. Патологические сосудистые шумы не выслушиваются.

- на тыльных артериях стоп - пульсация сохранена

 Вены: шейные вены не расширены, венная пульсация не определяется.

Артериальное давление 120/80 мм. рт.ст.

**Органы дыхания**

Статический осмотр грудной клетки – нормостенической формы , над и подключичные ямки выражены умеренно , ребра средней величины , имеют отвесный ход , межреберные промежутки узкие , надчревный угол прямой , лопатки плотно прилегают к грудной клетке .

Динамический осмотр- обе половины симметричны , участвуют в акте дыхания.

Тип дыхания брюшной. Частота 16 в минуту .

Перкуссия грудной клетки –

сравнительная перкуссия - перкуторный звук ясный на симметричных участках.

топографическая перкуссия –

 высота стояния верхушек – спереди – на 4 см. над ключицами с обеих сторон , сзади – на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка на 1,5 см. кнаружи с обеих сторон .

Нижние границы легких -

правое легкое – окологрудинная линия – верхний край 6 ребра , срединно-ключичная линия – нижний край 6 ребра , передняя подмышечная линия – нижний край 7 ребра , средняя подмышечная линия – нижний край 8 ребра , задняя подмышечная линия – нижний край 9 ребра , лопаточная линия – нижний край 10 ребра , околопозвоночная линия – нижний край 11 ребра .

левое легкое-передняя подмышечная линия-нижний край 7 ребра, средняя подмышечная линия-нижний край 8 ребра,задняя подмышечная линия- нижний край 9 ребра,лопаточная линия-нижний край 10 ребра,околопозвоночная линия-нижний край 11 ребра.

 Аускультация легких – над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание , бронхофония одинакова с обеих сторон . Дыхательных шумов,хрипов,крепитации нет.

**Органы пищеварения**

**Рвота**: нет

**Язык**: влажный не обложен.

**Зев:** не гиперемирован.

**Печень**: не увеличена.

**Желчный пузырь**: не определяется

**Живот**: мягкий, безболезненный.

**Стул**: ежедневный, обычный.

**Мочеиспускание**: свободное, безболезненное, диурез достаточный.

**Локальный статус на день курации**

 Положение больной активное. Контура правого коленного сустава сглажены.Выпота в суставе не определяется. Объем движений 0/0/10. Симптомы Байкова и Перельмана положительные. В подколенной области пальпируется образование 1.5см безболезненное.

 **Предварительный диагноз**

На основании жалоб(жалобы на боль в правом коленном суставе, которые усиливаются после физической нагрузки. Периодические отеки сустава, которые так же возникают после физической нагрузки, сходят медленно, скованность в суставе, невозможность движения ноги в правом суставе),на основании анамнеза заболевания(считает себя больной с 7.10.12г., когда появились сильные боли, с начала в правой подколенной области, затем отеки колена, болезненность при движении правой ноги. Заболевание связывает с тем, что длительное время находилась в машине, в вынужденном положении, нога находилась под сидением и отекла. Обратилась в поликлинику №1, где ее обследовали, но никакой патологии не выявили. Через некоторое время ей стала хуже, колено стало отекать больше, движение в конечности приносило сильную боль, она опять обратилась в поликлинику, где ей был поставлен диагноз- застарелое повреждение внутреннего мениска правого коленного сустава, ее направили в травматологическое отделение БСМП для дообследования и лечения),на основании объективного обследования (локальный статус-положение больной активное. Контура правого коленного сустава сглажены.Выпота в суставе не определяется. Объем движений 0/0/10. Симптомы Байкова(суставную щель с внутренней и наружной сторон сдавливают между 1 и 2 пальцами при согнутой на 90градусов голени. После этого произвести ее пассивное разгибание, во время которого при наличии разорванного мениска боли усиливаются. Приведение выпрямленной голени вызывает усиление болей в области внутреннего мениска.) и Перельмана(боль усиливается в локальной точке при движениях конечностью, имитирующих надевание калоши-ротационные движение голенью и стопой) положительные. В подколенной области пальпируется образование 1.5см безболезненное) можно поставить предварительный диагноз- Застарелое повреждение внутреннего мениска правого коленного сустава.

**План обследования:**

1.ОАК

2.ОАМ

3.ЭКГ

4.Ренгенограмма грудной клетки и коленного сустава в прямой и боковой проекции

5.УЗИ коленного сустава

6.МРТ

7.анализ крови на ВИЧ и RW

**Результаты рентгенологического, лабораторного и других**

**специальных методов обследования.**

1. **Общий анализ крови от 26.03.13**

*Гемоглобин* 138 г/л

*Эритроциты*  4,4\*1012/л

*Тромбоциты* 134\*109/л

*Лейкоциты* 5,99\*109/л

палочкоядерные 3%

сегментоядерные 55%

лимфоциты 36%

моноциты 5%

*Цветовой показатель* 0,9

*СОЭ* 8 мм/ч

Заключение: ОАК в норме .

1. **Общий анализ мочи 26.03.13**

*Физические свойства*

Цвет: светло-желтый

Реакция: кислая

Удельный вес: 1,020 г/мл

Прозрачность: полная

*Химические свойства*

Белок: нет

Глюкоза: нет

*Микроскопия*

Цилиндры: нет

Эритроциты: нет

Эпителий: 0-1 в поле зрения

Лейкоциты: 2-3 в поле зрения

Заключение: Общий анализ крови в норме.

1. **Электрокардиография от 25.03.13**

Заключение: Ритм синусовый, ЧСС 72 в минуту. Вертикальная ЭОС.

1. **Рентгенологическое исследование от 4.04.13 № 3933.**

Костно-травматической патологии не выявлено. Диф. артроз 1 ст.



**5.RW 26.03.13г**.-отрицательный.

##  6.УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА от 10.03.13г.: Целостность четырехглавой мышцы бедра и собственной связки надколенника не нарушена. Контуры надколенника неровные, четкие. Структура жировых тел не изменена.Боковые связки не изменены.При функциональном тесте целостность волокон сохранена.Собственная связка надколенника не изменена. Суставные поверхности бедренное и большеберцовой костей четкие. Гиалиновый хрящ до 1.5мм.Определяется адекватное количество внутрисуставной жидкости. Мениски:наружный-структура однородная,контуры четкие,ровные, фрагментации и кальцинации не выявлено. Внутреннийструктура однородная,контуры четкие,ровные, фрагментации и кальцинации не выявлено.В области "гусиной лапки"-умеренный жидкостной компанент и отек сухожилия "гусиной лапки". В правой подколенной области обнаружена киста размером 2см на 1.5см.

**Дифференциальная диагностика**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Признаки** | **Повреж.мениска** | **Повреж.боковых связок** | **Гемартроз** |
| **Флюктуация** | ---- | **-----** | **+** |
| **Контуры** | **Сглажены частично** | **Сглажены частично** | **Сглажены****Бубовидное выбухание** |
| **С-м баллотирования надколенника** | **------** | **------** | **+** |
| **С-м”блокады”сустава** | **+** | **-----** | **-----** |
| **С-м Мироновой** | **----** | **+** | **----** |
| **С-м Байкова** | **+** | **-----** | **-----** |
| **С-м Перельмана** | **+** | **-----** | **------** |
| **Пункция сустава** | **-----** | **-----** | **кровь** |

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб(жалобы на боль в правом коленном суставе, которые усиливаются после физической нагрузки. Периодические отеки сустава, которые так же возникают после физической нагрузки, сходят медленно, скованность в суставе, невозможность движения ноги в правом суставе),на основании анамнеза заболевания(считает себя больной с 7.10.12г., когда появились сильные боли, с начала в правой подколенной области, затем отеки колена, болезненность при движении правой ноги. Заболевание связывает с тем, что длительное время находилась в машине, в вынужденном положении, нога находилась под сидением и отекла. Обратилась в поликлинику №1, где ее обследовали, но никакой патологии не выявили. Через некоторое время ей стала хуже, колено стало отекать больше, движение в конечности приносило сильную боль, она опять обратилась в поликлинику, где ей был поставлен диагноз- застарелое повреждение внутреннего мениска правого коленного сустава, ее направили в травматологическое отделение БСМП для дообследования и лечения),на основании объективного обследования (локальный статус-положение больной активное. Контура правого коленного сустава сглажены.Выпота в суставе не определяется. Объем движений 0/0/10. Симптомы Байкова(суставную щель с внутренней и наружной сторон сдавливают между 1 и 2 пальцами при согнутой на 90градусов голени. После этого произвести ее пассивное разгибание, во время которого при наличии разорванного мениска боли усиливаются. Приведение выпрямленной голени вызывает усиление болей в области внутреннего мениска.) и Перельмана(боль усиливается в локальной точке при движениях конечностью, имитирующих надевание калоши-ротационные движение голенью и стопой) положительные. В подколенной области пальпируется образование 1.5см безболезненное), лабораторные и инструментальные методы обследования в норме, можно поставить

**Этиология повреждения**

Причиной **разрыва мениска** является непрямая или комбинированная травма, сопровождающаяся ротацией голени кнаружи (для **медиального** **мениска**), кнутри (для наружного **мениска**). Кроме того, **повреждение менисков** возможно при резком чрезмерном разгибании сустава из согнутого положения, отведении и приведении голени, реже — при воздействии прямой травмы (удар суставом о край ступеньки или нанесение удара каким-либо движущимся предметом). Повторная прямая травма (ушибы) может привести к хронической **травматизации менисков** (менископатия) и в дальнейшем к разрыву его (после приседания или резкого поворота). Дегенеративные изменения **мениска** могут развиться в результате хронической микротравмы, после ревматризма, подагры.

|  |
| --- |
| [**подагра**](http://www.sportmedicine.ru/adm/dictionary.php?word=52) |
| *(podagra; греч. капкан, ломота, слабость в ногах, подагра от pus, podos нога, стопа + agra захват, приступ)* — хроническая болезнь, обусловленная нарушением обмена пуринов, характеризующаяся отложением солей мочевой кислоты в тканях с развитием... |
| нажмите для подробностей.. |
| [**интоксикация**](http://www.sportmedicine.ru/adm/dictionary.php?word=53) |
| *(лат. in в, внутрь + греч. toxikon яд)* — нарушение жизнедеятельности, вызванное токсическими веществами, проникшими в организм извне (экзогенная интоксикация) или образовавшимися в нем (эндогенная интоксикация). Экзогенную интоксикацию час... |
| нажмите для подробностей.. |

Принято считать, что повреждения менисков случаются только у спортсменов. Но на самом деле это не так. Больше половины повреждений менисков происходит, что называется, на ровном месте — травма мениска может произойти от неудачного движения даже при обычной ходьбе, если человек споткнулся, оступился, слегка подвернул ногу или ударился коленом.

Кроме того, повреждения менисков очень часто случаются у любителей бега, прыжков, катания на горных или водных лыжах, но особенно — у любителей поприседать или подолгу сидеть на корточках.

То есть повреждение мениска, как и любая другая травма, может произойти у человека любого возраста и пола, как молодого, так и пожилого, как у мужчины, так и у женщины. Но в несколько большей степени к травмам мениска предрасположены люди, ранее перенесшие артрит или болеющие подагрой, а также очень полные люди и те, у кого от рождения слишком слабые связки или чересчур подвижные суставы («разболтанность» связок и суставов).

Шанс получить травму мениска гораздо выше у людей, у которых сильно перенапряжены подвздошно-поясничная мышца и прямая мышца бедра (то есть имеется спазм мышц передней поверхности бедра): ведь стянутые непластичные мышцы гораздо хуже защищают колено от повреждений.

У данной пациентки из этиологических факторов отмечается долгое, вынужденное положение ноги, а так же туловища. Механизм полученной травмы непрямой, сгибание и ротация в коленном суставе при нагруженной конечности.

**Лечение**

Консервативное лечение: в качестве первой помощи обычно проводится обезболивание, пункция сустава, удаление скопившейся в суставе крови, при необходимости устраняется блокада сустава. Для создания покоя накладывается гипсовая лангетная повязка. Срок иммобилизации 3-4 недели (иногда до 6 недель). Назначается охранительный режим, холод местно, наблюдение в динамике, нестероидные противовоспалительные препараты. Через некоторое время добавляется лечебная физкультура, ходьба с тростью либо костылями, физиотерапия. При благоприятном течении, восстановление функции и возврат к спортивным нагрузкам достигается через 6-8 недель.

Если не удается устранить блокаду сустава, либо после проведенного консервативного лечения блокады сустава возникают повторно, пациента постоянно беспокоят боли в суставе, затруднения при ходьбе – показано оперативное лечение.

На сегодняшний день наиболее эффективными методам лечения является артроскопическая операция.

Операция выполняется закрыто. Через 2 прокола (по 0,5см) в полость сустава вводится артроскоп и необходимые инструменты. Проводится осмотр всех отделов сустава, уточняется характер и степень повреждения мениска. В зависимости от характера и локализации повреждения – решается вопрос о необходимости удаления поврежденной части мениска, либо возможности шва мениска.

Артроскопическая техника операции позволяет максимально бережно относиться к тканям сустава. Как правило, удаляется только поврежденная часть мениска, а края дефекта выравниваются. Чем большую часть неповрежденного мениска удается сохранить, тем меньше вероятность прогрессирования посттравматических изменений в суставе. Полное удаление мениска приводит к развитию выраженного артроза.
При свежей травме, и локализации повреждения ближе к паракапсулярной зоне, можно проводить операцию - артроскопический шов мениска и трансплантация мениска.

Решение о тактике проводимого лечения, оперирующий хирург принимает в процессе операции, на основании исследования поврежденного мениска и технических возможностей.

В связи с малой травматичностью операции, стационарный этап лечения обычно занимает 1-3 дня. В послеоперационном периоде назначается ограничение физической нагрузки до 2-4 недель. В некоторых случаях рекомендуется ходьба на костылях и ношение наколенника. С первой недели можно начинать реабилитационное лечение. Полное восстановление и возврат к спортивным нагрузкам обычно наступает в сроки 4-6 недель.

Лечение у данной пациентки на основании жалоб, анамнеза заболевания и объективного обследование-операция артротомия,метод анестезии спинальная анестезия.

Предоперационная подготовка:

За 30 мин. до операции в/в введено-Sol.Diazepami 0.5%-2ml,Sol.Fentanyli 0.005%-2ml.

Ход операции:

Под спинномозговой анестезией, разрезы нижнего доступа произведена артроскопия правого коленного сустава. При ревизии сустава, усечен компрессионный узел заднего рога внутреннего мениска. Хондромаляция внутреннего мениска. Бурсит 2 ст. деформированная часть мениска удалена.Сустав промыт.Швы на кожу, наложена асептическая повязка.

Послеоперационный период:

при болях в/м Sol.Analqini 50%-2ml/ 2р. в д. и Sol.Dimеdroli 1%-2ml. 2 р.в .д. в/м

профилактика инфекционных осложнений-Цефазалин 1.0 на 5мл. новокаина в/м 3 р. в д.

После операции на несколько часов накладывают пневматическую повязку с дозированной компрессией. На следующий день начинают сгибательные движения в оперированном суставе и разрешают ходьбу с помощью костылей. Дозированную нагрузку на ногу через 2-3 нед. Гимнастические упражнения для укрепления четырехглавой мышцы бедра. ПМП на правый коленный сустав.

**Дневник**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Состояние** | **Назначение** |
| **5.04.13г.** | Жалобы на отек и боль в правом коленном суставе,усиливающиеся при физ. нагрузке. Состояние удовлетворит.Сознание ясное.В легких дыхание везикулярное.ЧД-17 в мин.АД-120/80 мм.рт.ст.Тоны сердца ясные.ритмичные.Ps-76 в мин.Живот мягкий,б/б,свободен для глубокой пальпации. Локальный статус: Контура правого коленного сустава сглажены. Симптомы Байкова и Перельмана положительные. В подколенной области пальпируется образование 1.5см безболезненное.Стул и диурез в норме.  | Назначена операция-артроскопия.Р-р диазепам0.5%-2мл. и р-р фентанила 0.005%-2мл.в/м-предоперационный период.Послеоперационный п-д:Р-р анальгина 50%-2мл.и р-р димедрола1%-2мл в/м 2 р. в д.Цефазолин 1.0 в/м 3 р. в д.ПМП на правый коленный сустав. |
| **8.04.13г.** | Жалобы на боль умеренную в области послеоперационной раны. Состояние удовлетворит.Сознание ясное.В легких дыхание везикулярное.ЧД-16 в мин.АД-120/80 мм.рт.ст.Тоны сердца ясные.ритмичные.Ps-74 в мин.Живот мягкий,б/б,свободен для глубокой пальпации.Локальный статус:в области послеоперационной раны выше и ниже коленного сустава отек,пальпация около повязки умеренно болезненна.Кожа сухая,теплая. Повязка чистая, сухая.Стул и диурез в норме. | ПМП на правый коленный сустав.Ходьба на костылях. |

**ЭПИКРИЗ**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1962 г.р. (51 года) Дата, час и минуты поступления в клинику – 4.04.2013 в 11:30,направлена поликлиникой №1,для дообследования и лечения с диагнозом-застарелое повреждение внутреннего мениска правого коленного сустава.Предъявляла жалобы на боль и отек в правом коленном суставе,усиливающиеся после физ. нагрузки. Больной себя считает с 7.10.12г., после того как появились сильные боли в правом коленном суставе.Заболевание связывает с длительным и неудобном положении нижних конечностей при поездке в автомобиле. Были проведены следующие клинические и инструментальные методы исследования: ОАК,ОАМ,Ренгенография сустава и грудной клетки, кровь на RW, УЗИ сустава,ЭКГ, врезультате которых потологии не выявлено.Было проведено хирургическое лечение-артроскопия(удалена деформированная часть мениска)После лечения состояние больной улучшилось. Назначено ПМП на правый коленный сустав. Ходьба на костылях.Гимнастика с укреплением четырехглавой мышцы бедра. Лечение продолжает.

**Прогноз:**

Для жизни благоприятный, для выздоровления сомнительный, для трудоспособности сомнительный.

**Рекомендации:**

1. Проведение лечебной физкультуры-гимнастика для укрепления четырехглавой мышцы бедра.

 2. Дозированную нагрузку на ногу через 2-3 нед.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Травматология и ортопедия под редакцией Г.С. Юмашева, 1990 г.
2. Травматология и ортопедия: Аверкиев В.А., Аверкиев Д.В., Вовченко В.И. и др. — Москва, Фолиант, 2004 г.- 544 с.