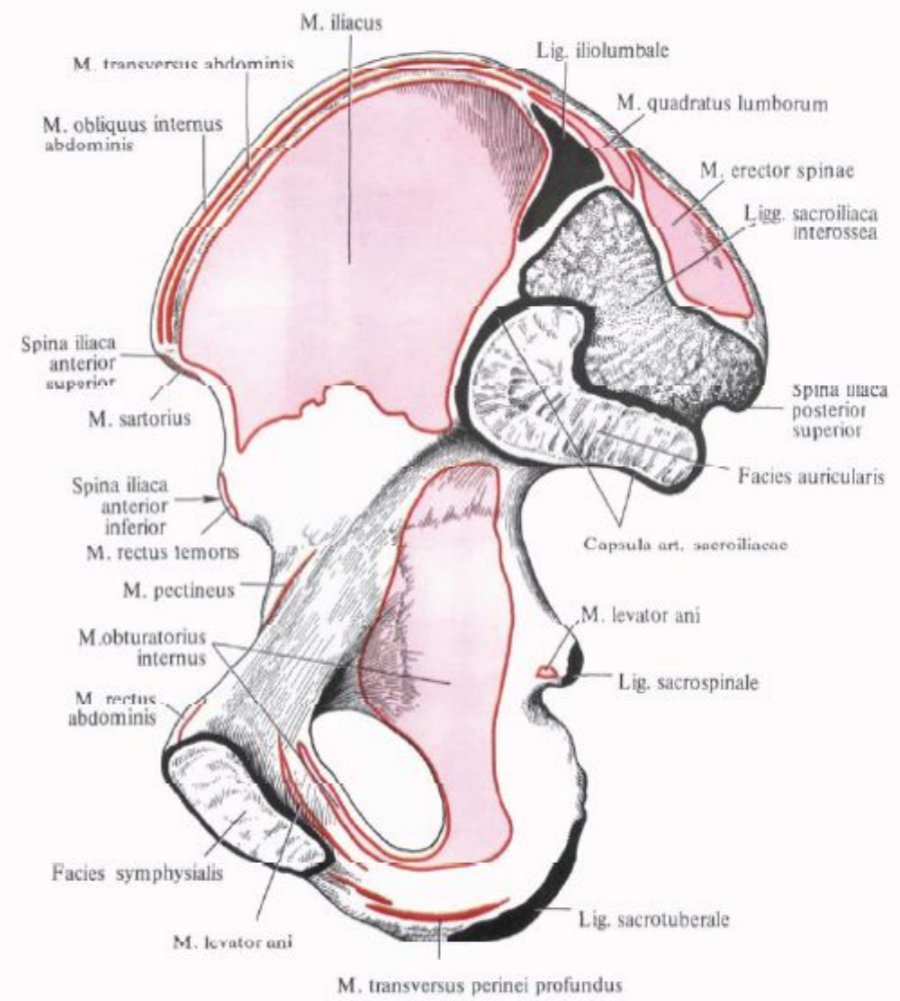
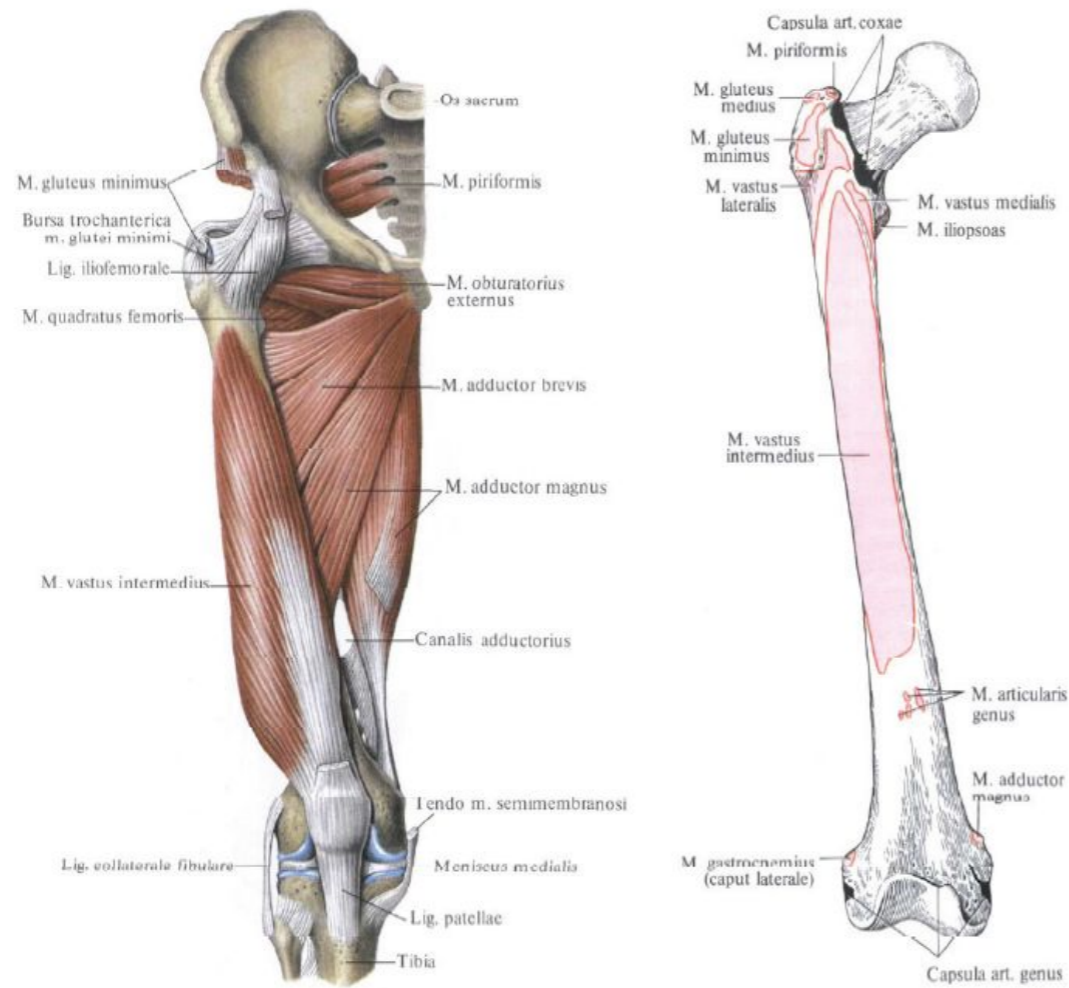
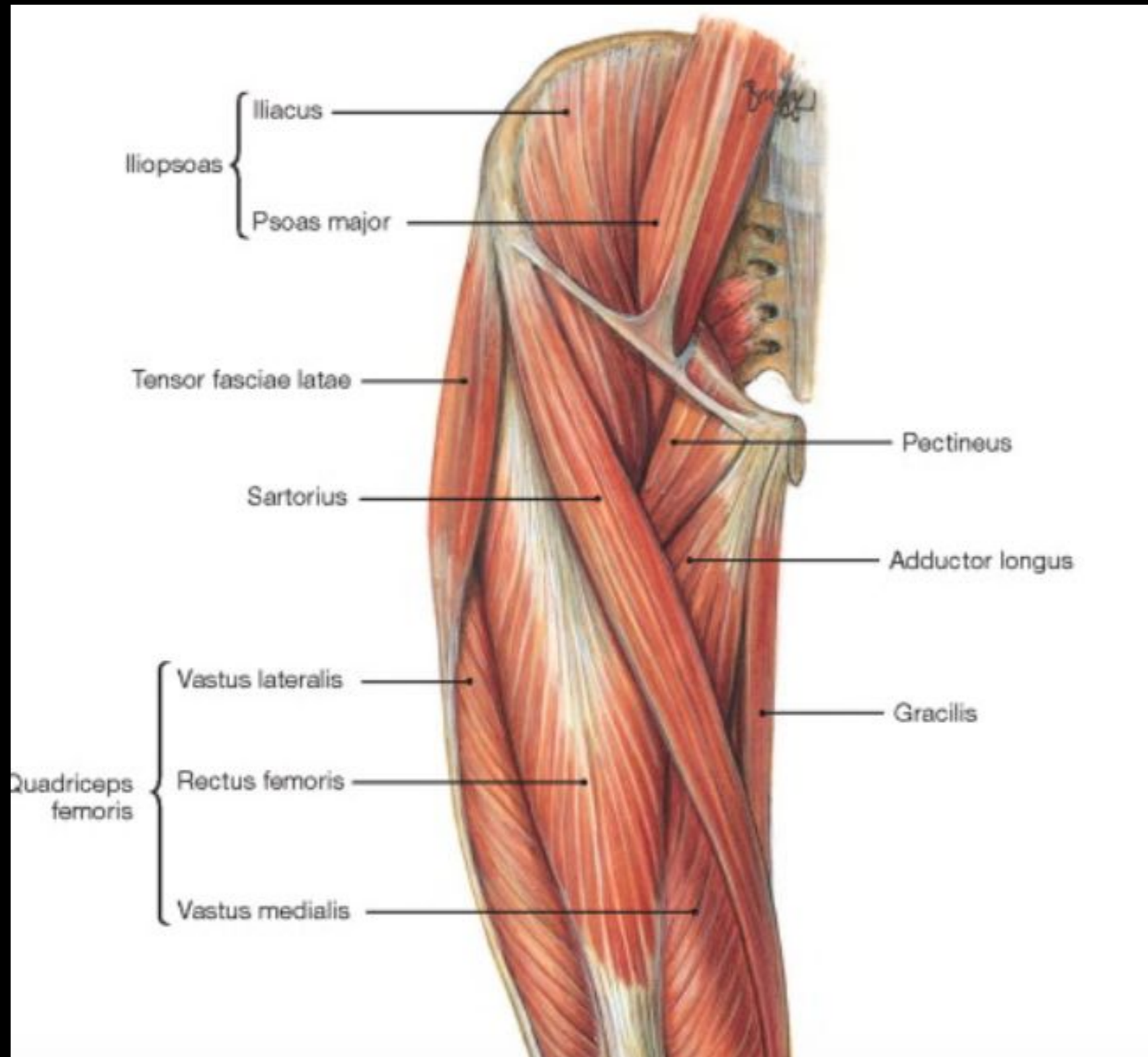


Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава

- Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра лучевой диагностики и биомедицинский визуализации.
- Имельбаев Артур Ильгизович

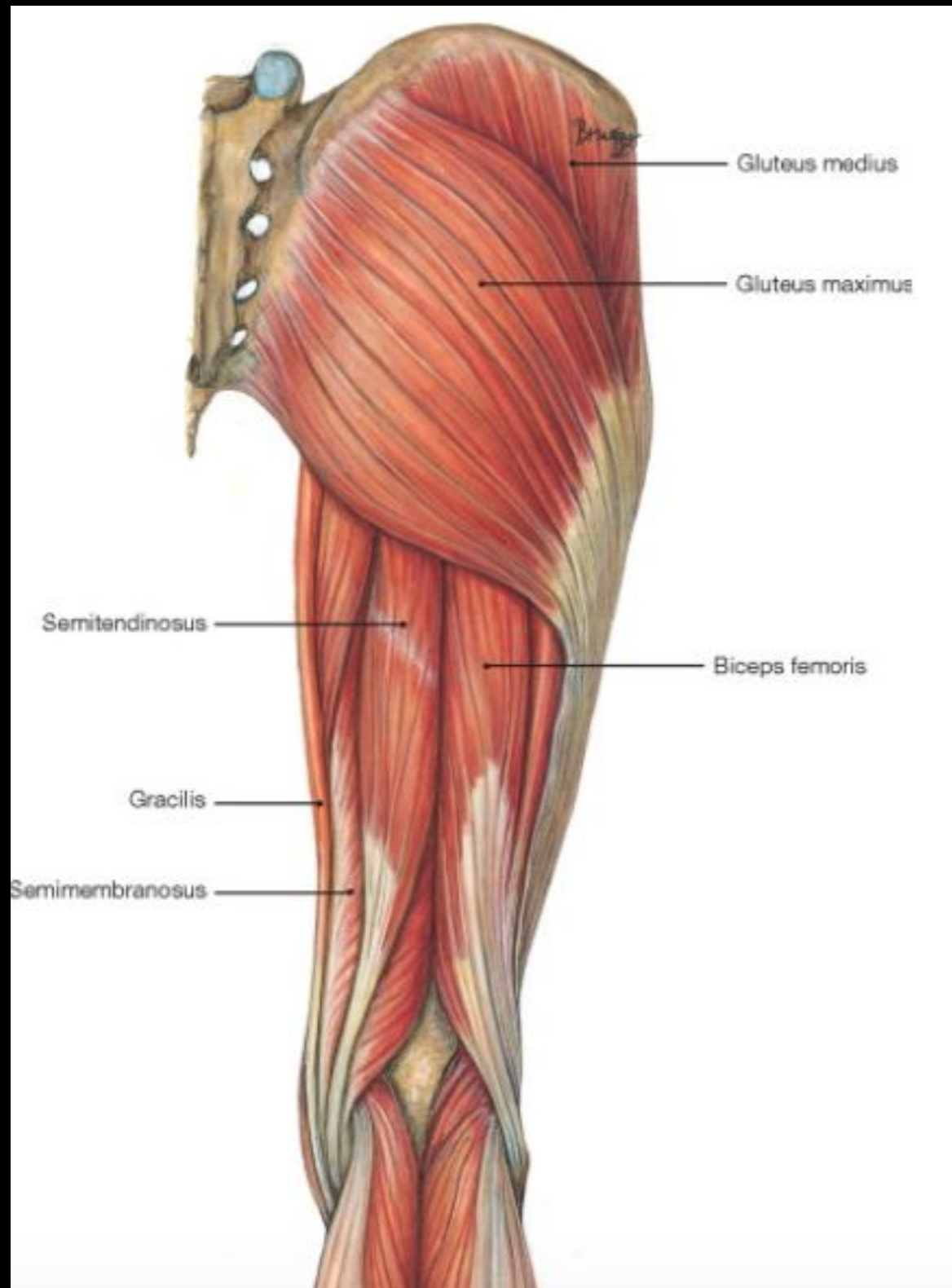






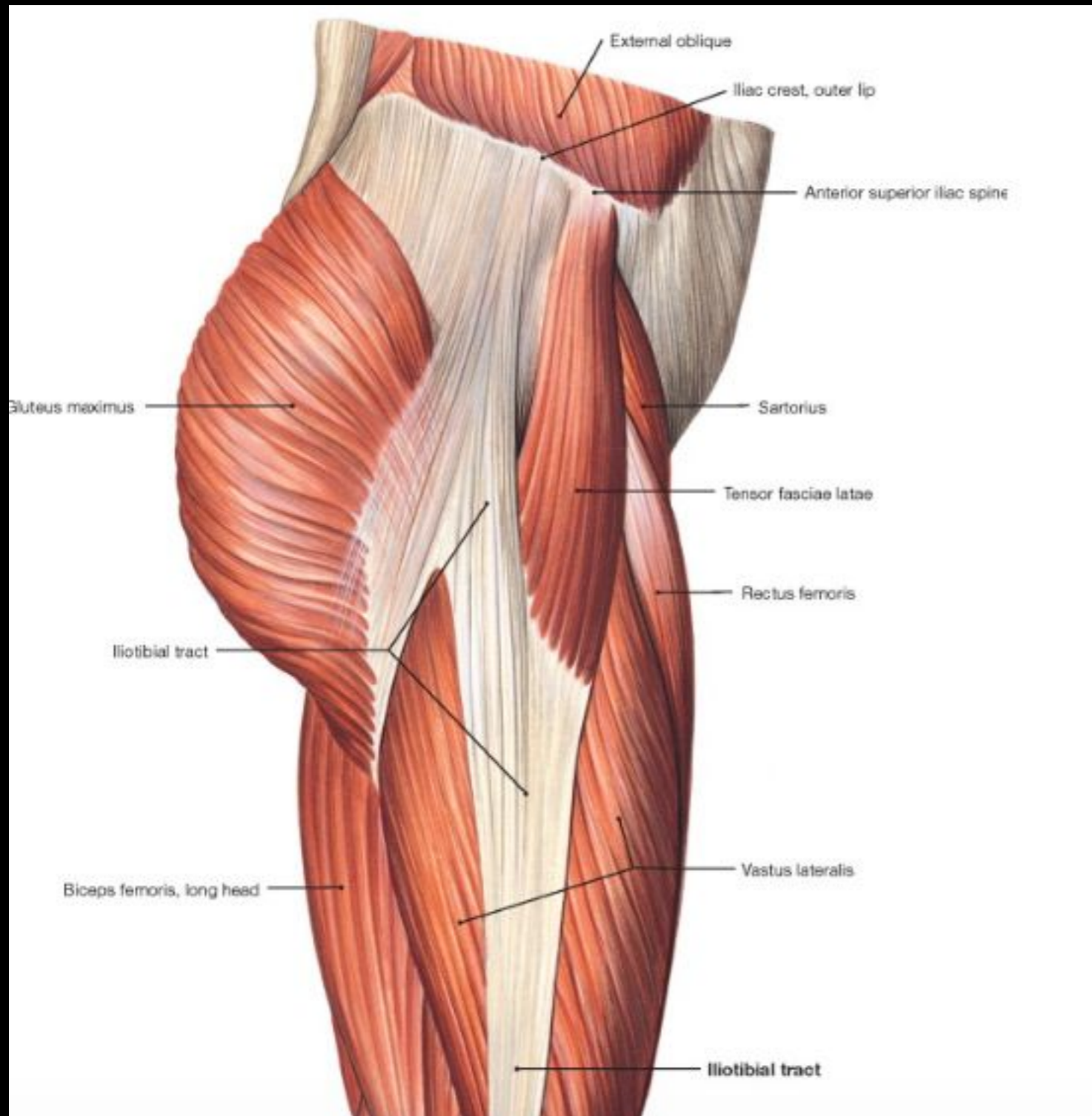
F. Paulsen

Sobotta Atlas of Human Anatomy, Vol. 1, 4, 243-374



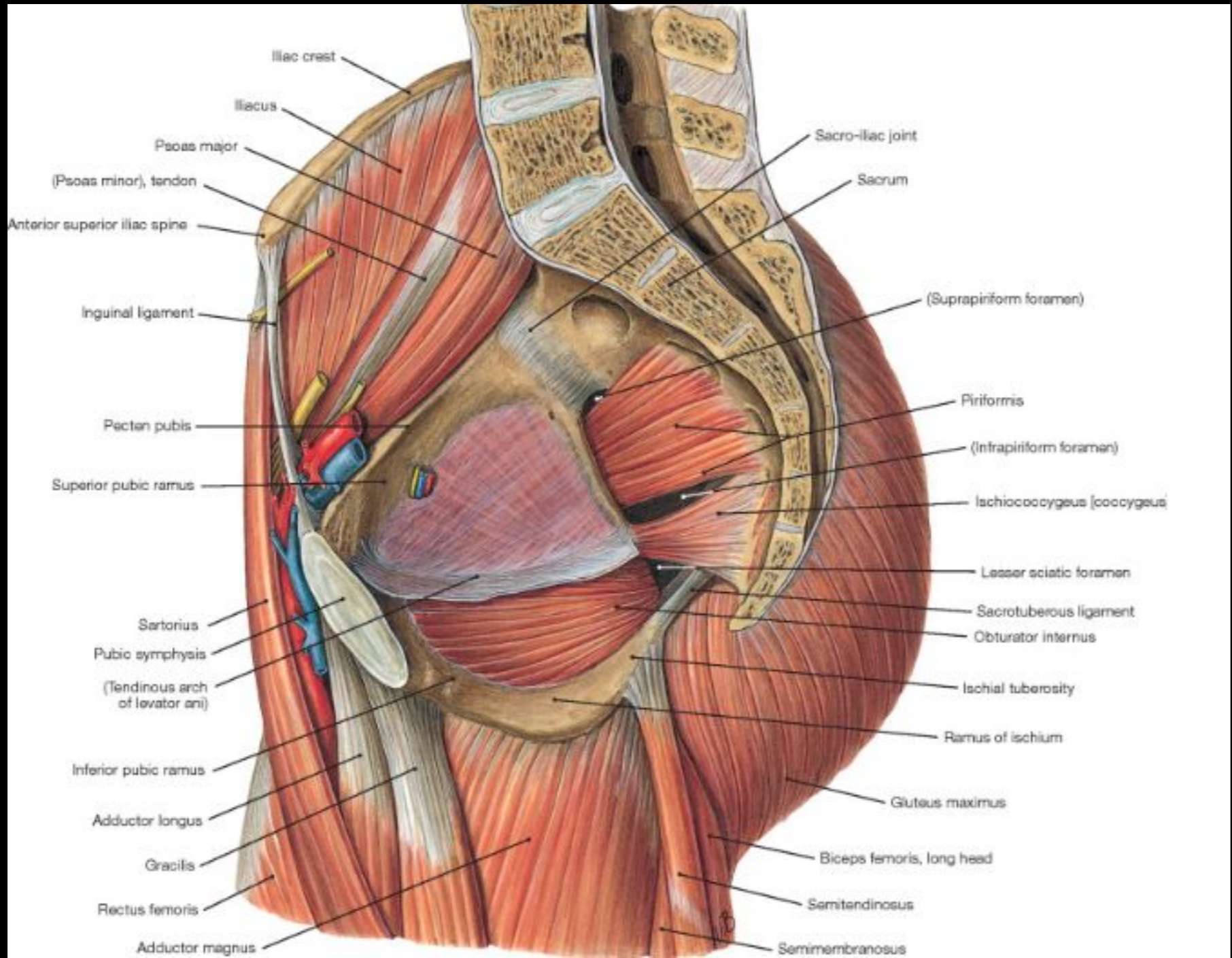
F. Paulsen

Sobotta Atlas of Human Anatomy, Vol. 1, 4, 243-374



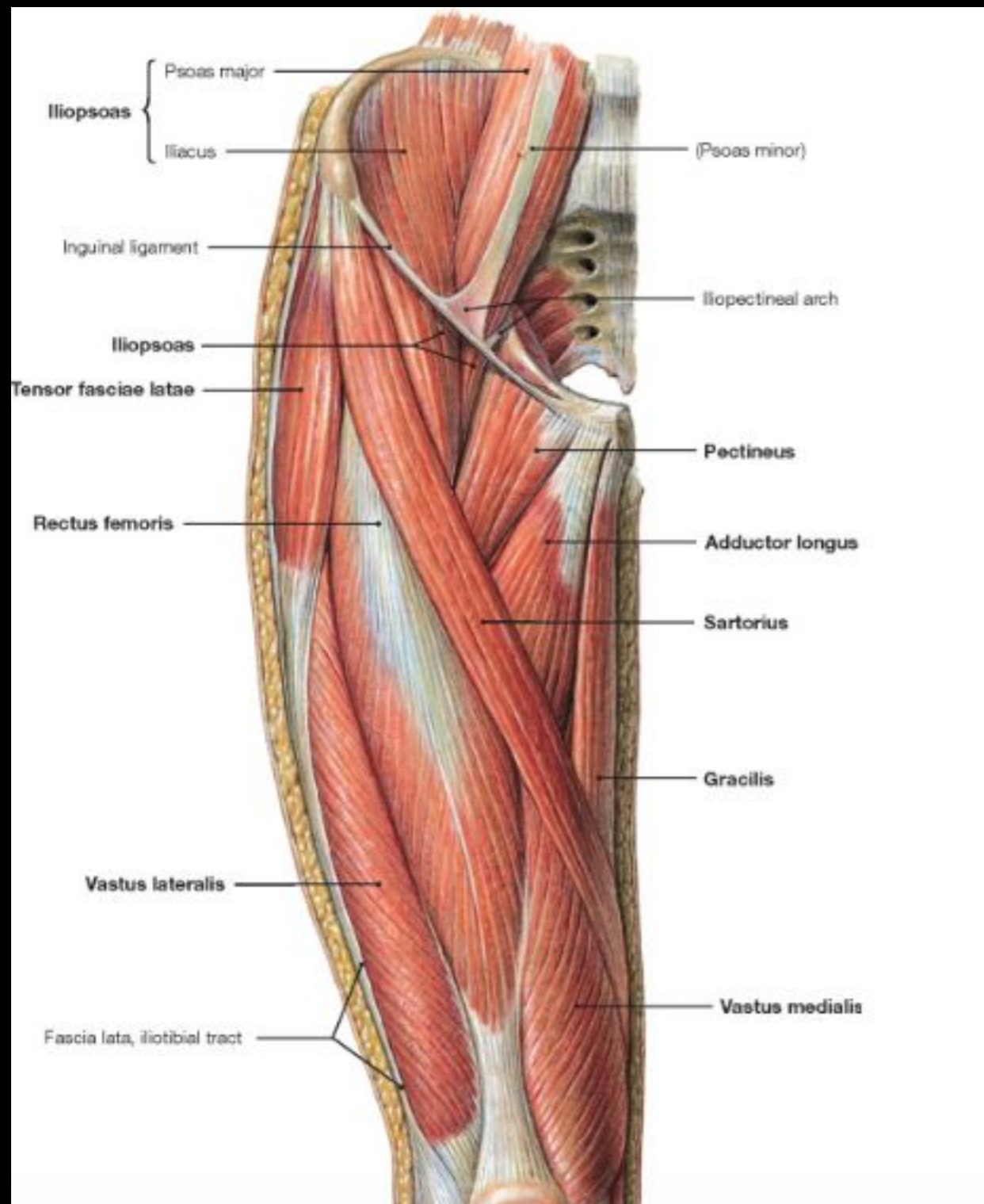
F. Paulsen

Sobotta Atlas of Human Anatomy, Vol. 1, 4, 243-374



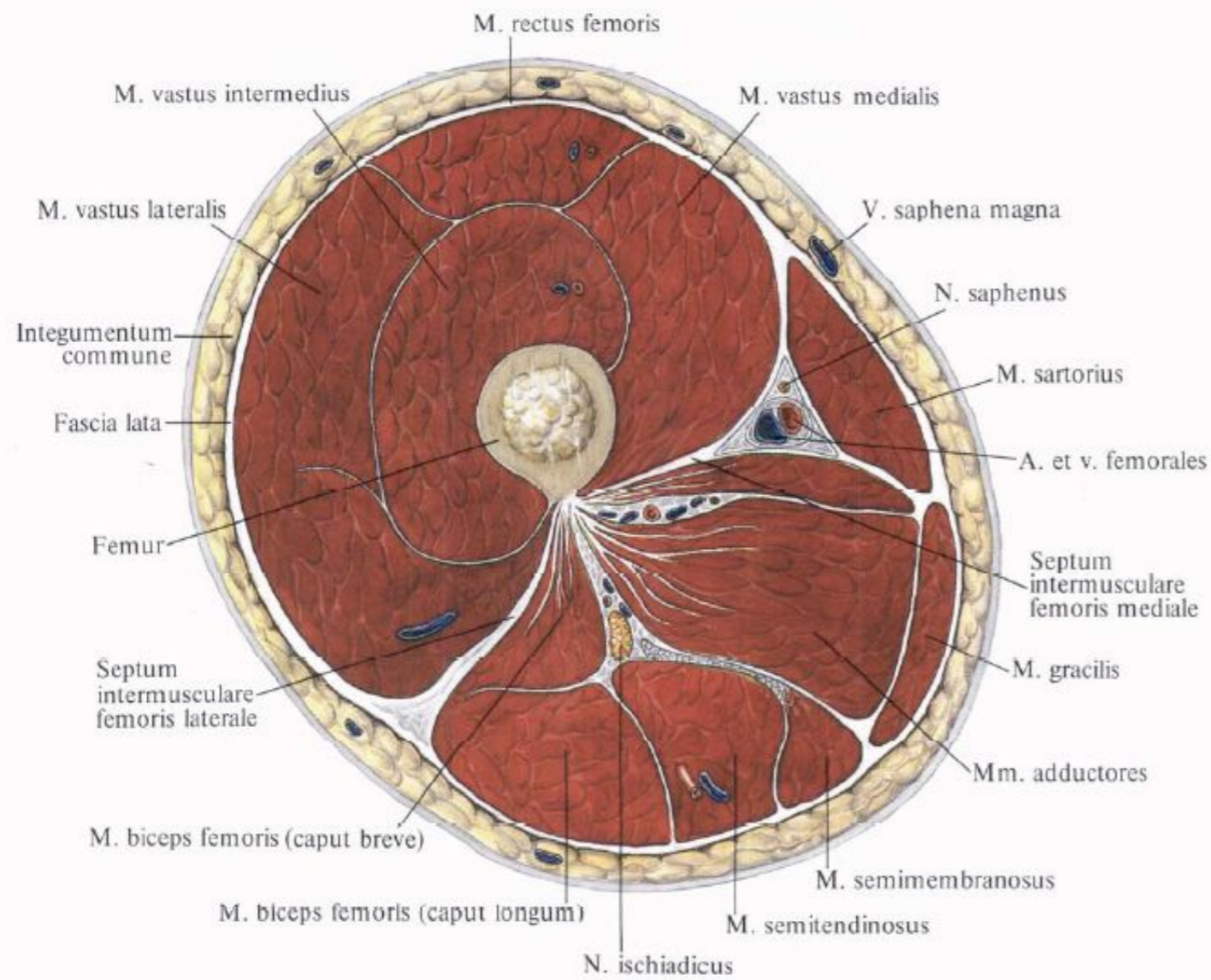
F. Paulsen

Sobotta Atlas of Human Anatomy, Vol. 1, 4, 243-374



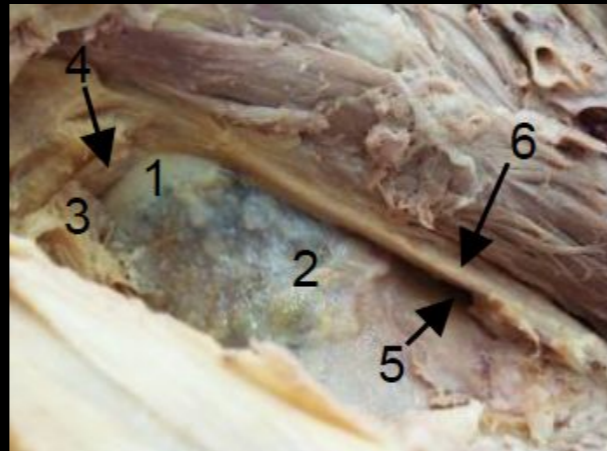
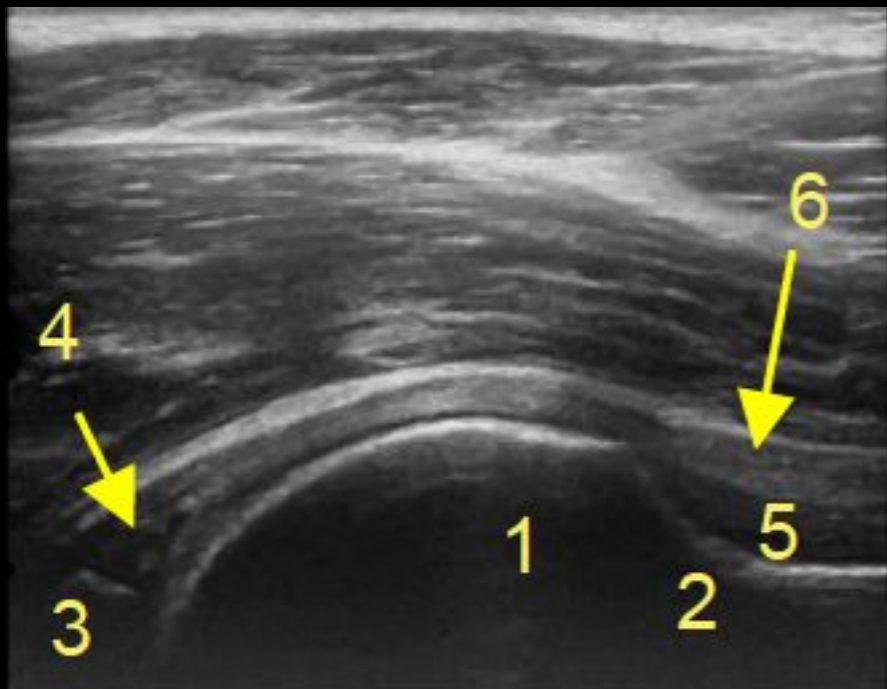
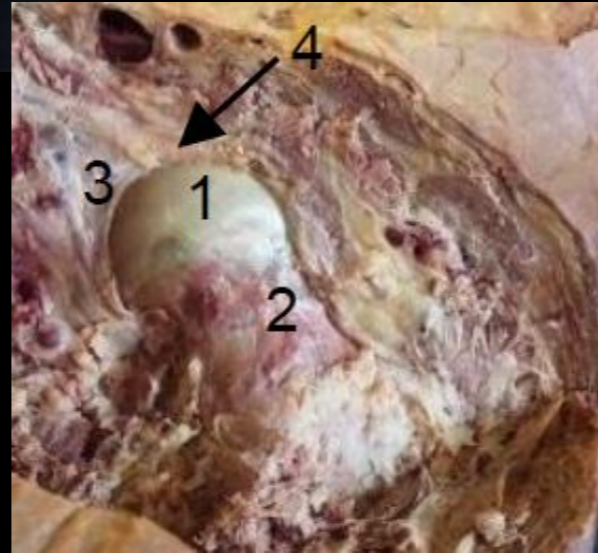
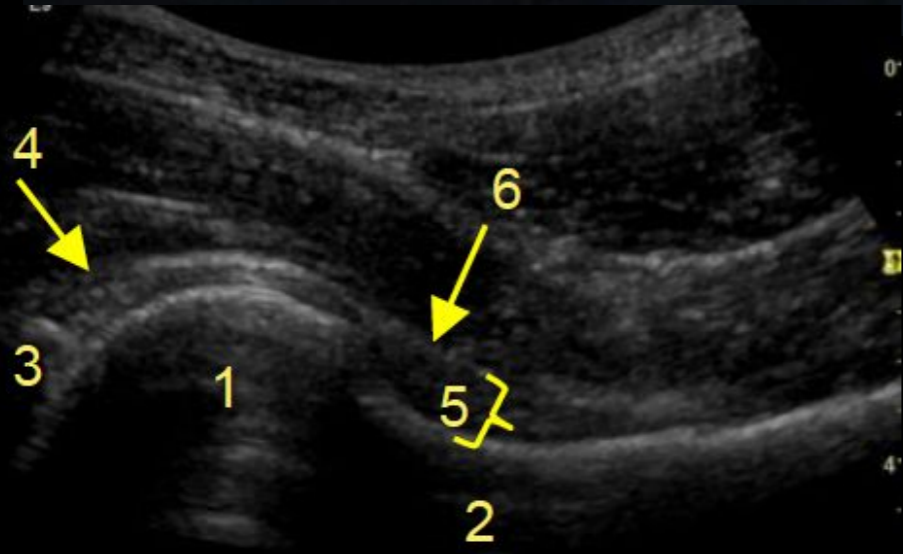
F. Paulsen

Sobotta Atlas of Human Anatomy, Vol. 1, 4, 243-374

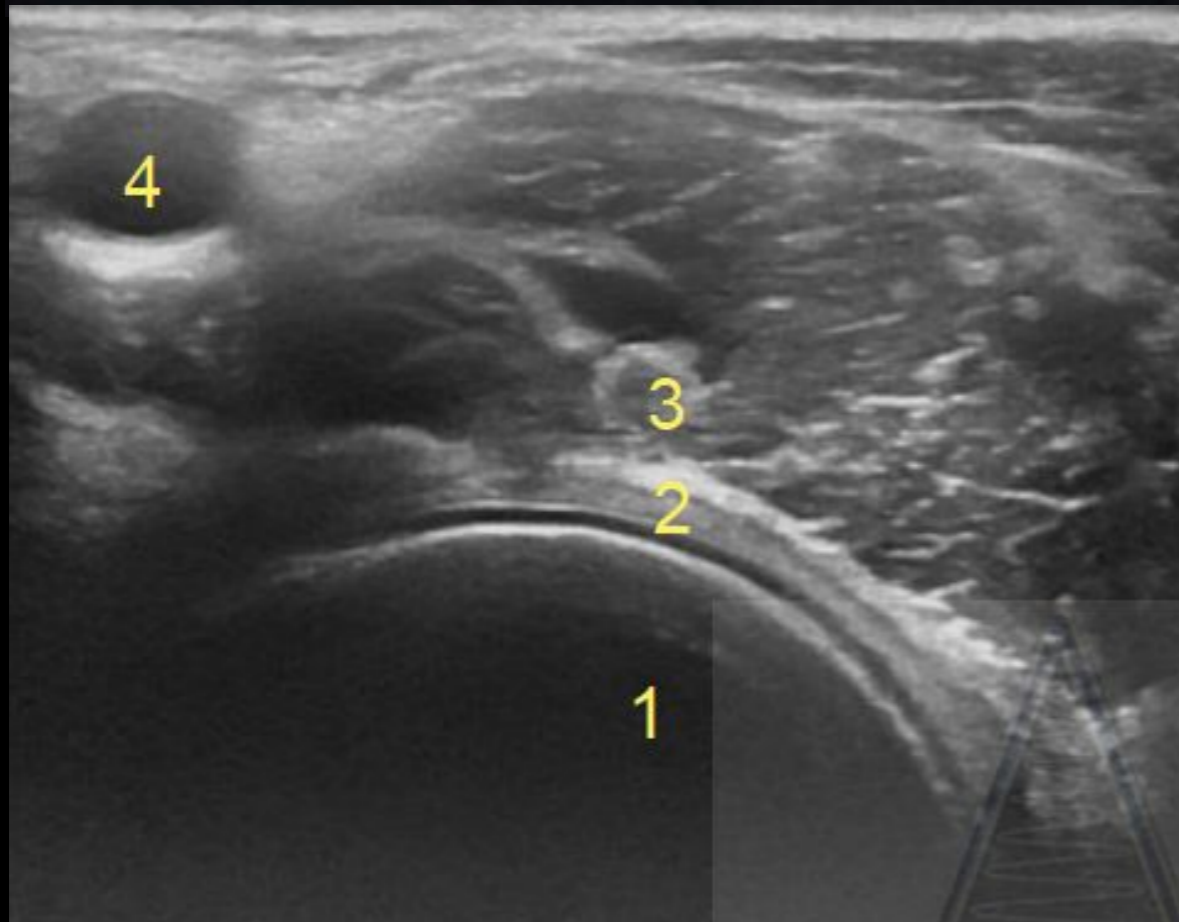


McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

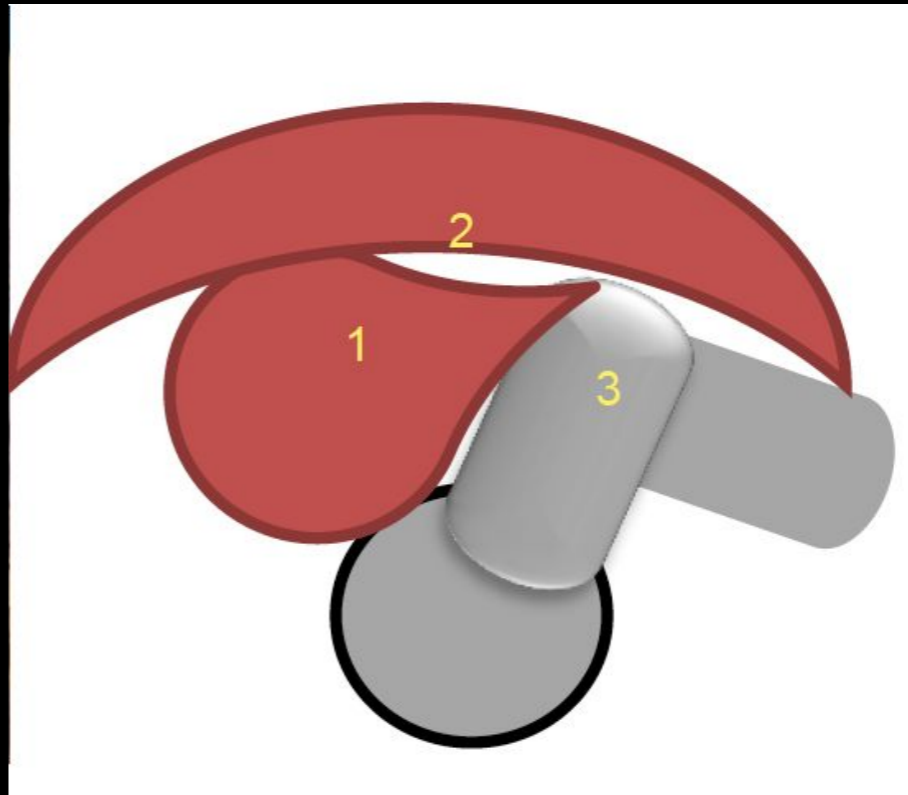
Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved.



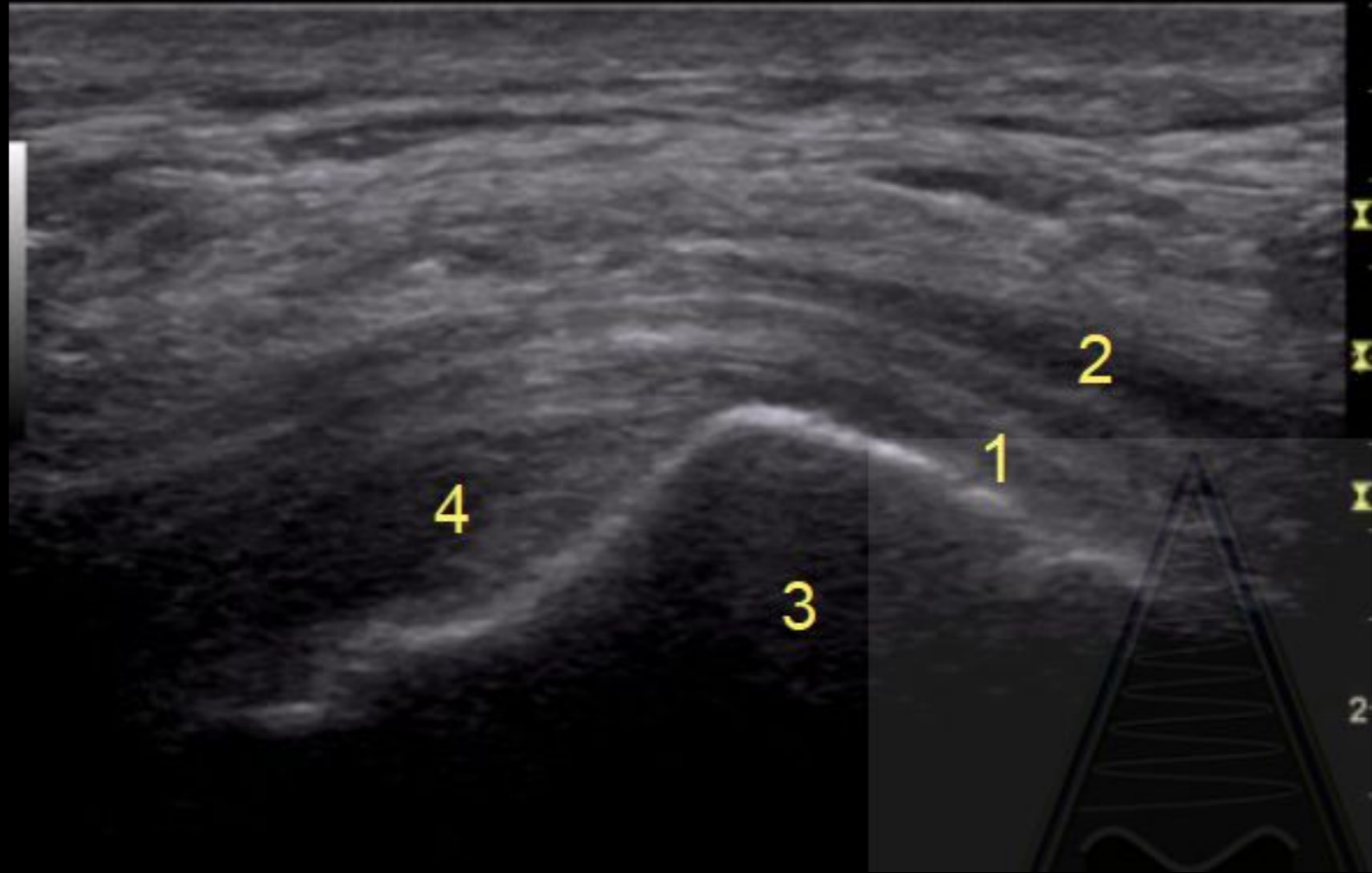
USSONAR
Ultrasound School
of North American
Rheumatologists



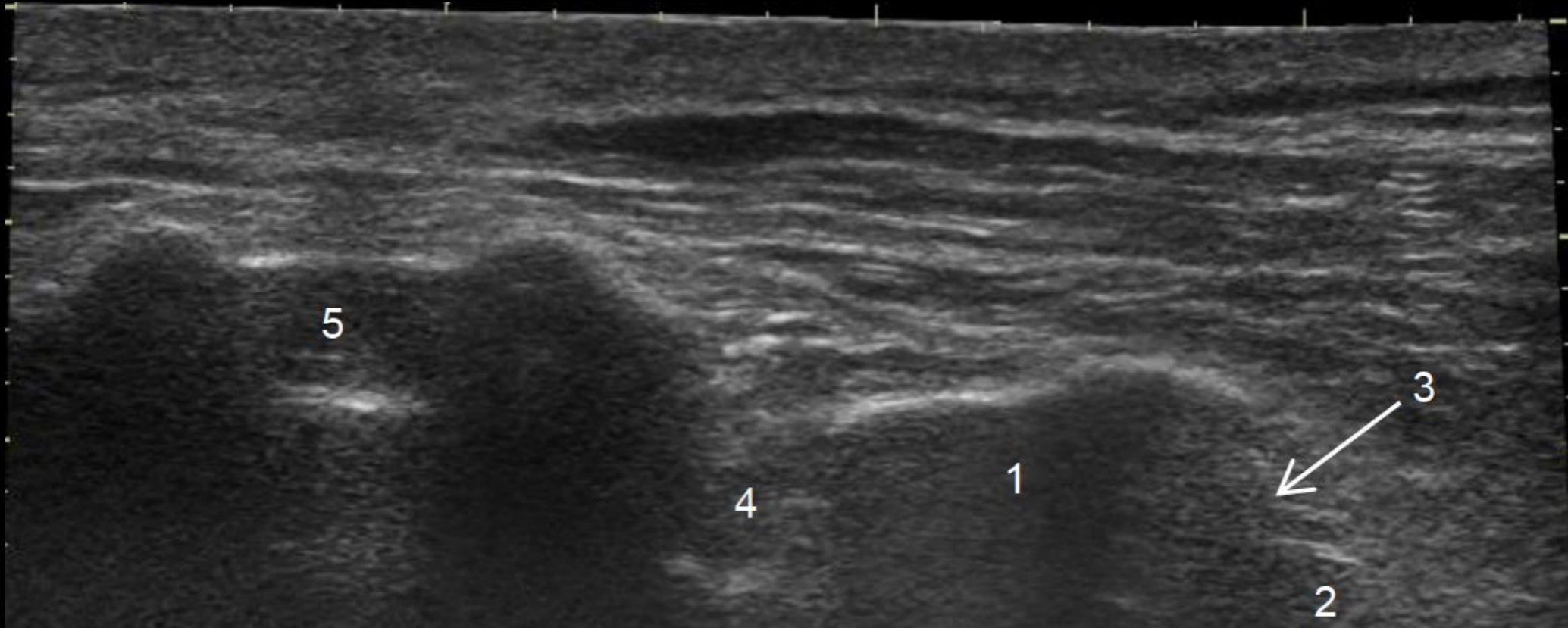
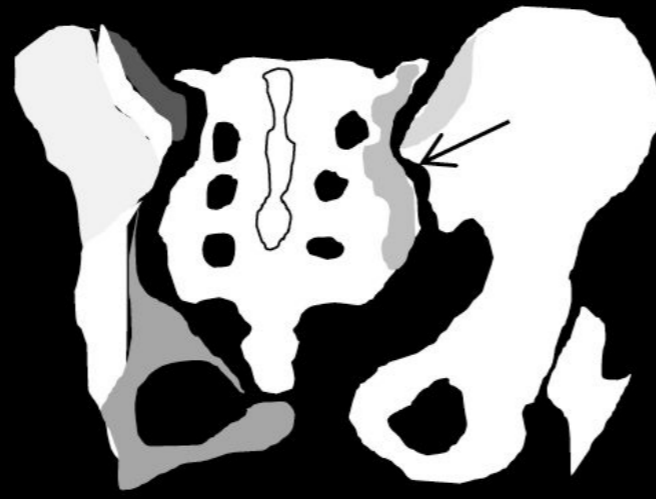
USSONAR
Ultrasound School
of North American
Rheumatologists



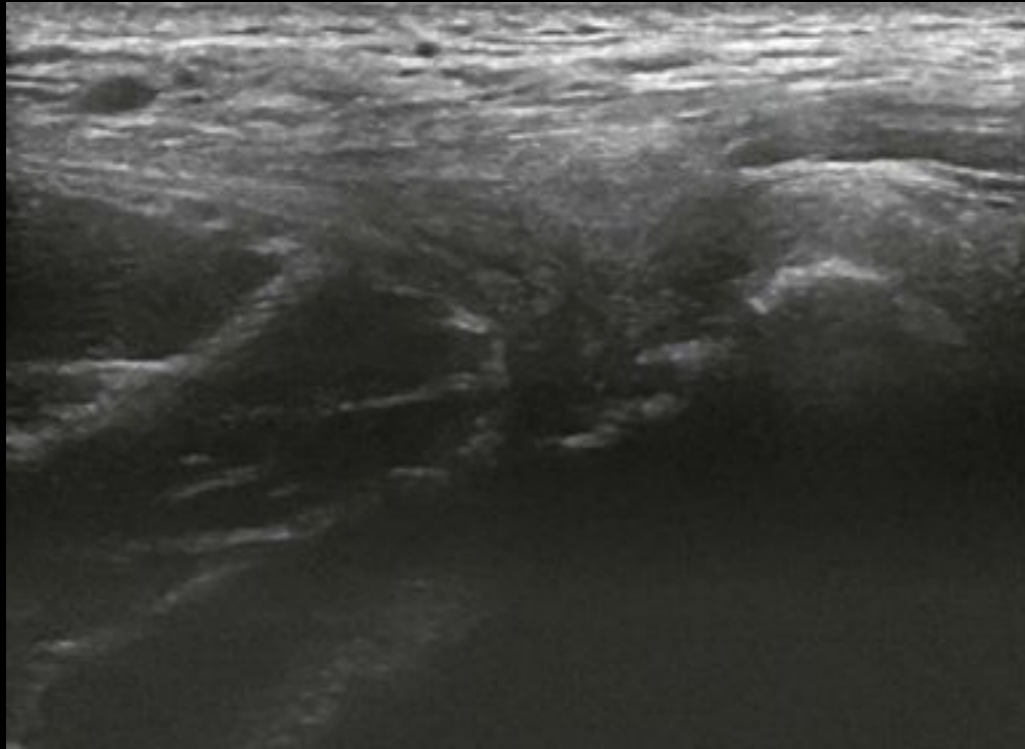
*Bird PA, et al. A&R, 2001:
44(9); 2138-45



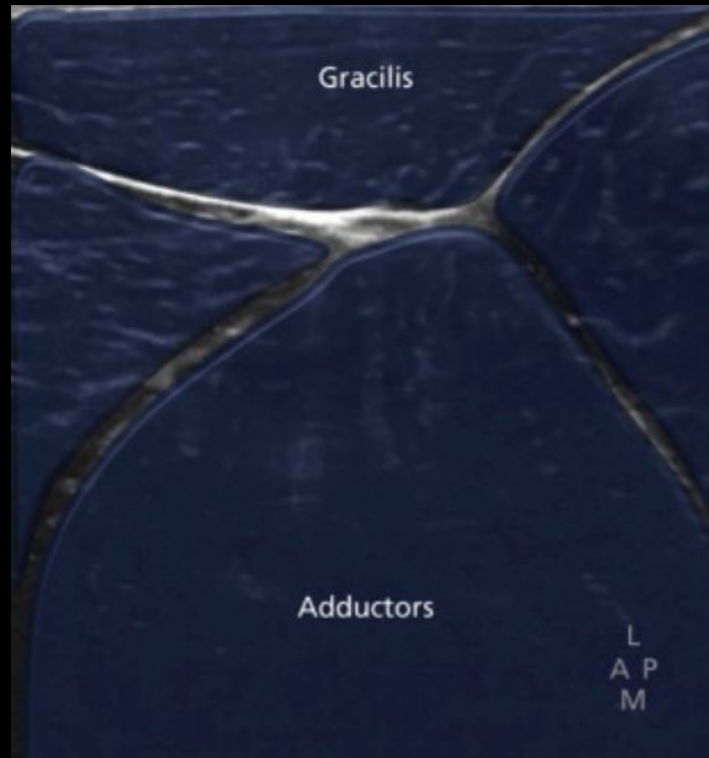
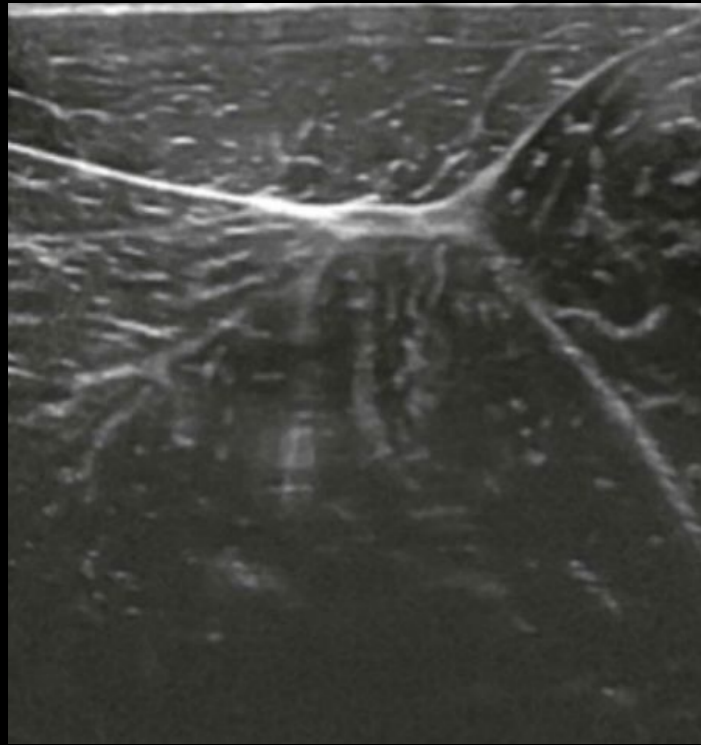
USSONAR
Ultrasound School
of North American
Rheumatologists



USSONAR
Ultrasound School
of North American
Rheumatologists

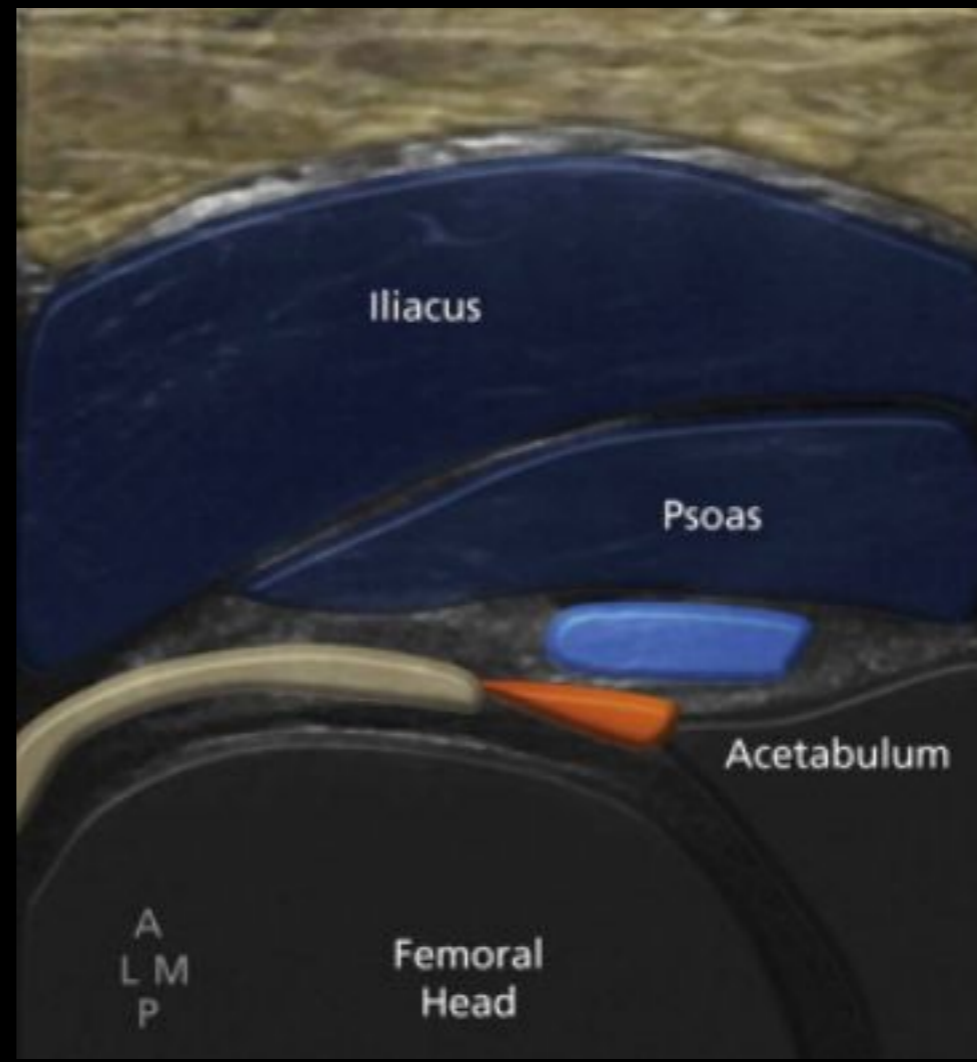
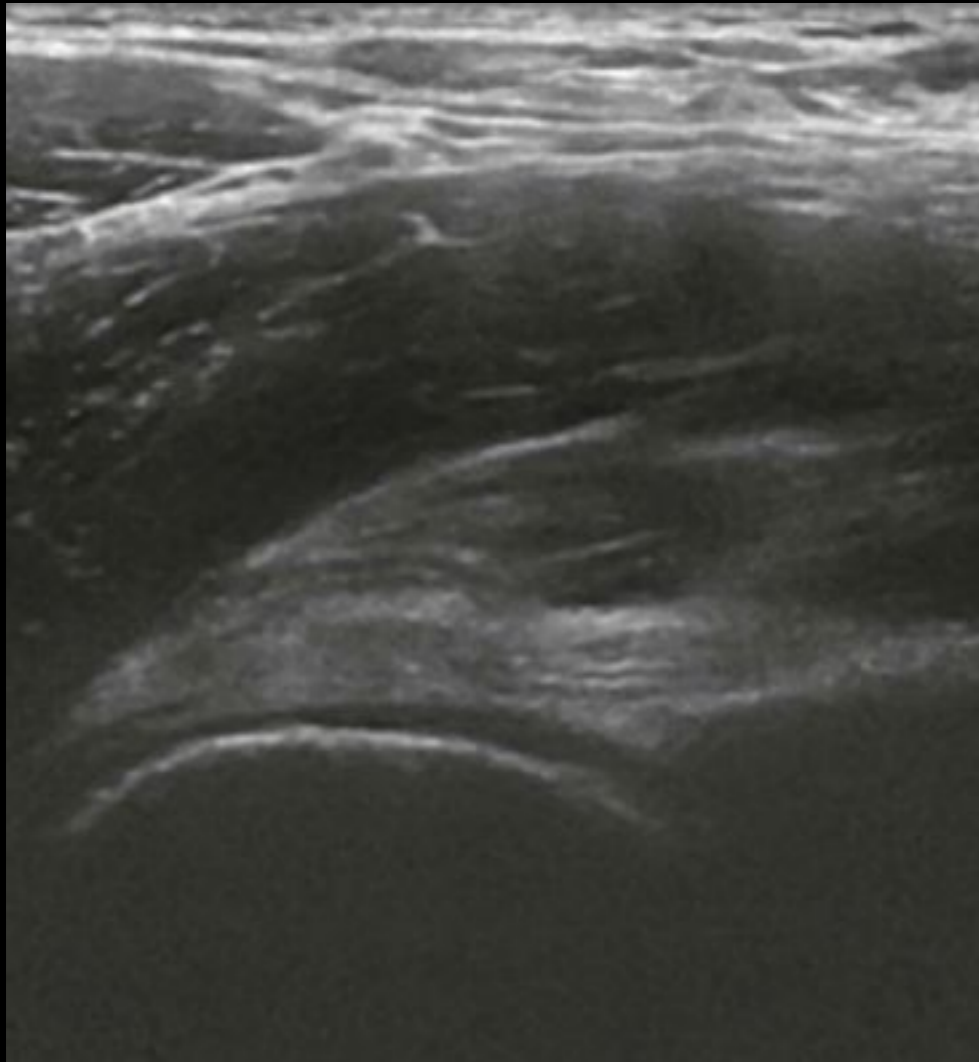


McNally, Eugene G., FRCR FRCPI
Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved



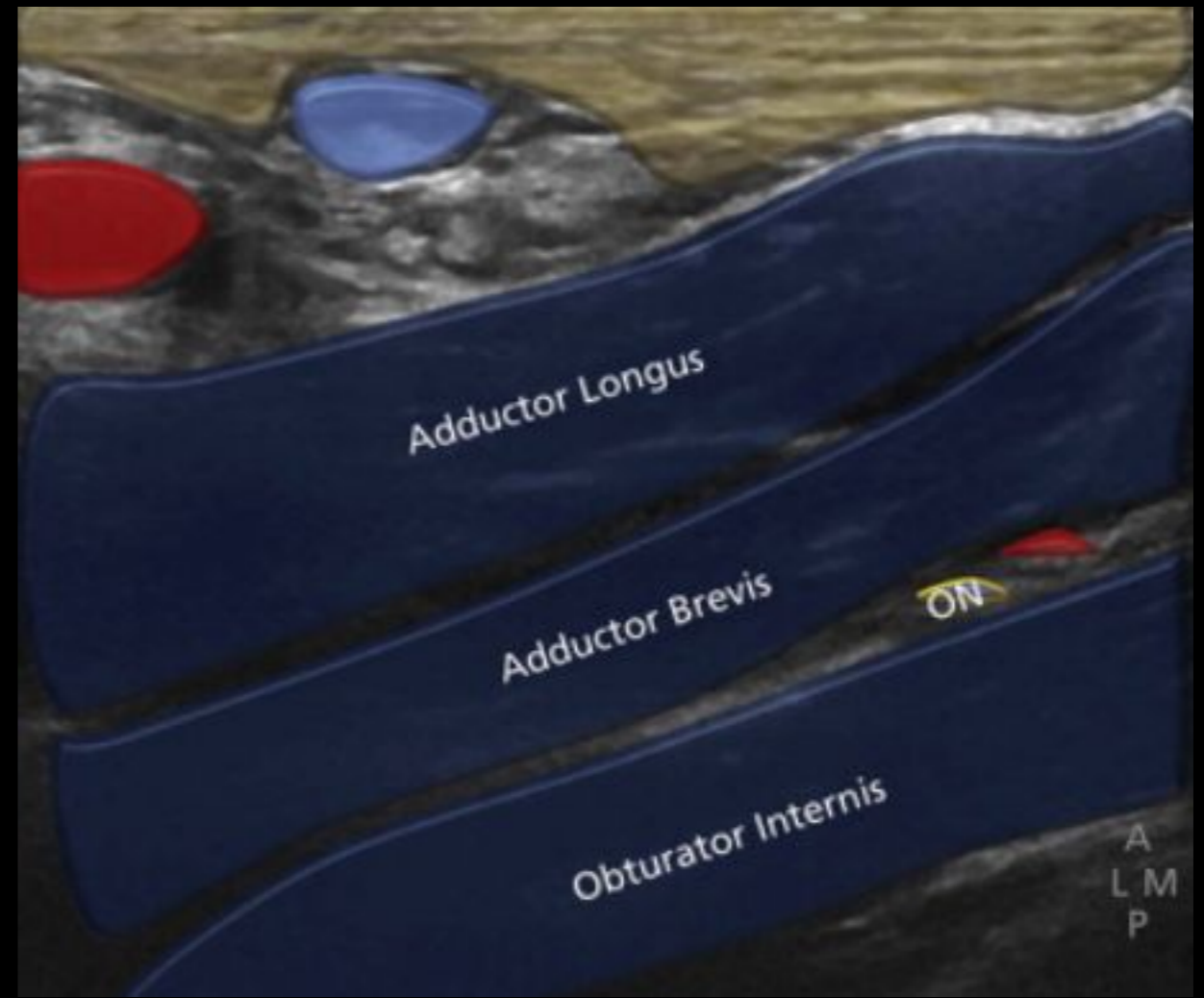
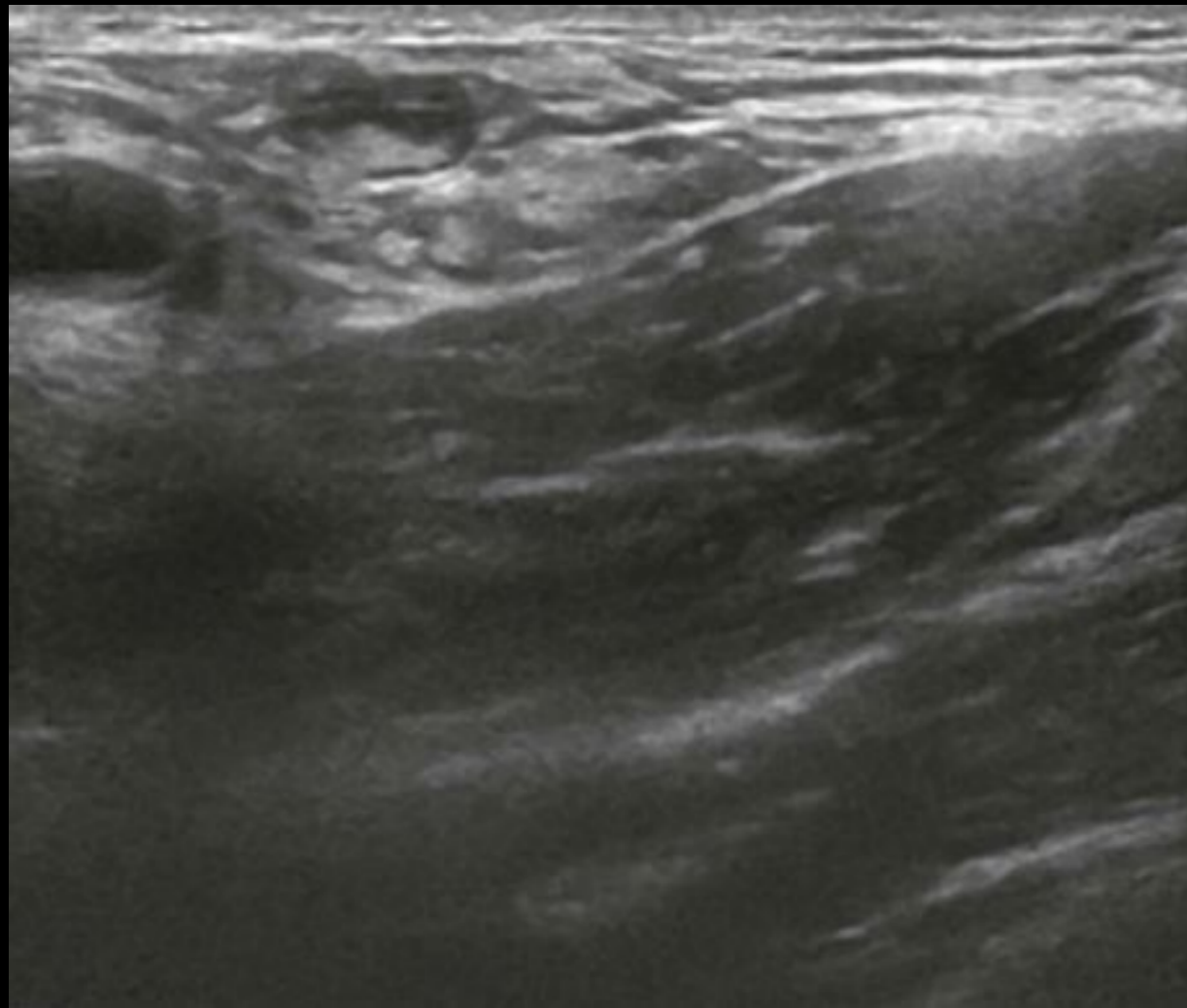
McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved

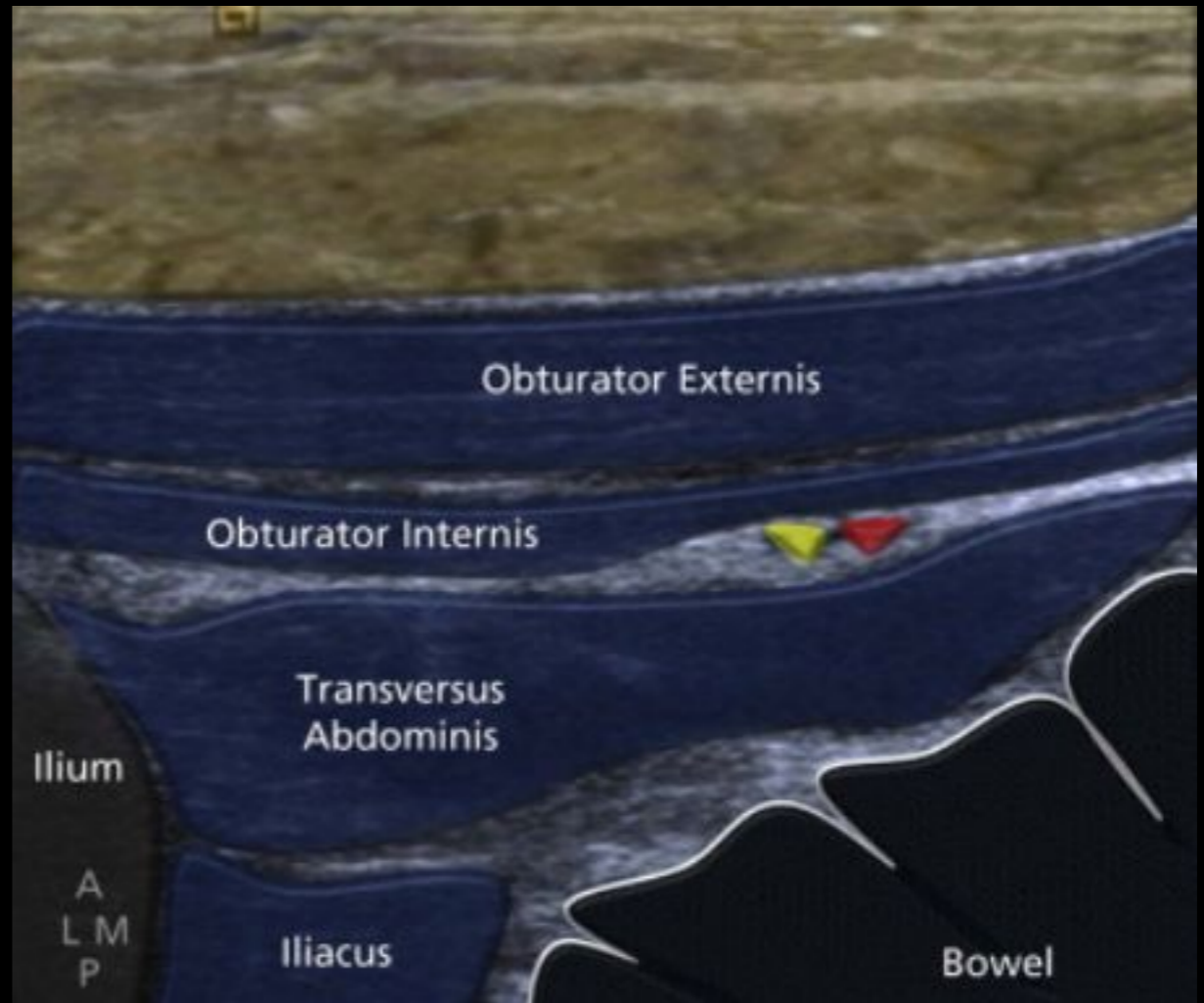
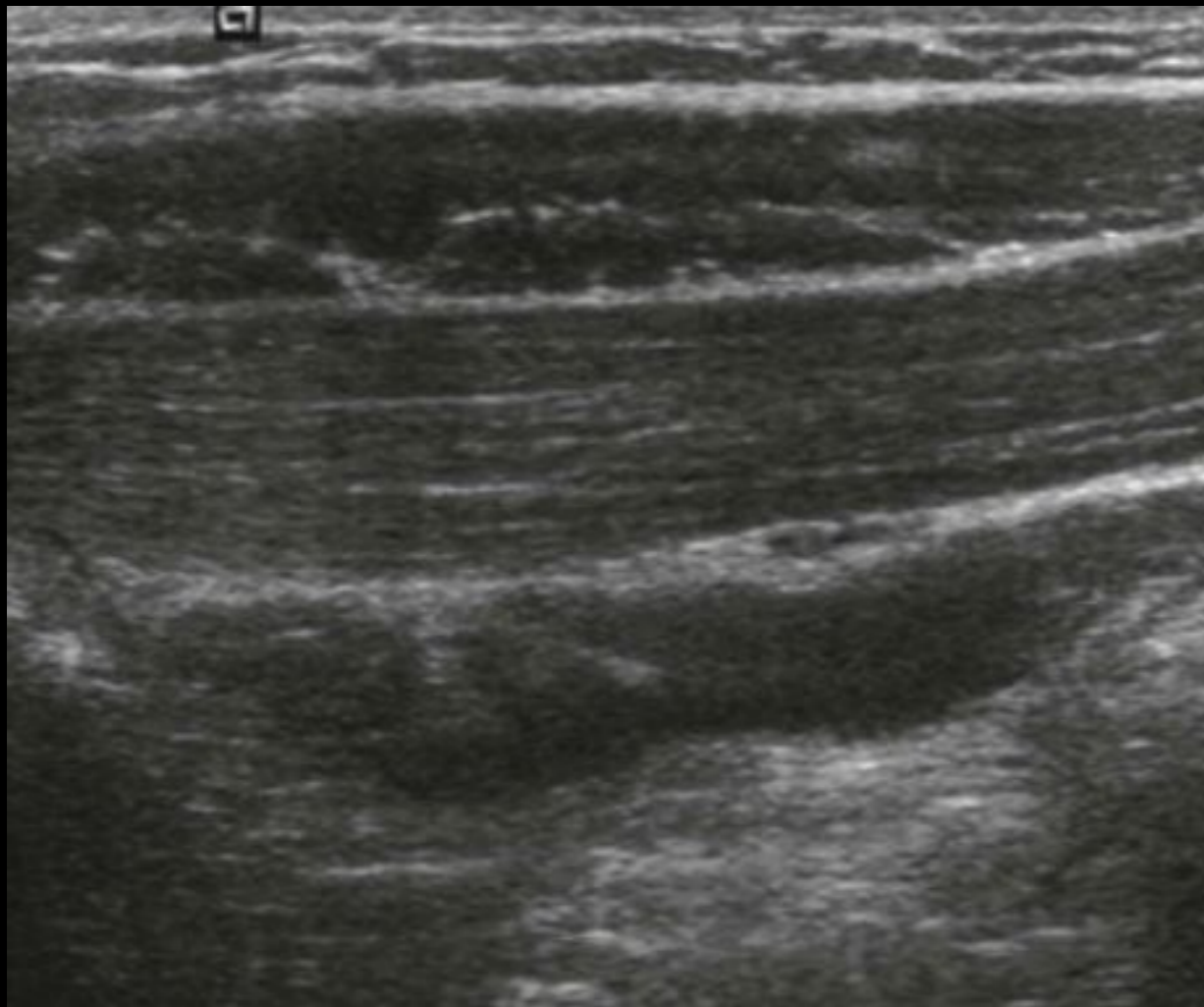


McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved

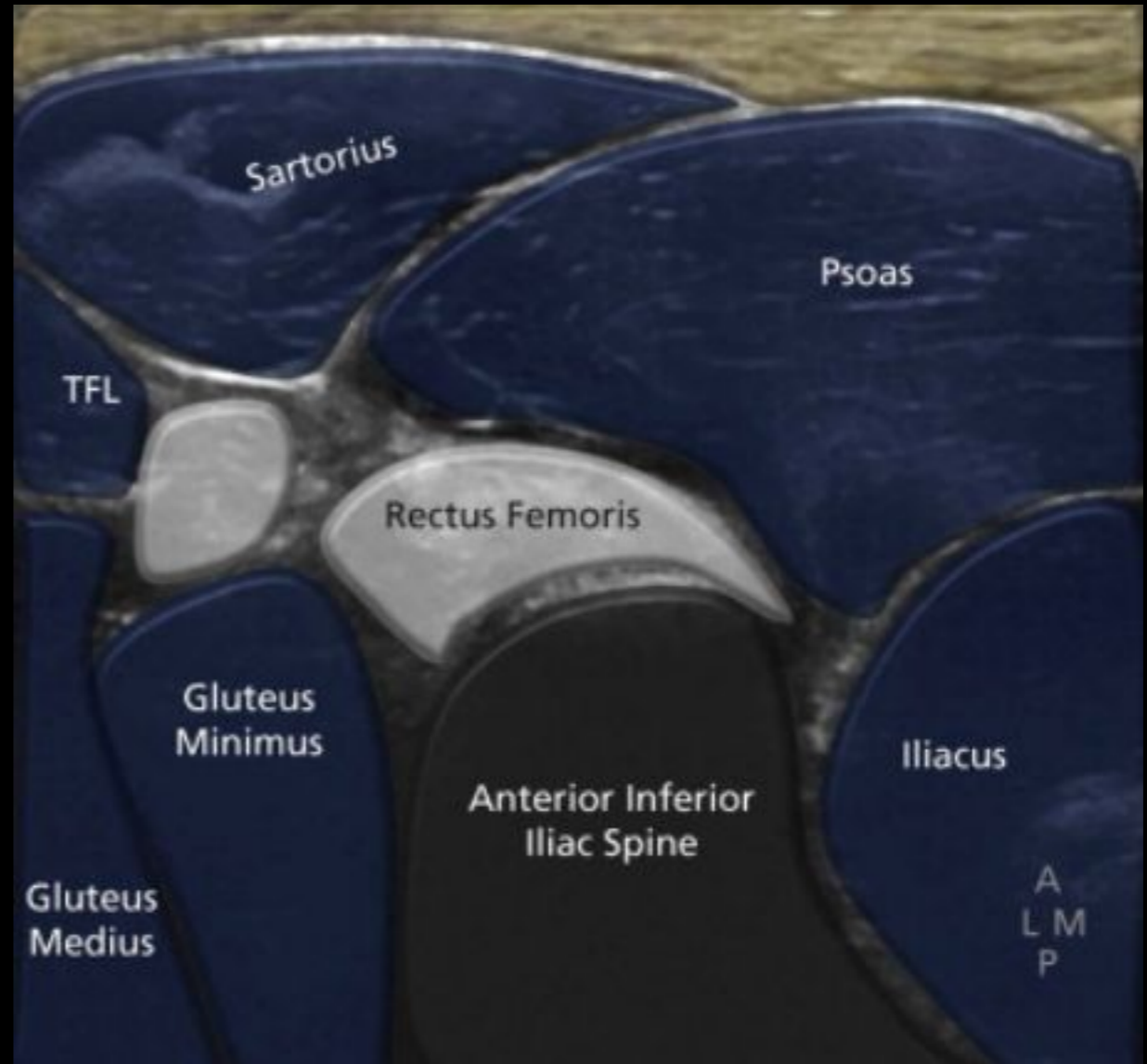
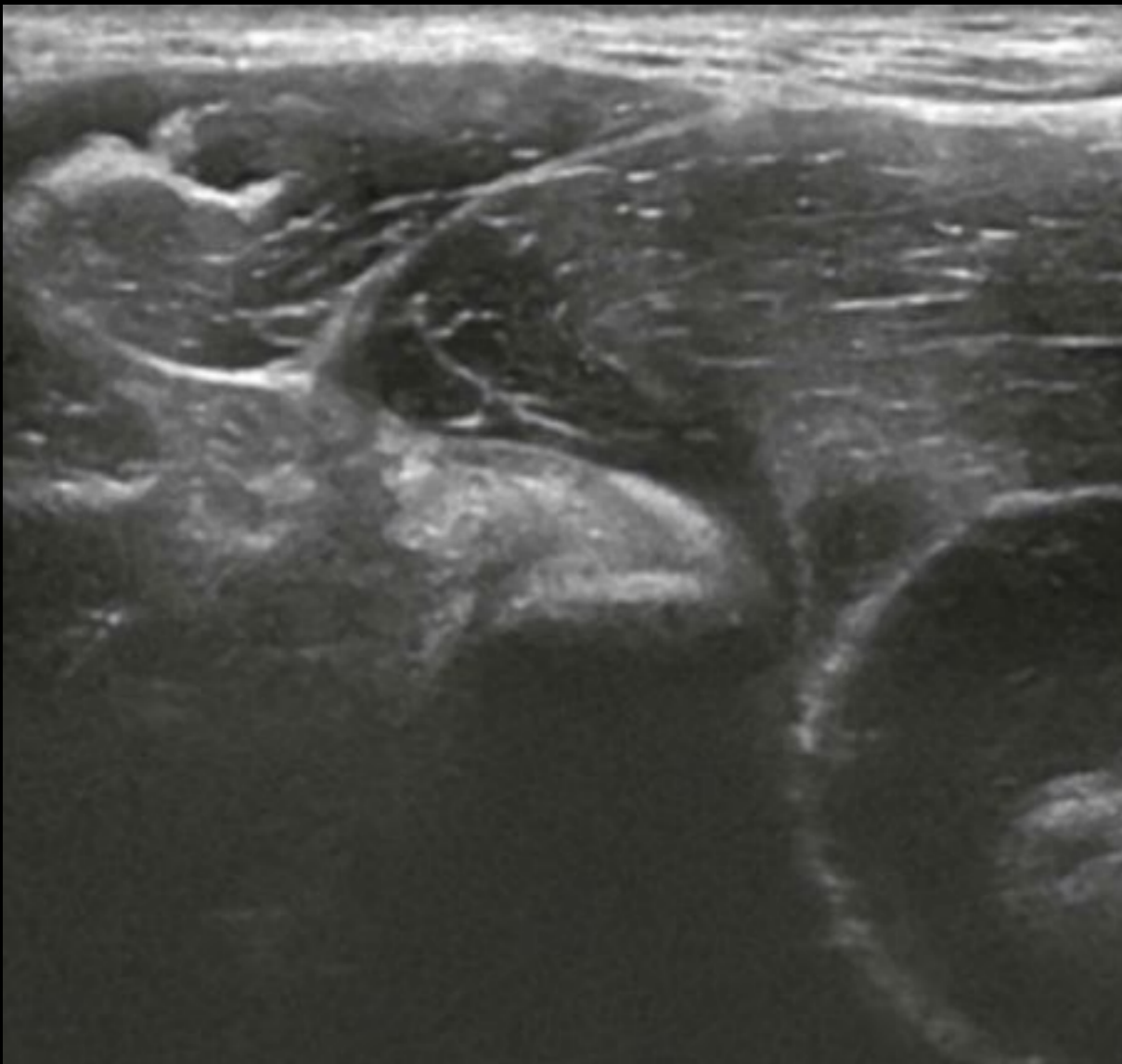


Аксиальное изображение тазобедренного сустава, медиальная поверхность, уровень верхней дуги лонной кости; ON - запирательный нерв

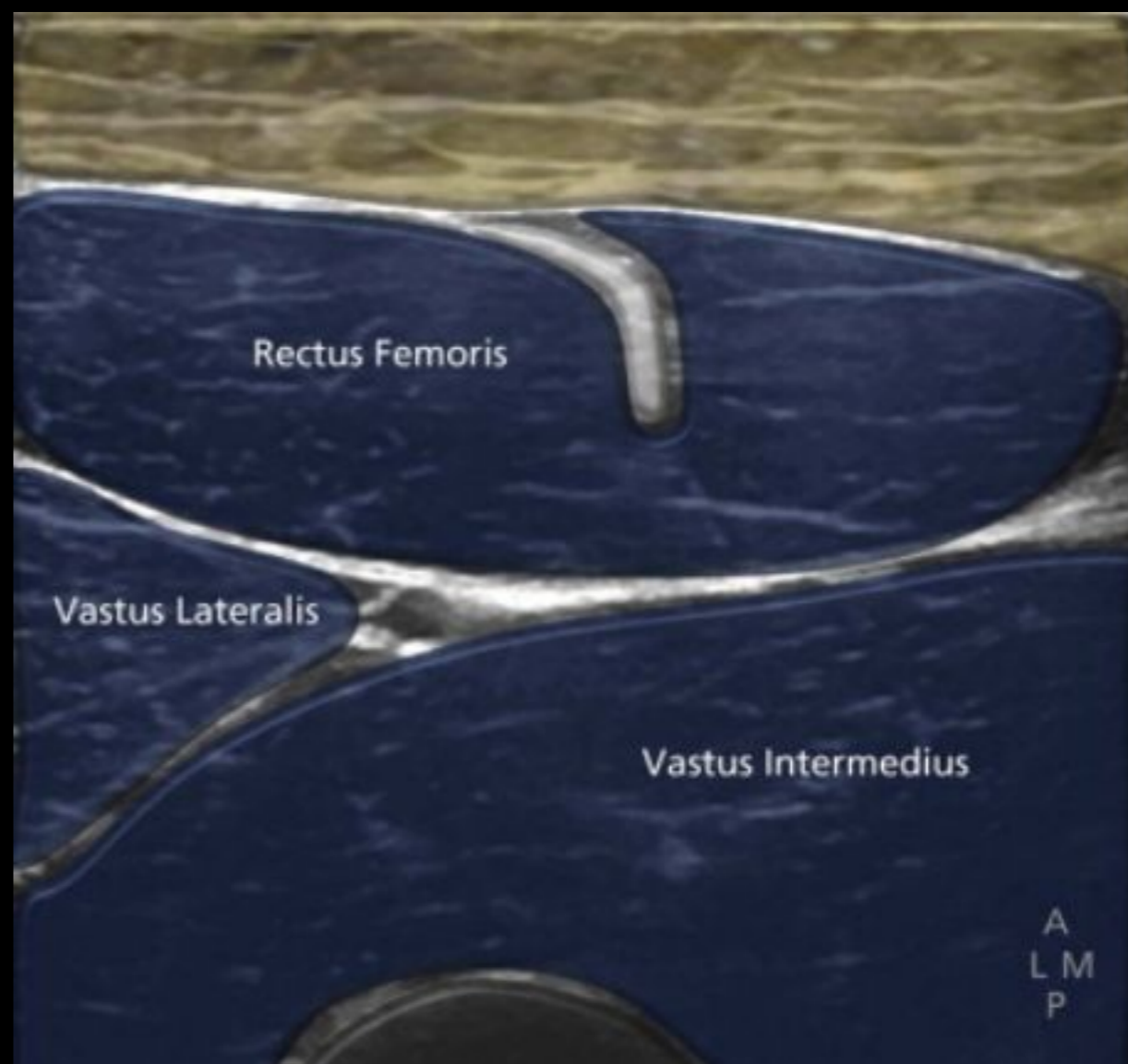
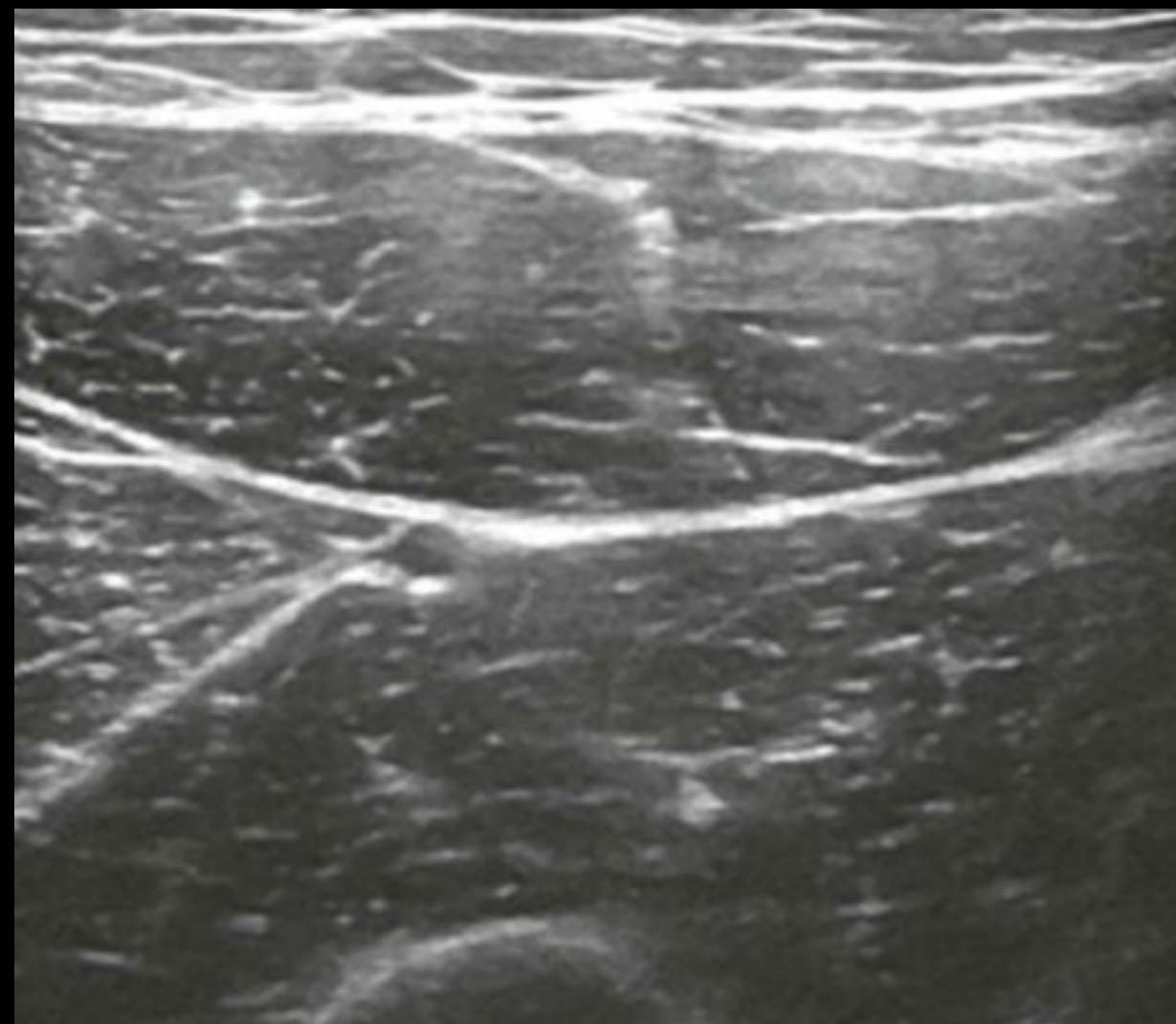


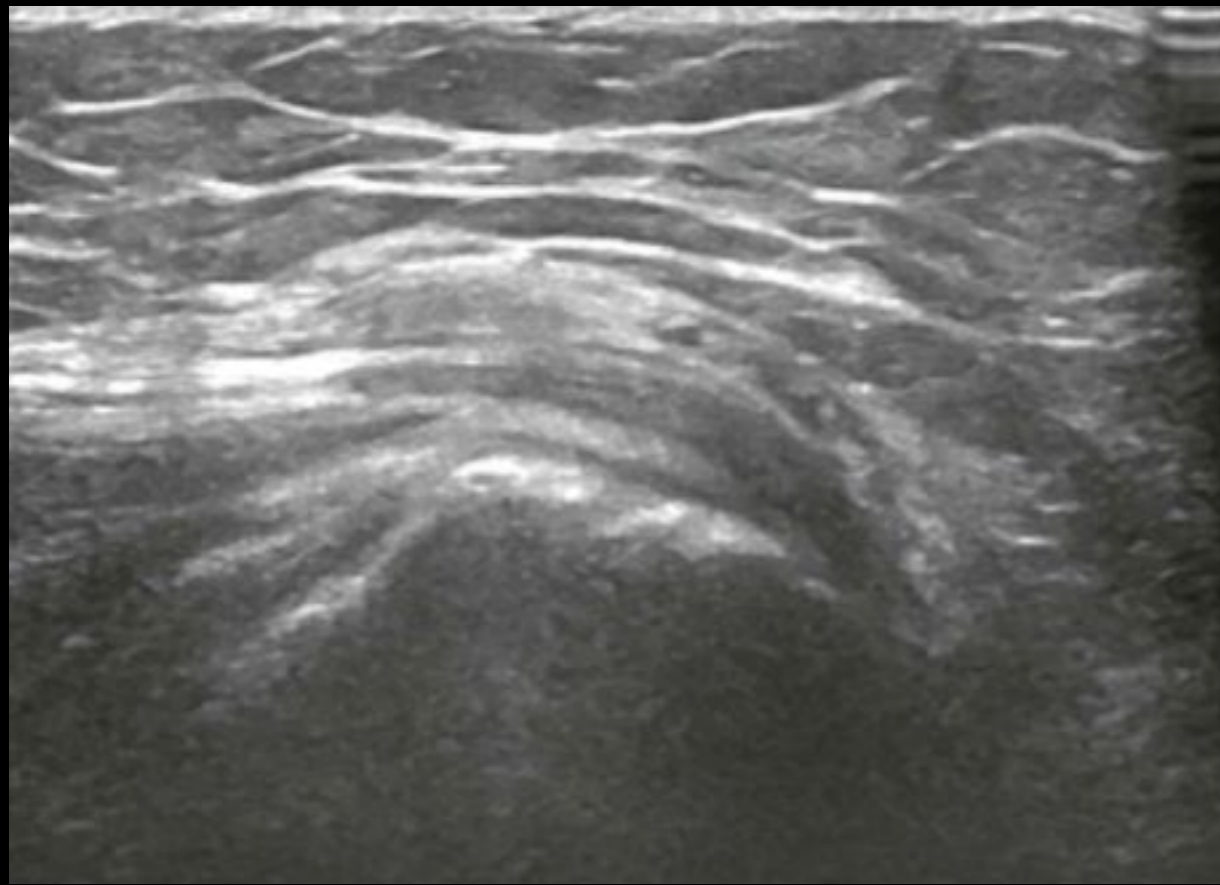
McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved



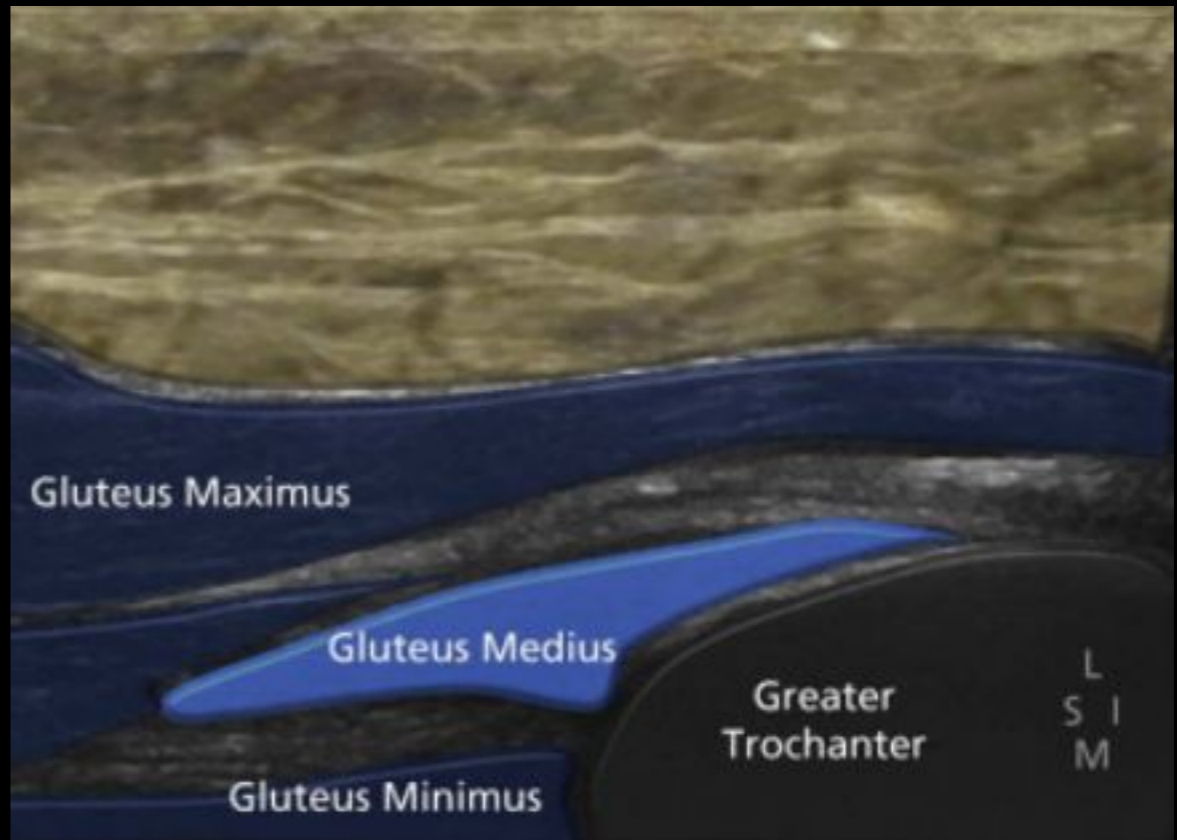
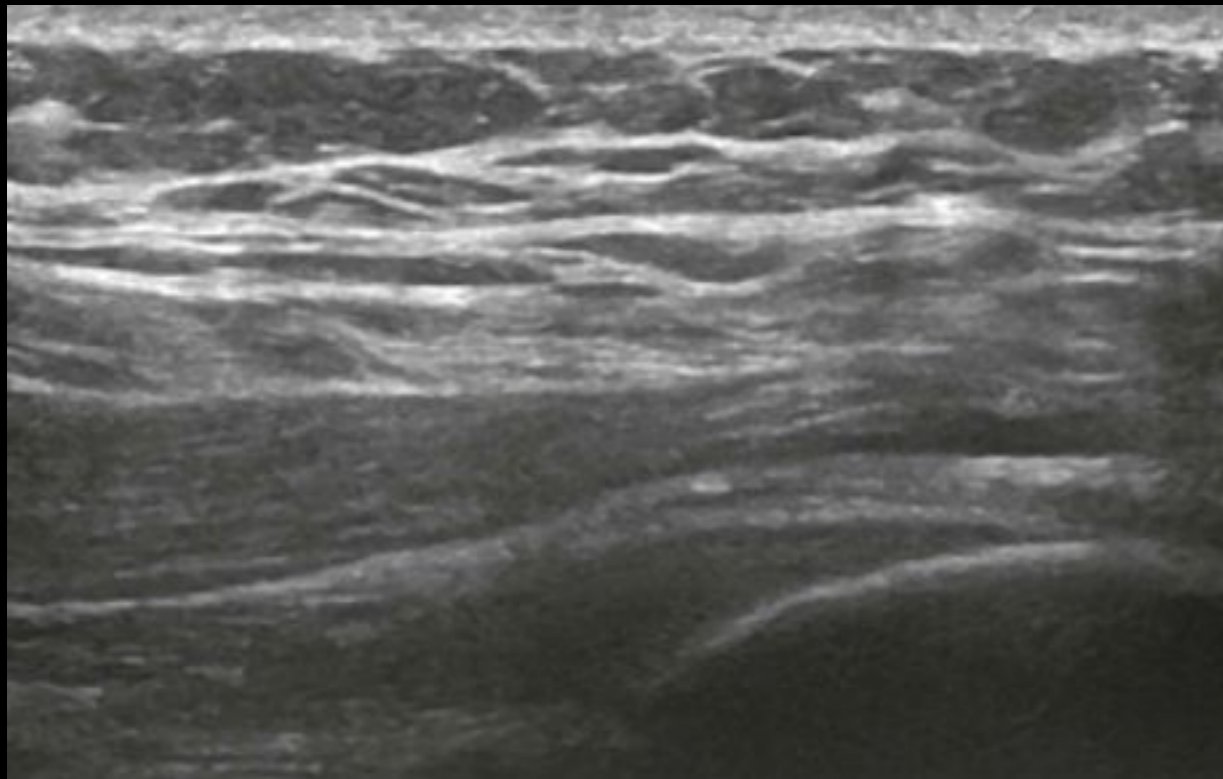
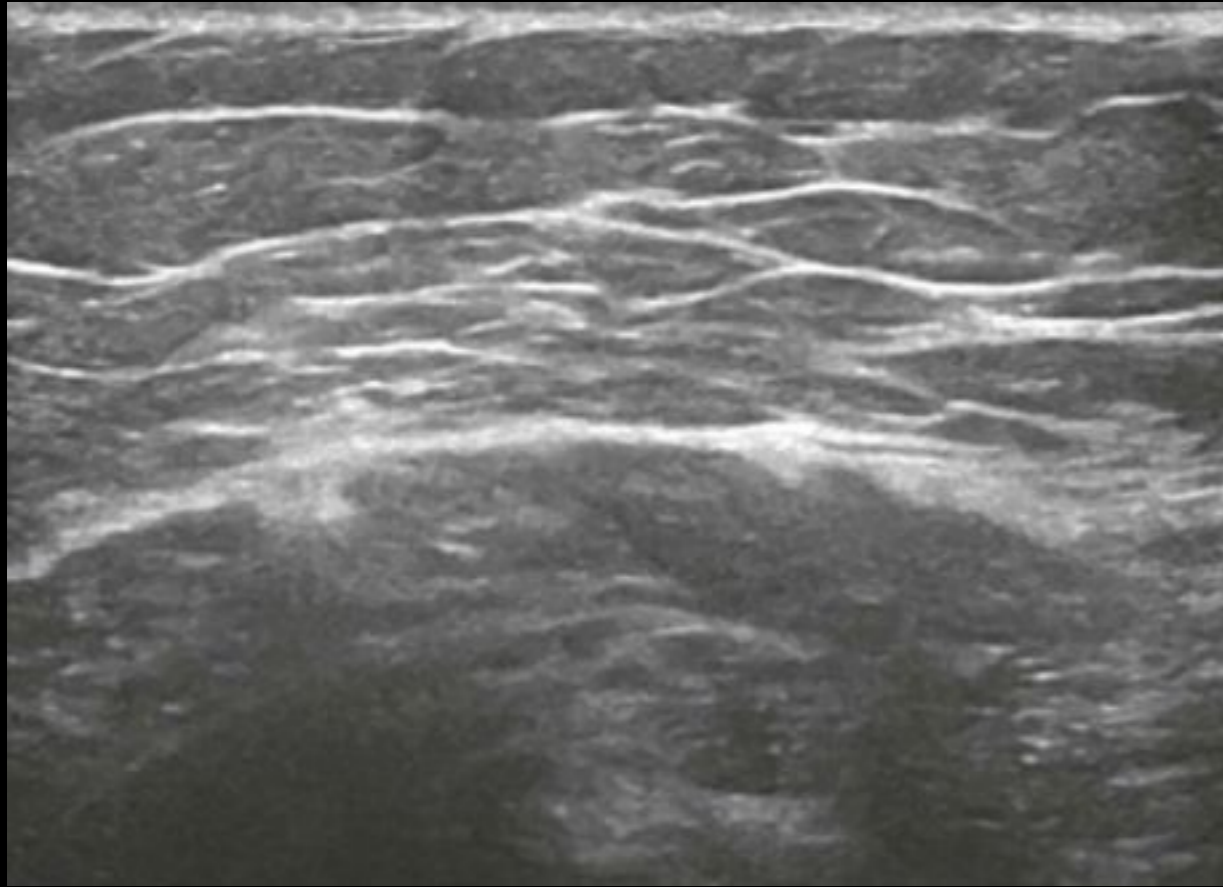
Прямая мышца - место отхождения от нижней передней ости подвздошной кости





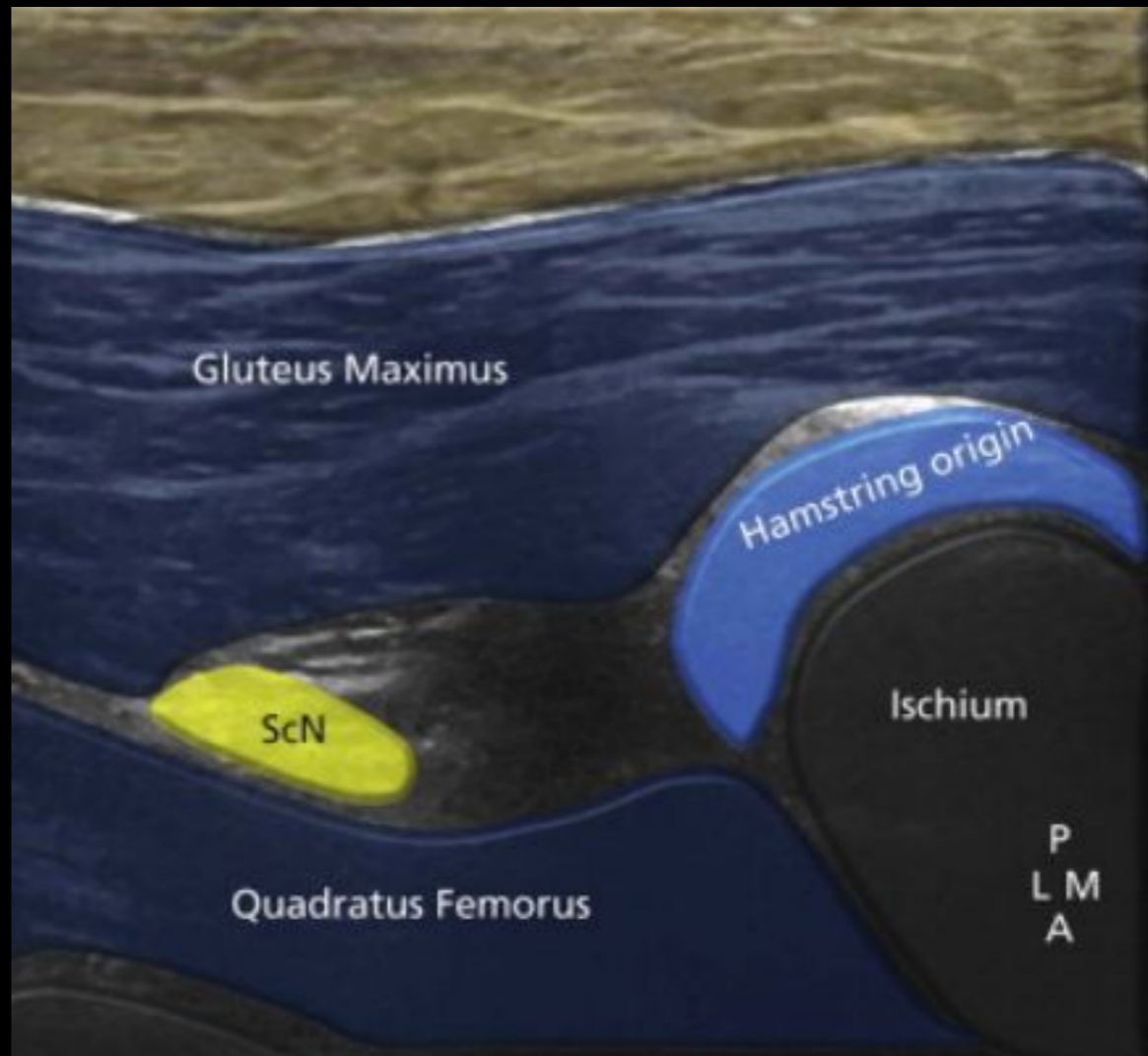
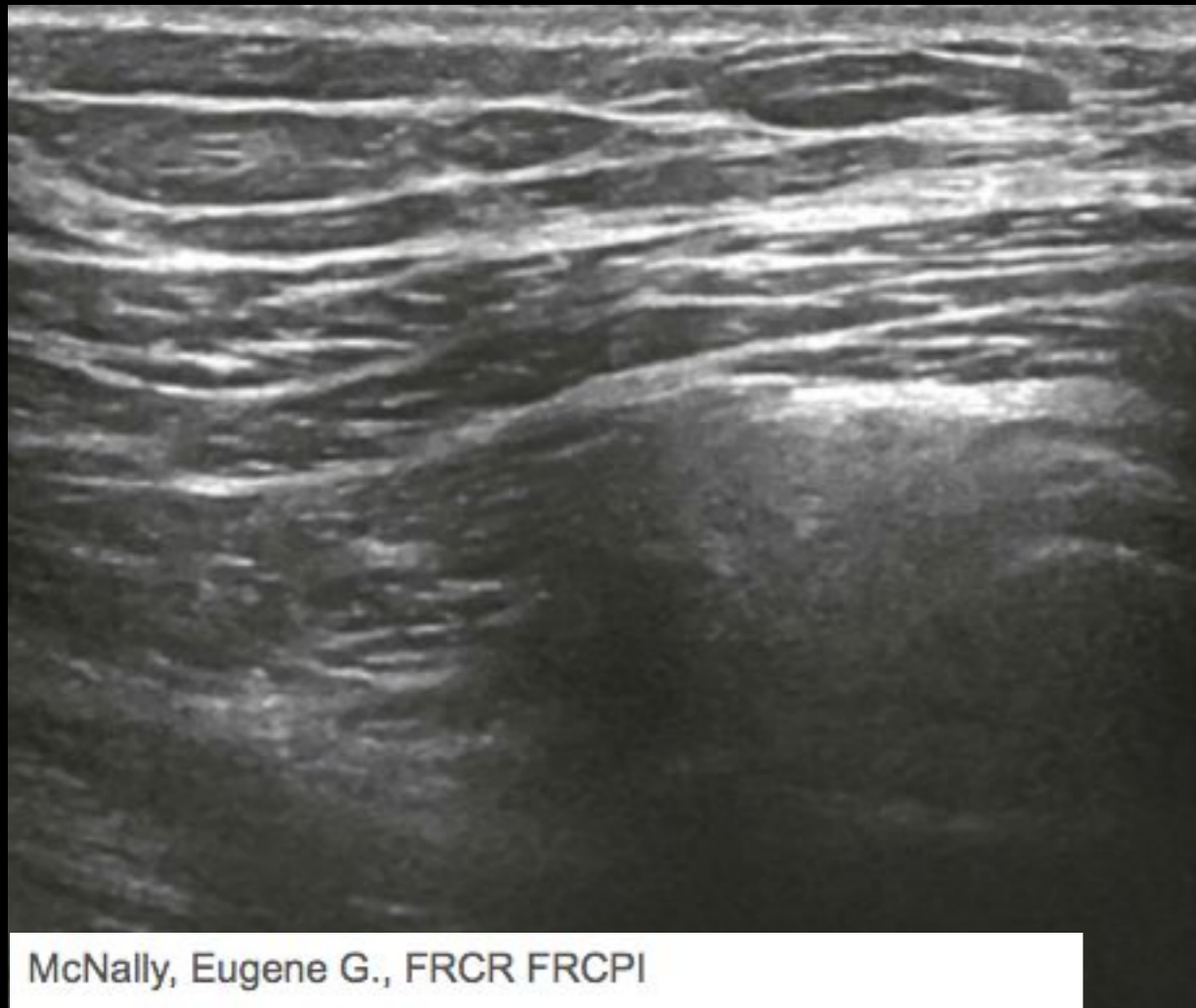
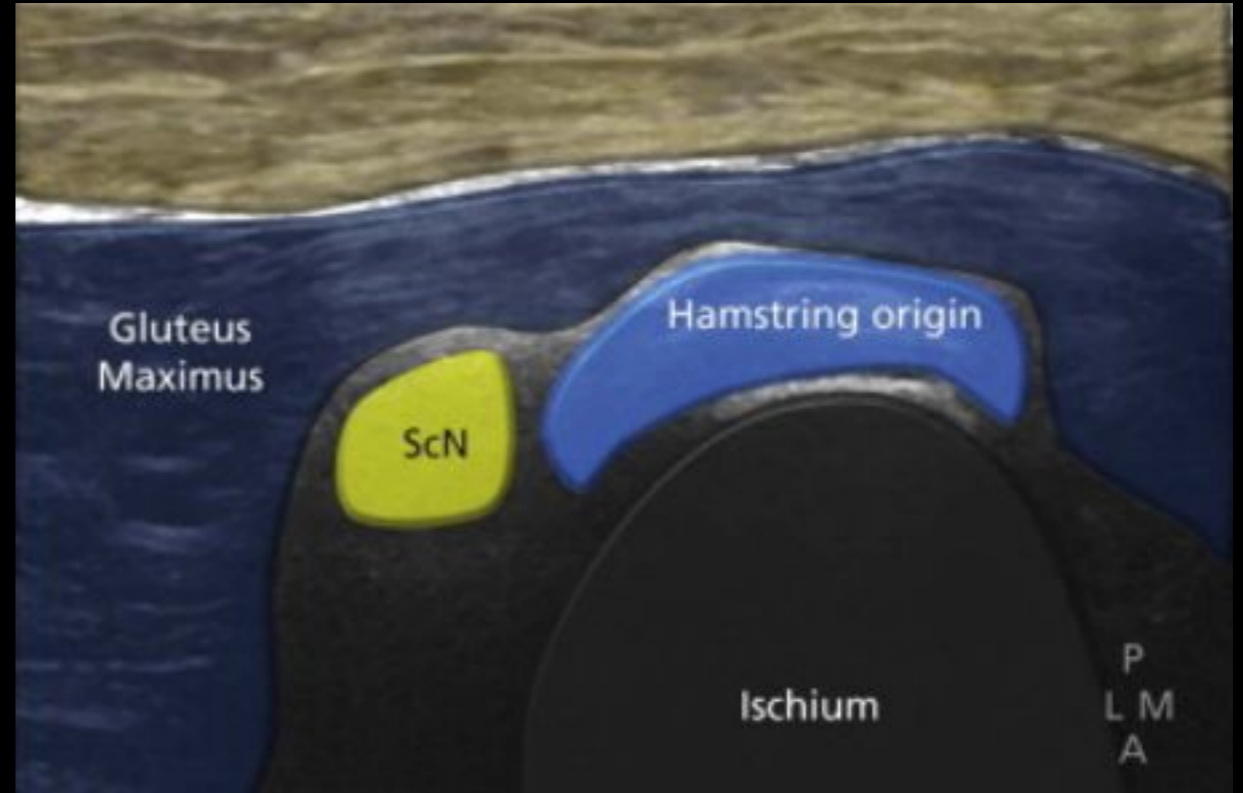
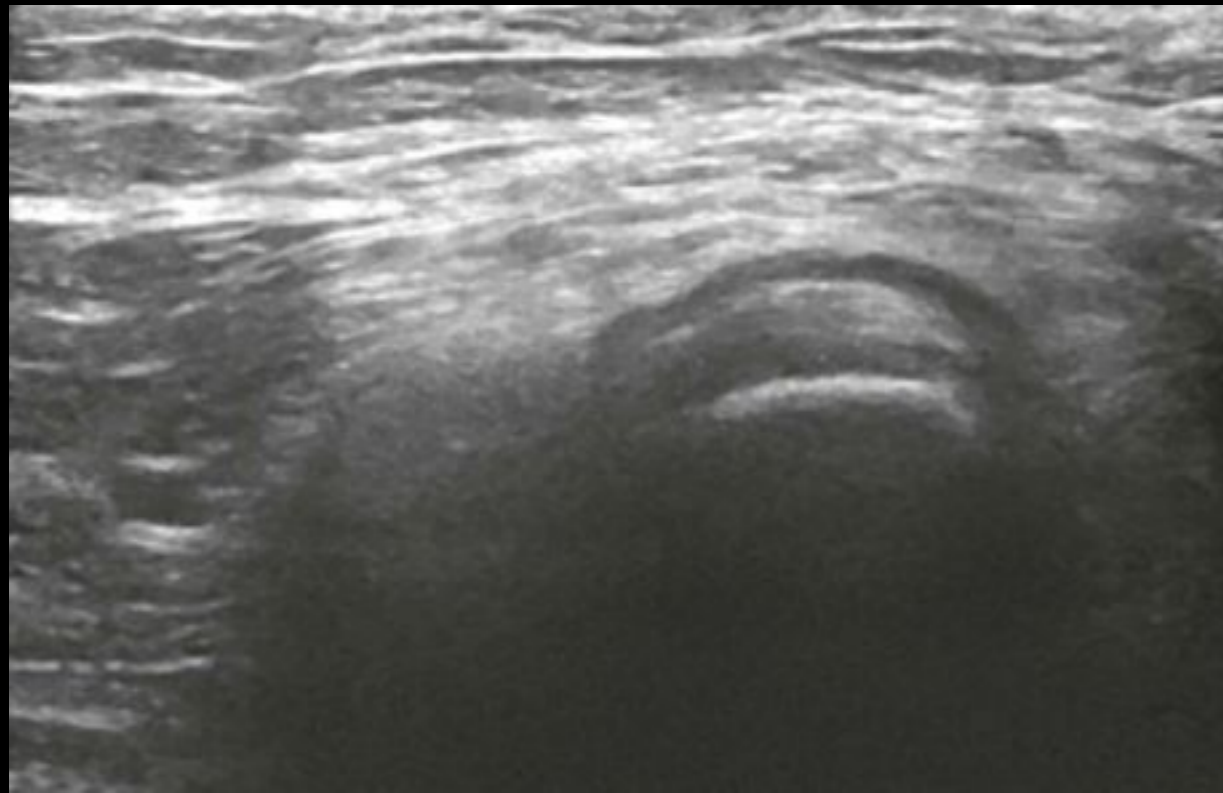
McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

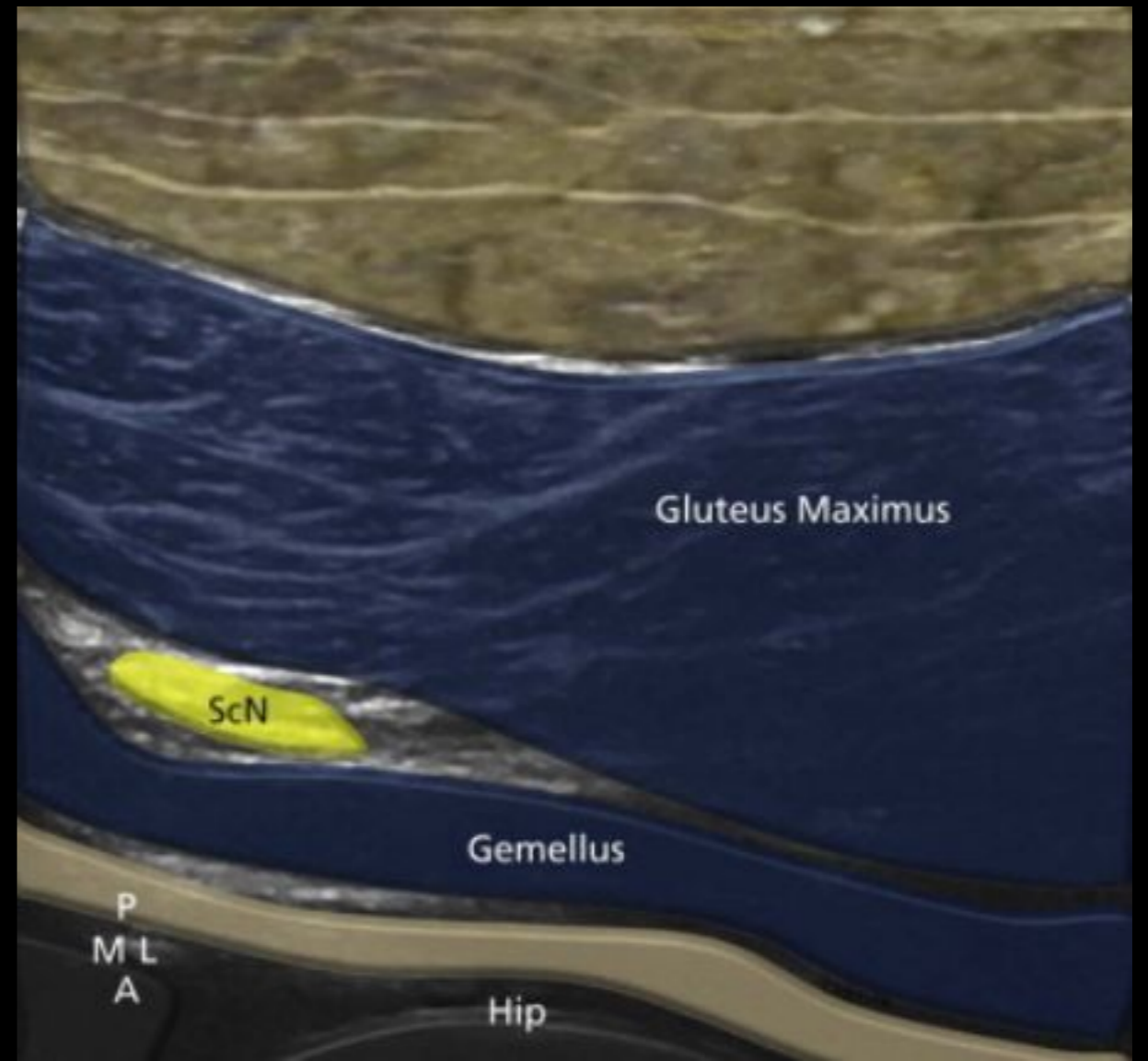
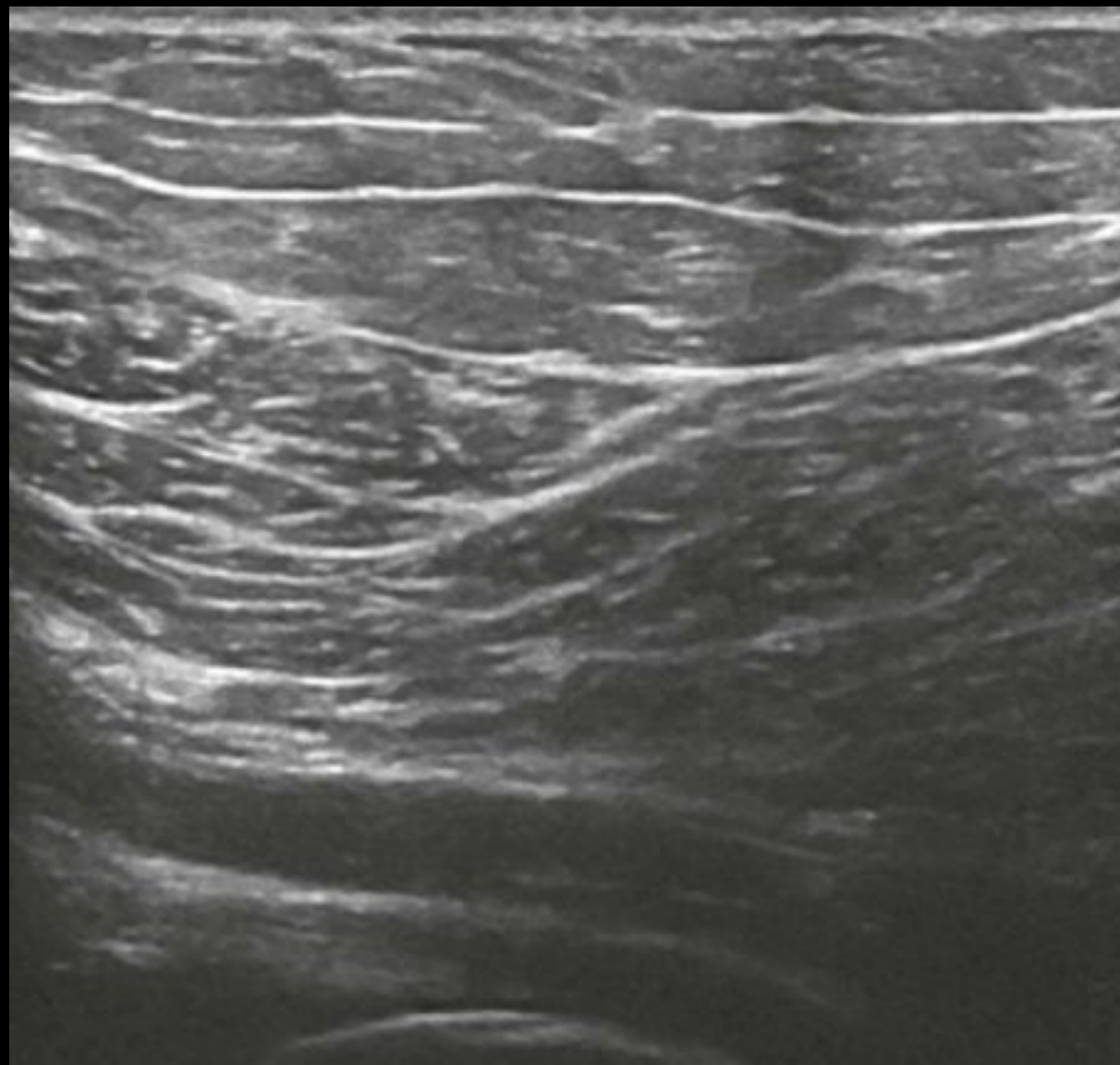
Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved

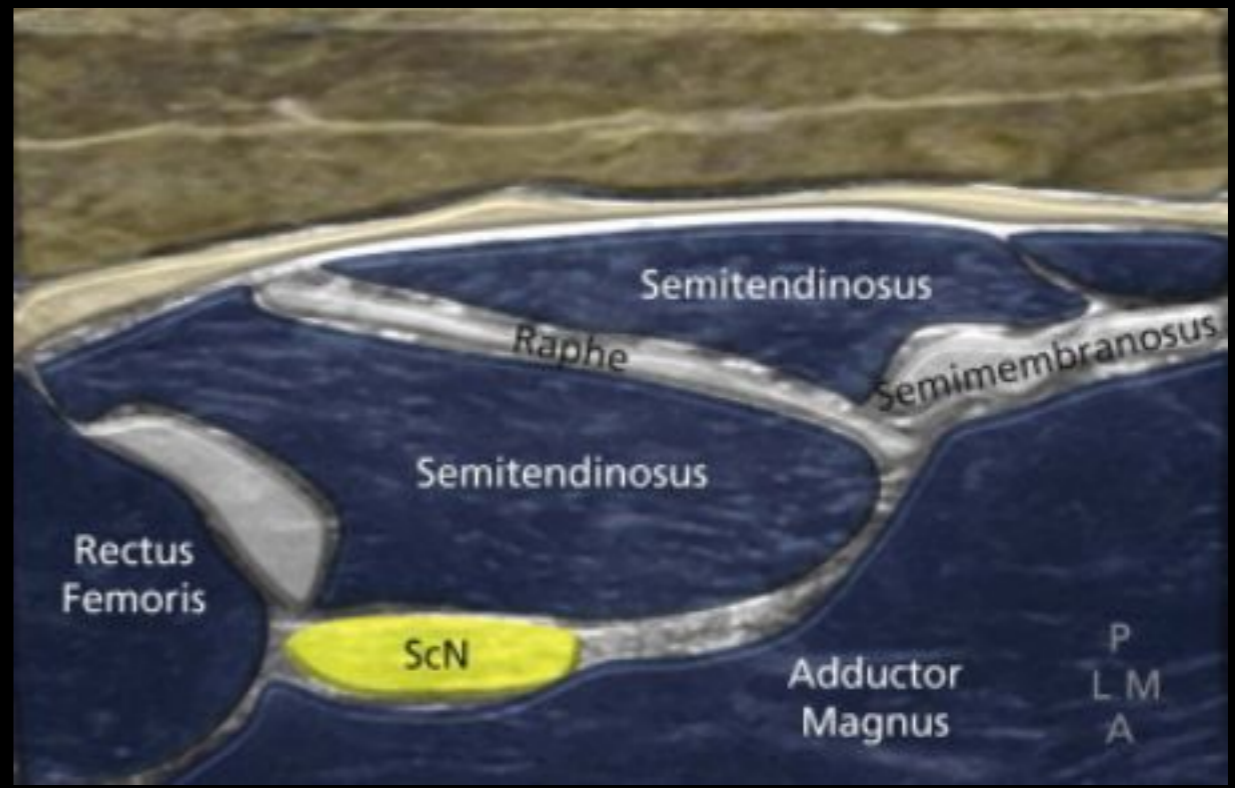
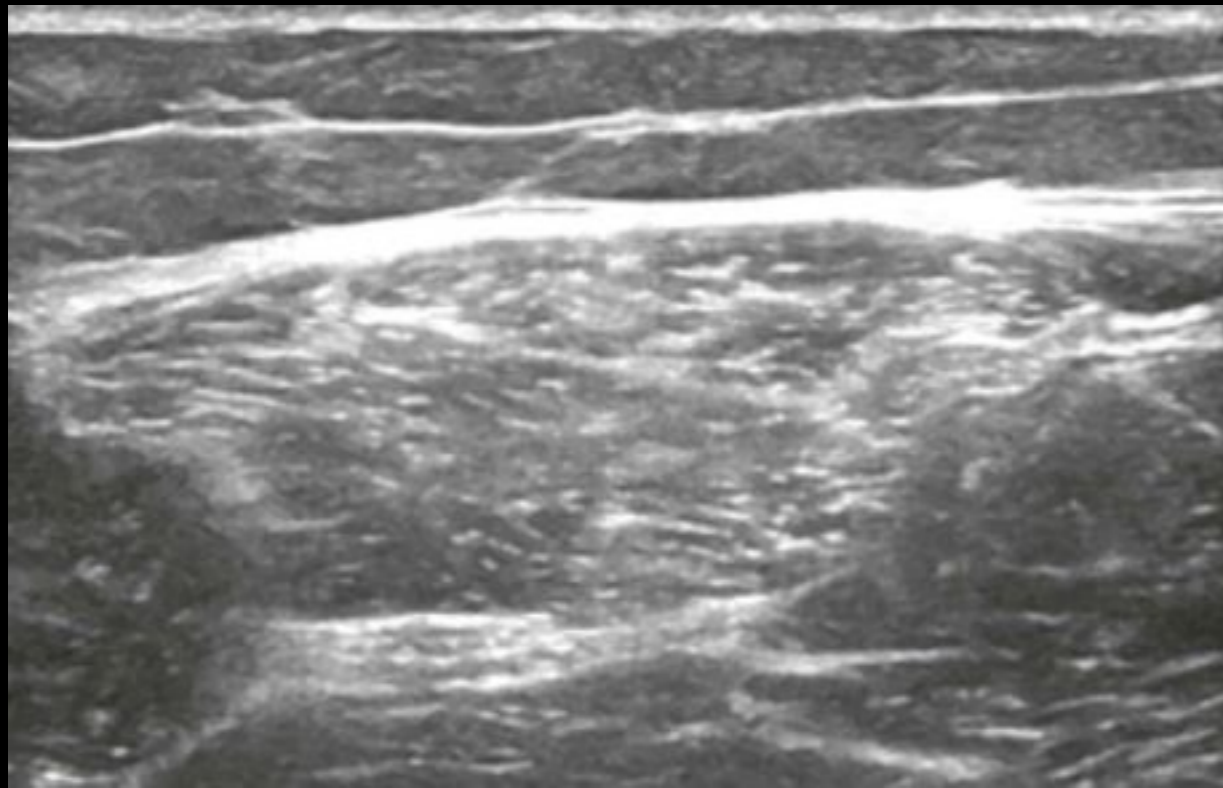
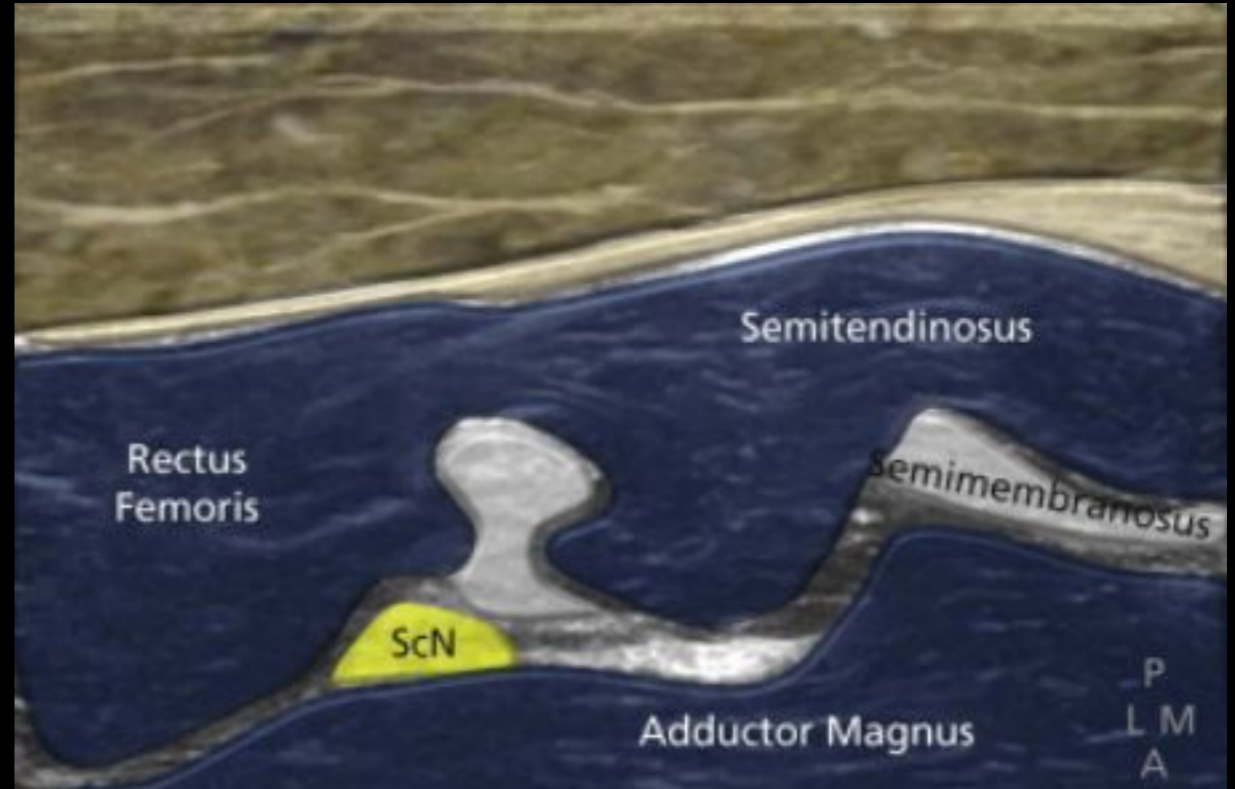
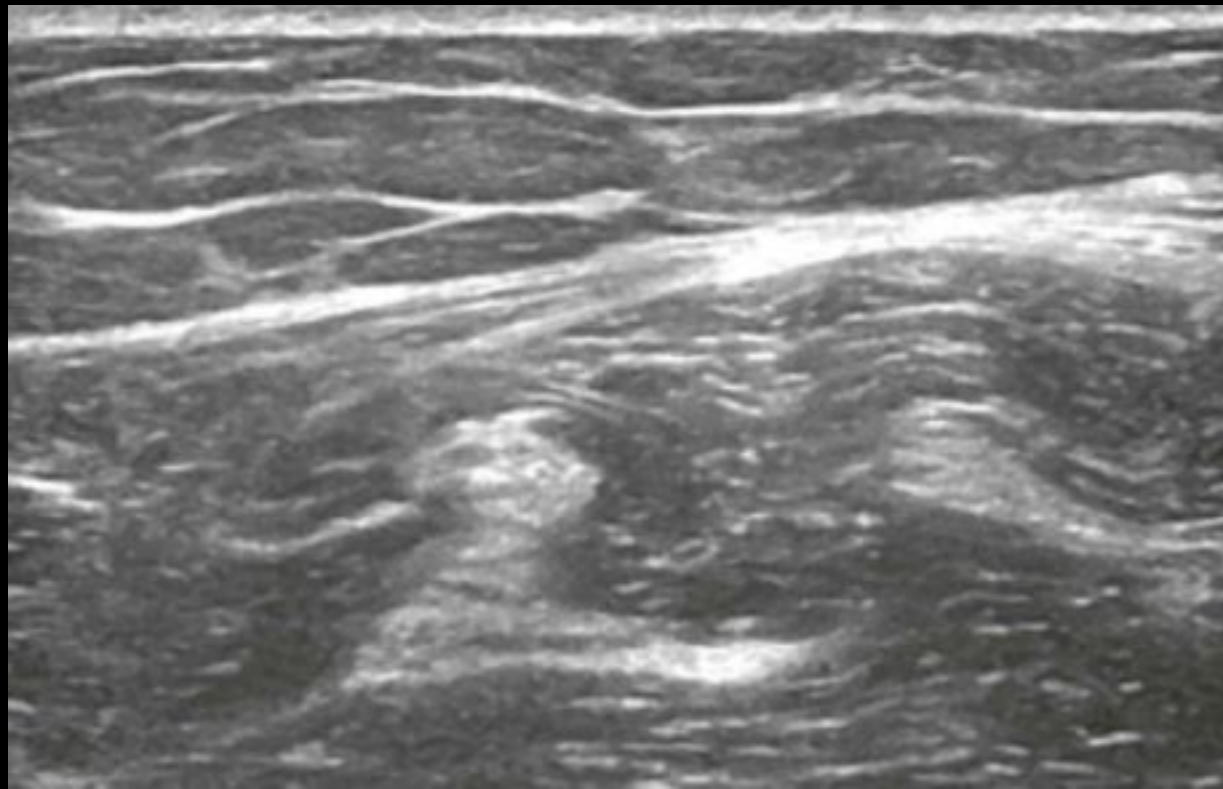


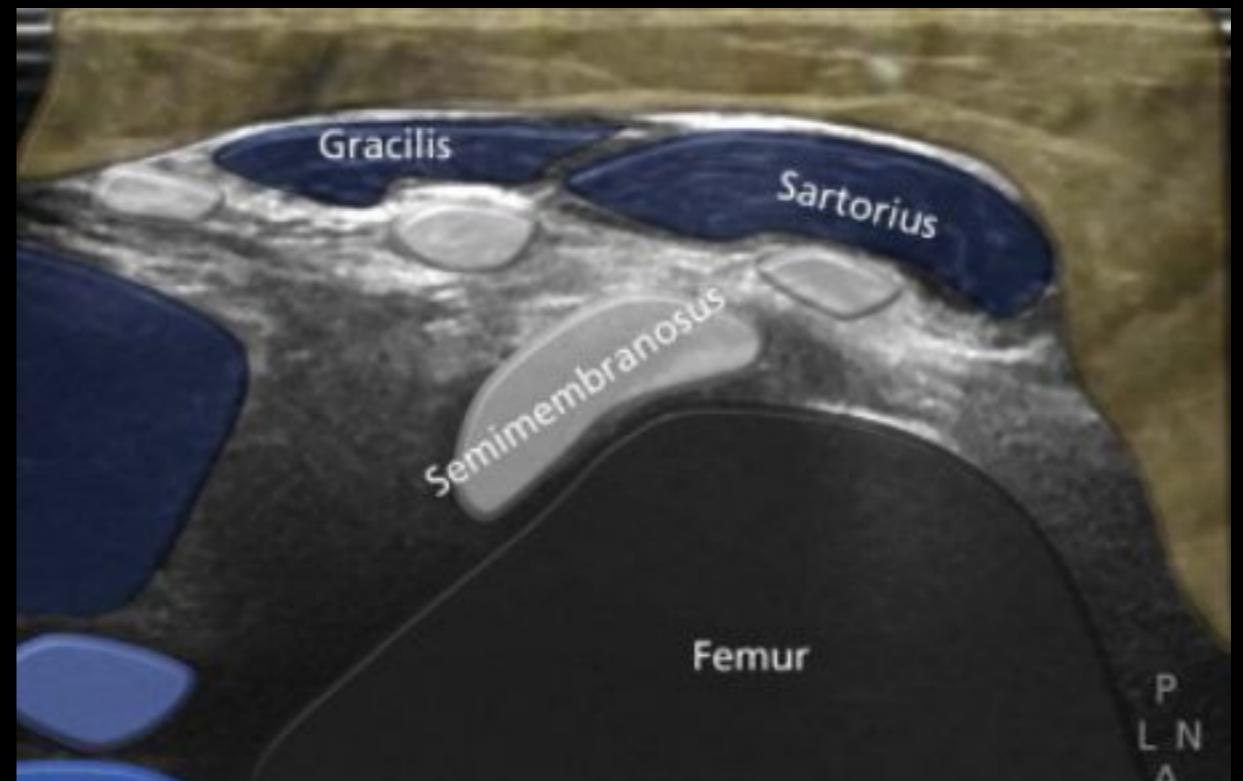
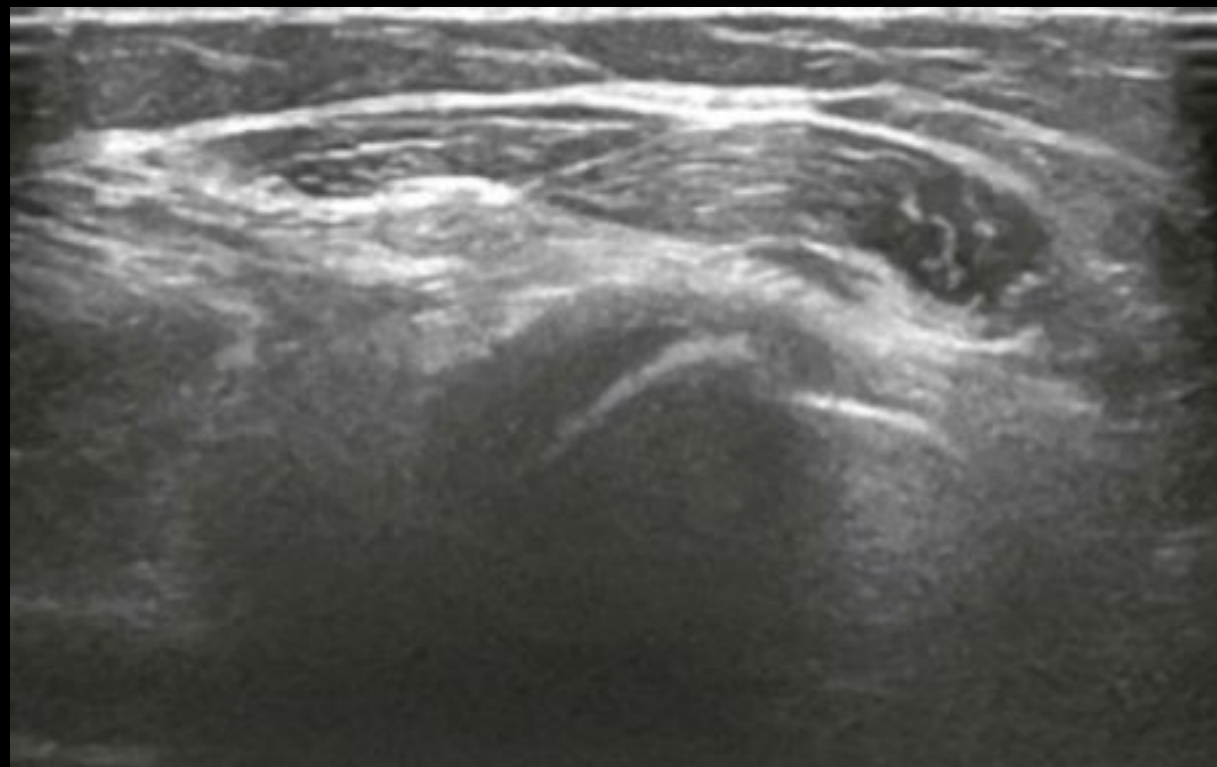
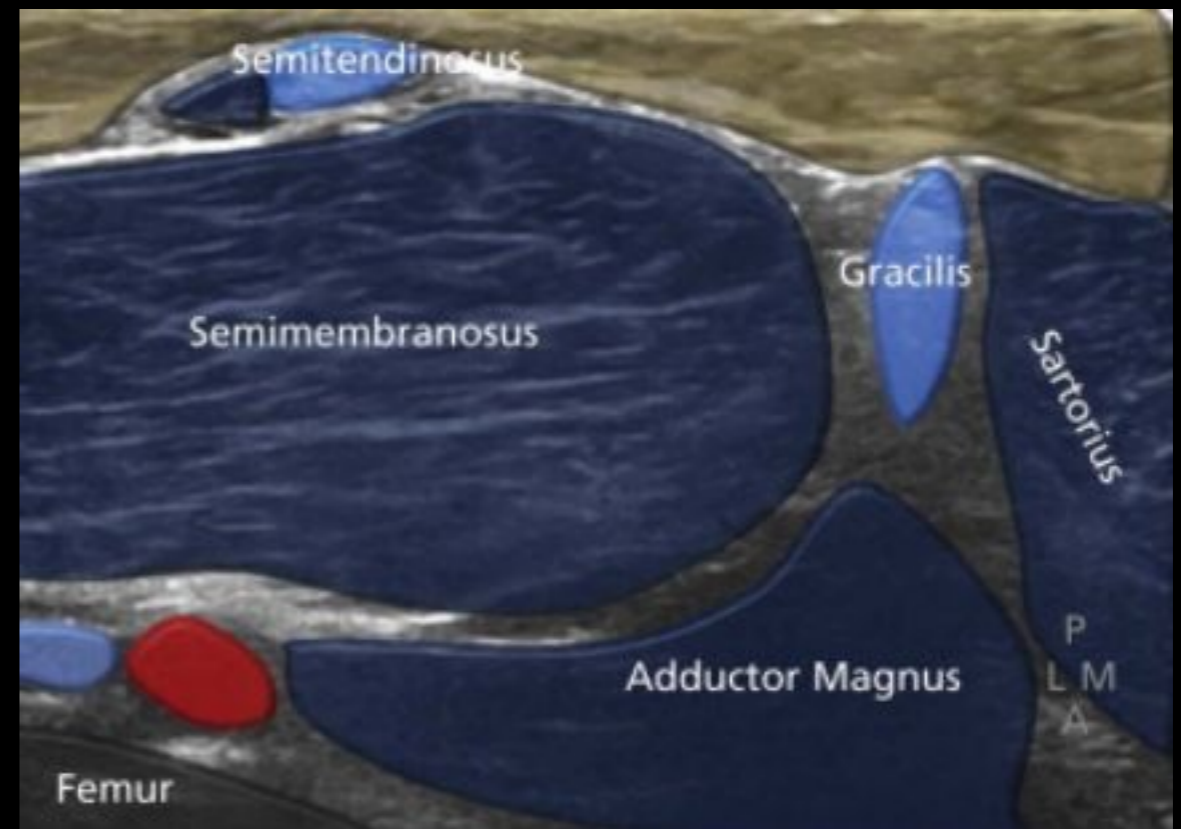
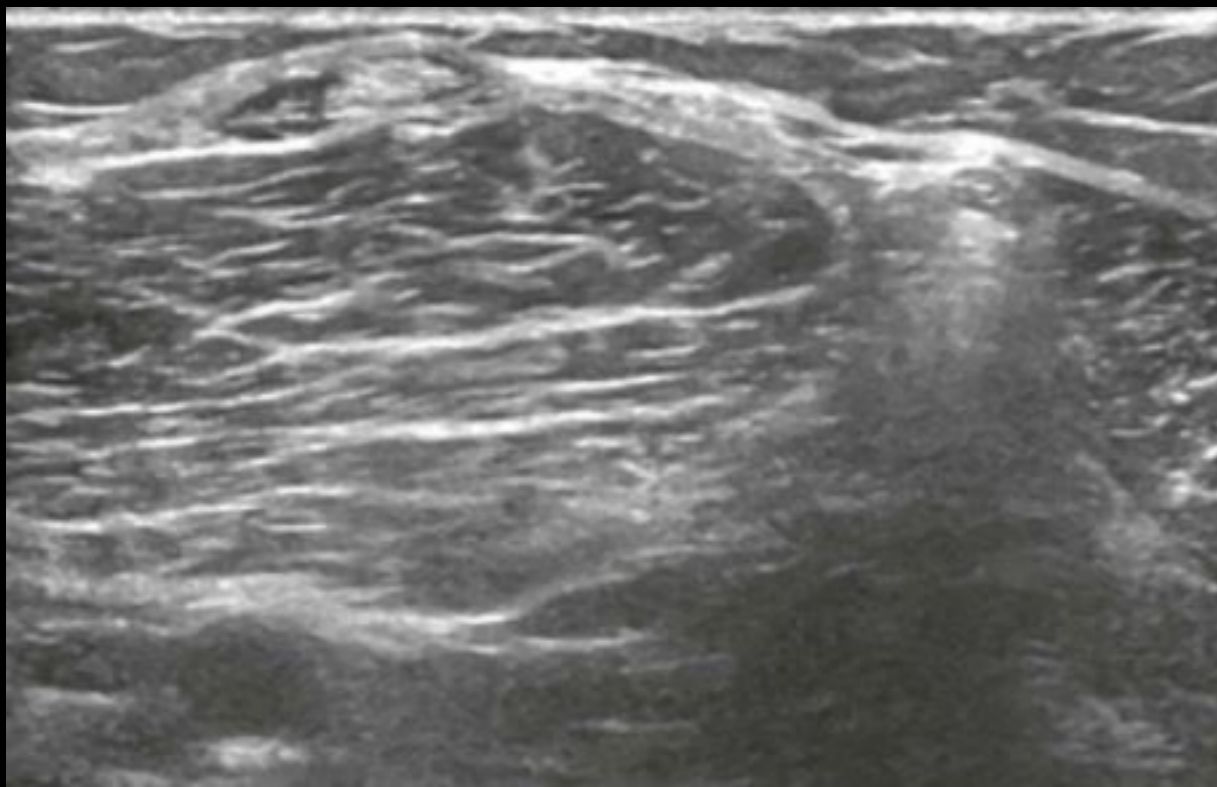
McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved



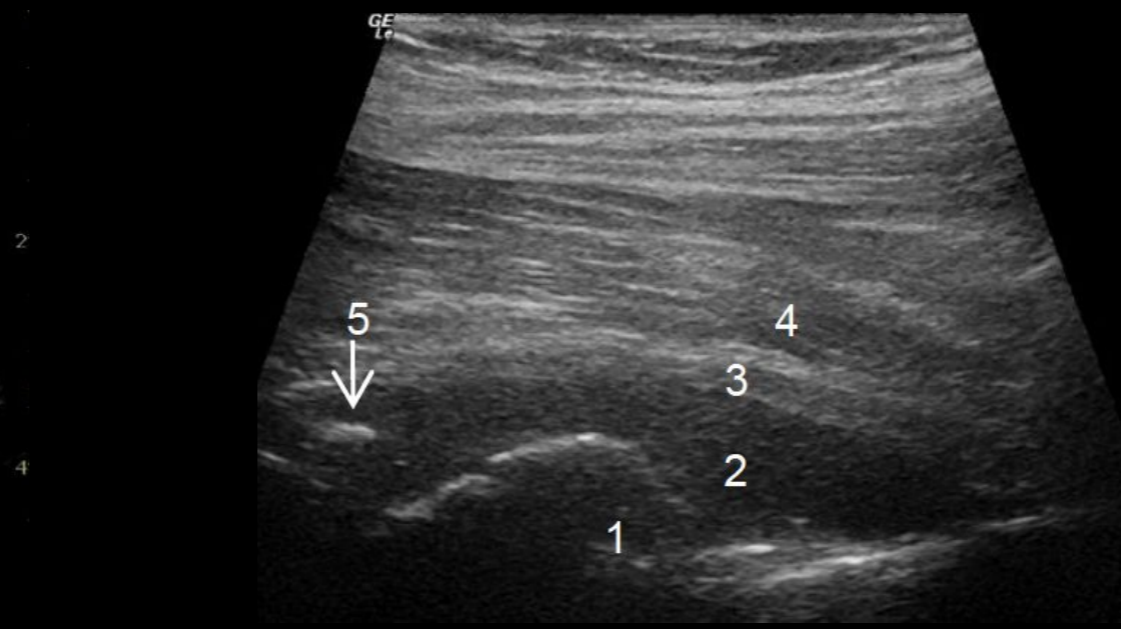
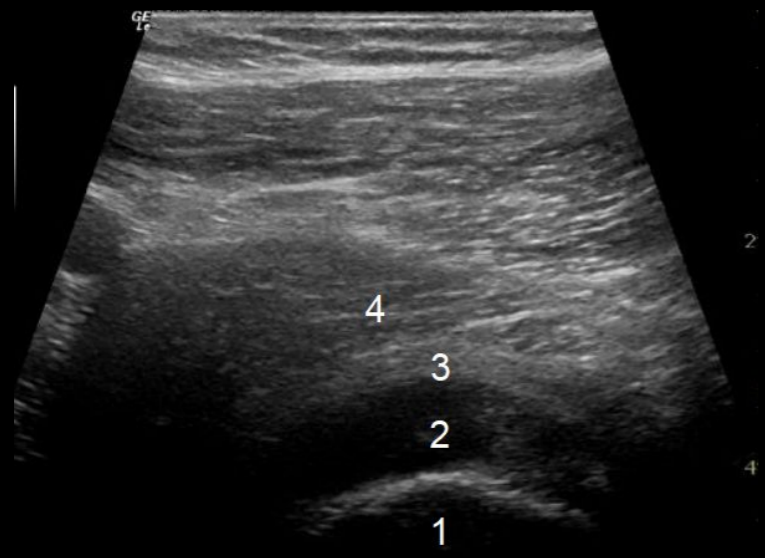


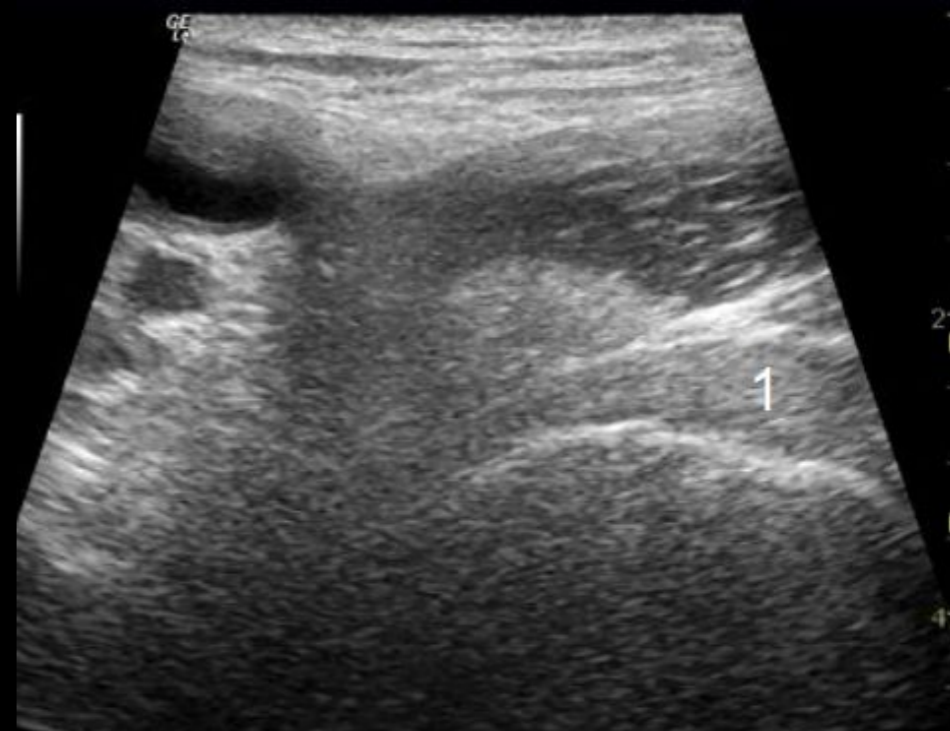
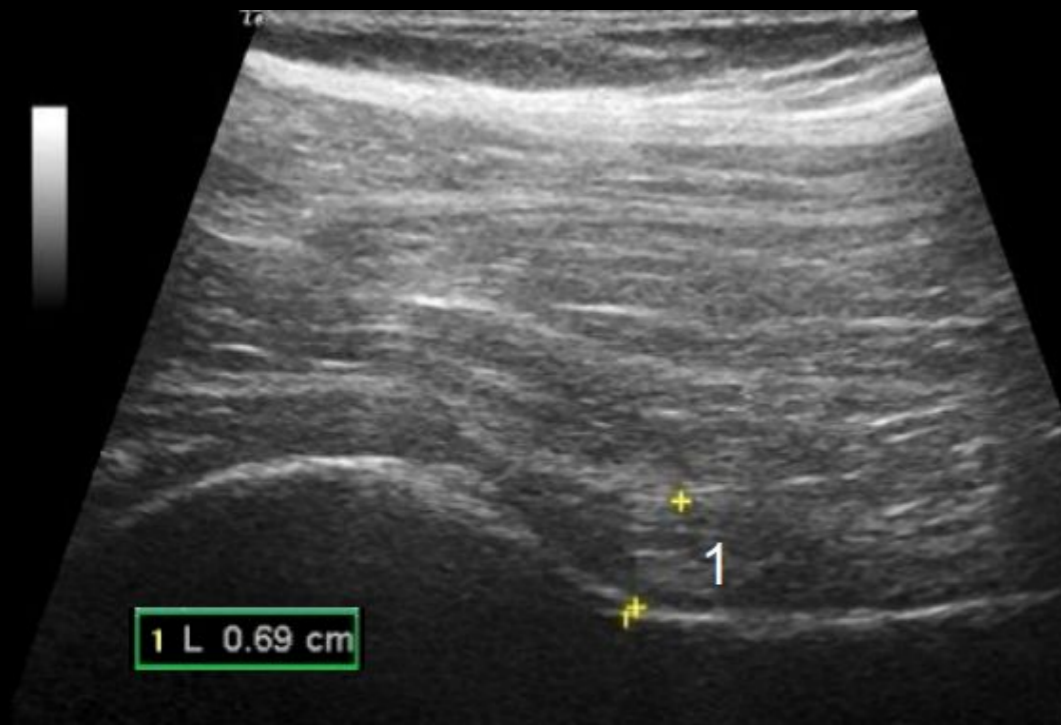




McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved

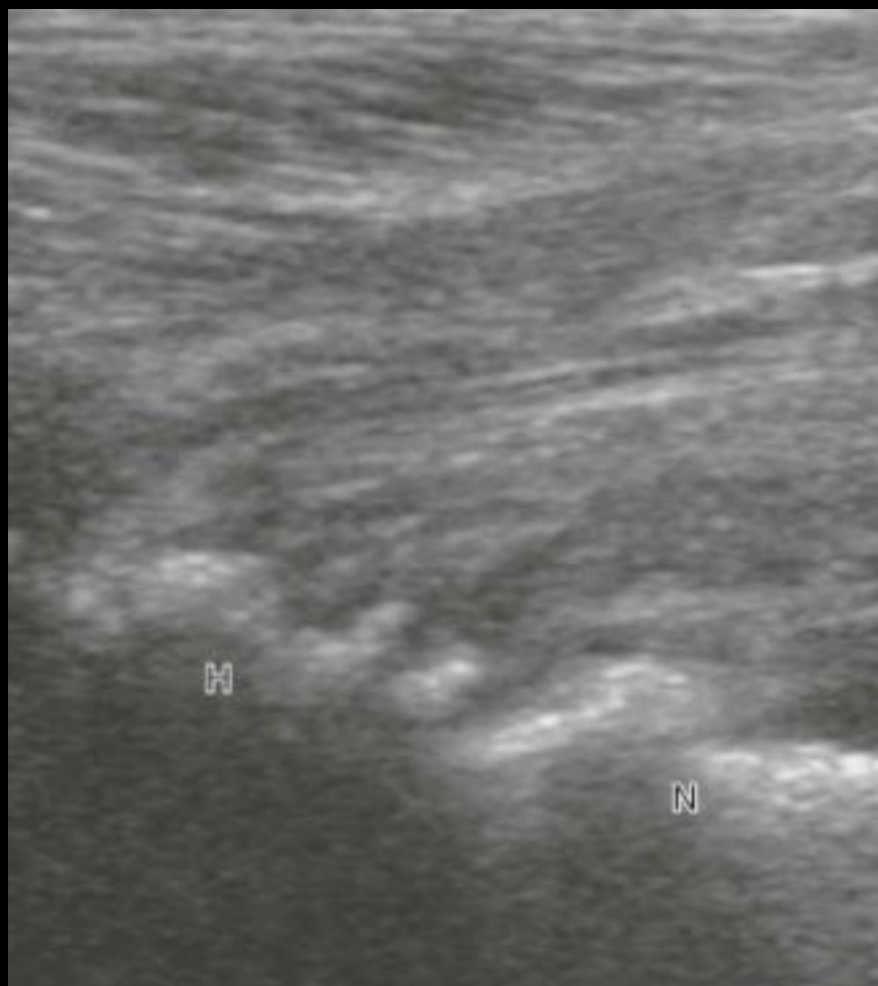




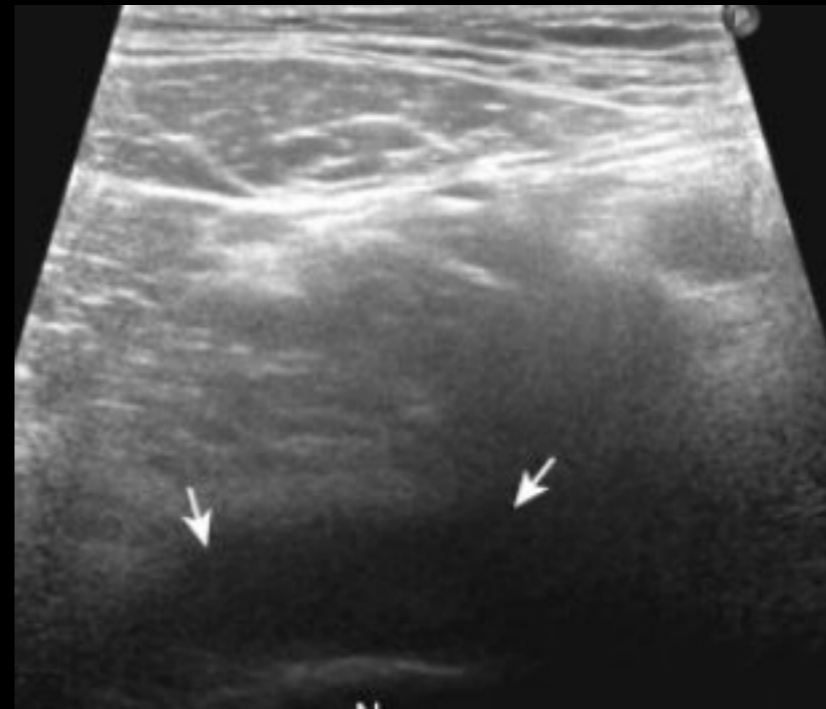
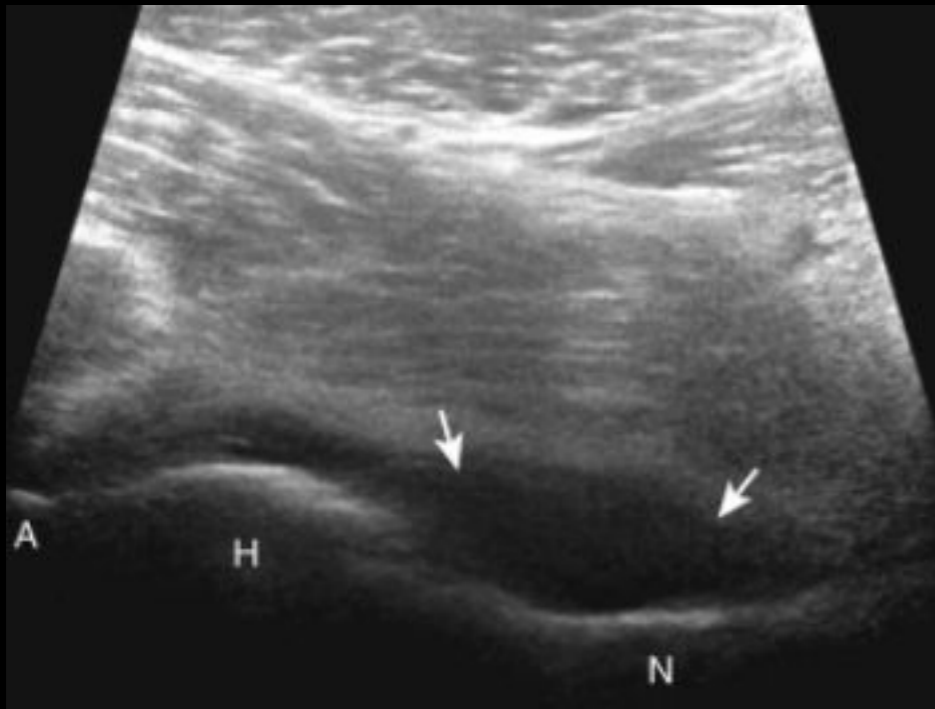
Отмечается превышение расстояния между костью и капсулой сустава выше верхней границы нормы, за счет пролиферации гипоэхогенной, не сжимаемой синовиальной ткани.



В отличие от смещаемого и сжимаемого аваскулярного выпота при экссудативном синовите, пролиферативный синовит характеризуется наличием несжимаемого, слабо смещаемого тканевого компонента с наличием сосудистых сигналов в нем.

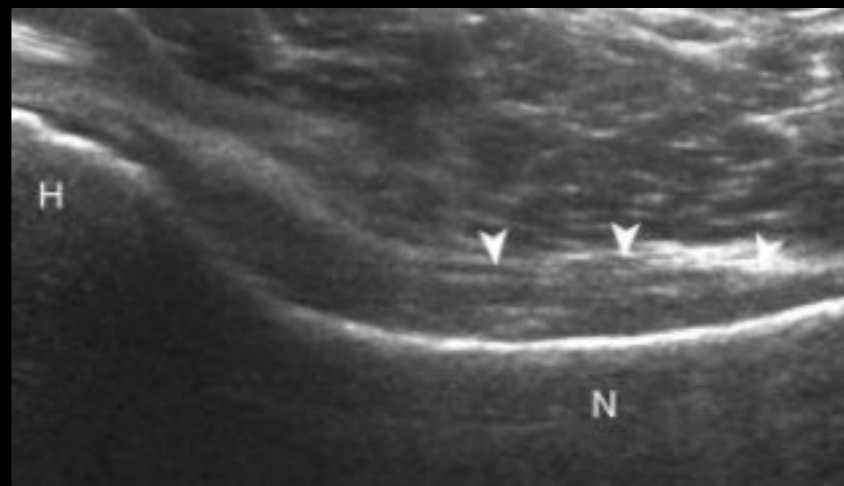
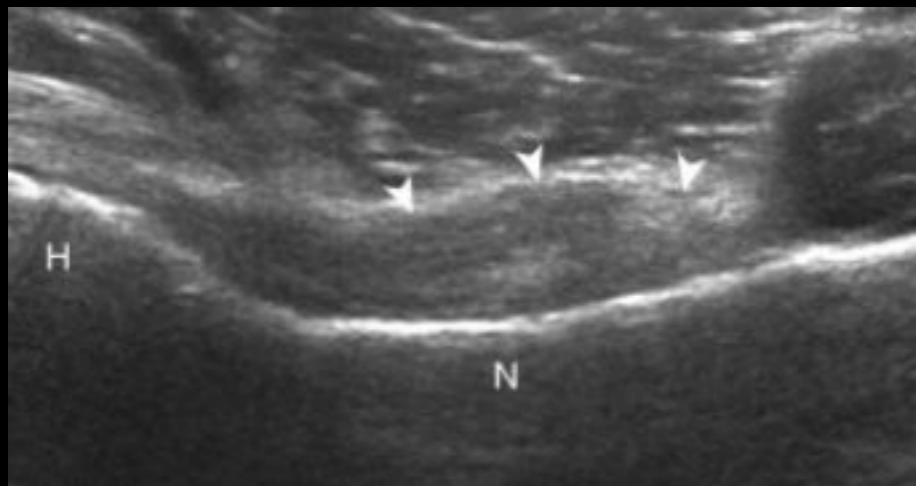


Явления пролиферативного синовита на фоне ревматического процесса, может сочетаться с формированием эрозий кортикальной пластины кости в месте прикрепления капсулы сустава

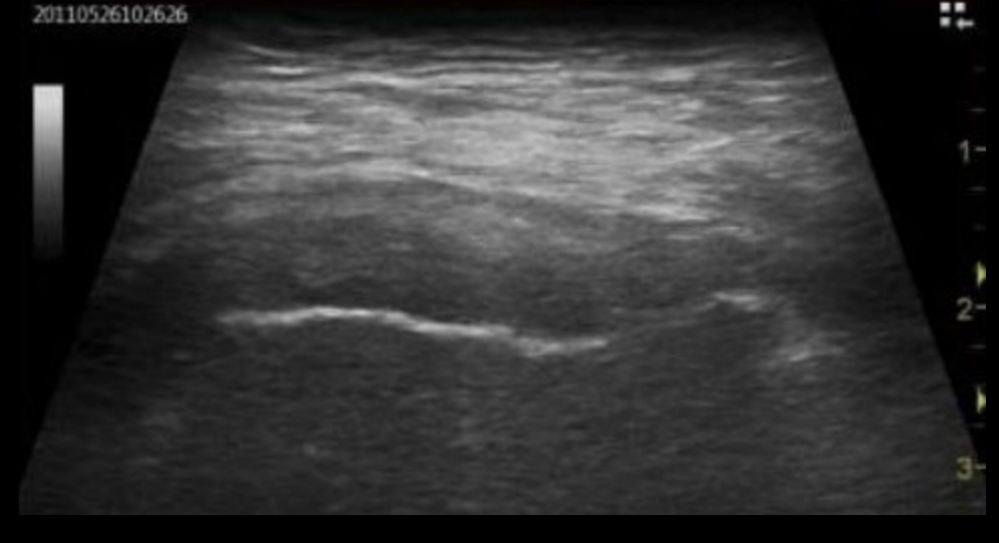
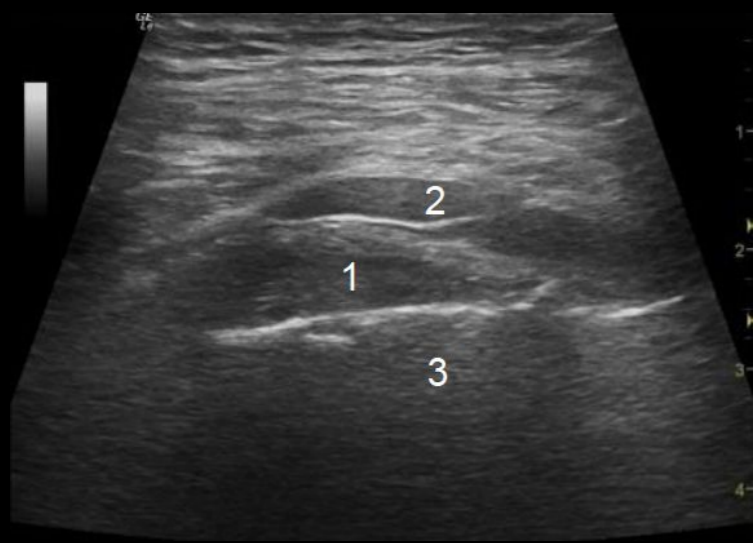
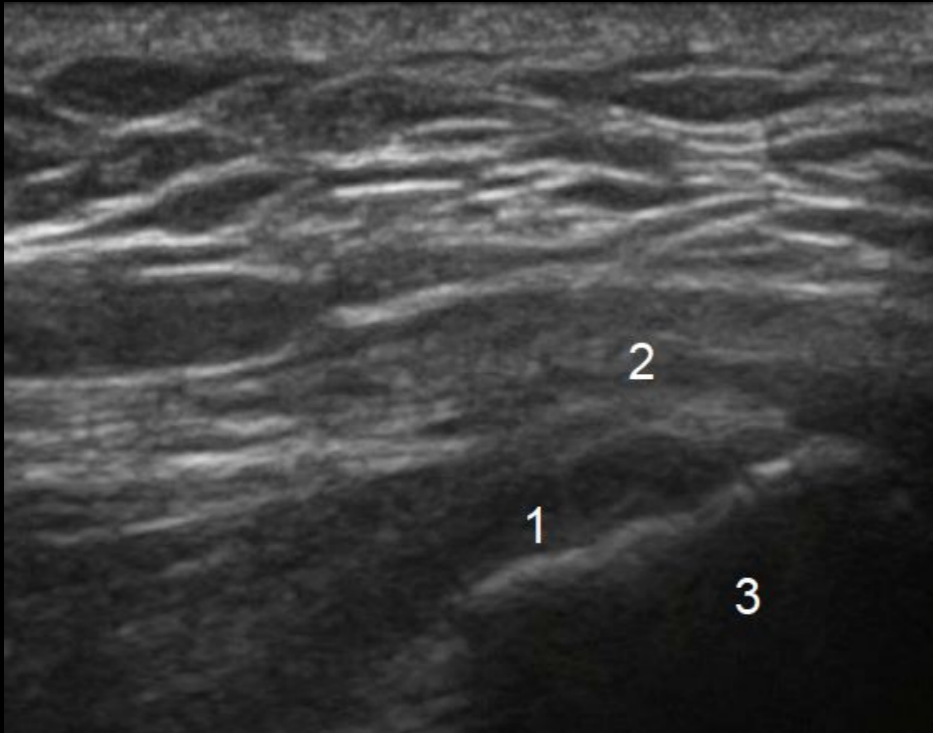




Критериями патологического выпота у детей является сепарация листков капсулы свыше 4 мм, у взрослых - свыше 7 мм.

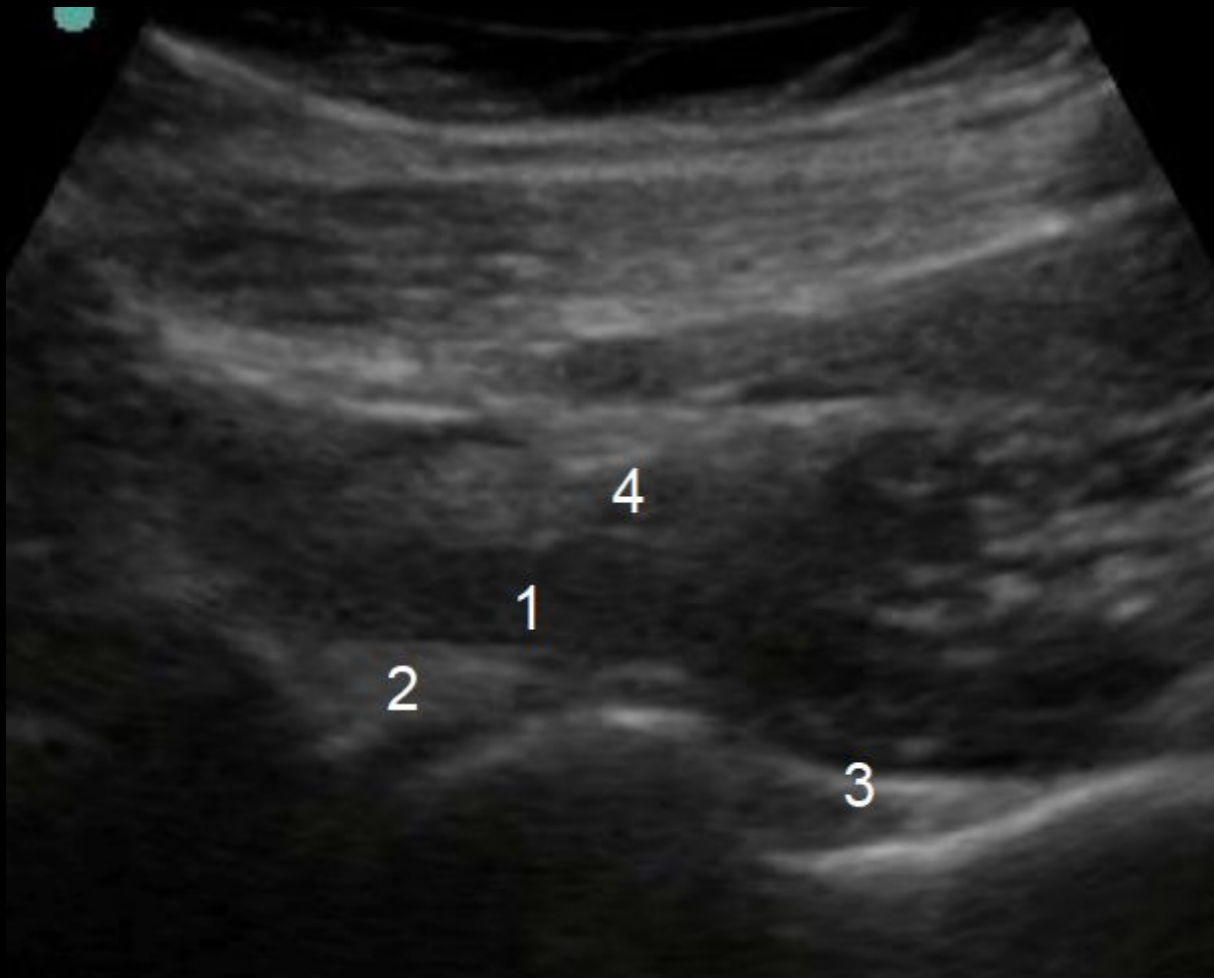


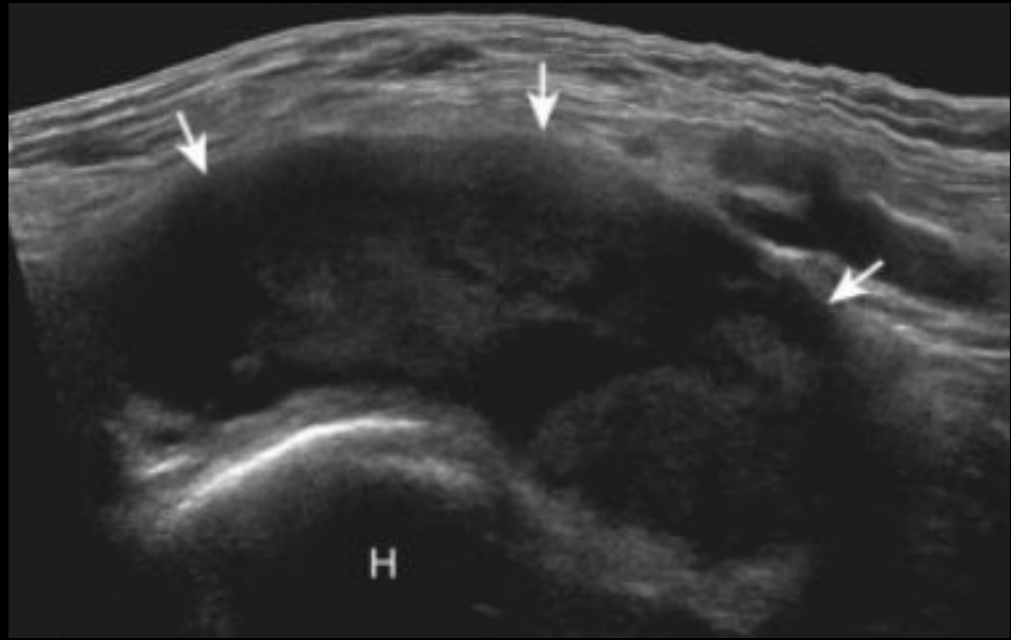
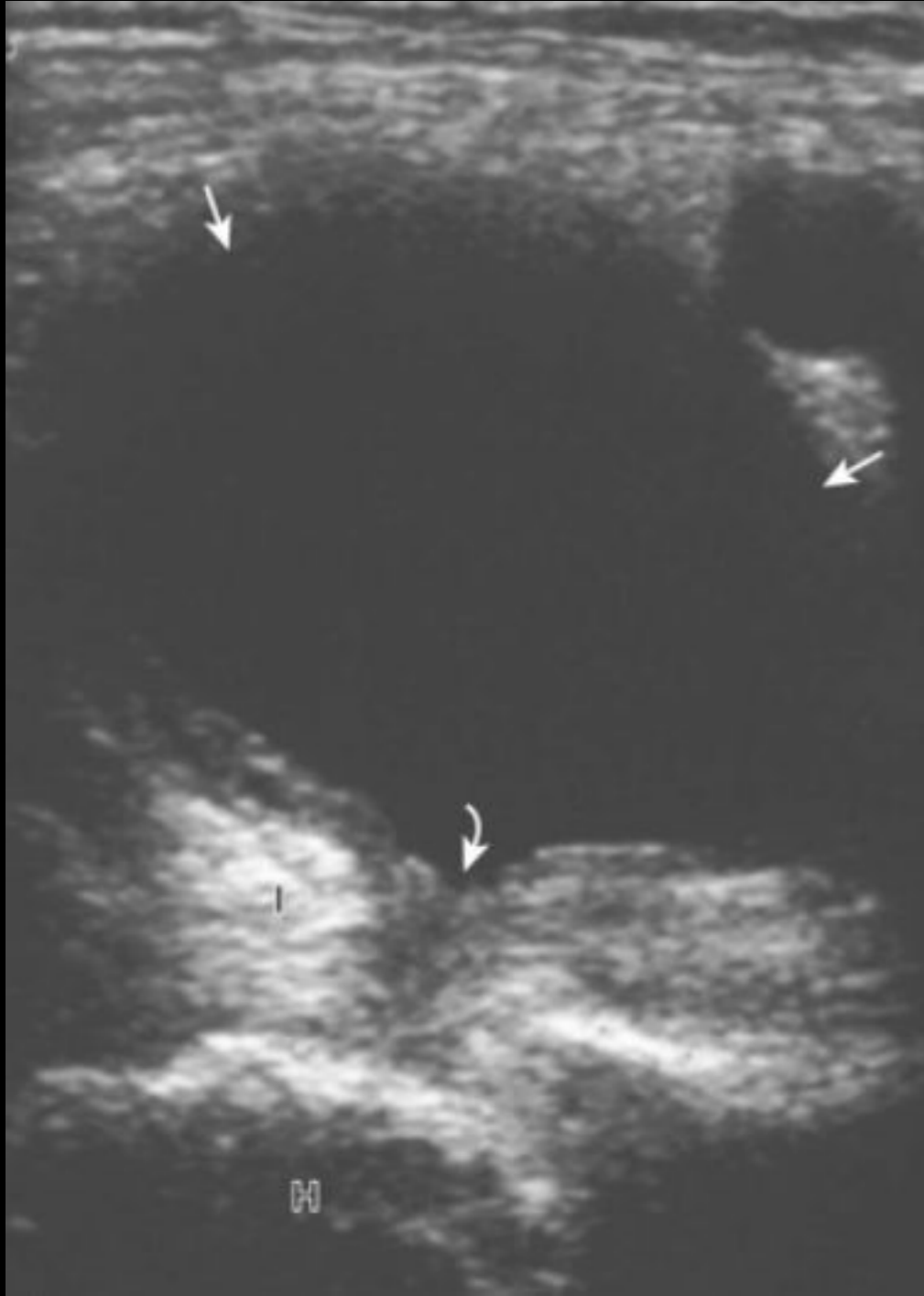
Положение конечности влияет на количество выпота, выявляемого по передней поверхности бедра: А - внутренняя ротация; Б - наружная ротация

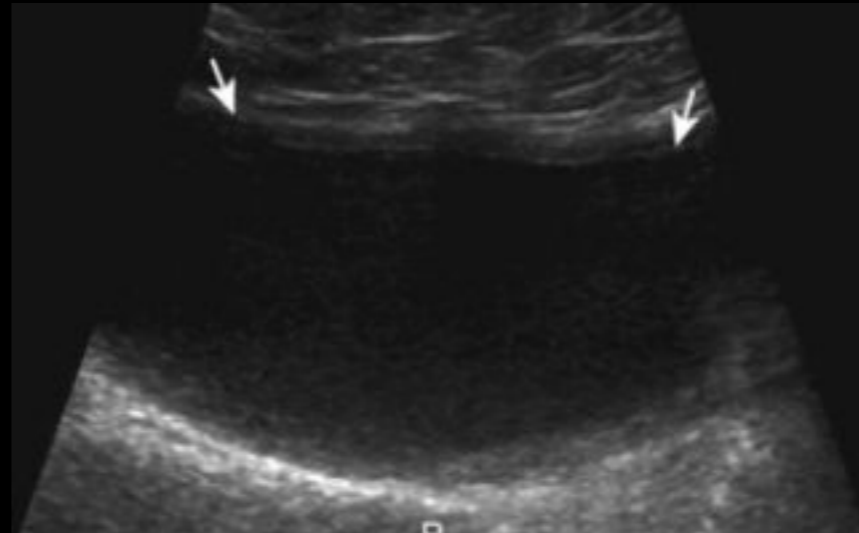
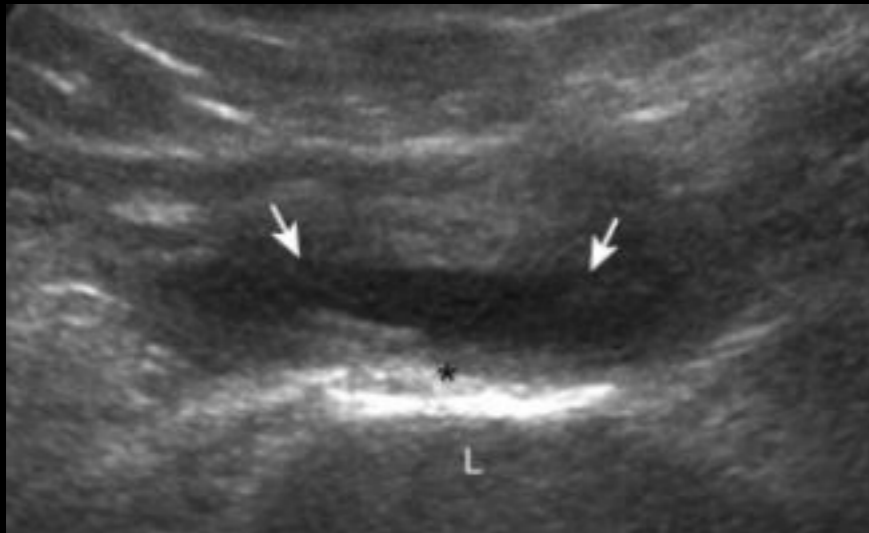
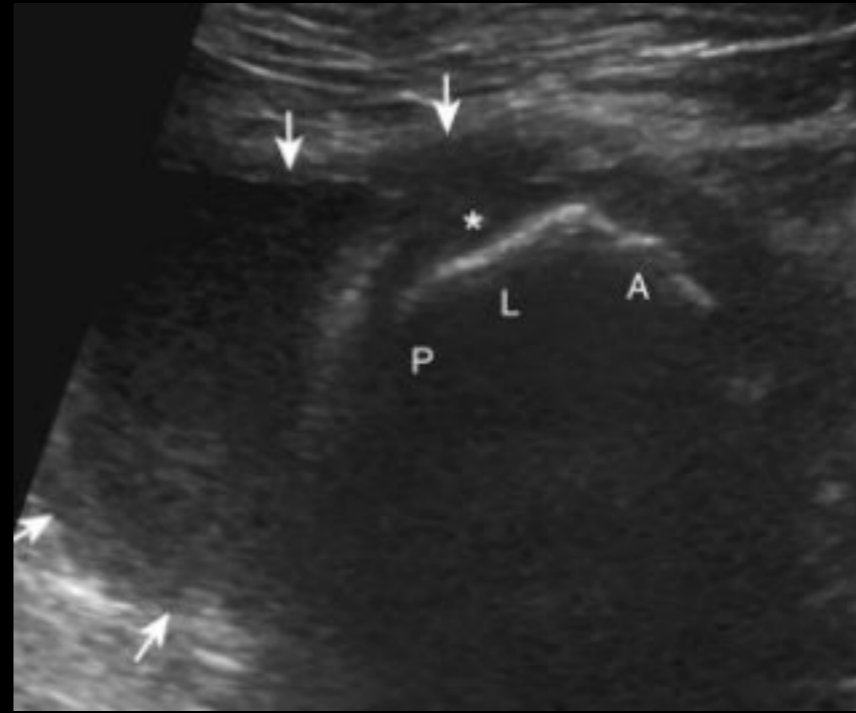


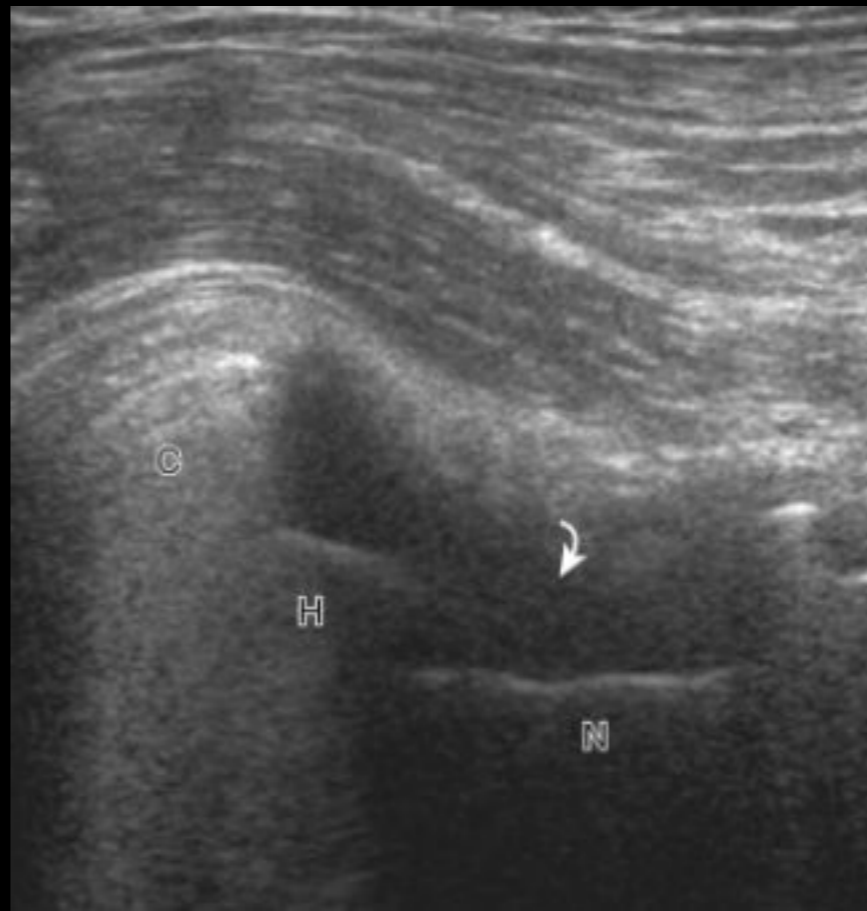
1 - сухожилие средней ягодичной мышцы; 2 - выпот в вертельной сумке, смещающий сухожилие большой ягодичной мышцы; 3 - большой вертел

Бурсит сумки подвздошно-поясничной мышцы (подвздошно-поясничный бурсит)

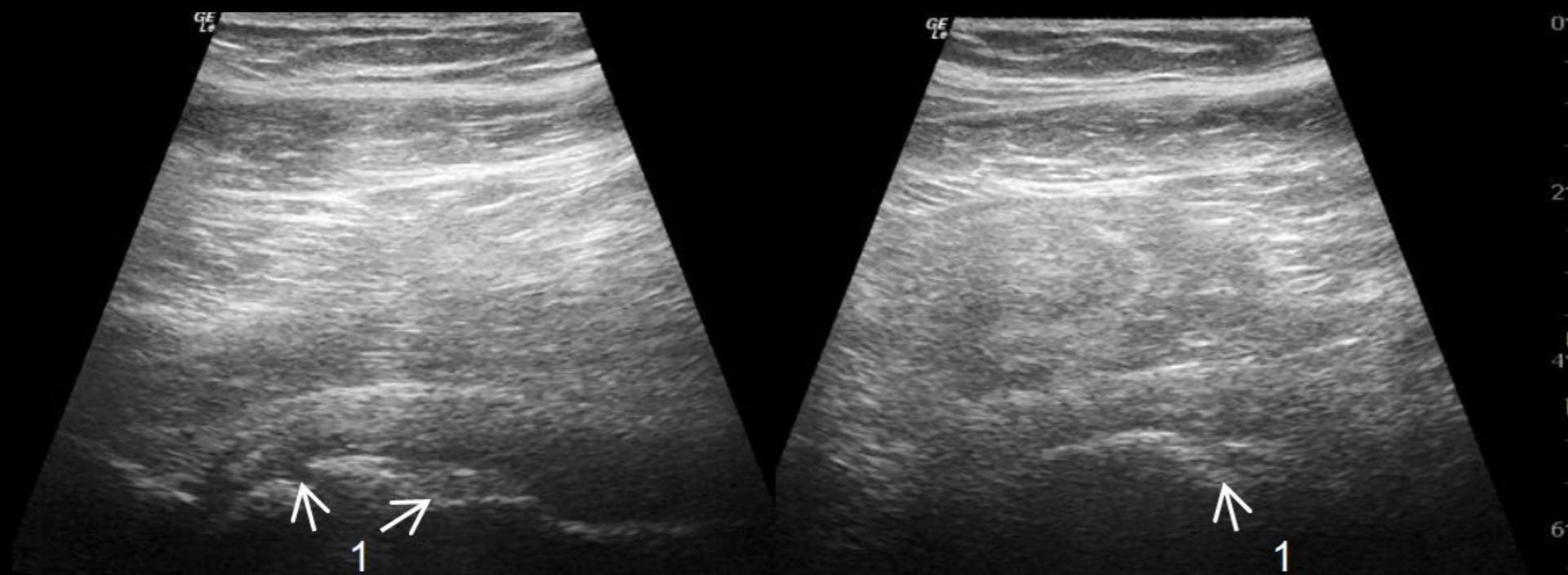








Ревматические проявления воспалительных заболеваний толстой кишки



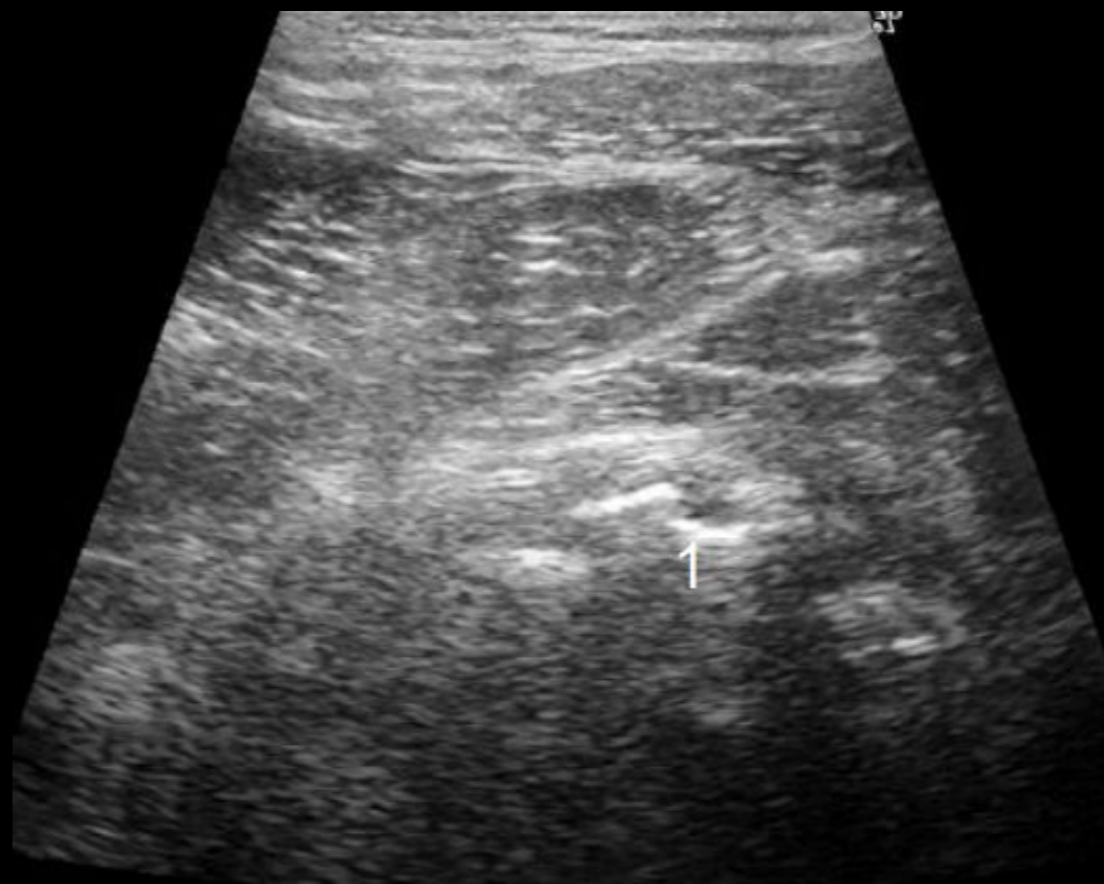
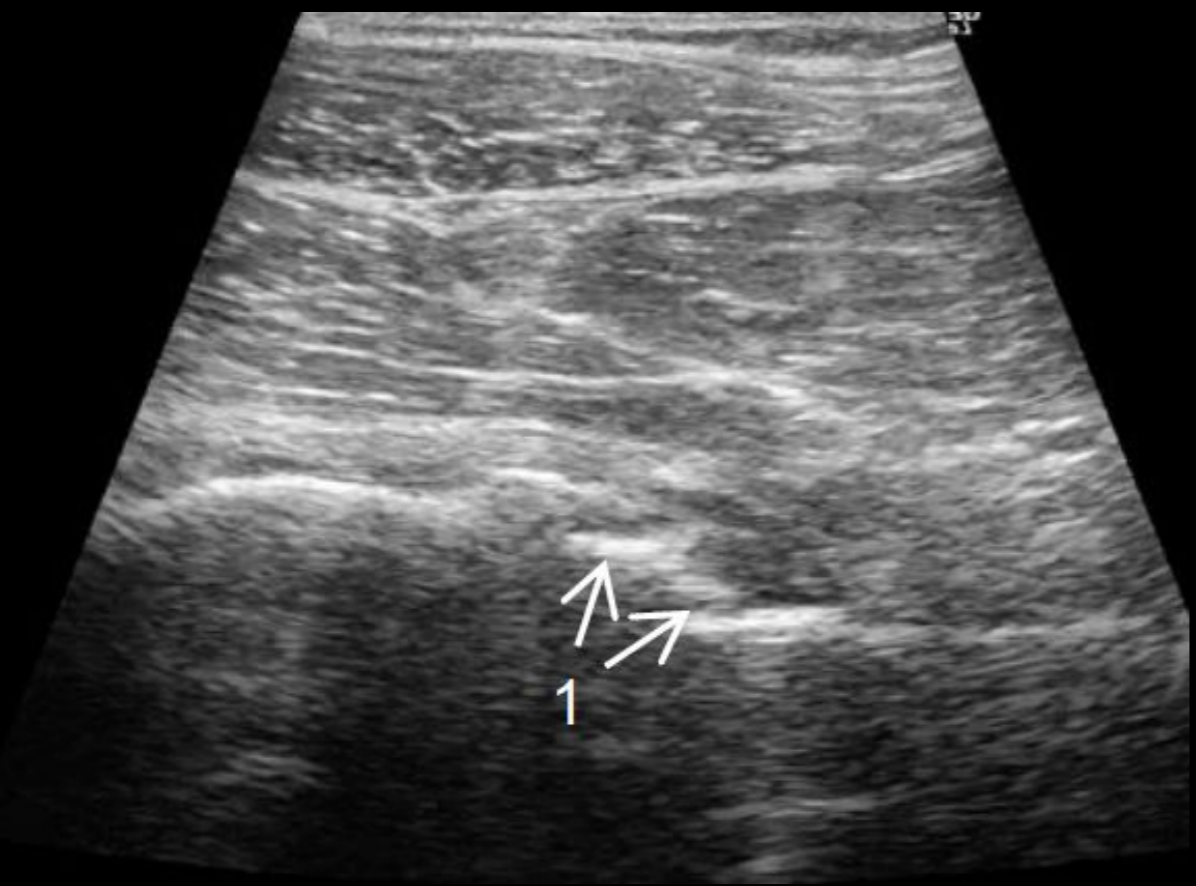
Classification of peripheral arthropathy associated with IBD

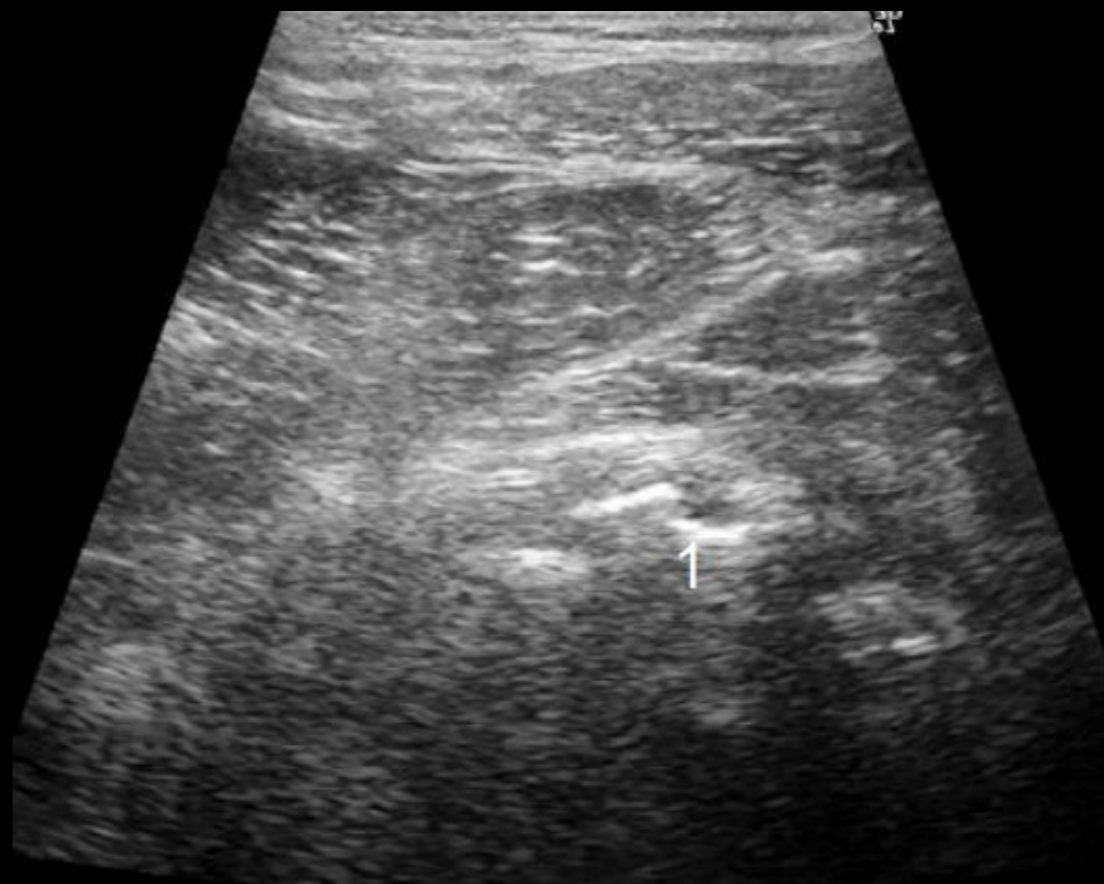
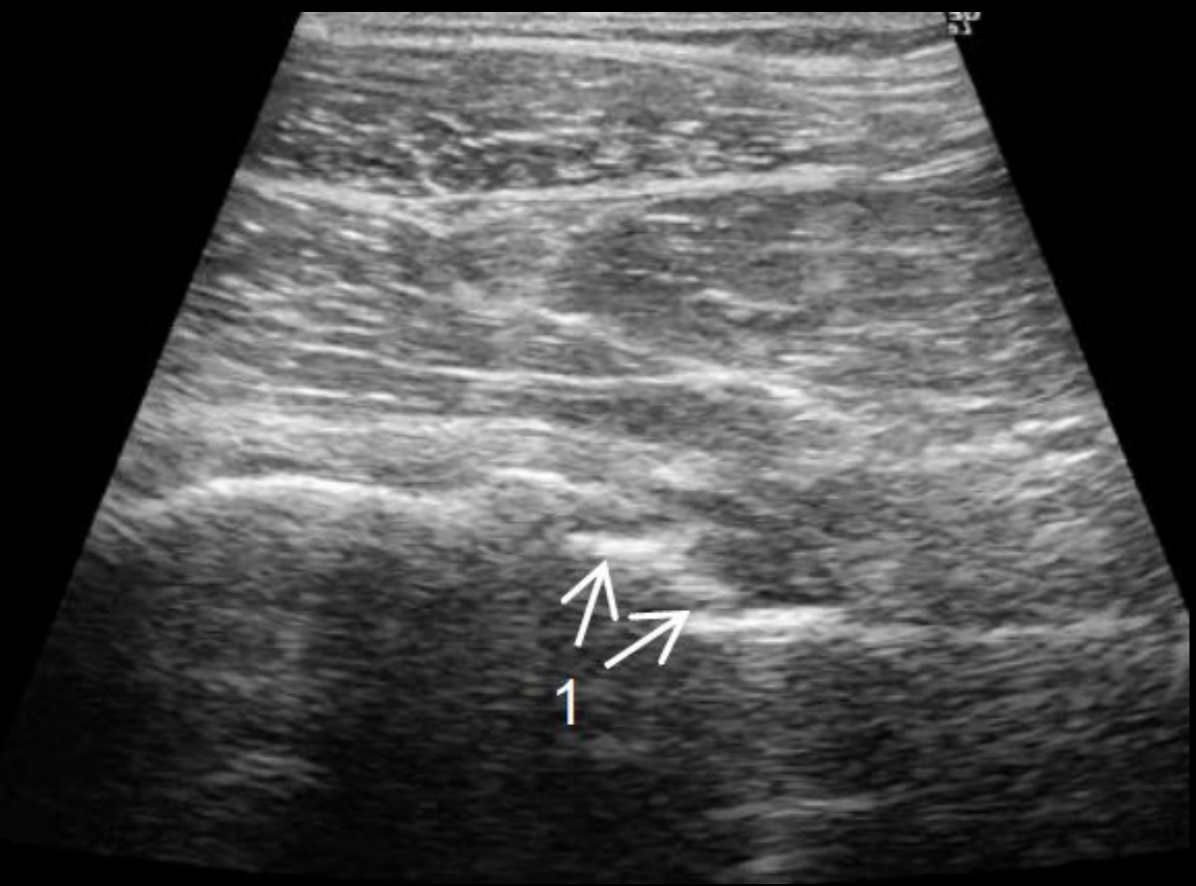
| Type 1 (Pauci-articular) | Type 2 (Polyarticular) |
|--|--|
| Less than five joints | Five or more joints |
| Asymmetric involvement | Persistent inflammation for months or even years |
| Lower limbs more affected | May be erosive |
| Self limited episodes that last < 10 wk | Affects both large and small joints |
| Usually concomitant IBD relapse | It can be symmetric or asymmetric |
| High frequency of other extraintestinal manifestations | Clinical course is independent of IBD activity |
| | Associated with uveitis |

IBD: Inflammatory bowel disease.

World J Gastroenterol. 2009 November 28; 15(44): 5517–5524.
Published online 2009 November 28. doi: 10.3748/wjg.15.5517.

Copyright ©2010 Baishideng. All rights reserved.





Фемороацетабулярный импинджмент- синдром (более ранние названия: синдром суставной губы или цервикоацетабулярный импинджмент) — процесс хронической травматизации губы и края вертлужной впадины головкой или шейкой бедренной кости. Феморо-ацетабулярный импинджмент-синдром является наиболее частой причиной остеоартроза тазобедренного сустава у физически активных лиц молодого и среднего возраста. На основании клиники и лучевой картины выделяют три механизма им- пинджмент-синдрома: cam — механизм («бедренный тип»), pincher — механизм («ацетабулярный тип»), смешанный тип.

Алгоритм и особенности диагностики фемороацетабулярного импинджмент-синдрома при магнитно-резонансном исследовании пациентов с хроническим болевым синдромом в области тазобедренного сустава

О. Ю. Мегвегева*, И. Г. Пчелин, В. А. Фокин, Г. Е. Труфанов

На сегодняшний день в ведущих клиниках Европы и Америки золотым стандартом лечения феморо-ацетабулярного импинджмента признана артроскопия тазобедренного сустава.

В чем заключается артроскопия тазобедренного сустава при феморо-ацетабулярном импинджменте? Это вид малоинвазивной операции, выполняемой через 3-4 линейных разреза в области тазобедренного сустава размерами до 5 мм. Через данные доступы хирург вводит специализированные инструменты и камеру с источником света в полость тазобедренного сустава. Производится осмотр всех внутрисуставных структур. При деформациях вертлужной впадины, головки и/или шейки бедренной кости производится их пластика при помощи специализированного инструментария. В том случае, если выявляется повреждение суставной губы - оно ушивается. Дефекты хрящевой ткани обрабатываются холодноплазменной абляцией. По завершении операции сустав повторно осматривается, после чего инструментарий и камера выводятся из полости сустава, и производится зашивание доступов.

Артроскопия при феморо-ацетабулярном импинджменте позволяет устранить болевой синдром, приостановить развитие деформирующего артроза, вернуть прежний объем движений в суставе.

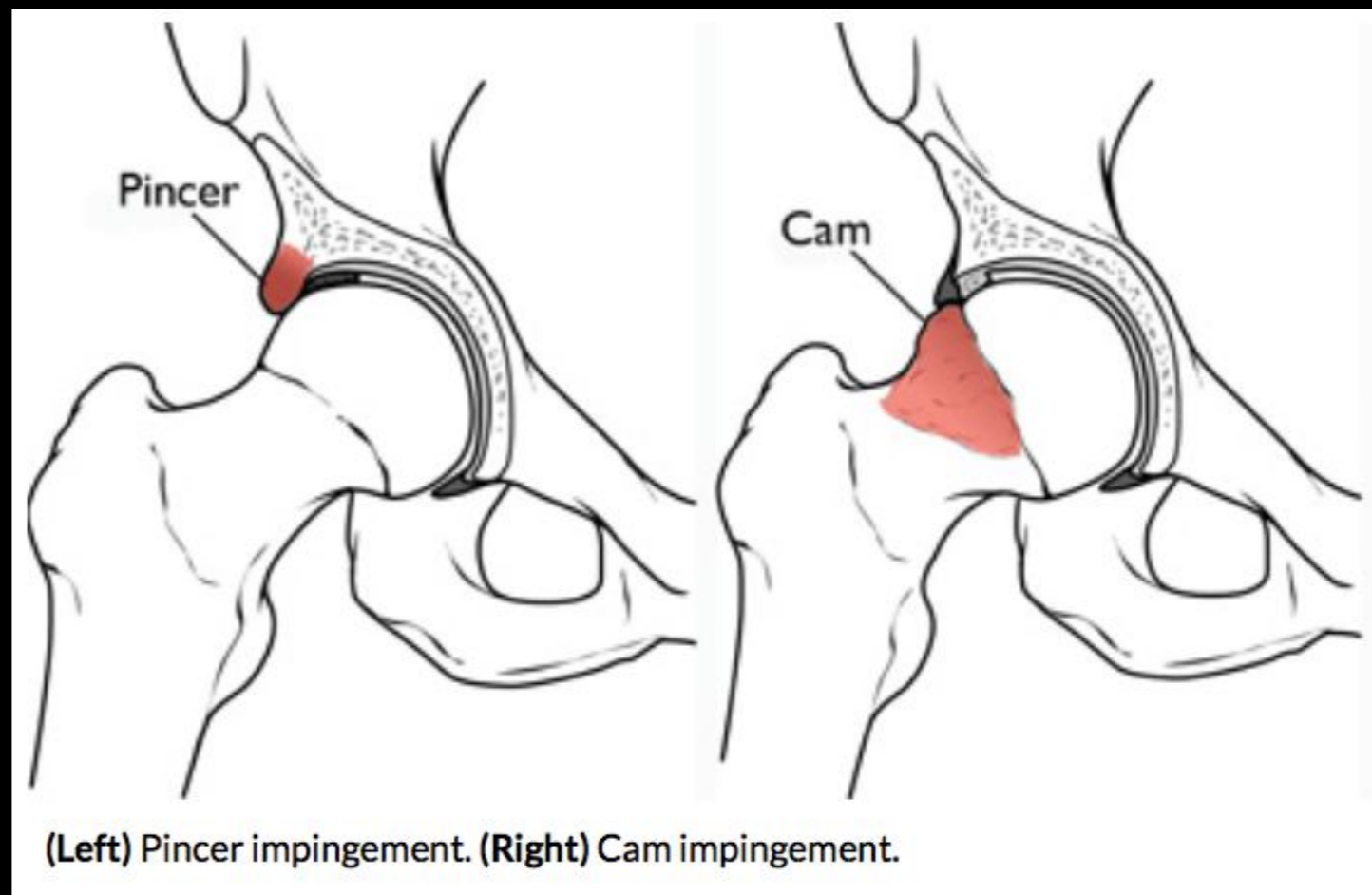
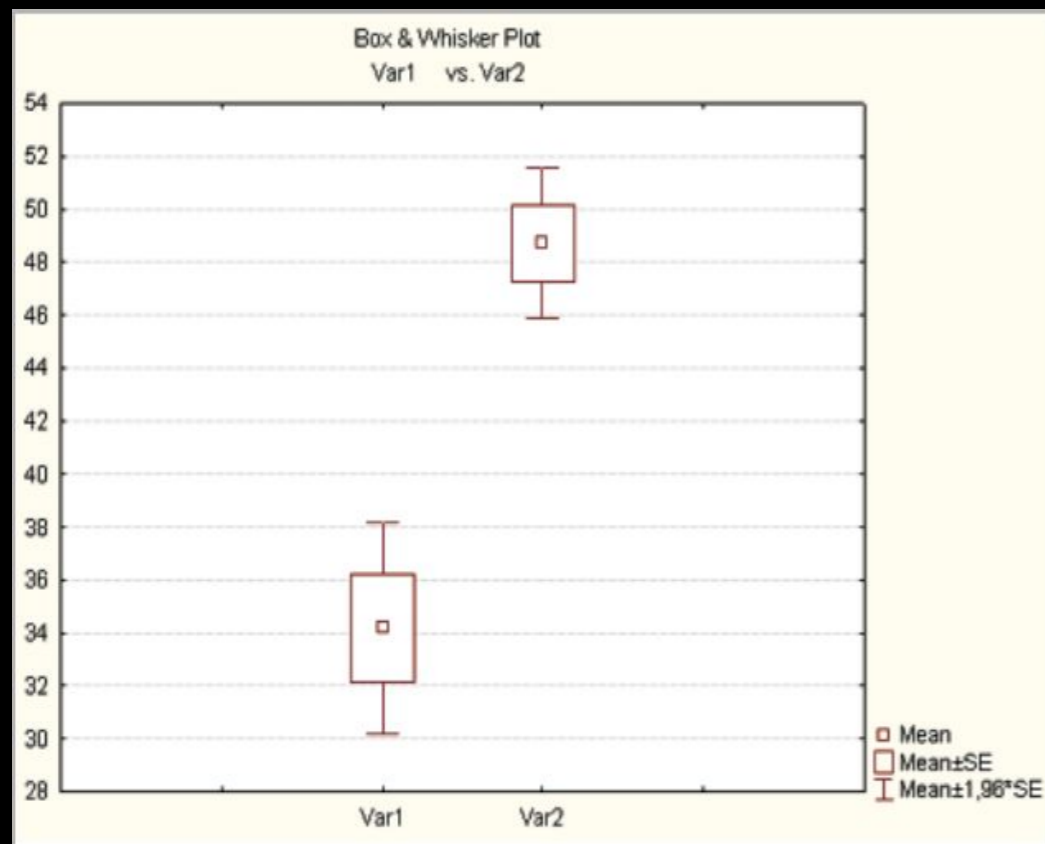


ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Н.Н. ПРИОРОВА

ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО
ЗАРАБОТКАМ И СОЦИАЛЬНОМУ
РАЗВИТИЮ РФ

КЛИНИКА СПОРТИВНОЙ, БАЛЕТНОЙ
И ЦИРКОВОЙ ТРАВМЫ

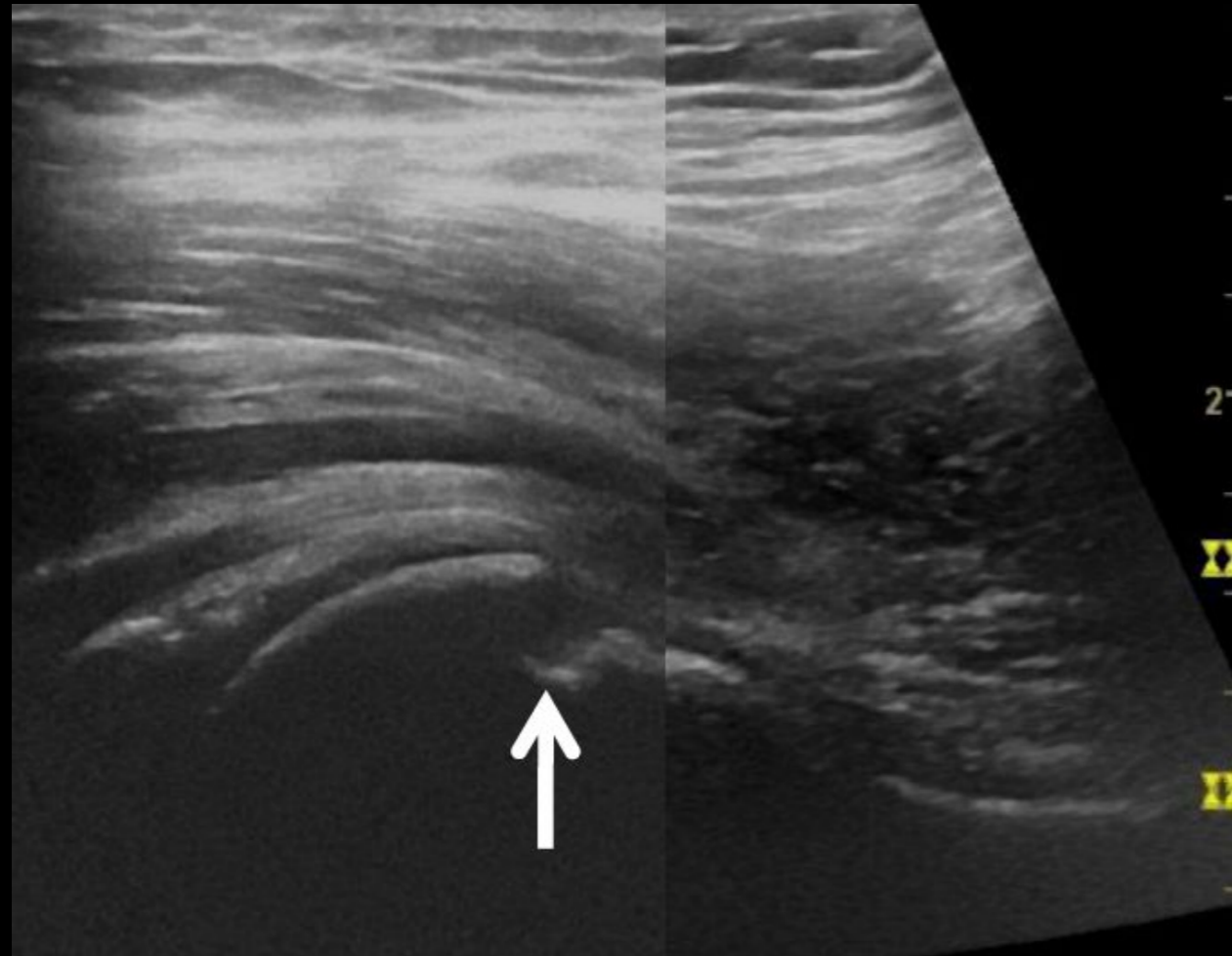
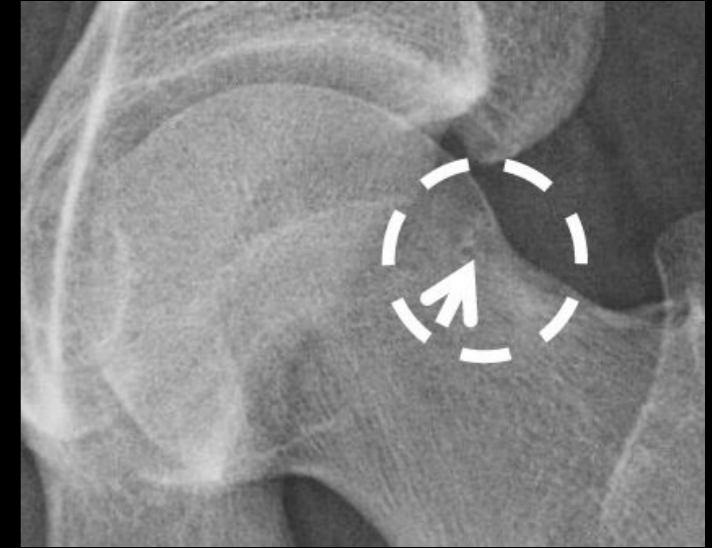


**Алгоритм и особенности диагностики
фемороацетабулярного импинджмент-синдрома
при магнитно-резонансном исследовании пациентов
с хроническим болевым синдромом
в области тазобедренного сустава**

О. Ю. Медведева*, И. Г. Пчелин, В. А. Фокин, Г. Е. Труфанов

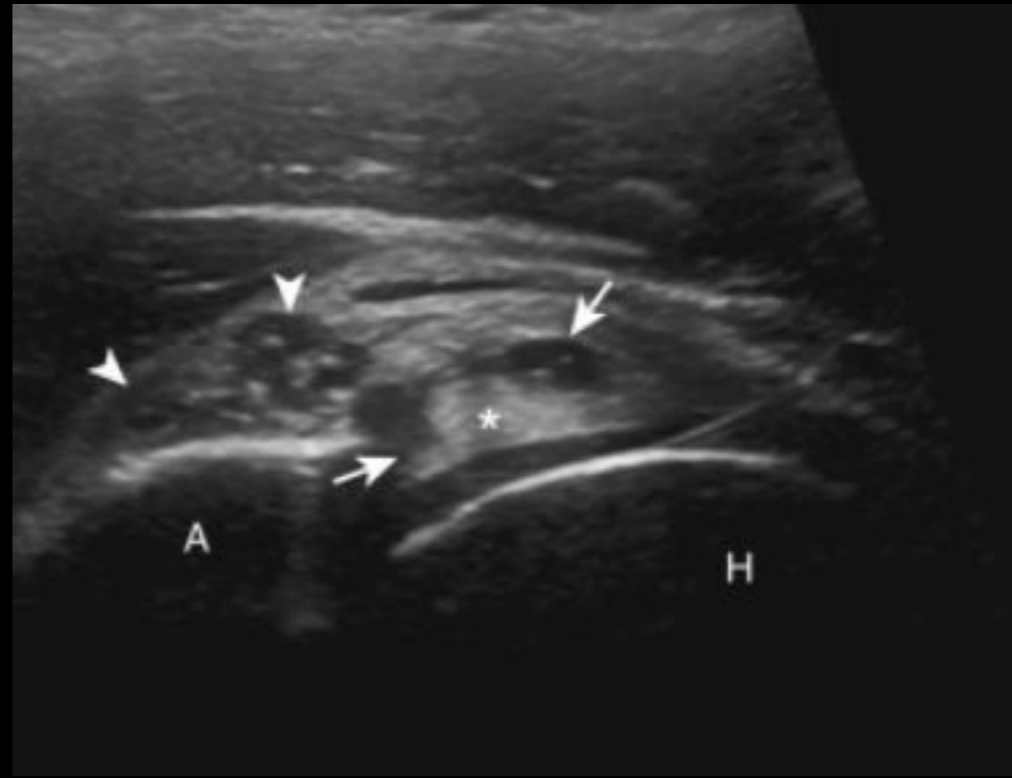
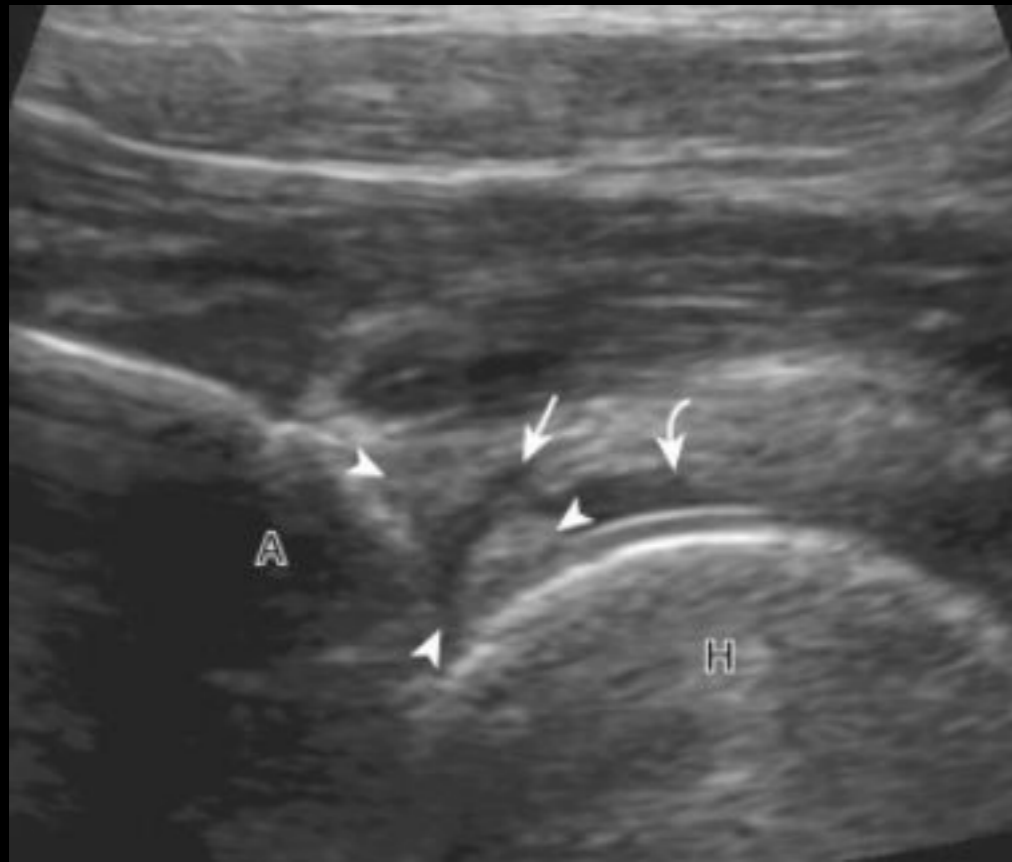
ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны
России, кафедра рентгенологии и радиологии (с курсом ультразвуковой диагностики)



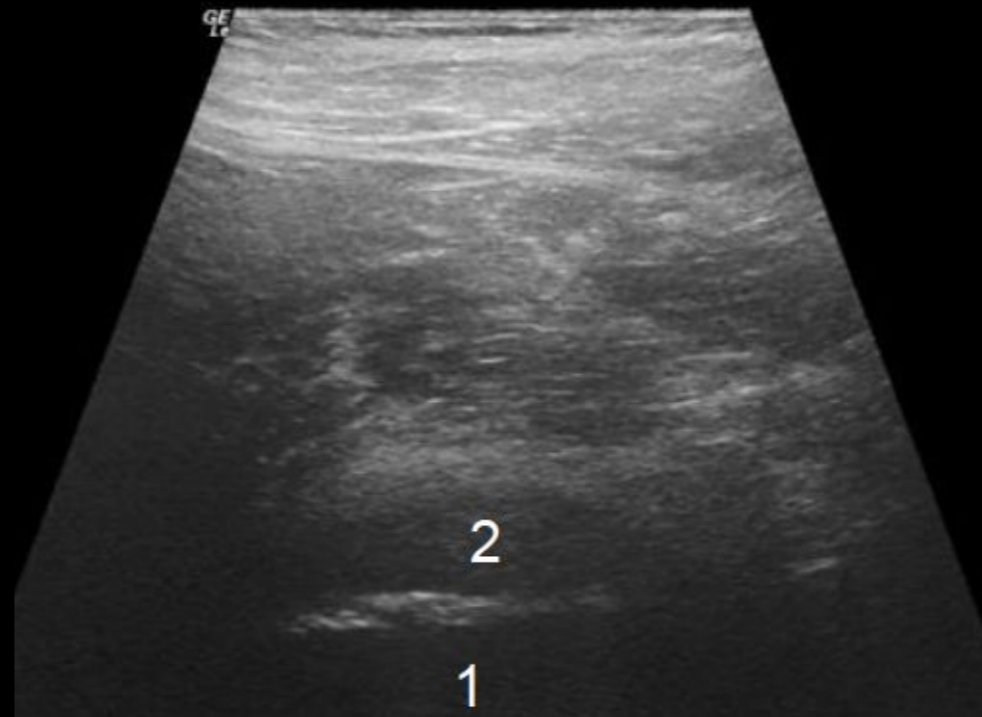
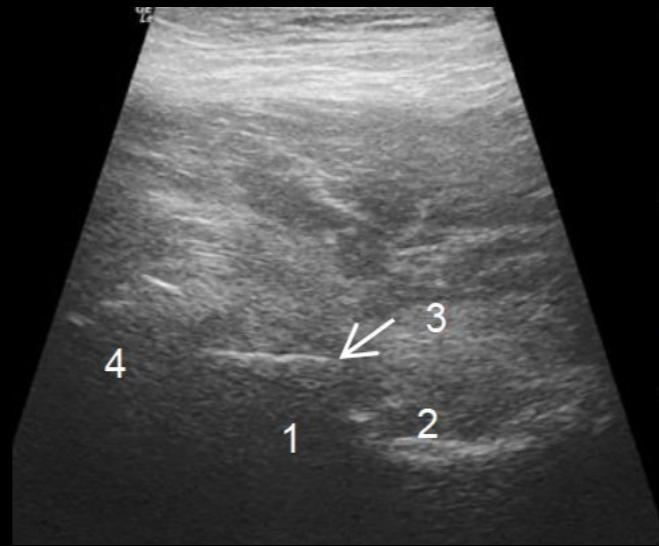
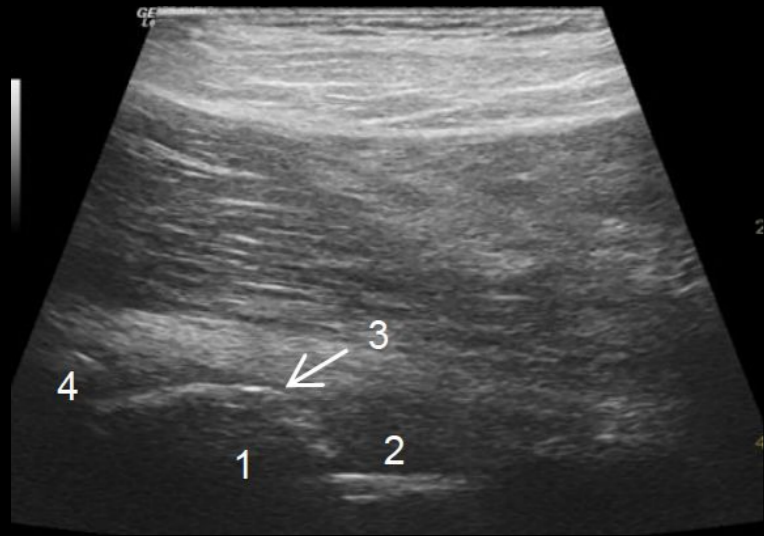


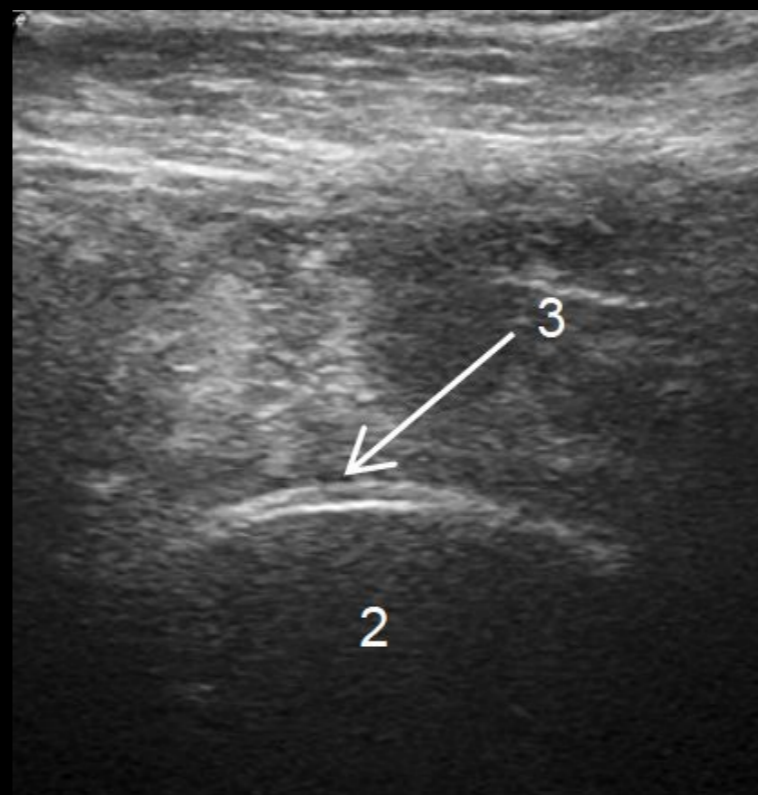
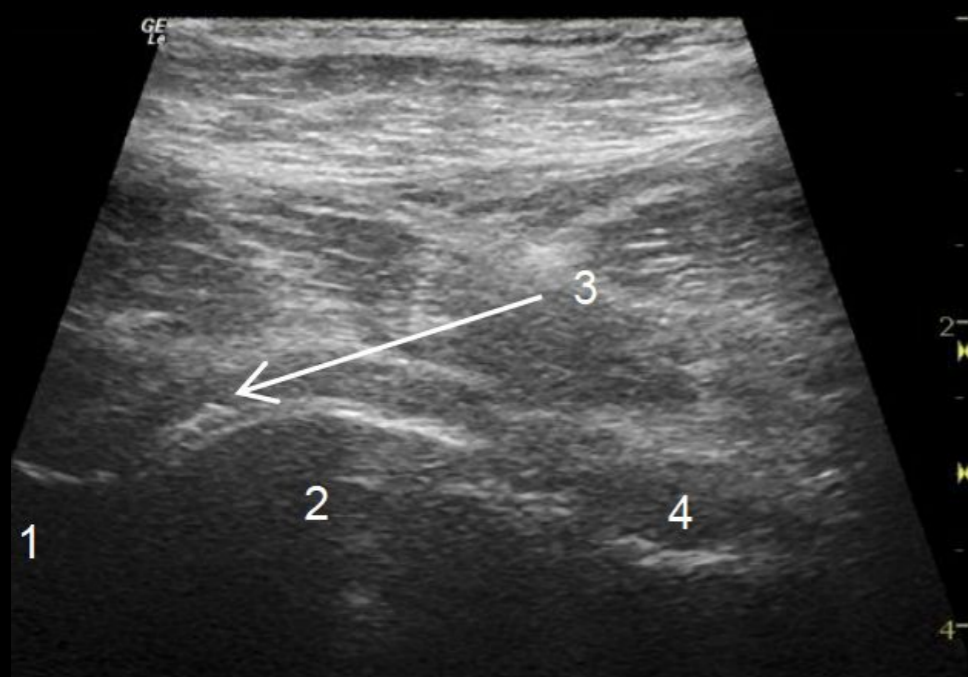


Troelsen A et al, *Acta Orthopaedica* 2009; 80 (3): 314–318

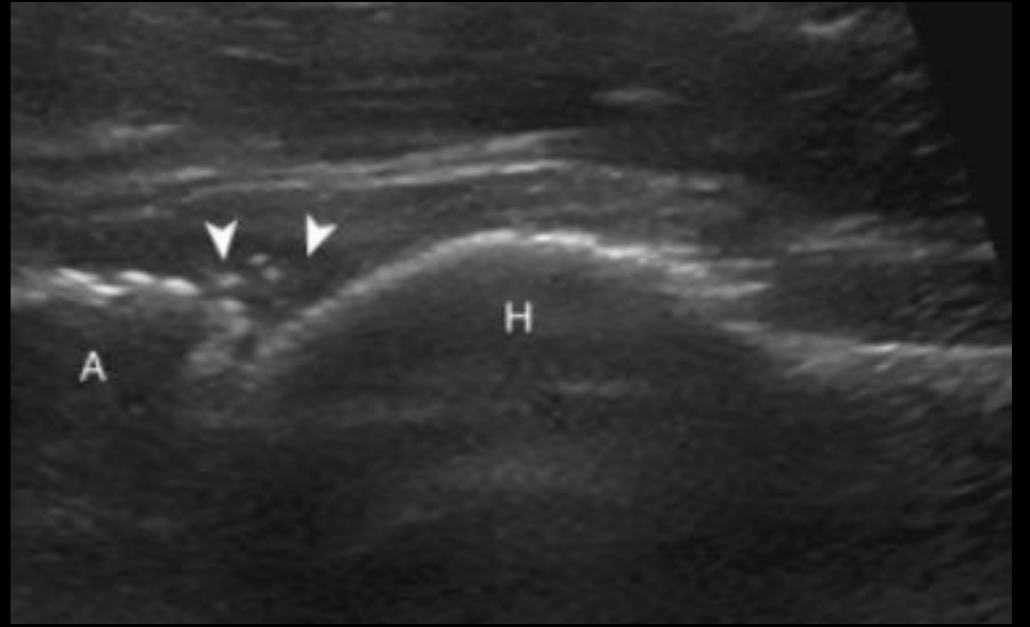


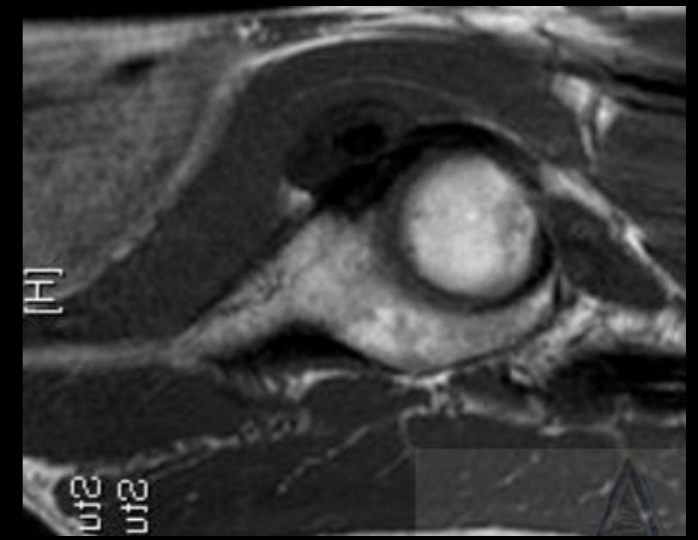
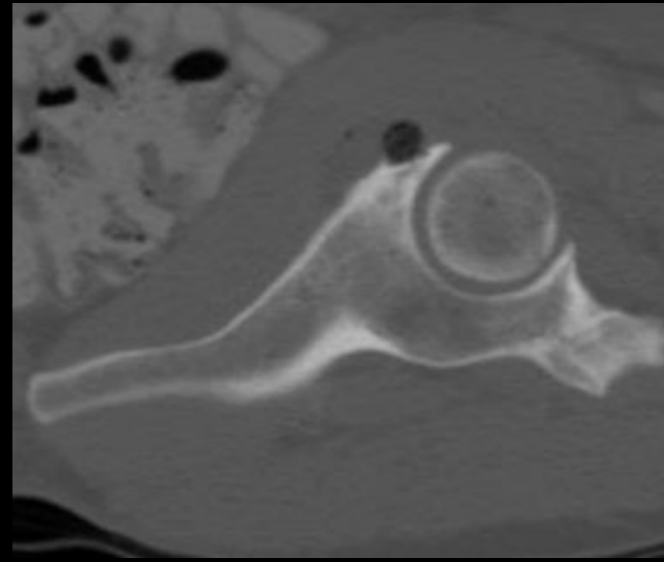
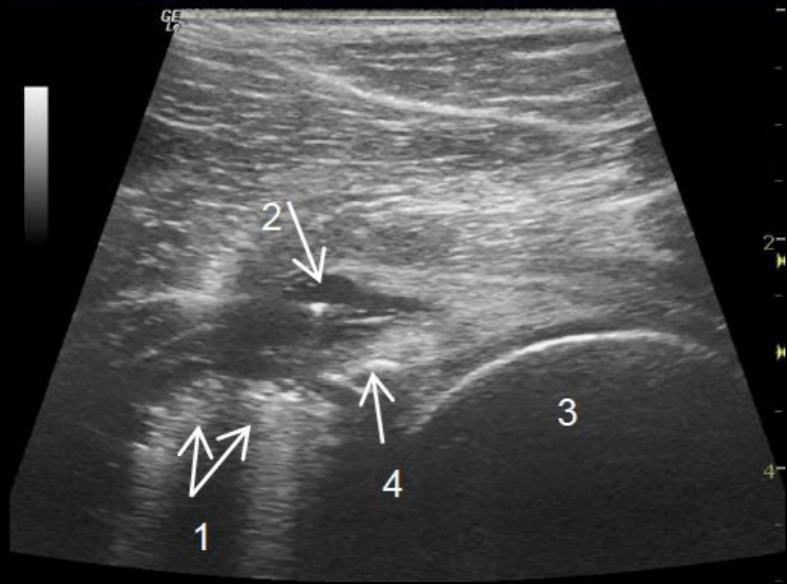
Асептический некроз головки бедренной кости (Аваскулярный некроз головки бедренной кости)



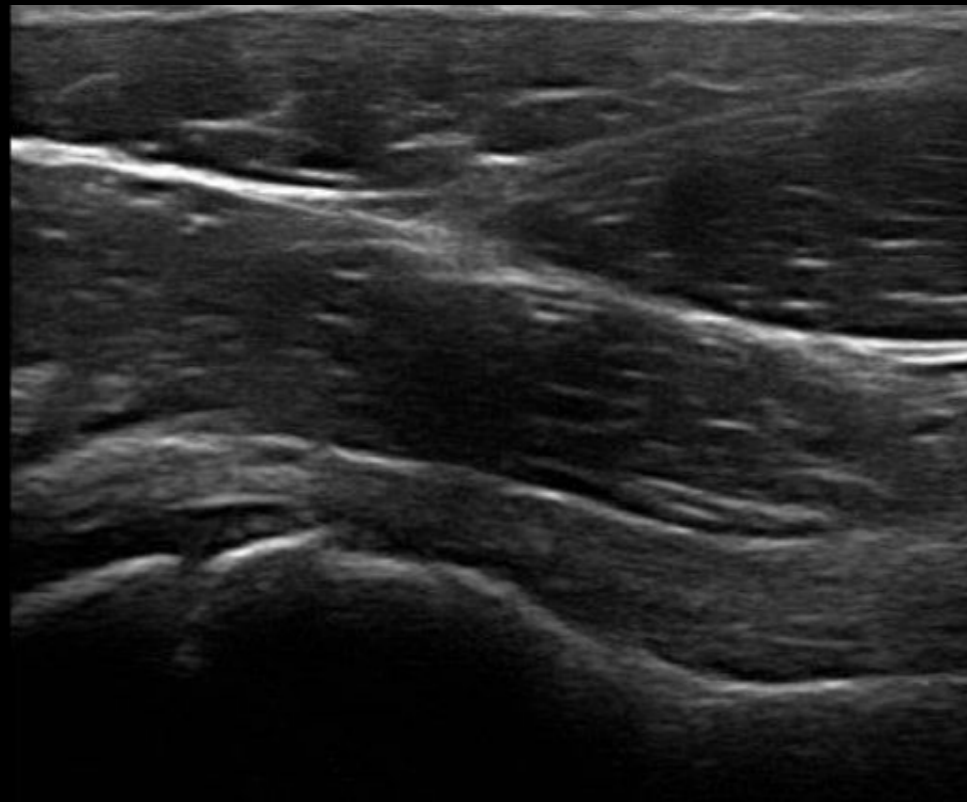
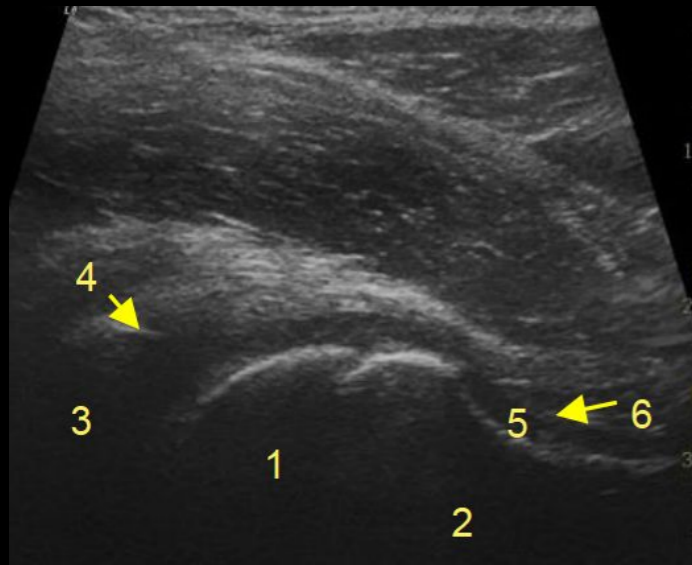
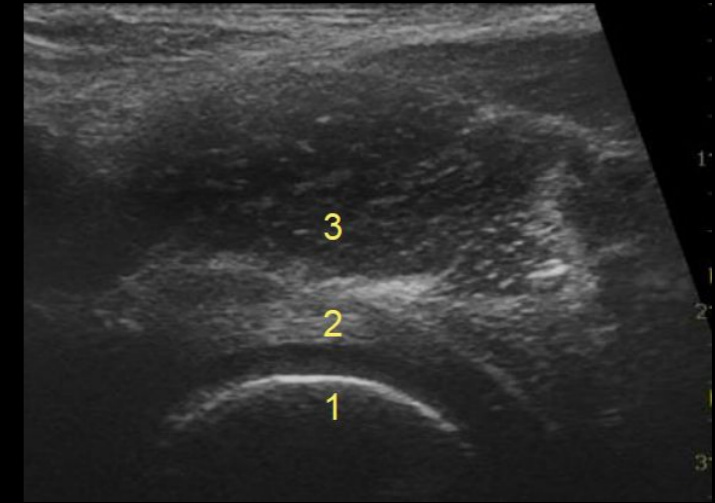
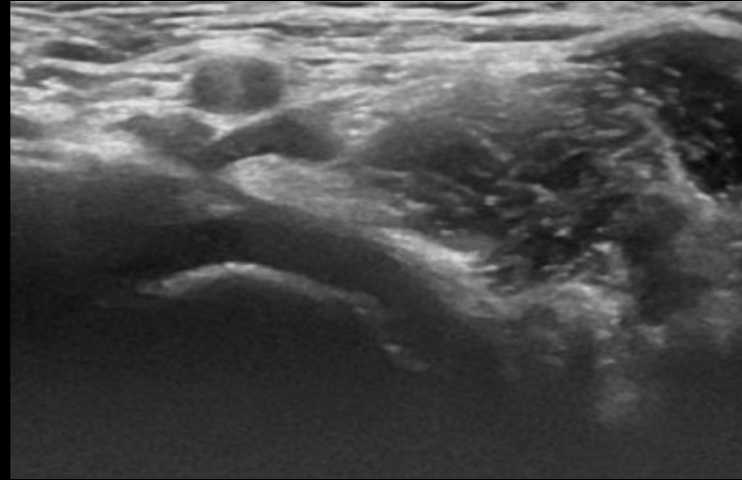
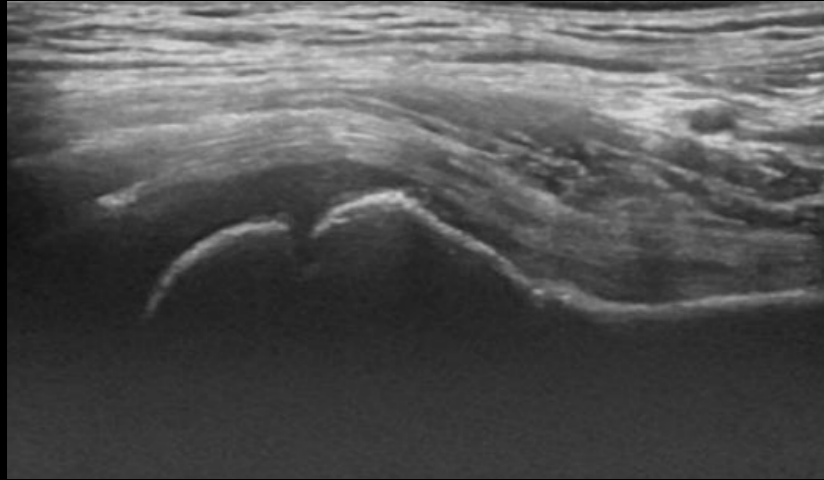


1 - вертлужная впадина, 2 - головка бедренной кости; 3 - фокусы хондрокальциноза; 4 - выпот в суставе
Неровность (изъеденность) гиперэхогенного контура над гиалиновым хрящем отличает явления хондрокальциноза от симптома «двойного контура» при подагрической артропатии





УЗИ тазобедренного сустава в детской практике. Передние сканы

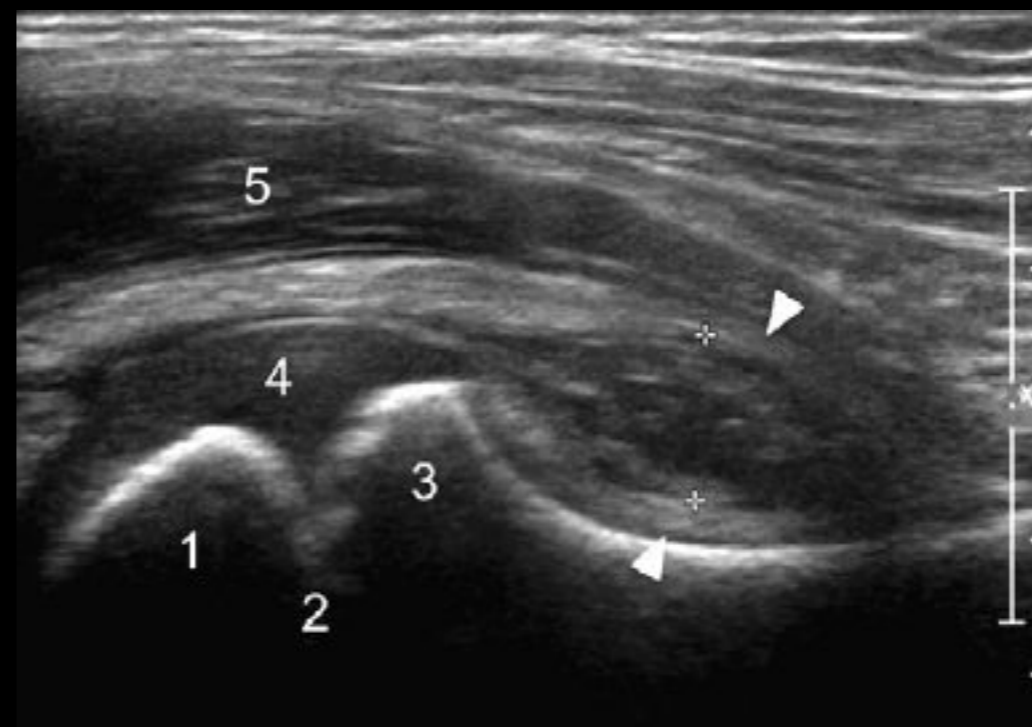
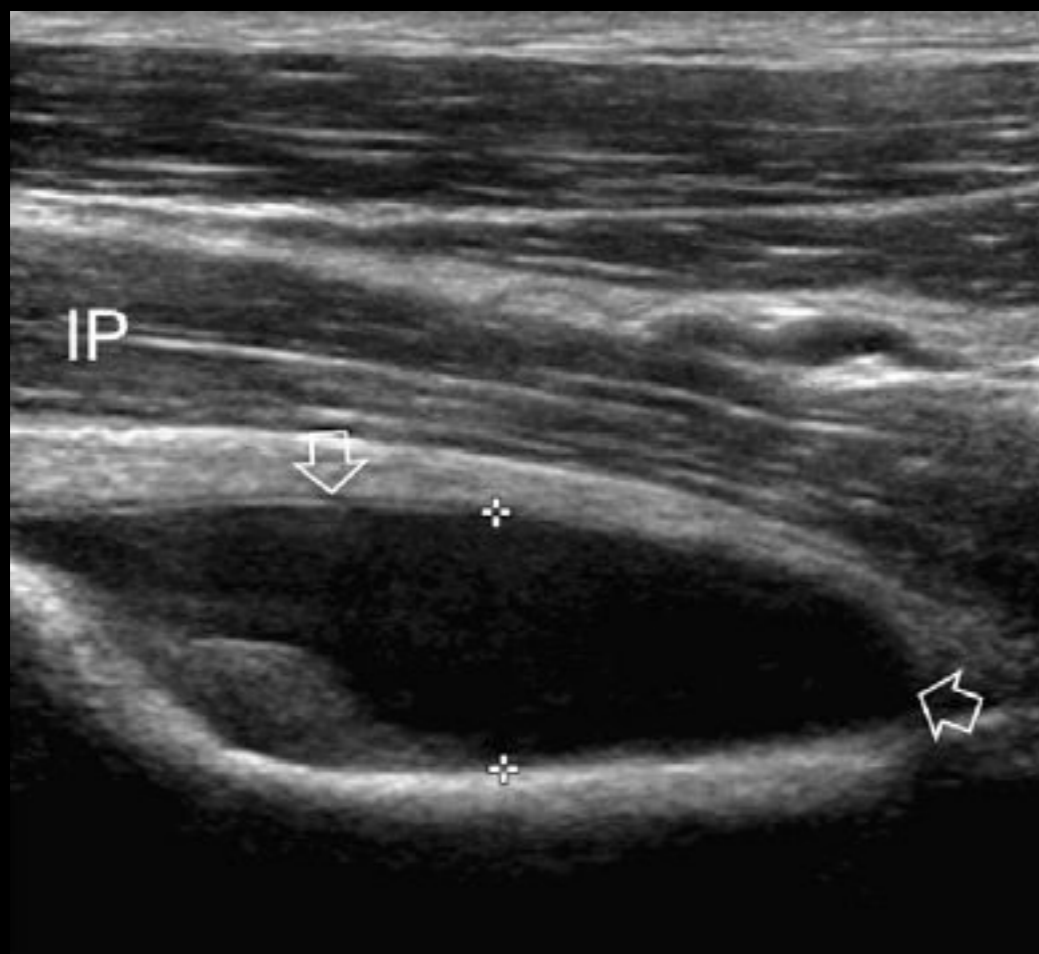


[Robben SG, et al. Radiology. 1999](#)

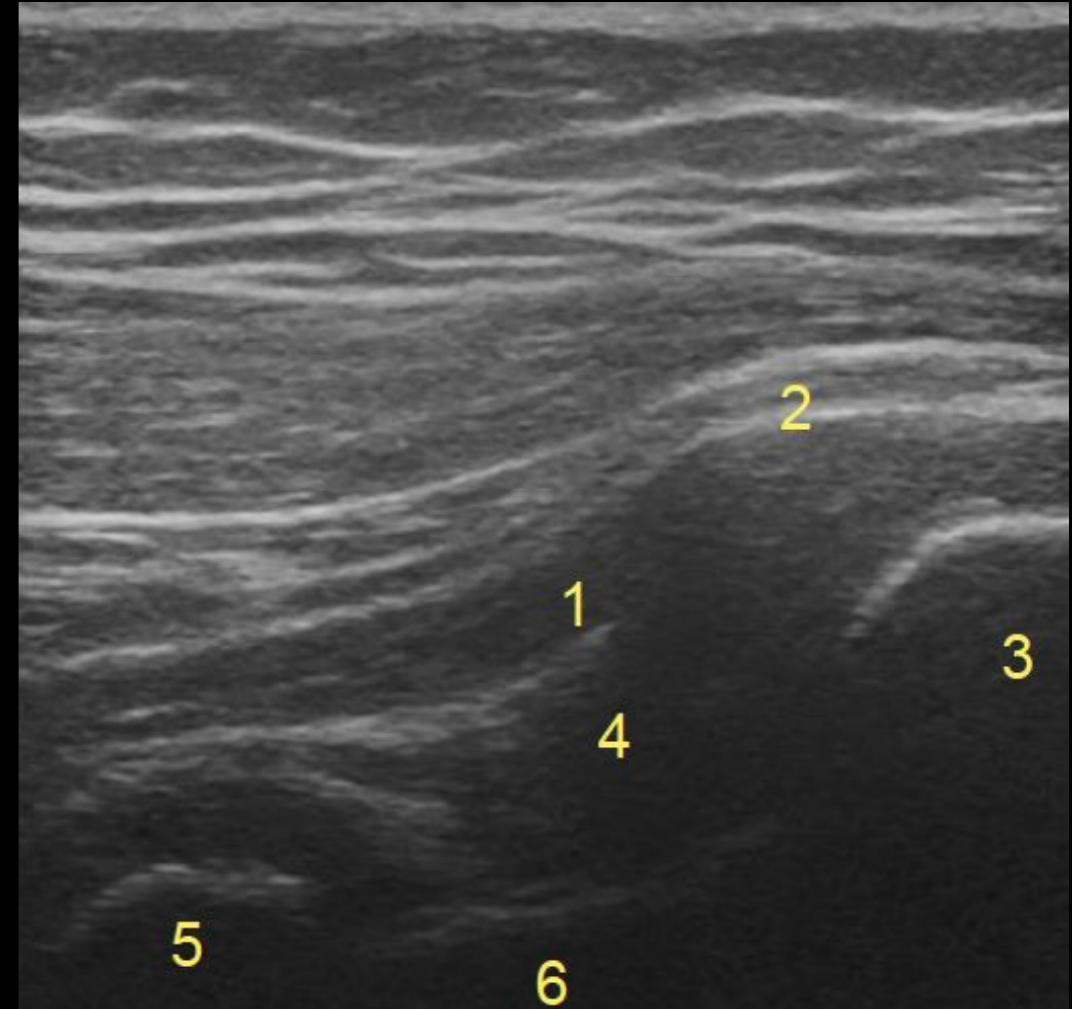
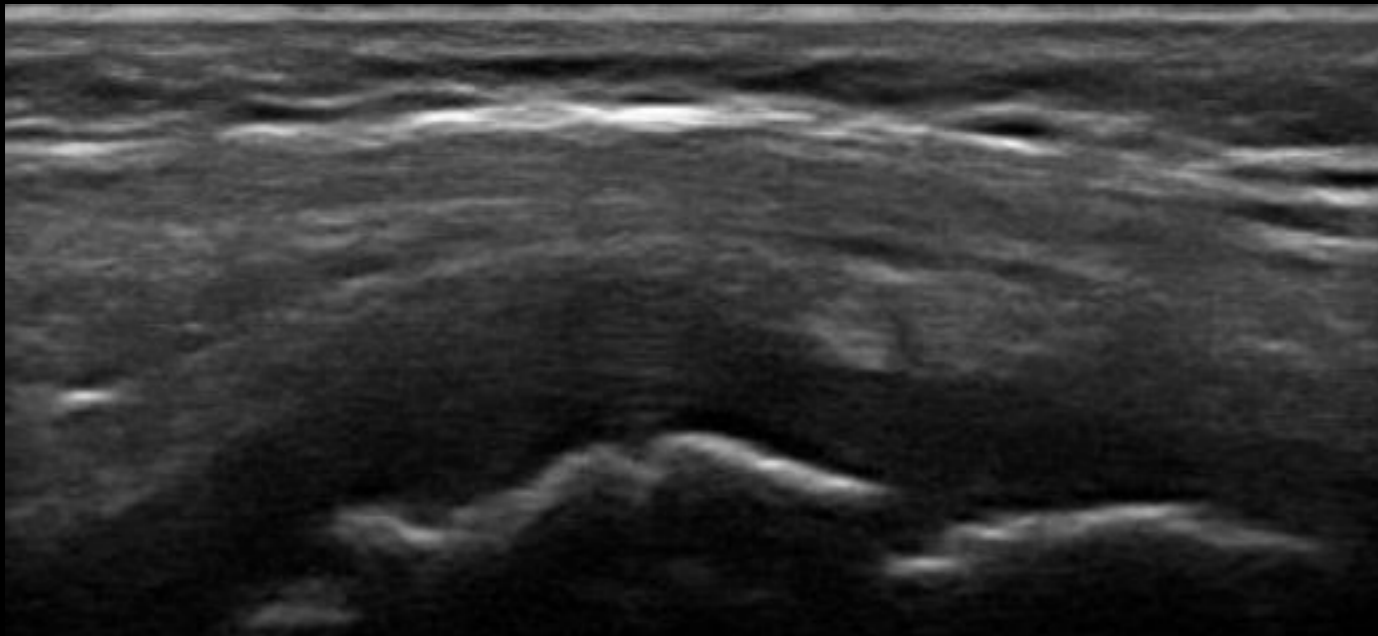
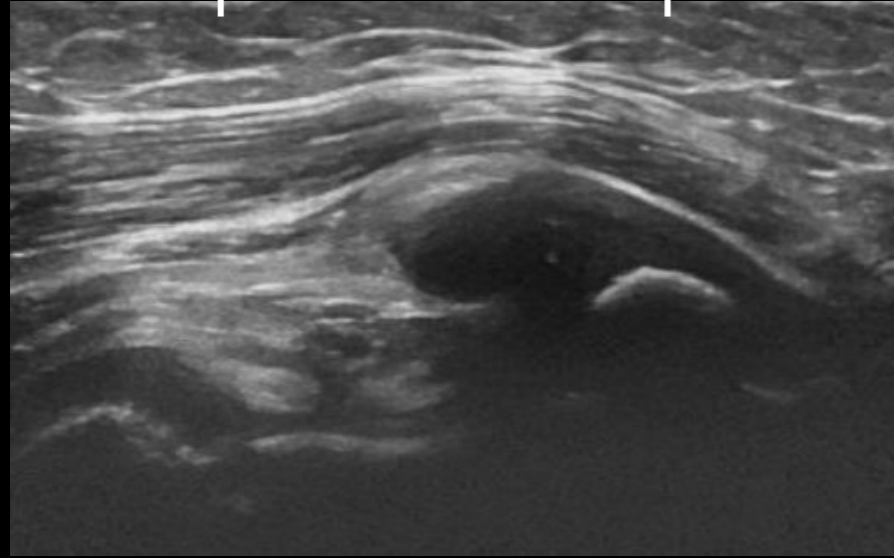
[Feb;210\(2\):499-507.](#)

Tien YC, et al. J Pediatr Orthop
2000;20:264-6.

УЗИ тазобедренного сустава в детской практике. Транзиторный синовит (реактивный коксит)

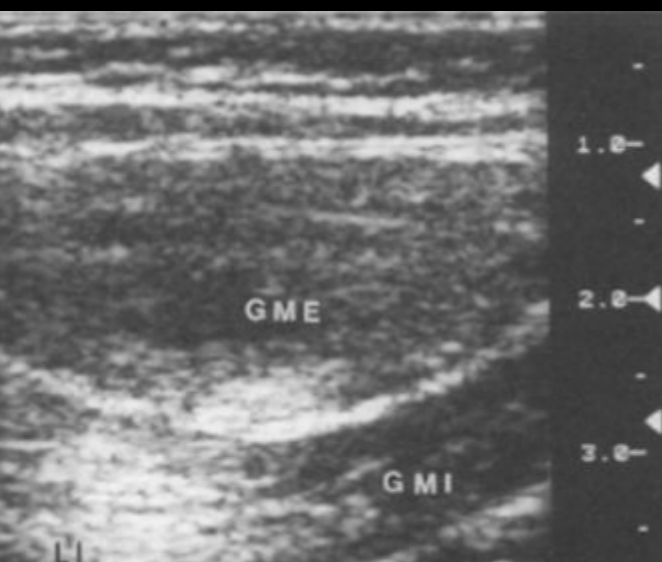
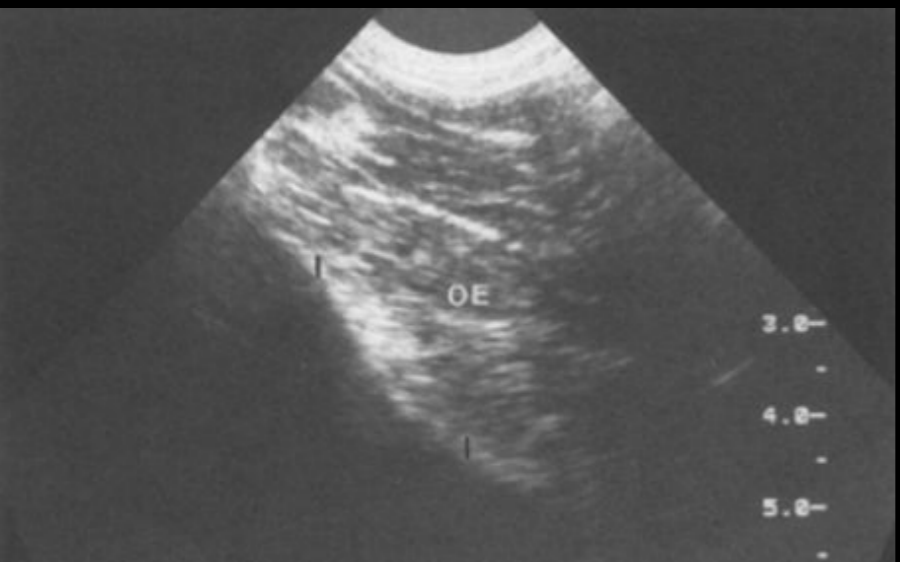
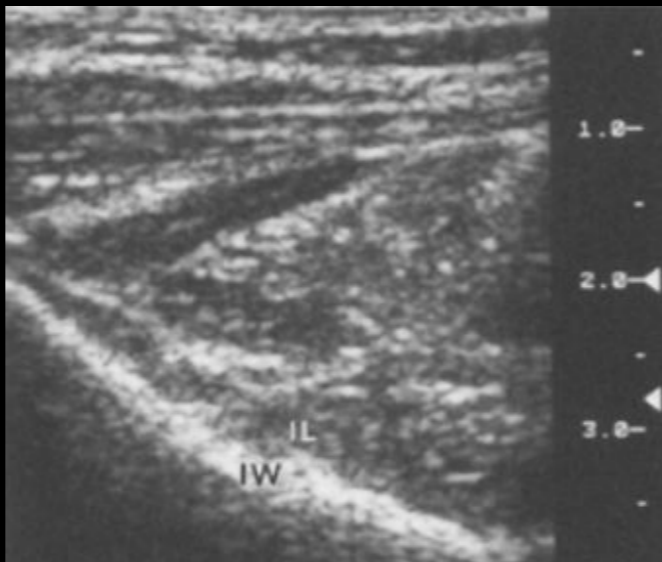
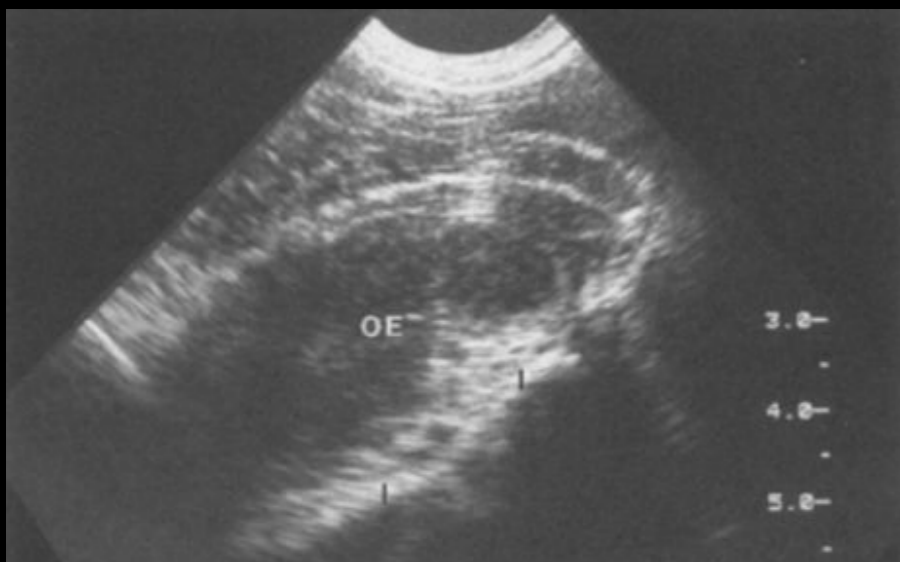
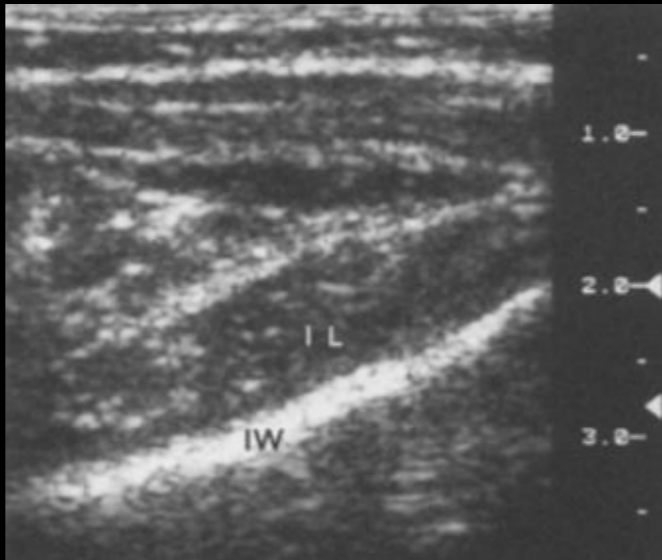


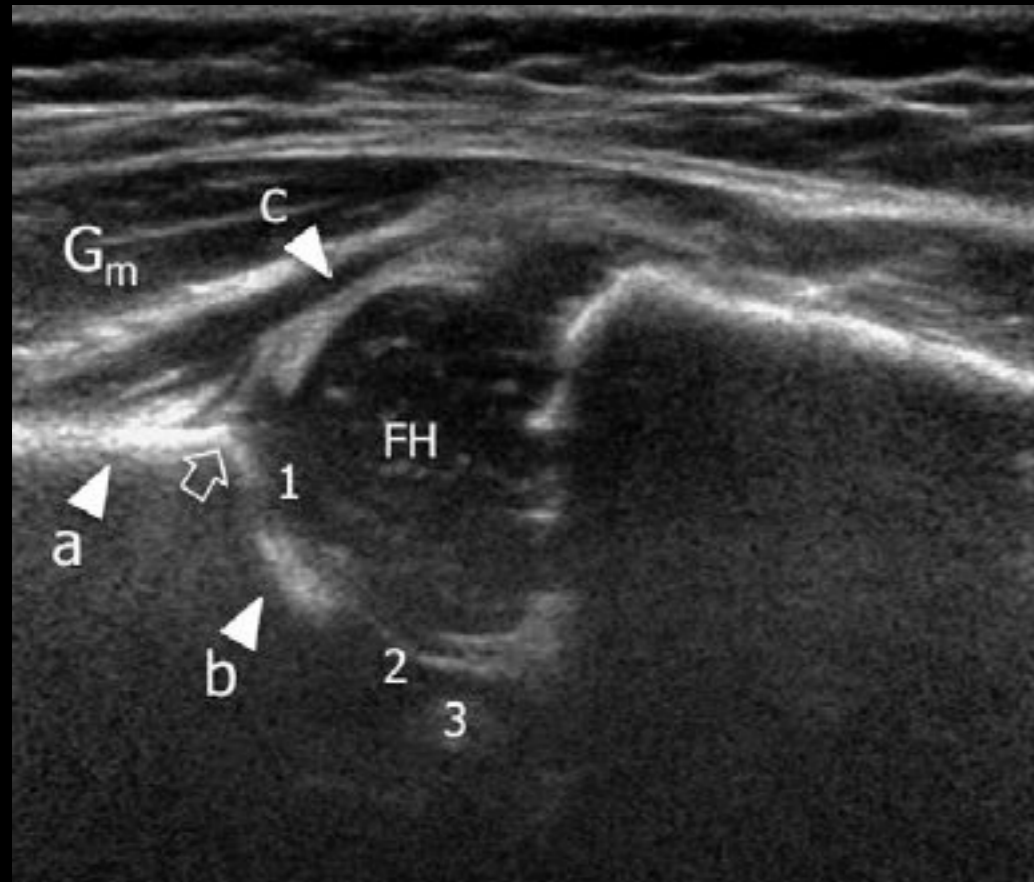
УЗИ тазобедренного сустава в детской практике. Латеральные срезы

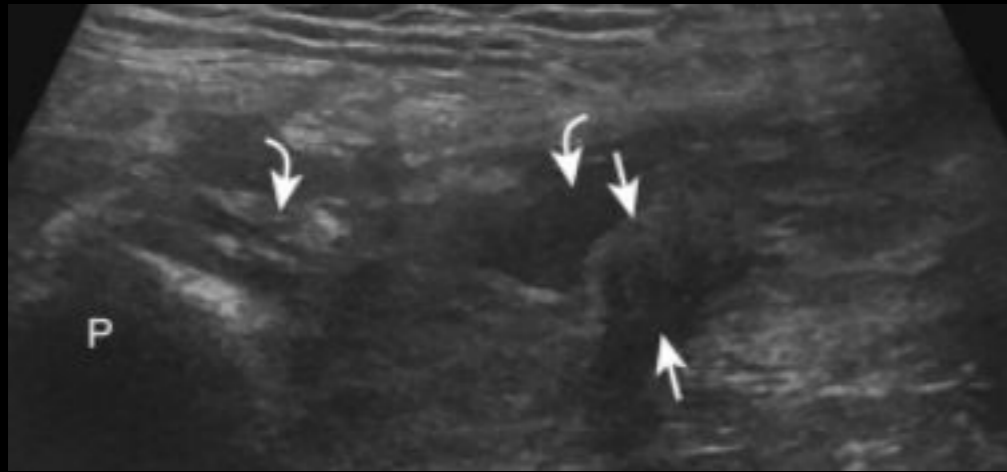


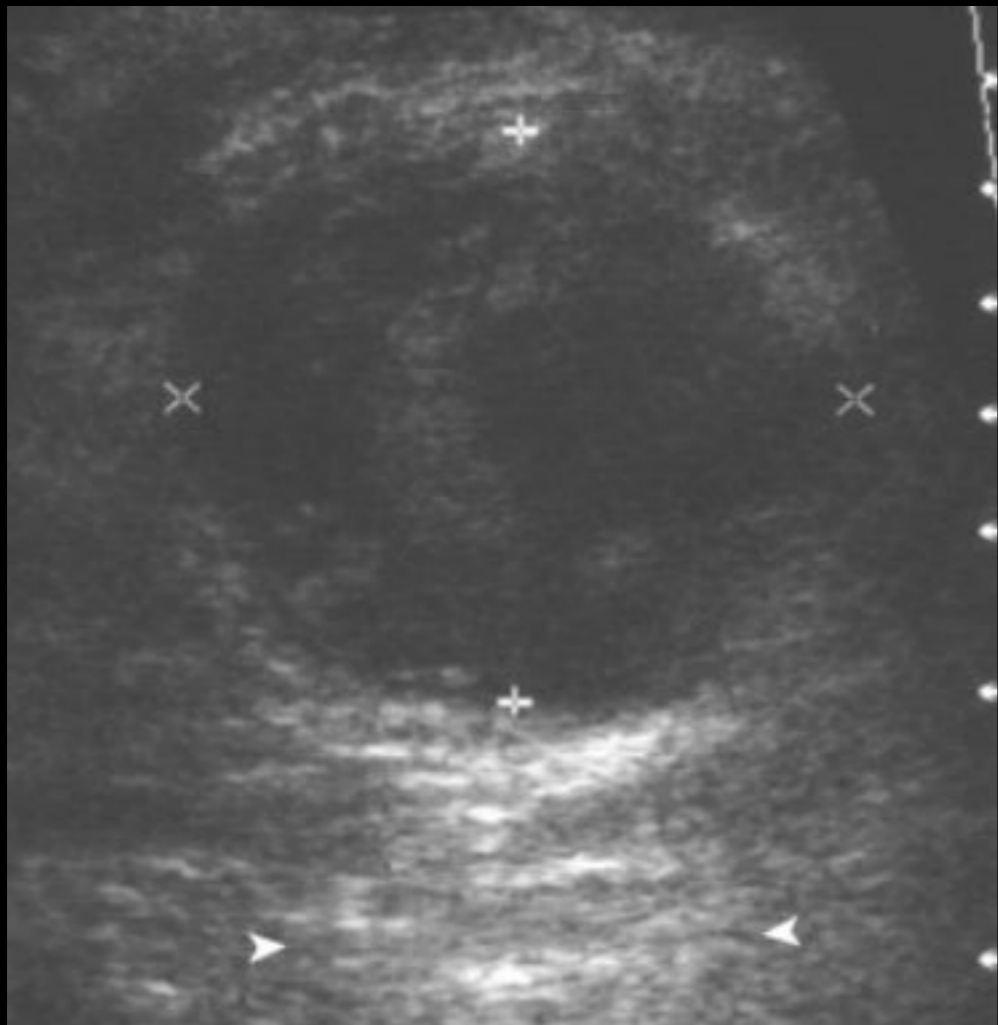
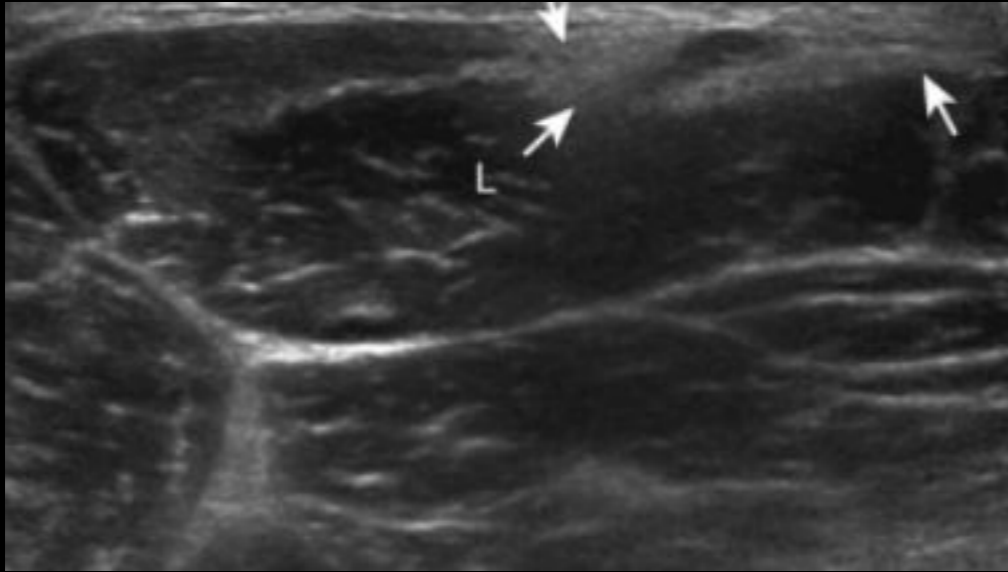
1 - сухожилие средней ягодичной мышцы; 2 - большая ягодичная мышца; 3 - большой вертел; 4 - малая ягодичная мышца; 5 - головка бедренной кости; 6 - шейка бедренной кости.

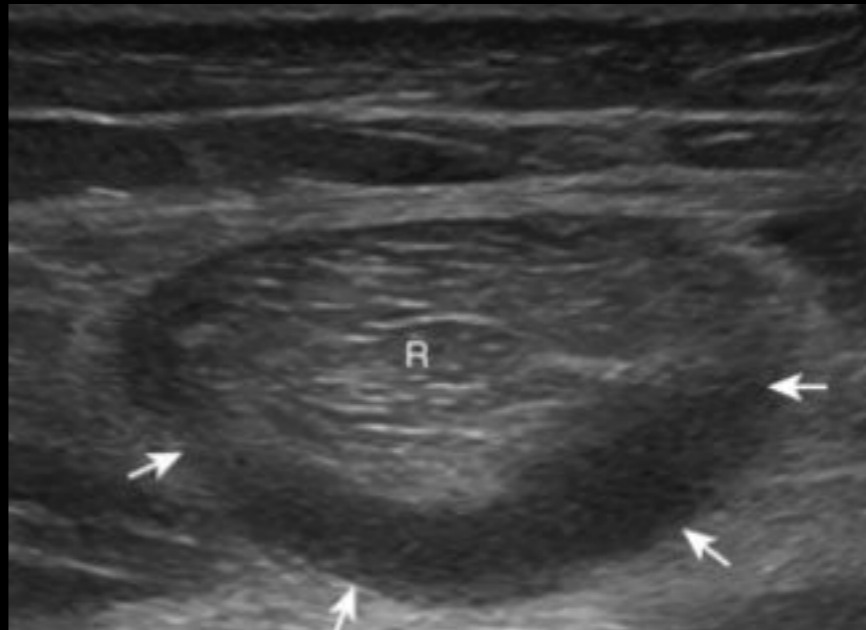
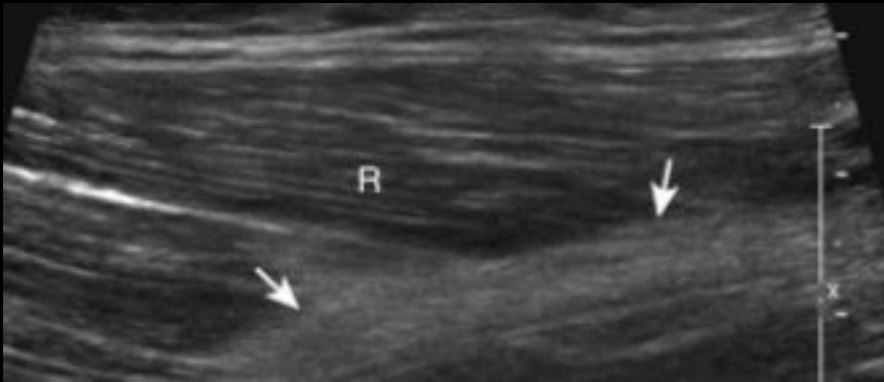
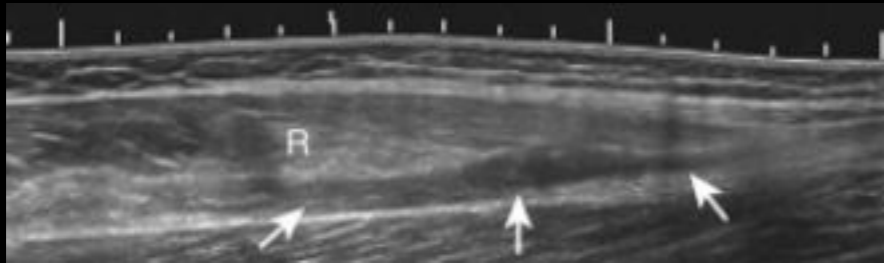


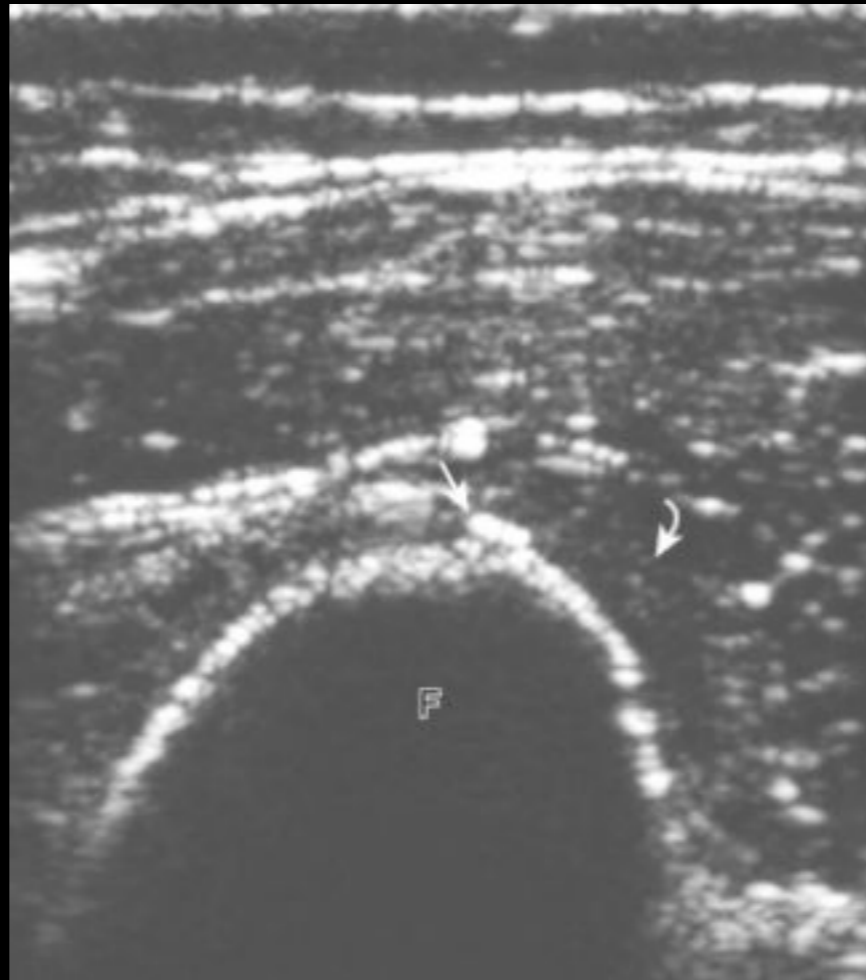
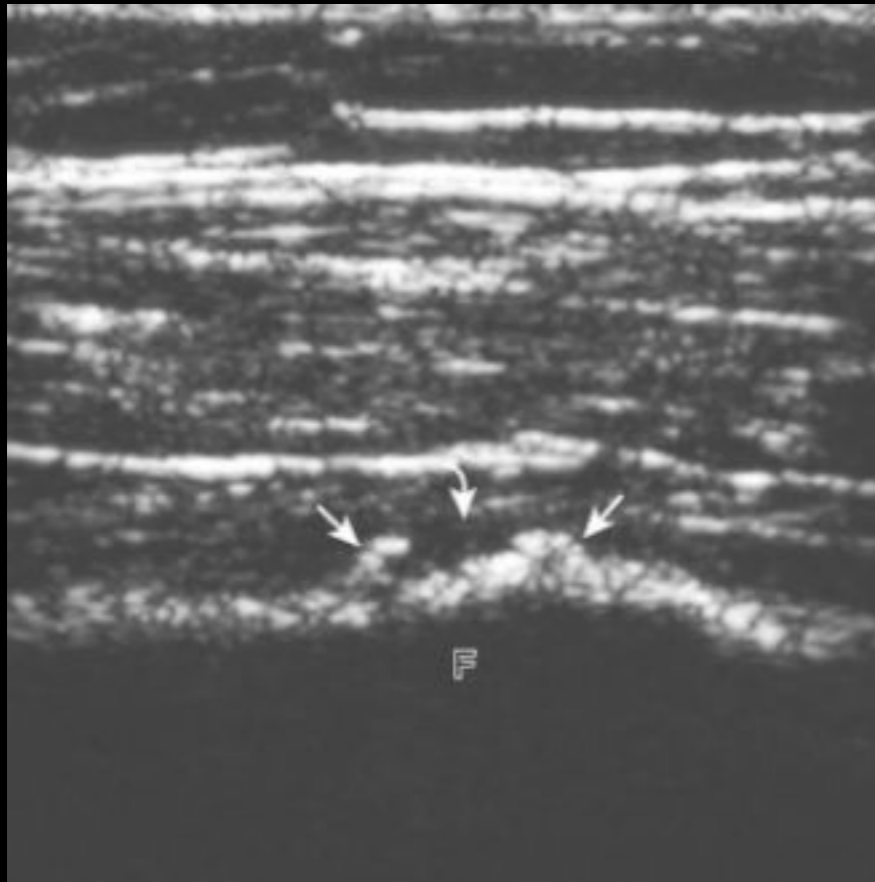






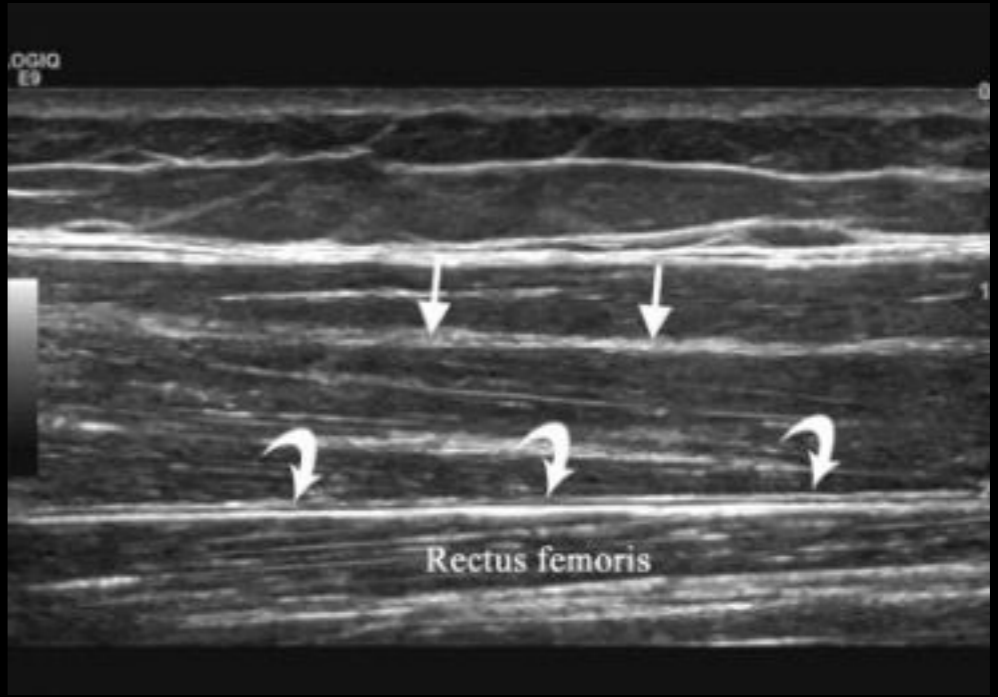
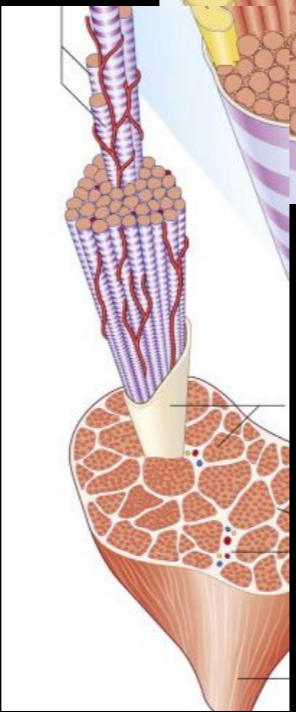
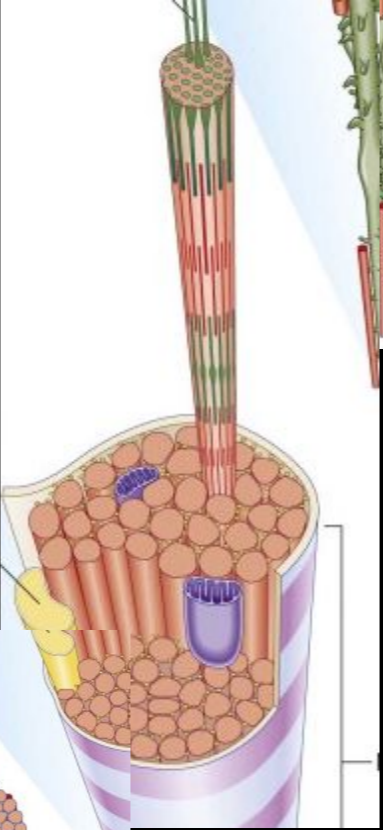
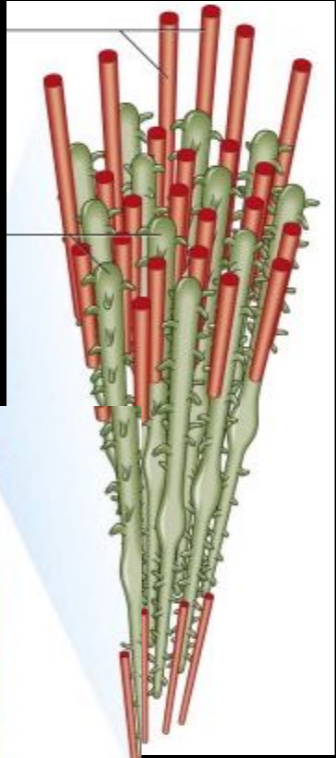
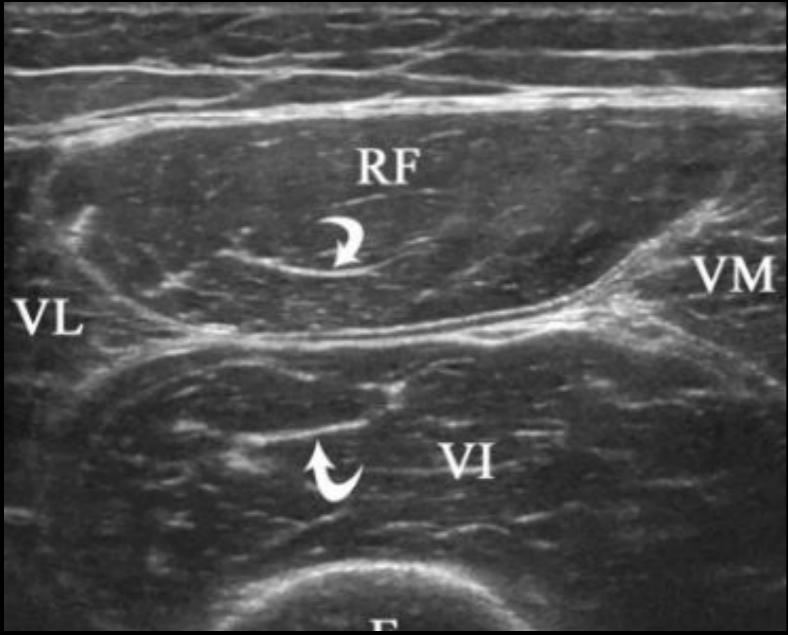


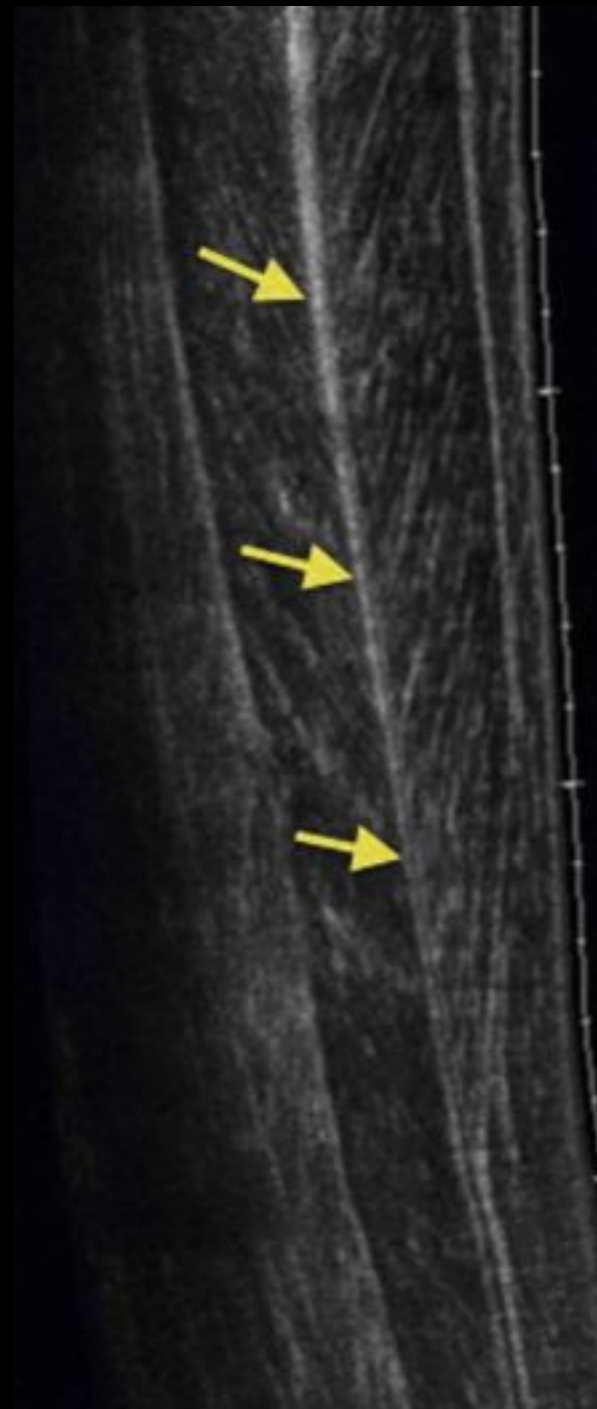
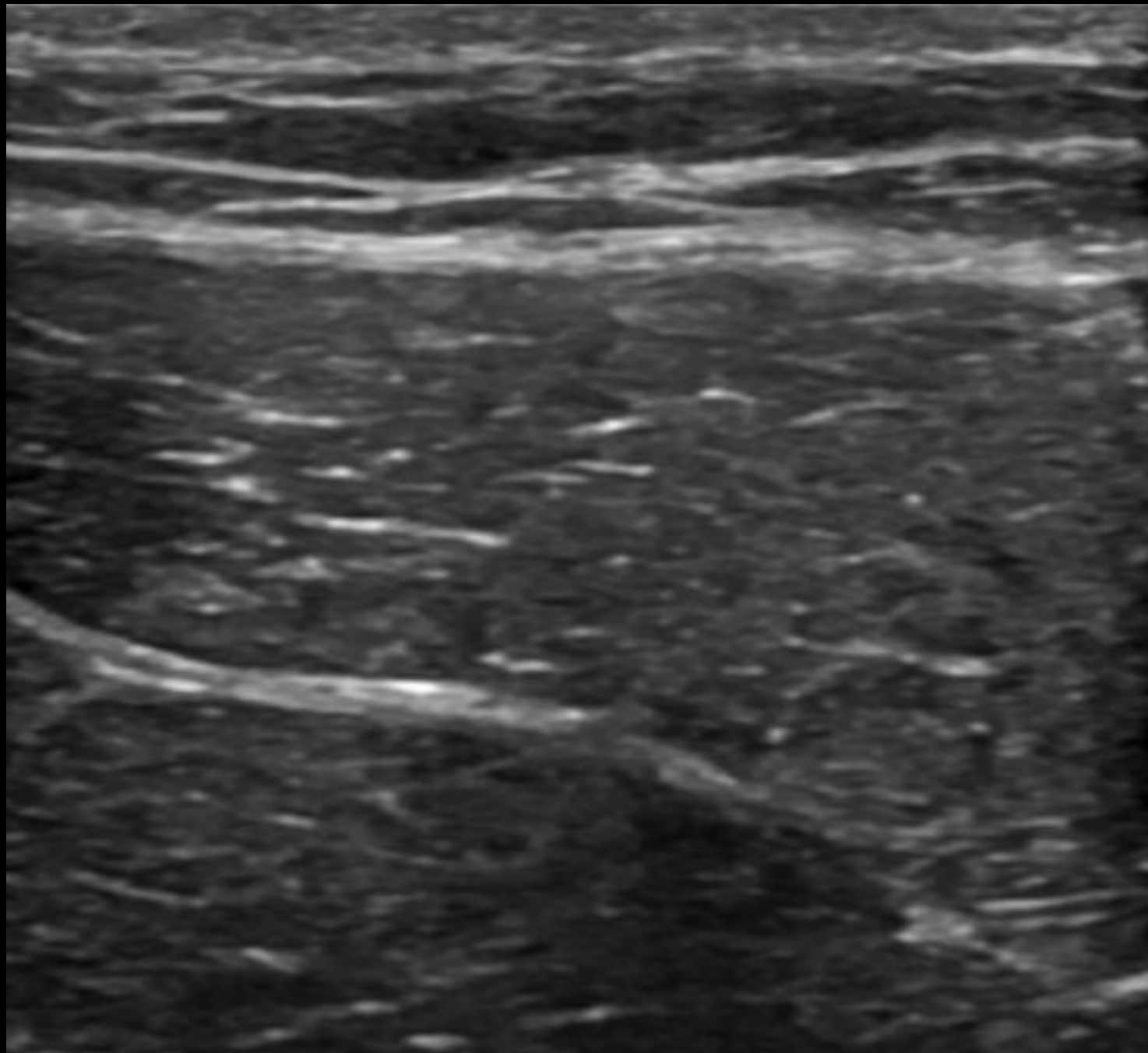


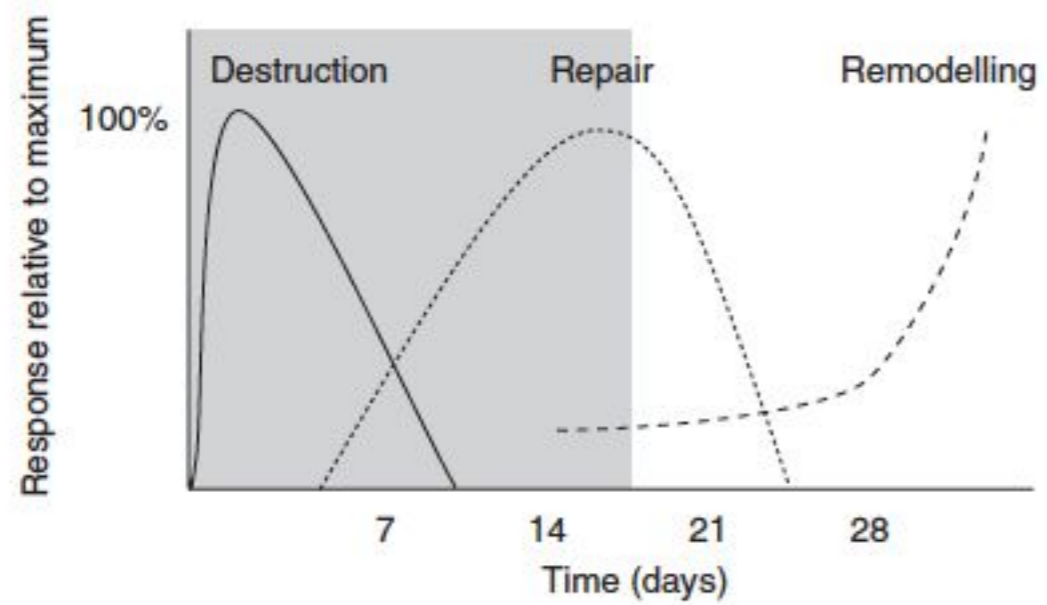


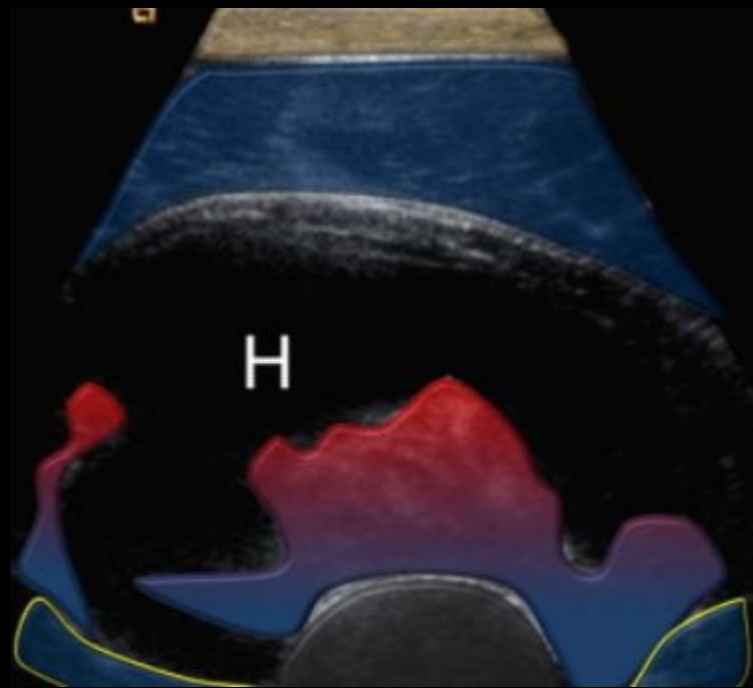
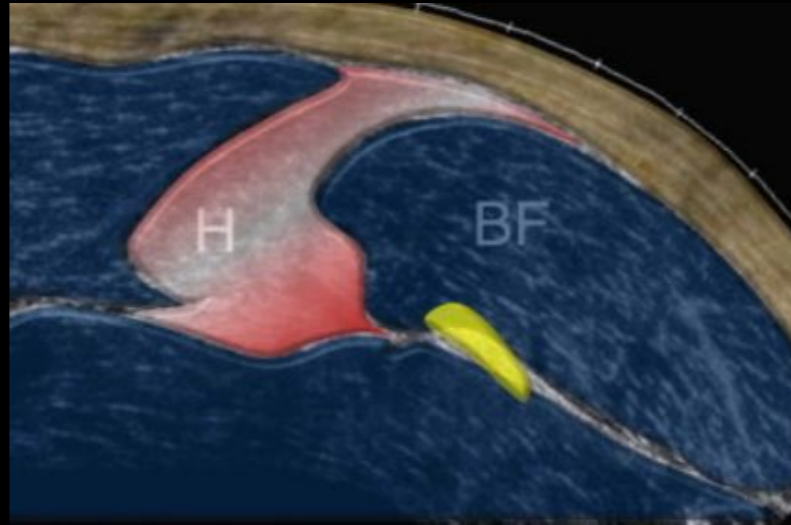
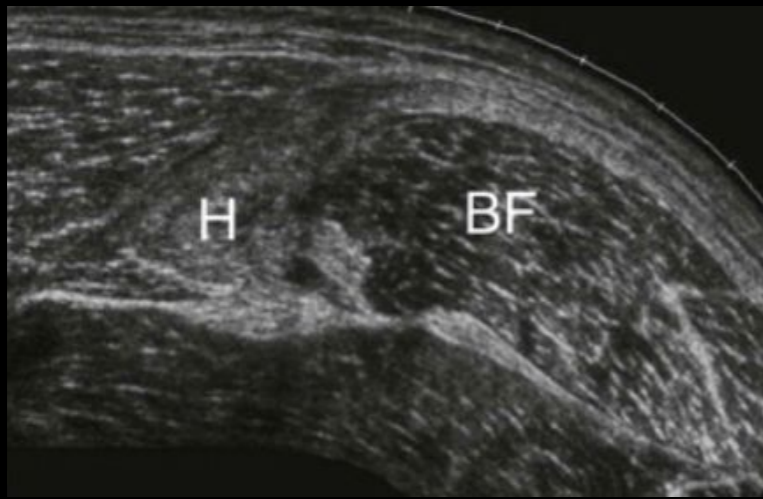
Jacobson JA, Jamadar DA, et al: Sonographic findings of adductor insertion avulsion syndrome with magnetic resonance imaging correlation. *J Ultrasound Med* 22:403–407, 2003. Reproduced with permission from the American Institute of Ultrasound in Medicine.

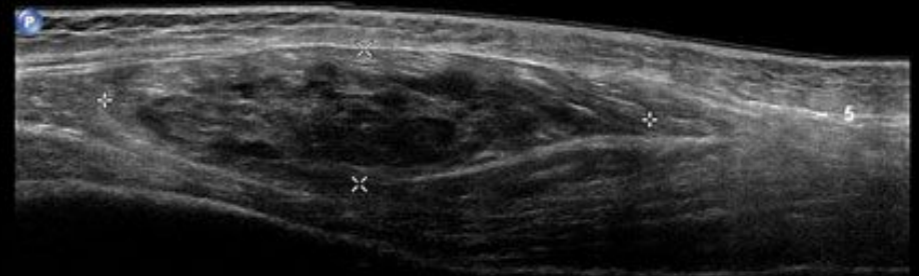
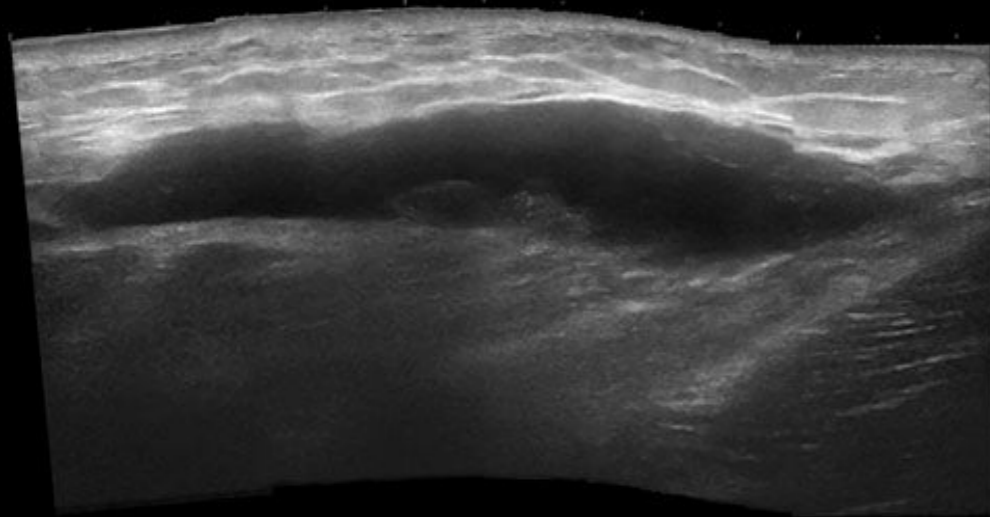










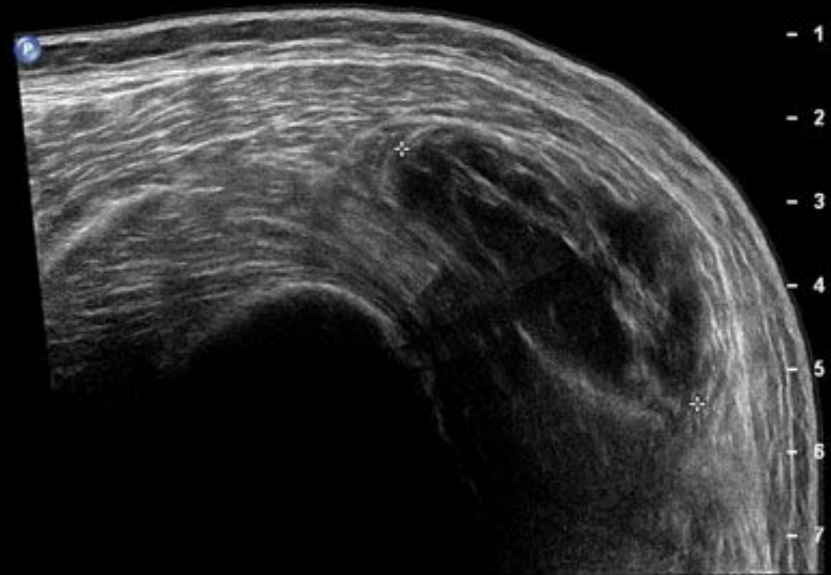


◆ Dist 9.98 cm
∴ Dist 2.47 cm

- 10

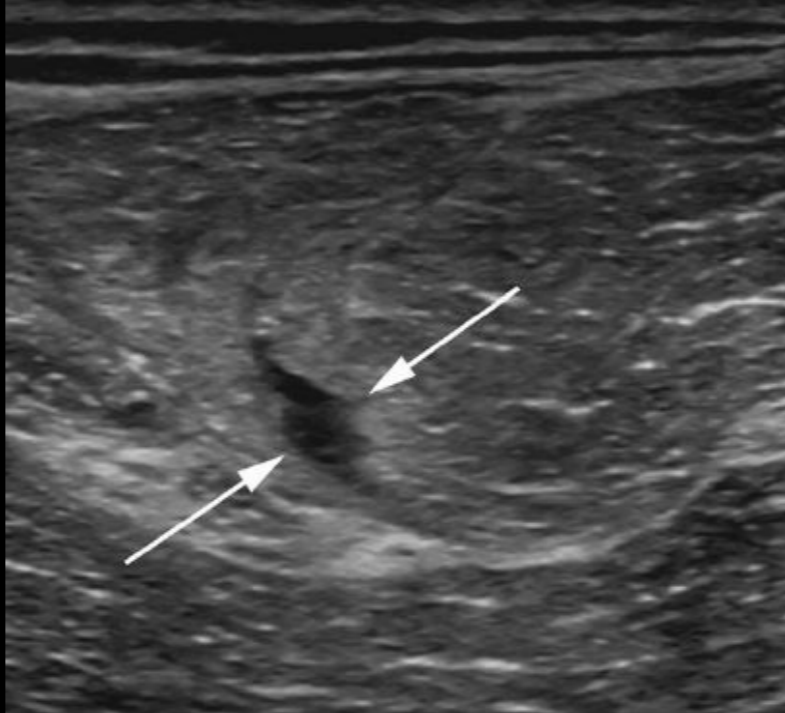
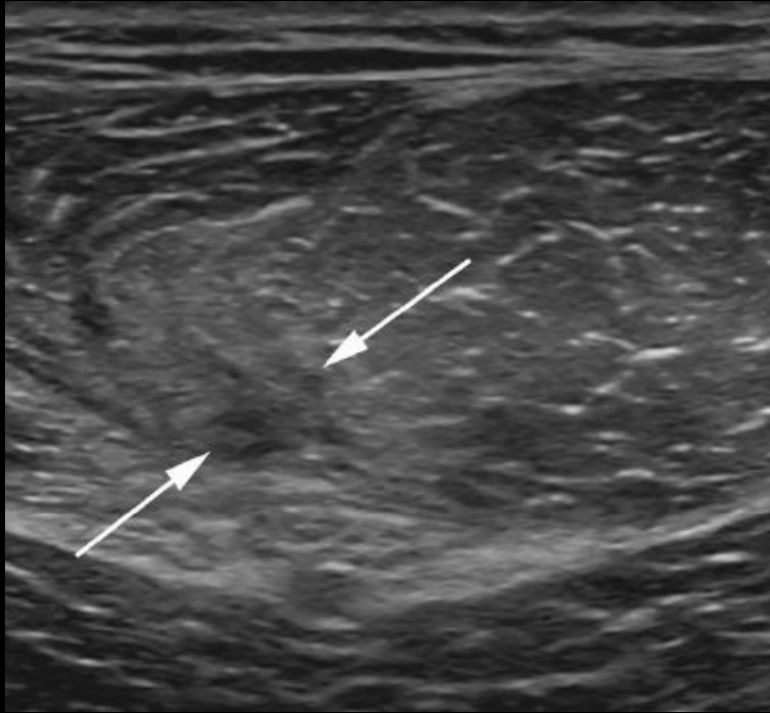
A

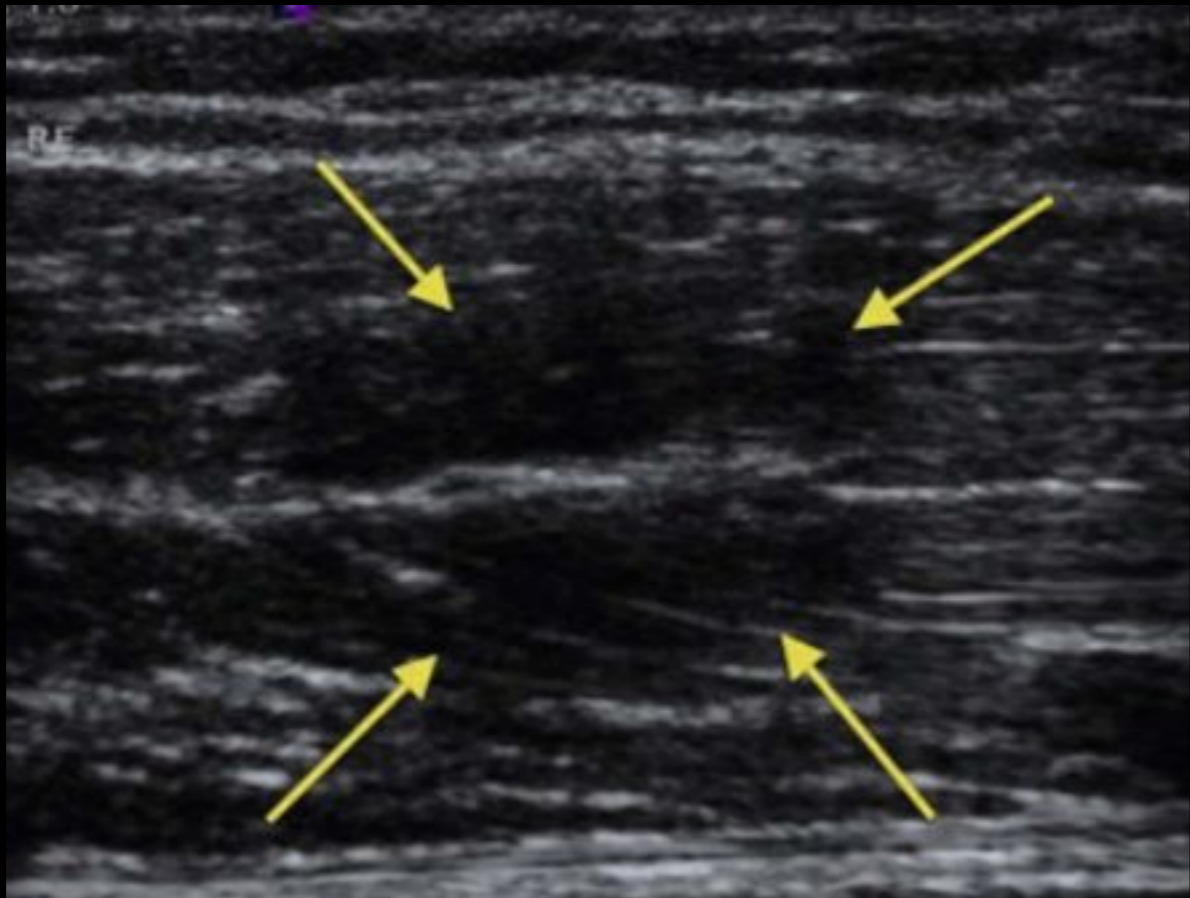
2D
C 54
P Off
Res
SonoCT
XRes

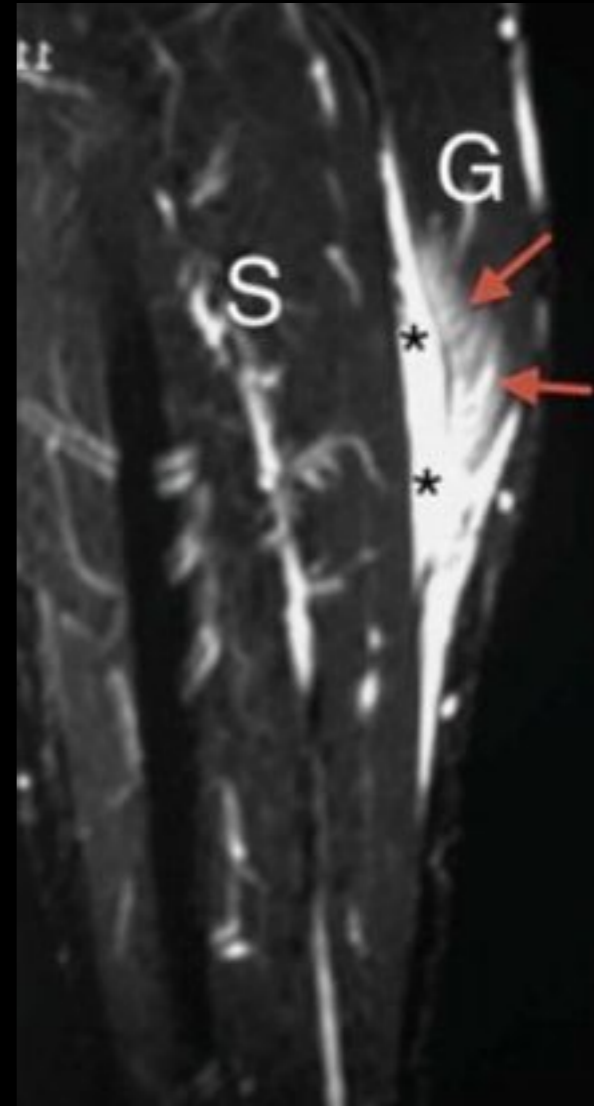
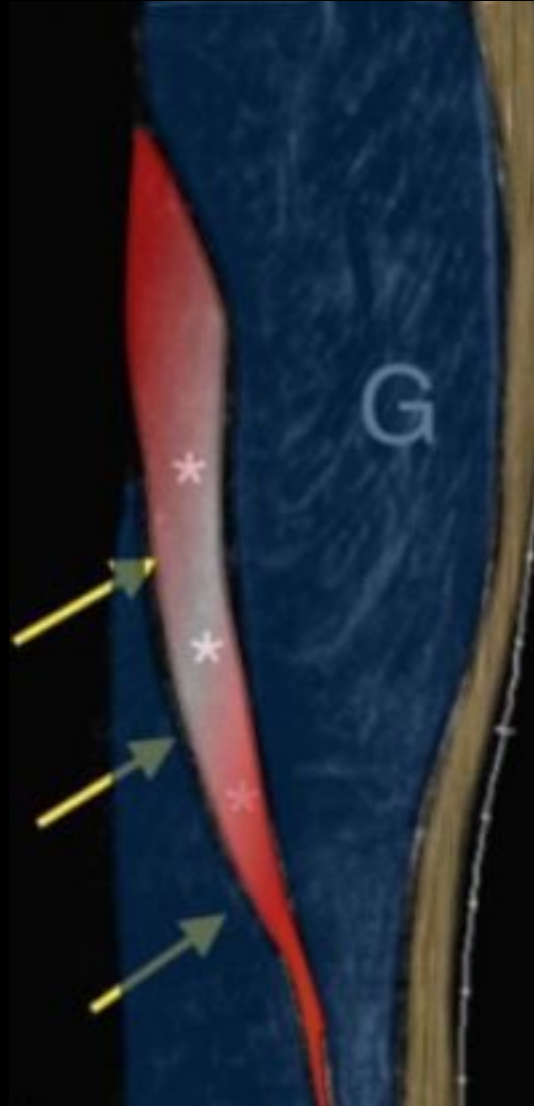
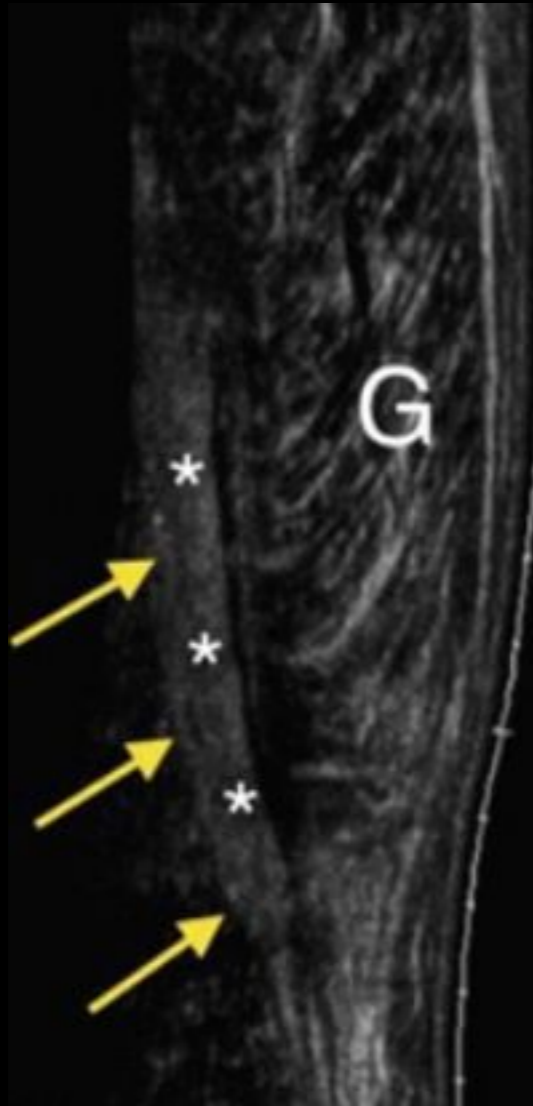


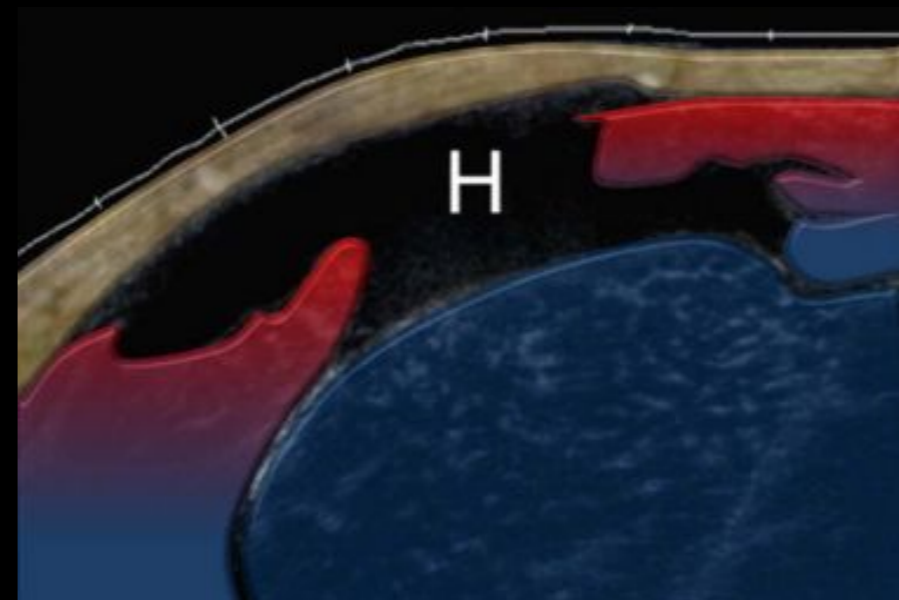
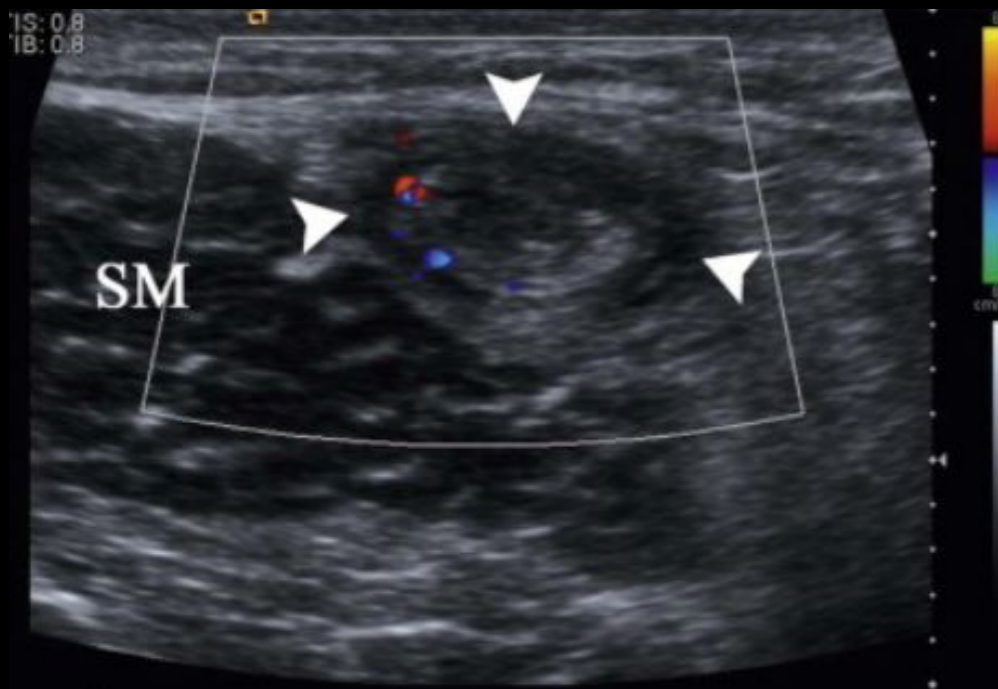
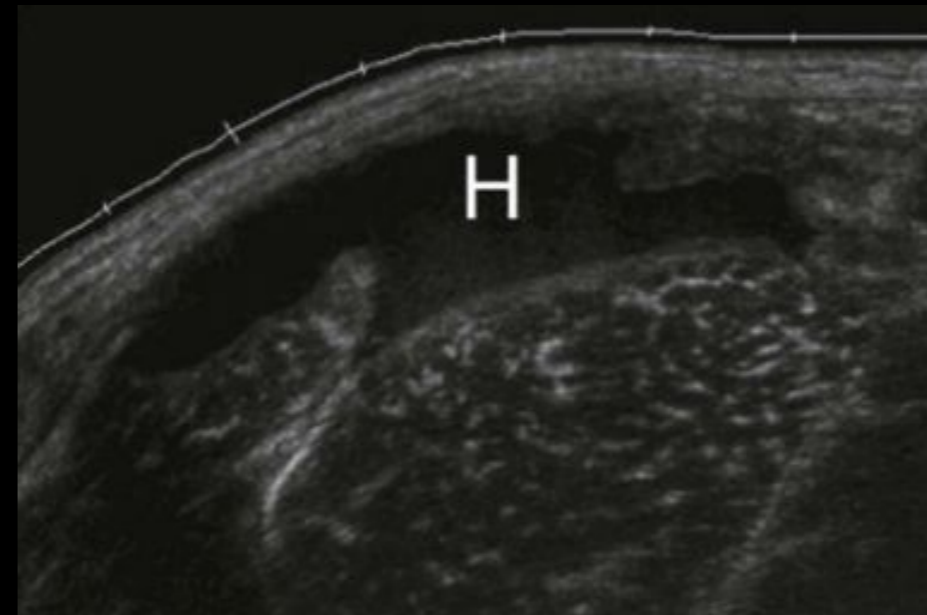
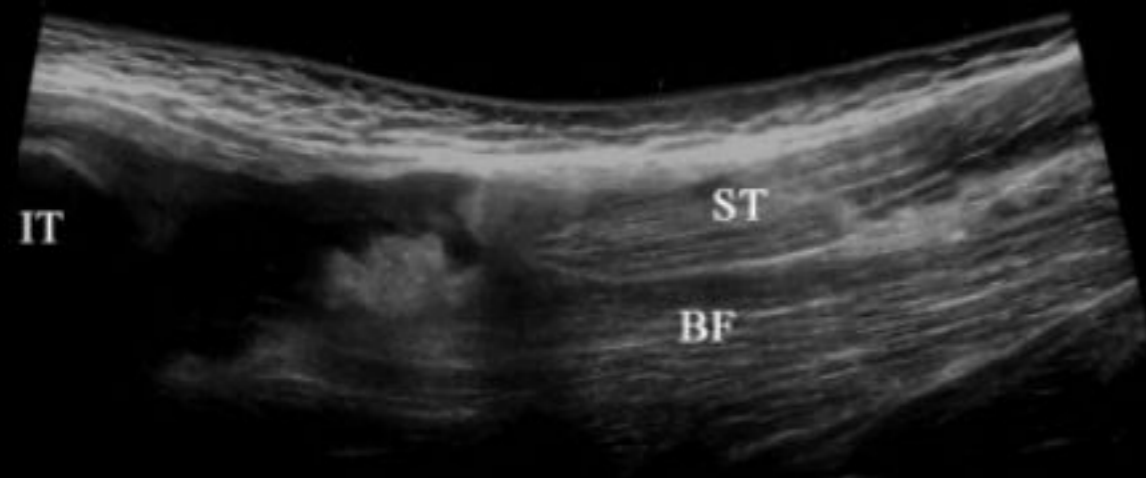
◆ Dist 4.67 cm

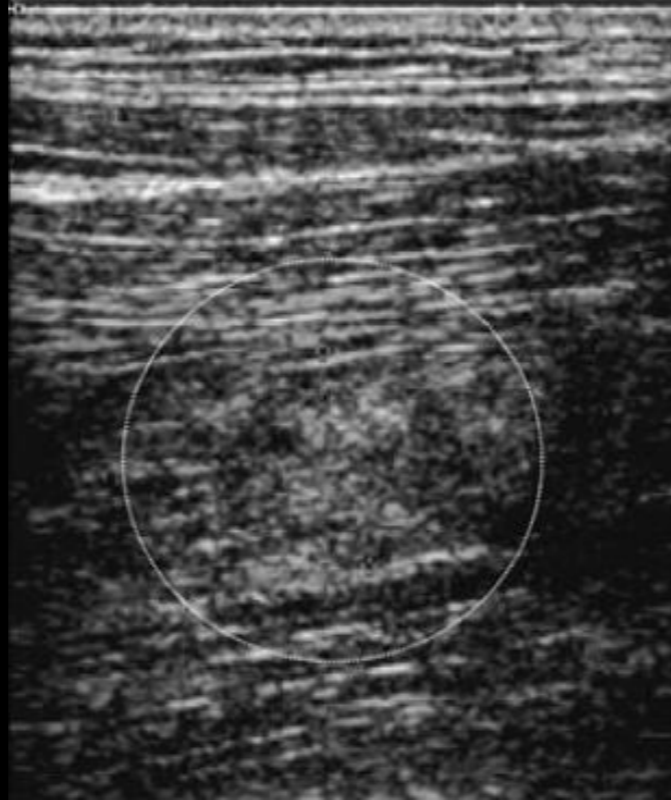
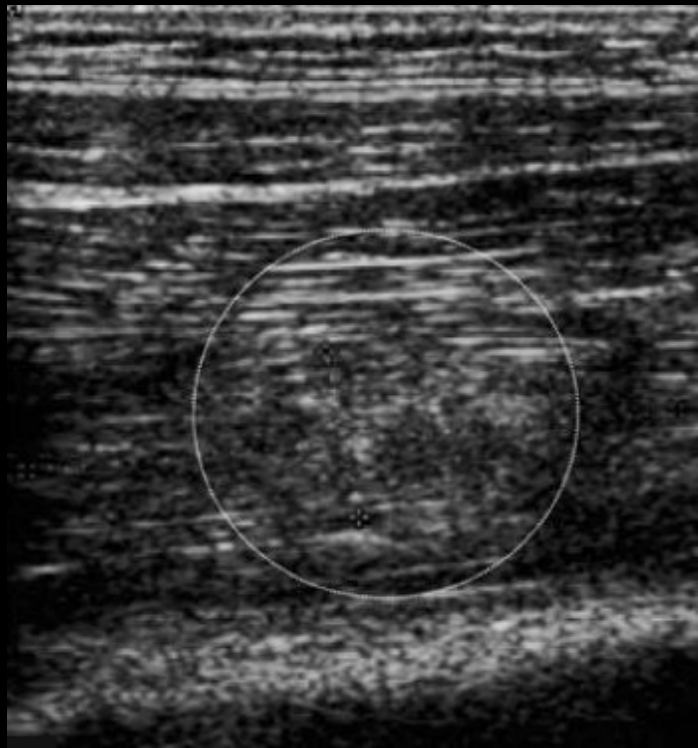
B

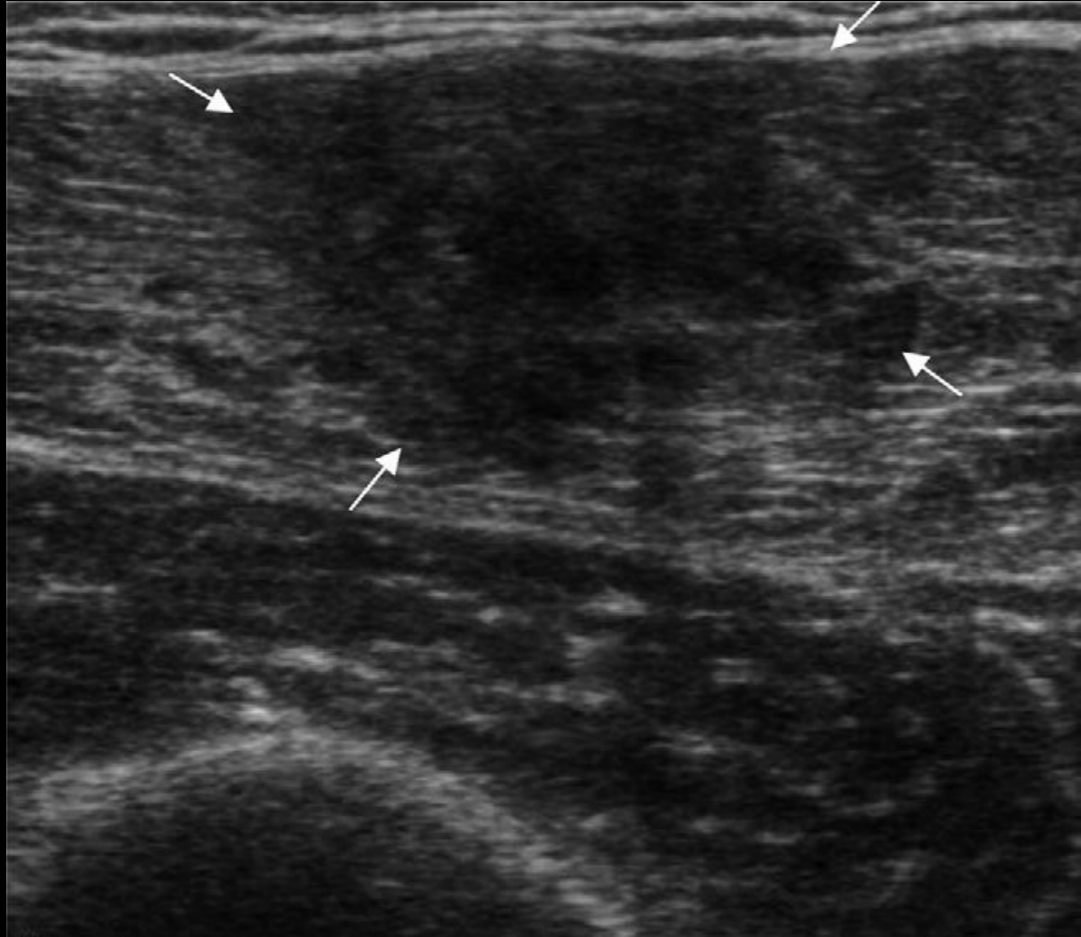


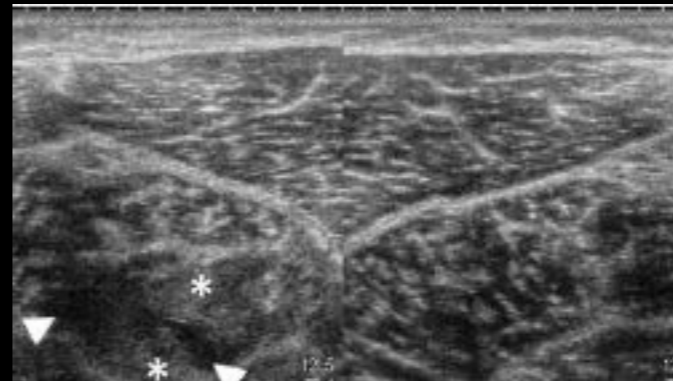
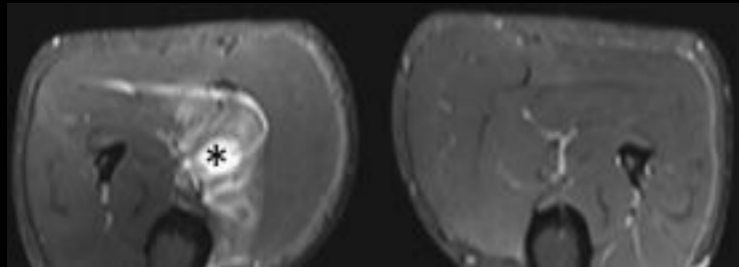
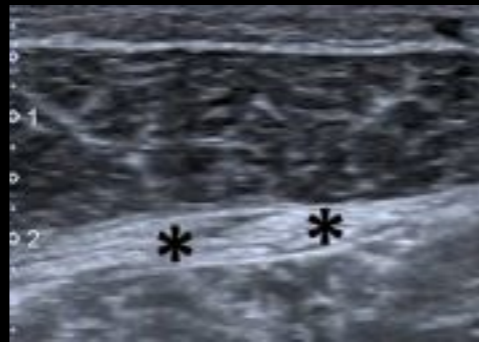
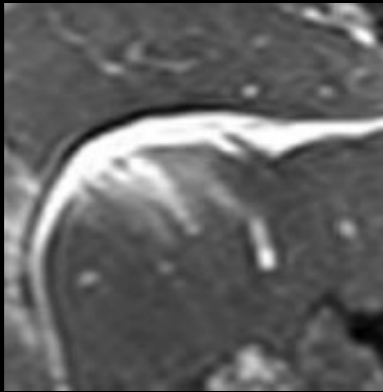
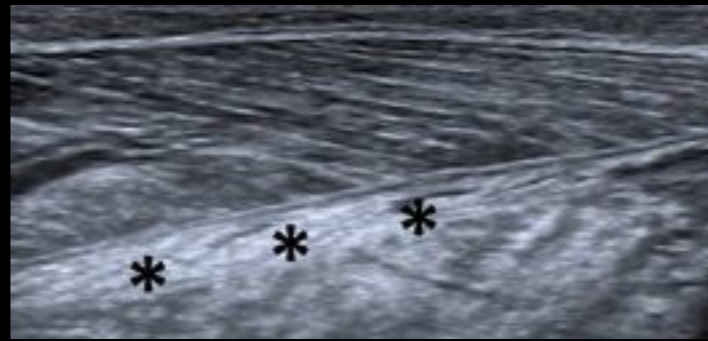
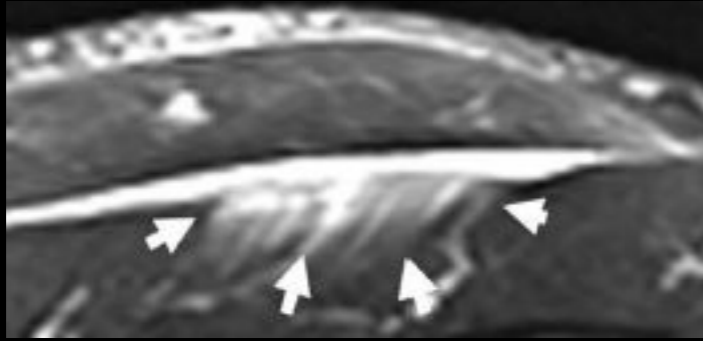


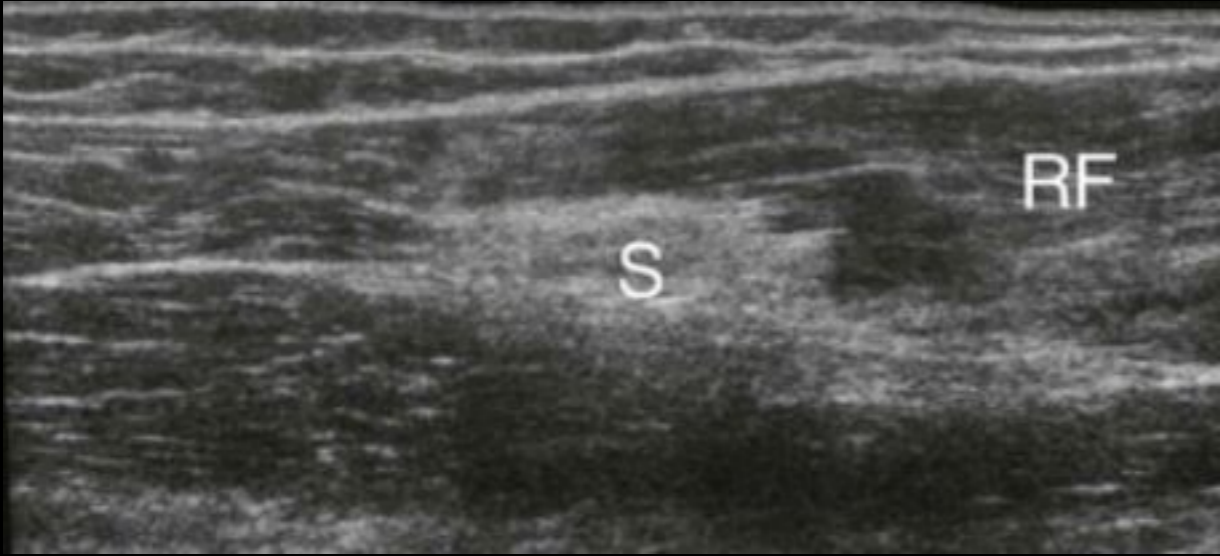


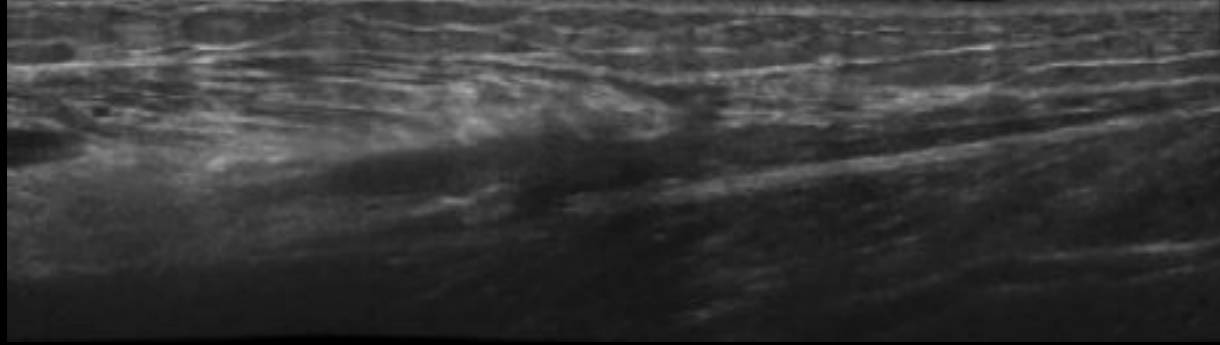


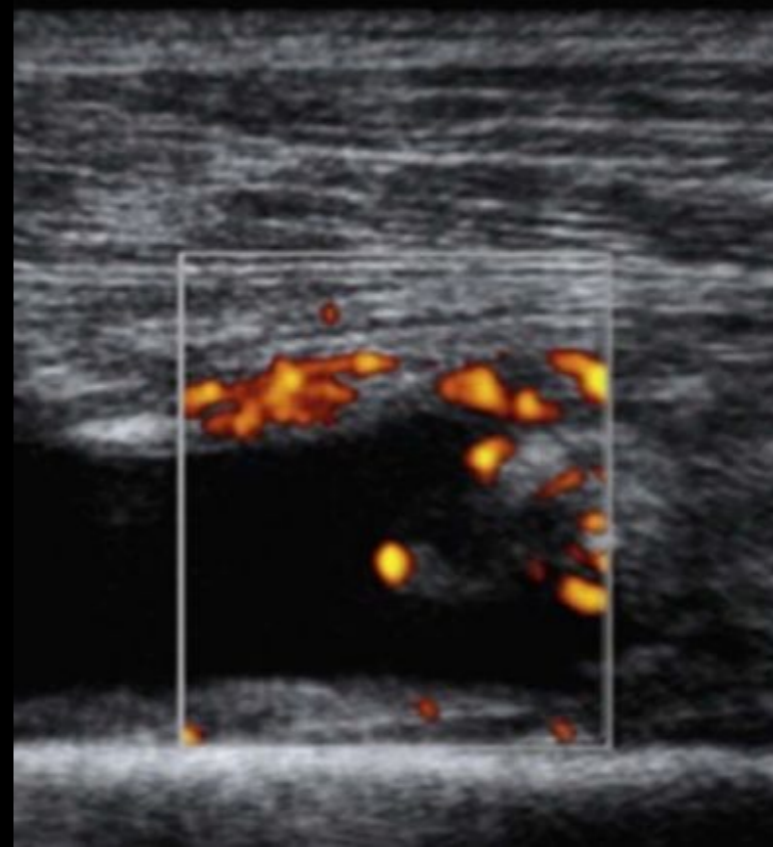


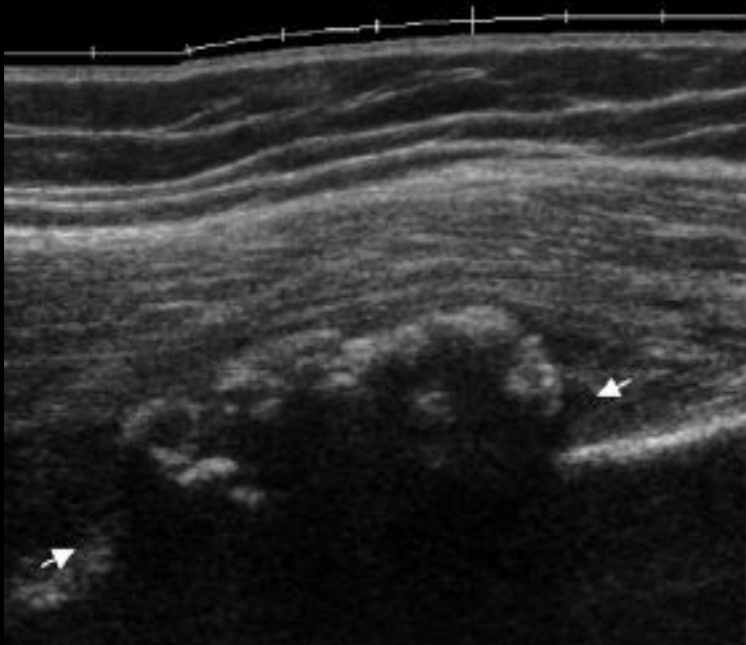


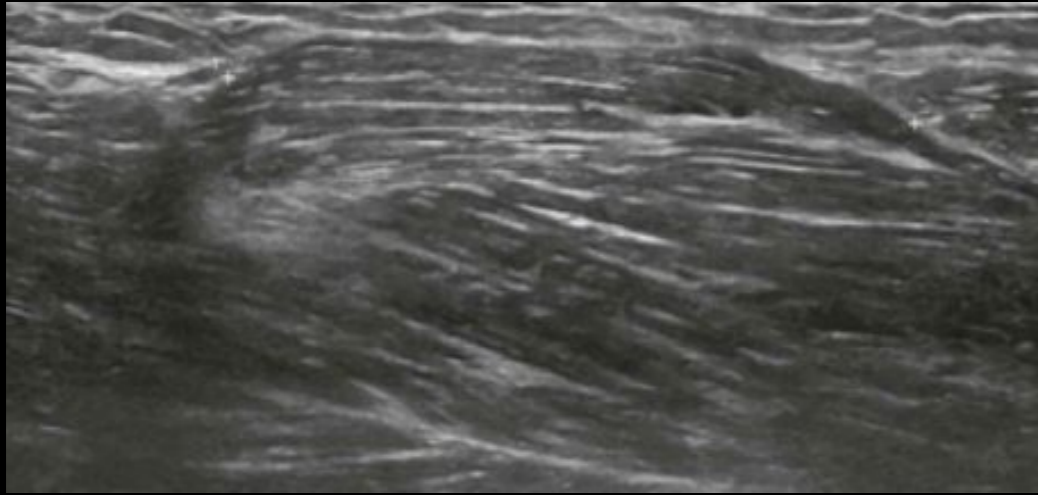


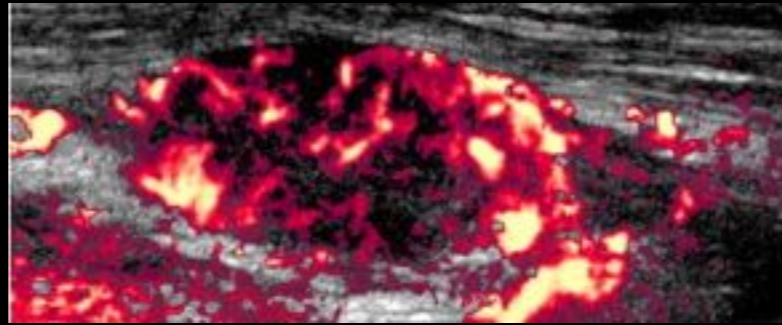
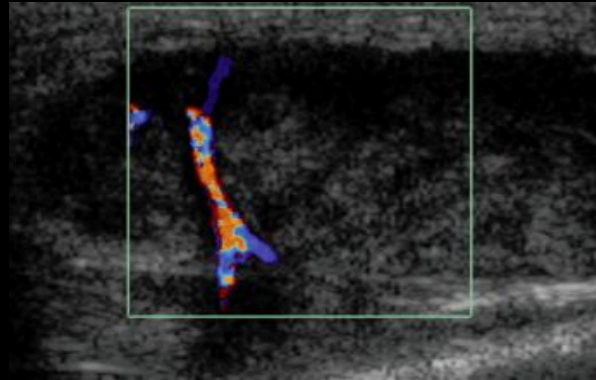
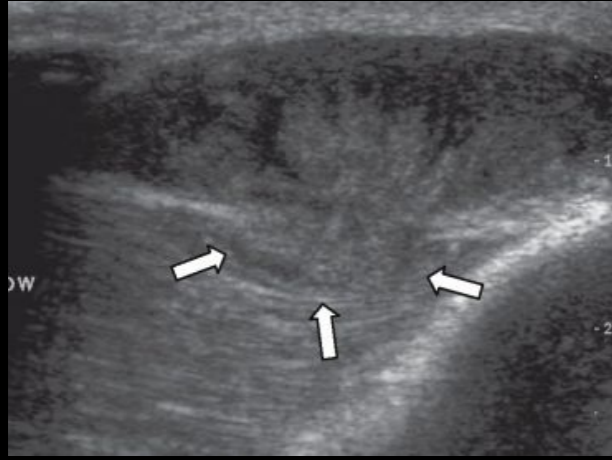


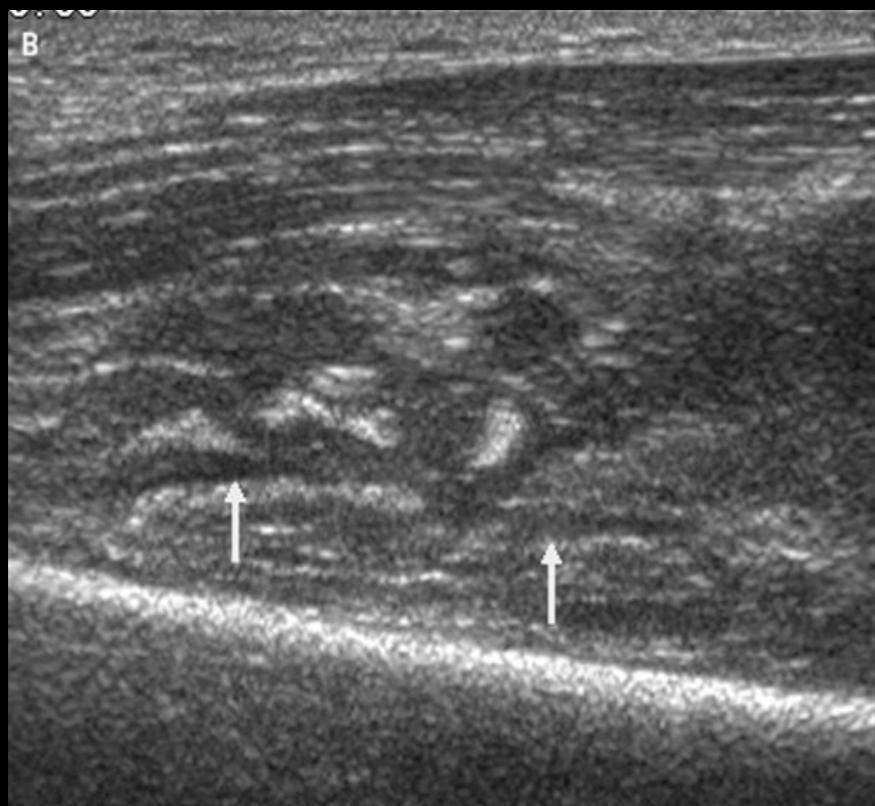


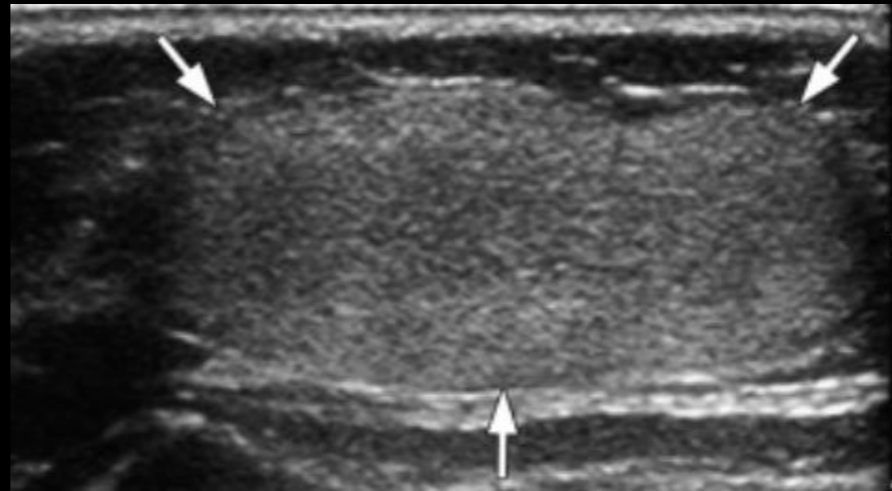
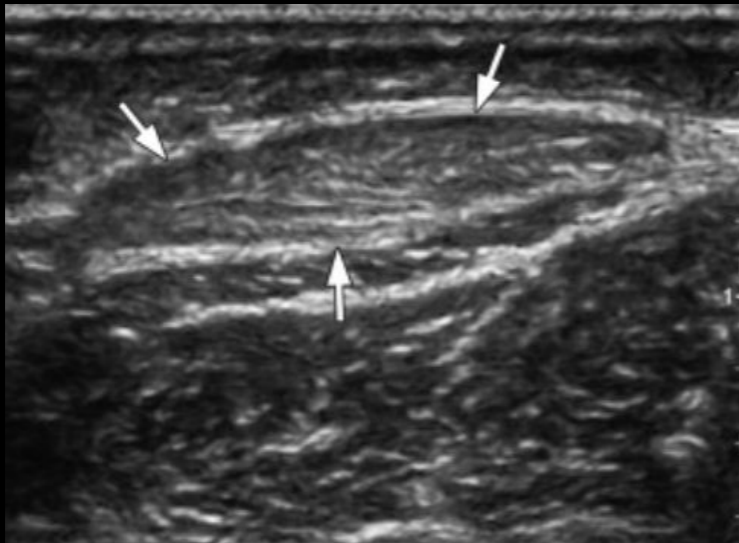
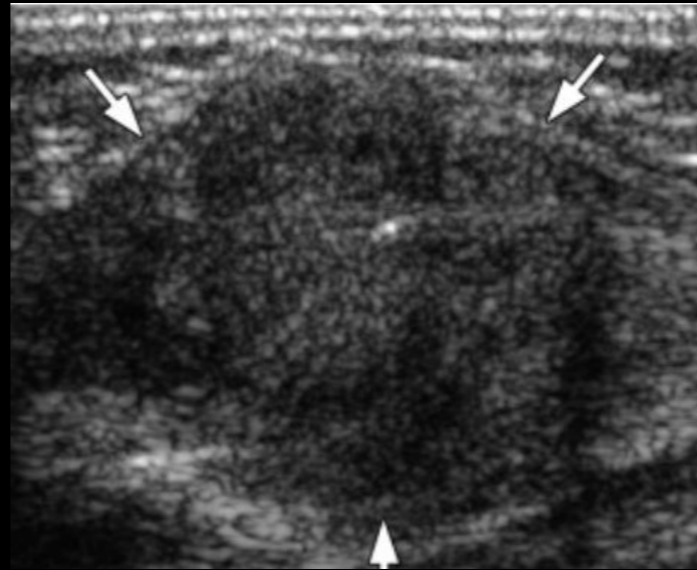
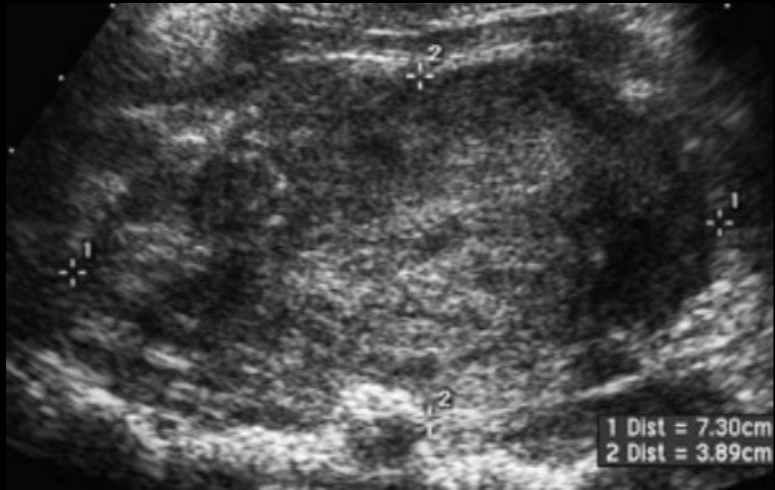


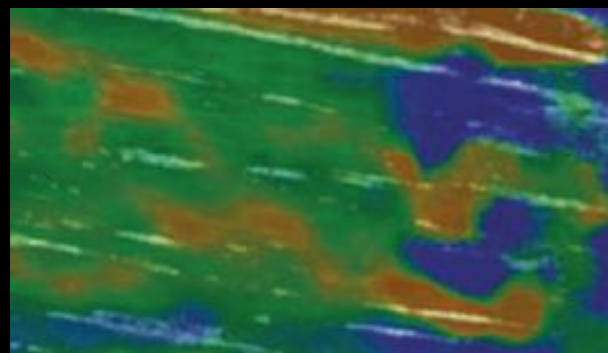
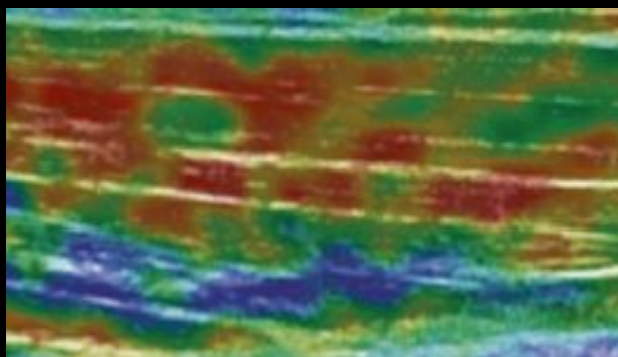
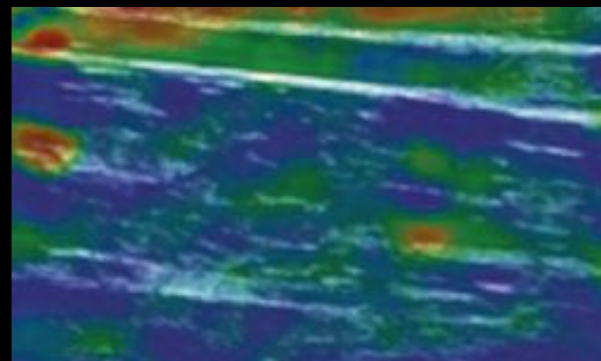
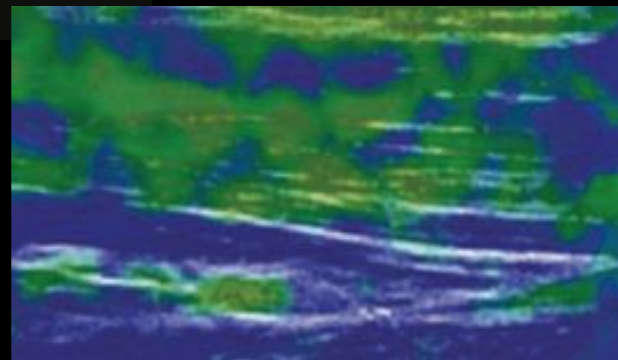
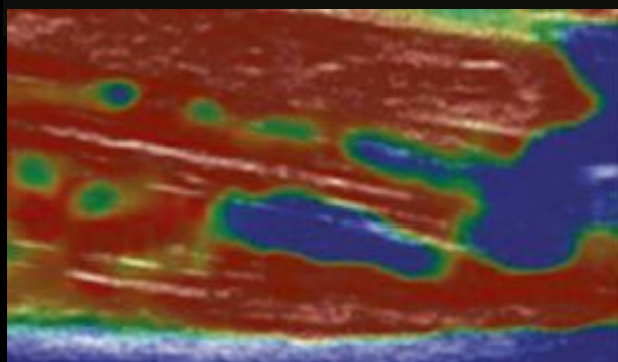
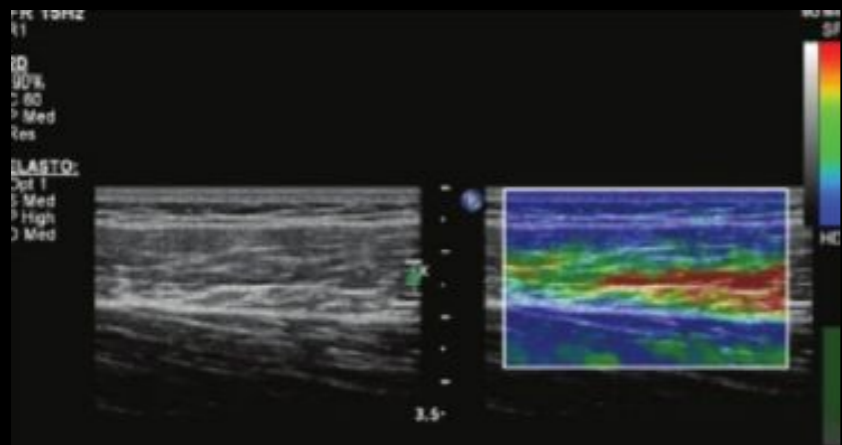


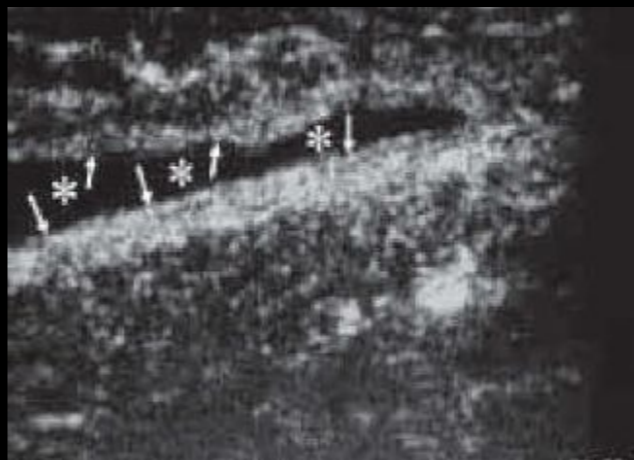
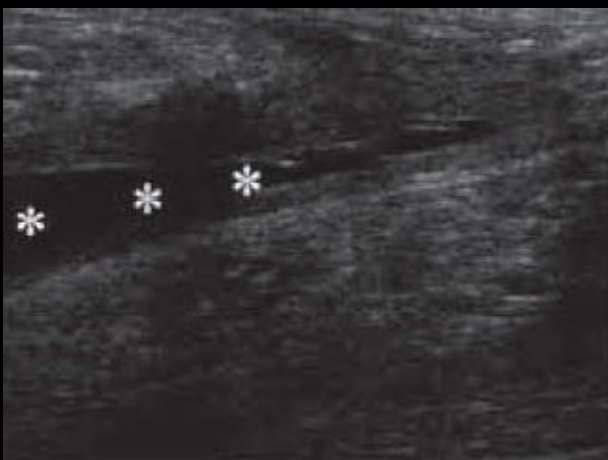
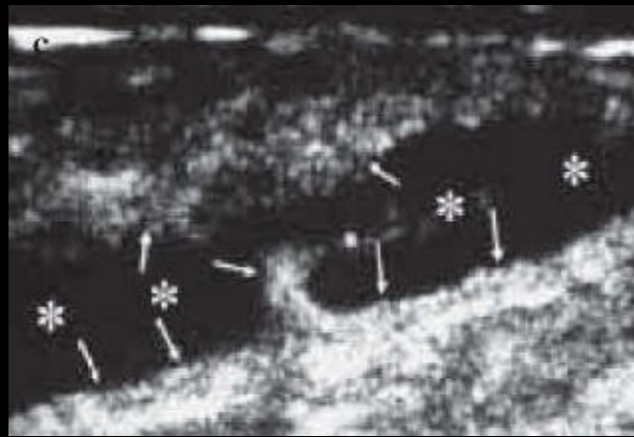






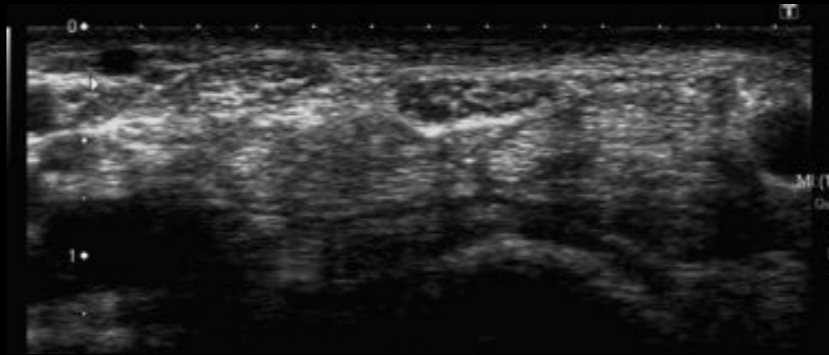


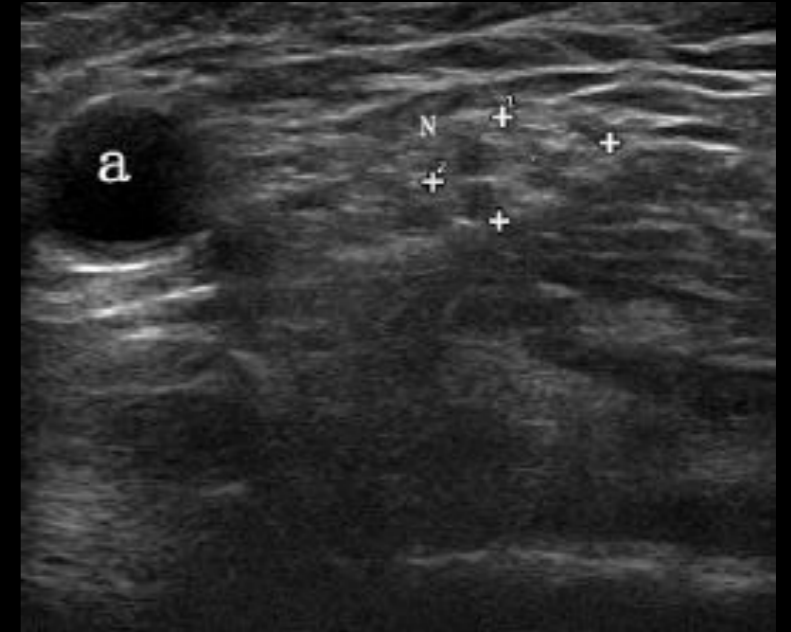
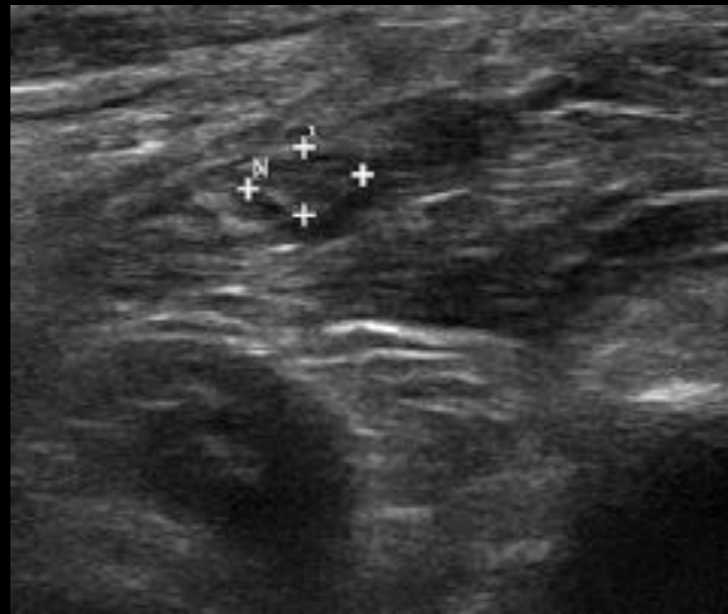
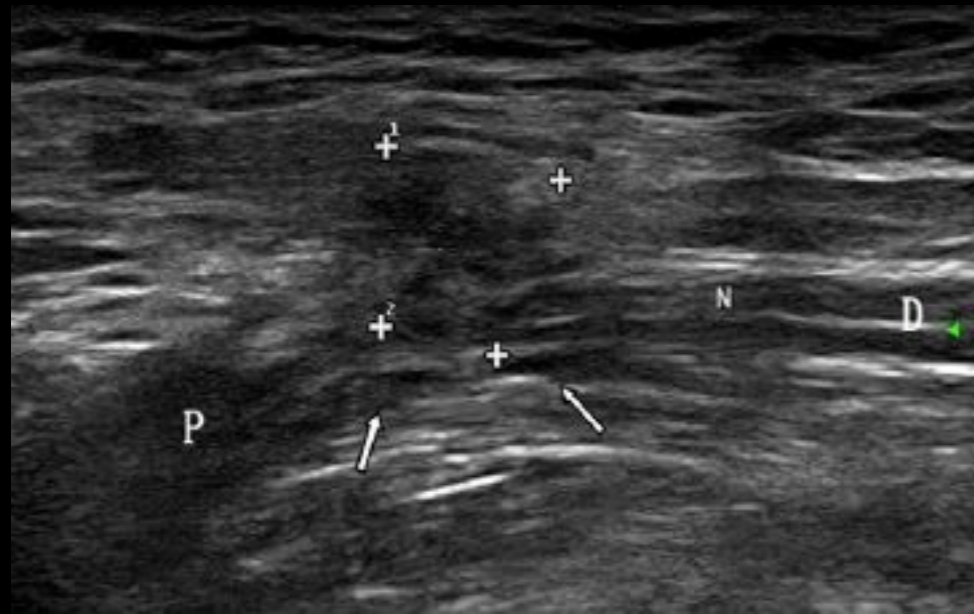


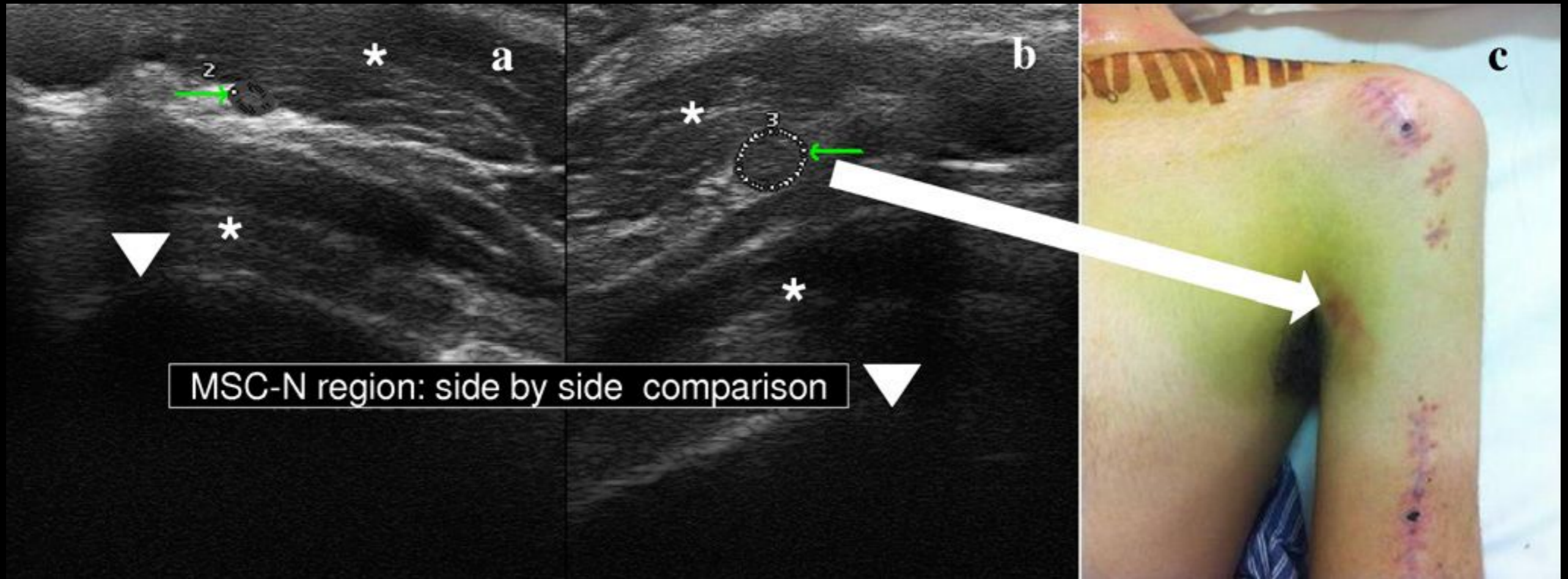


GE
L9

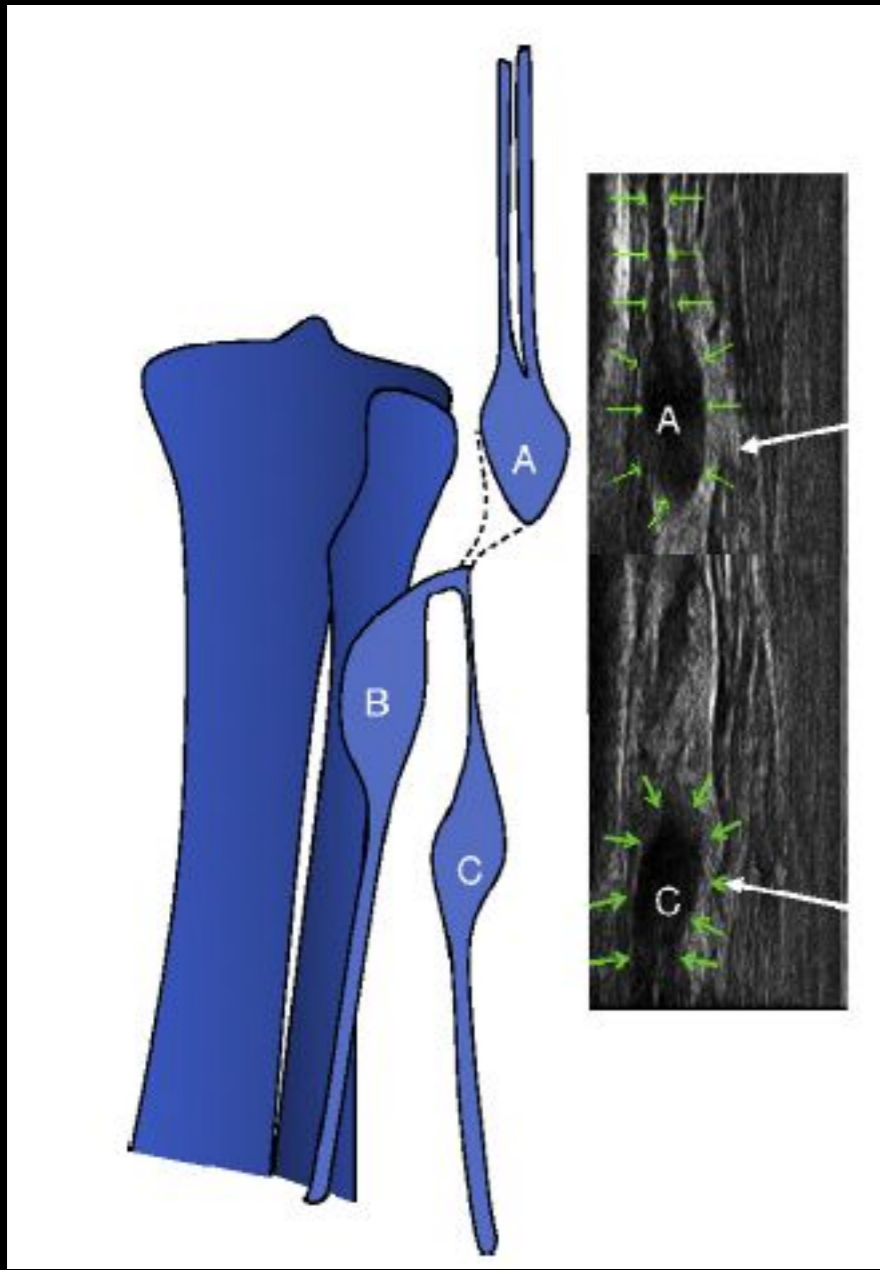


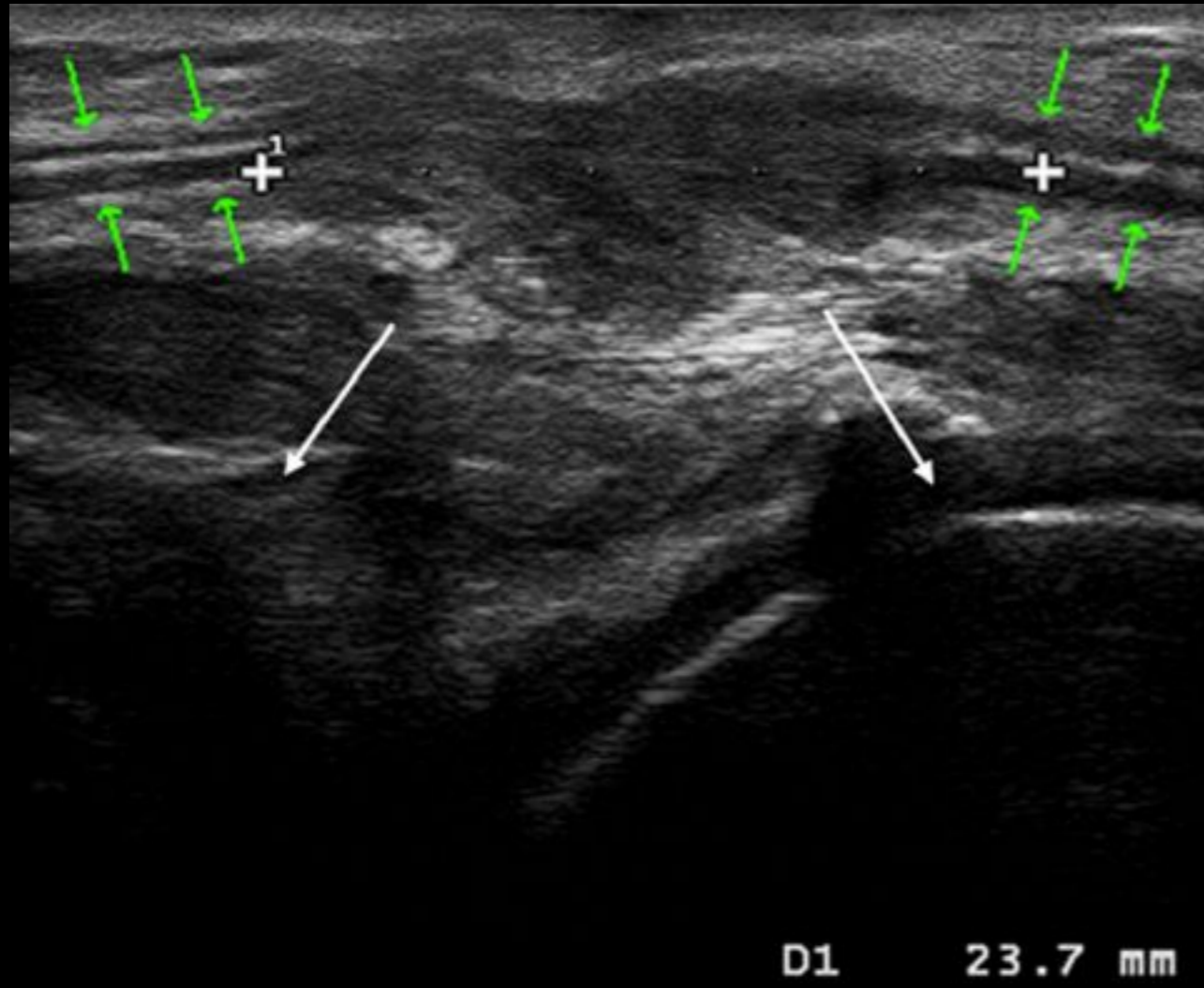


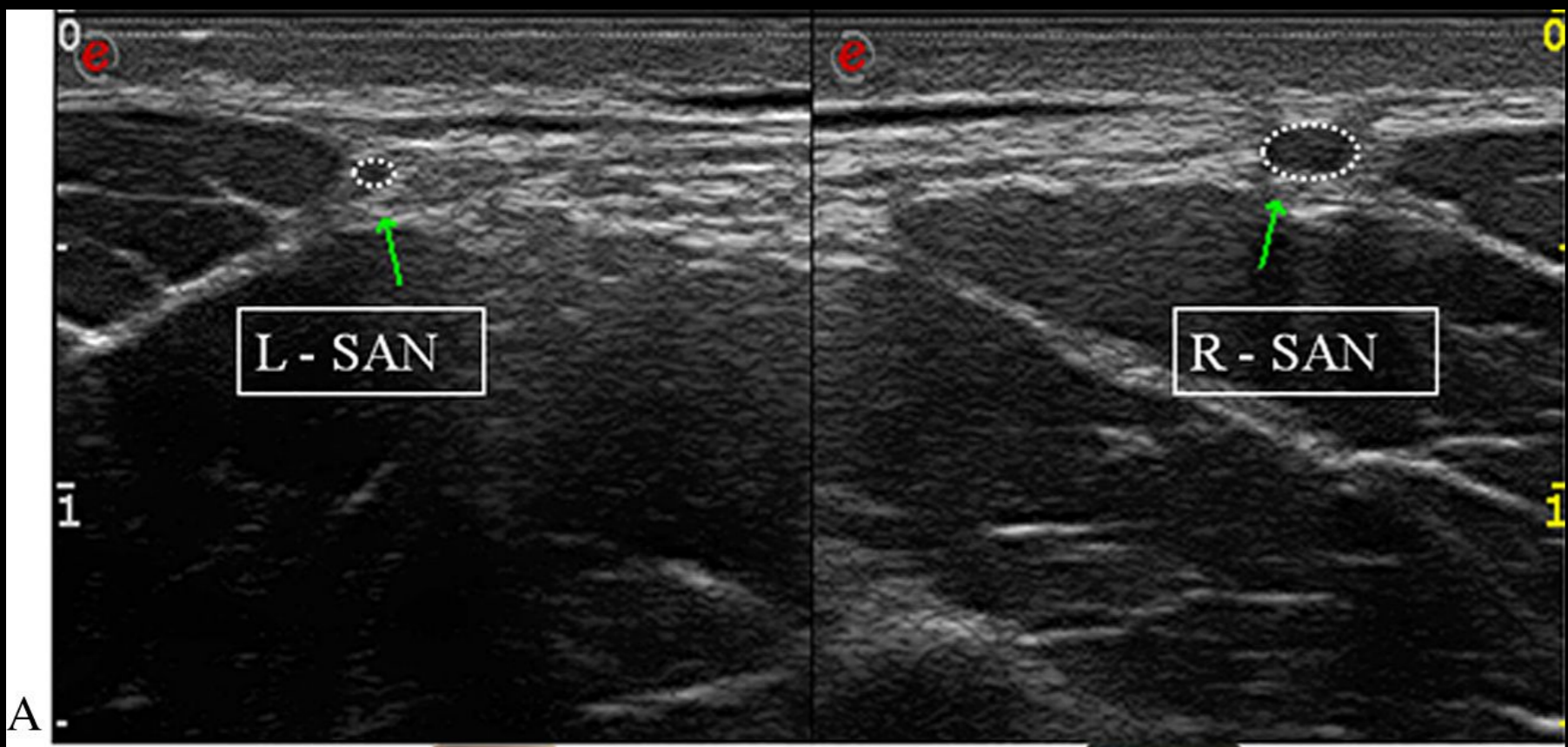


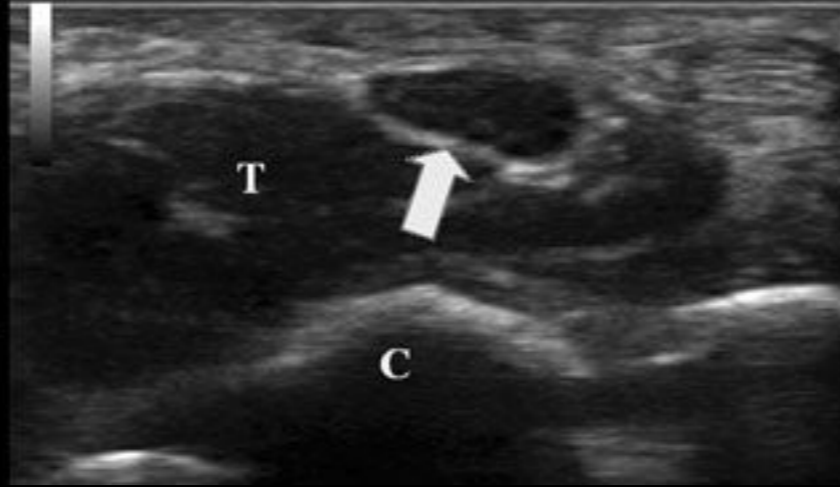
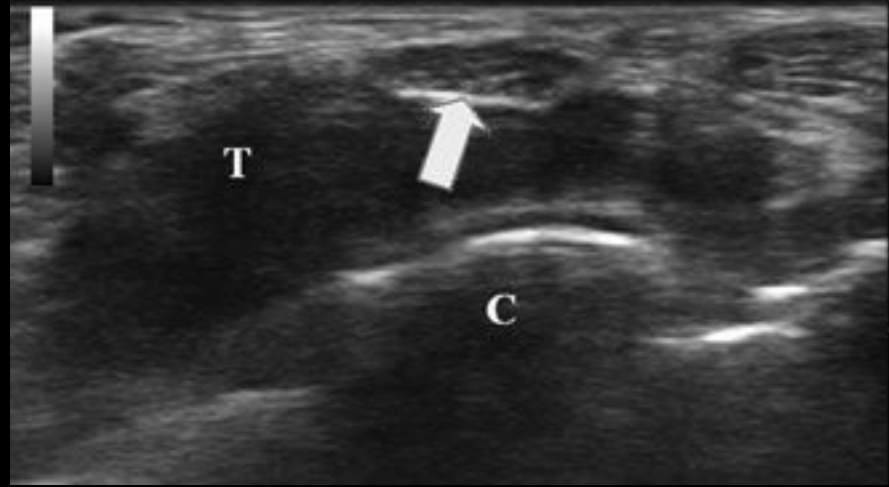


MSC-N region: side by side comparison





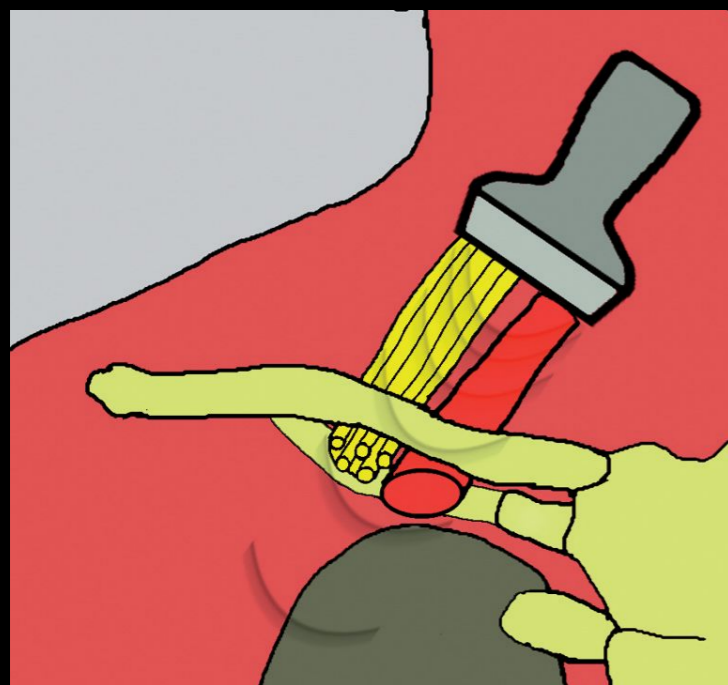
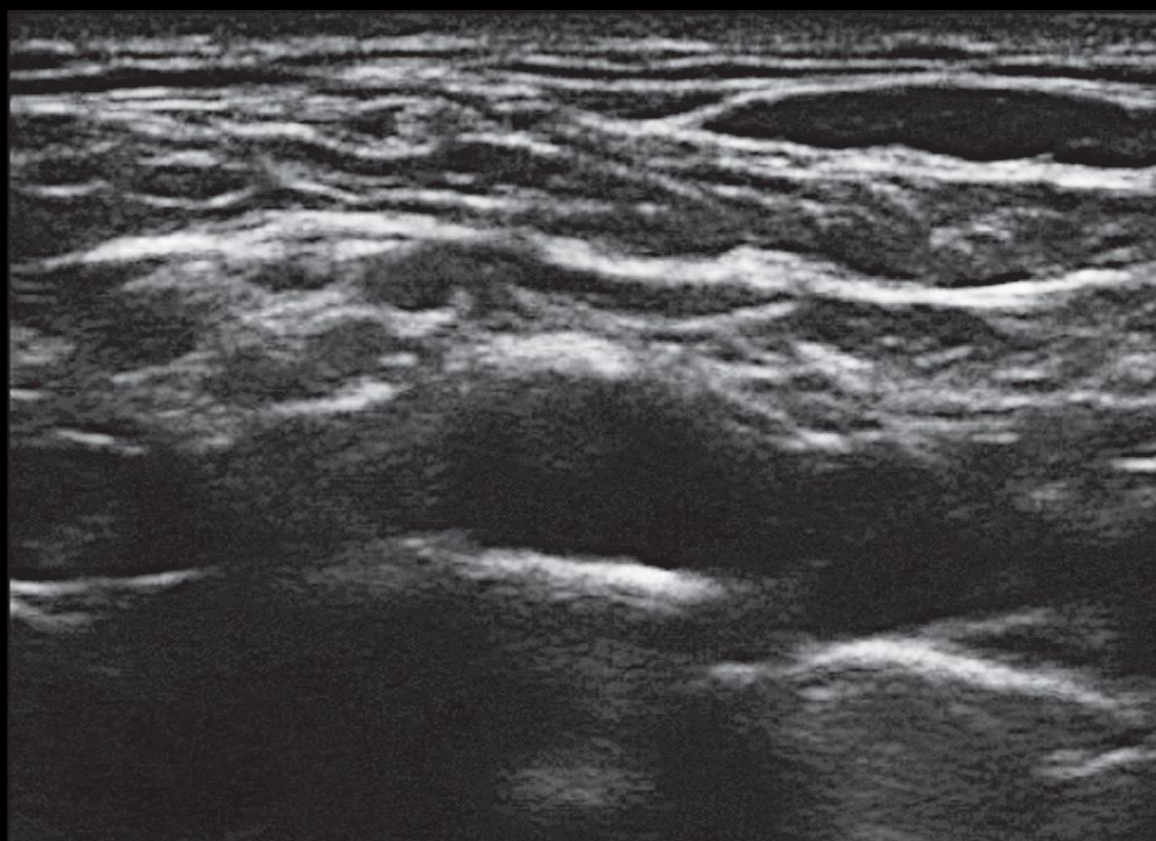


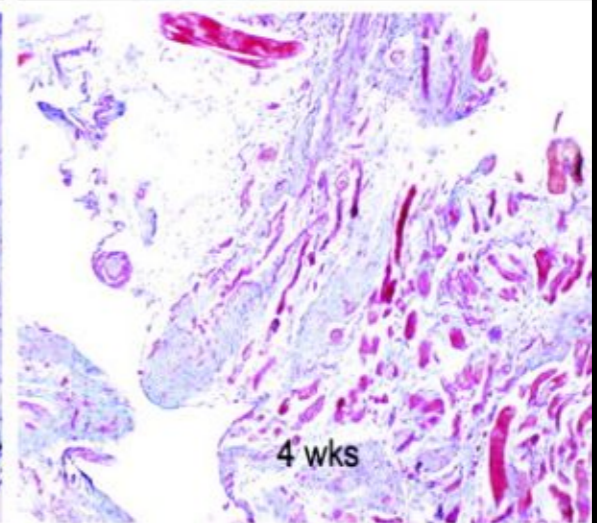
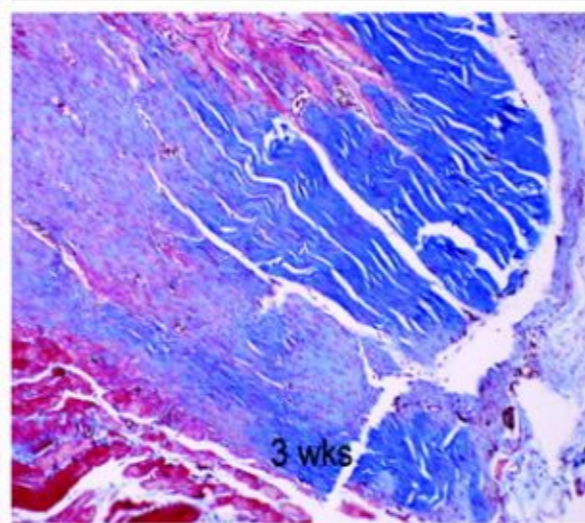
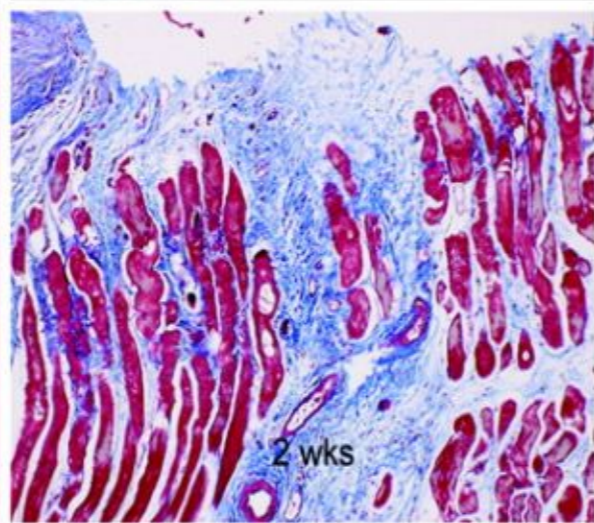
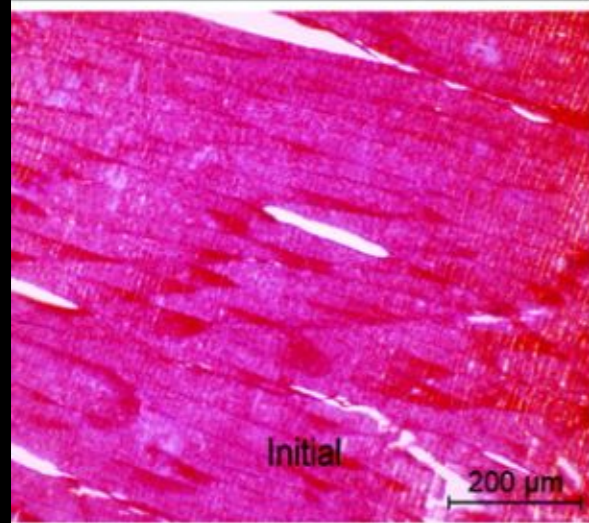
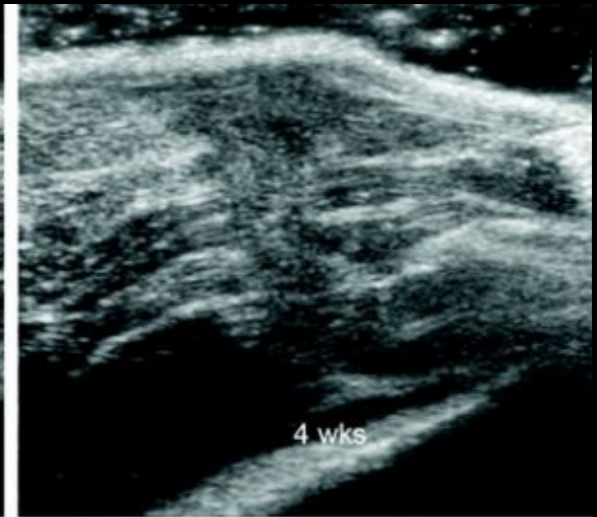
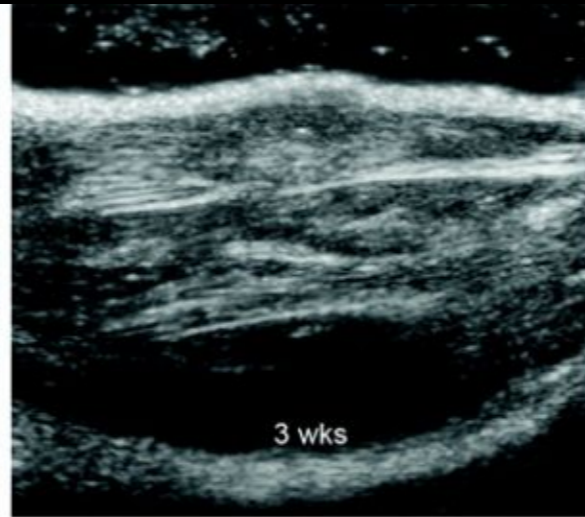
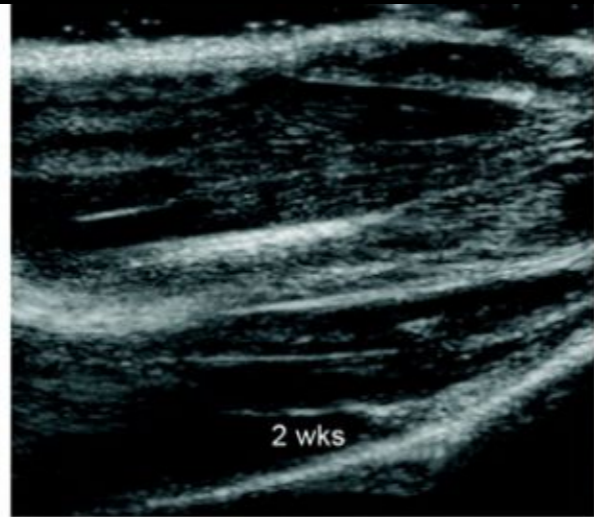
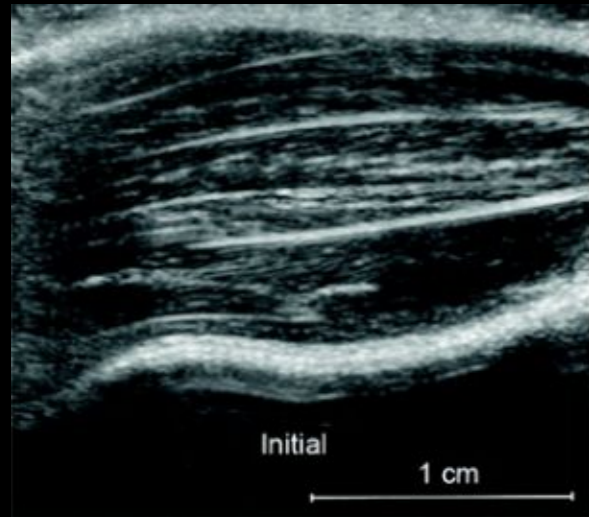


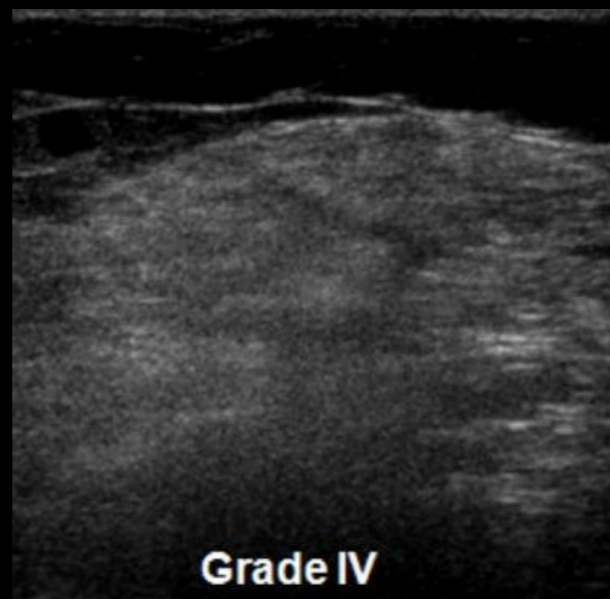
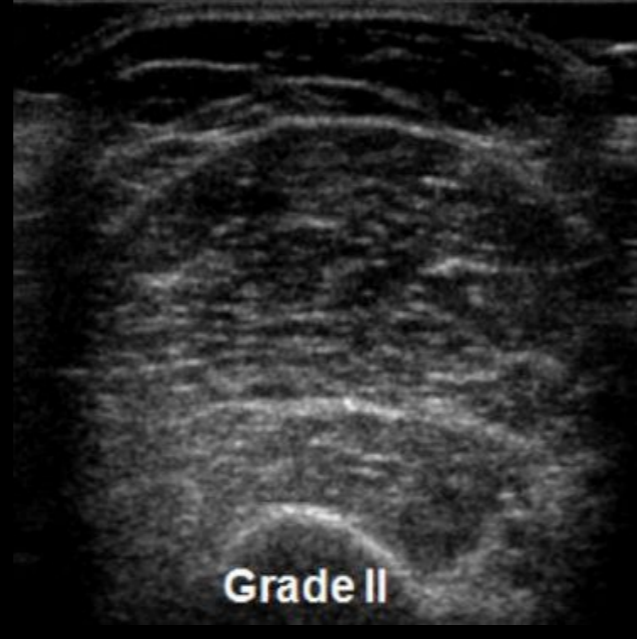
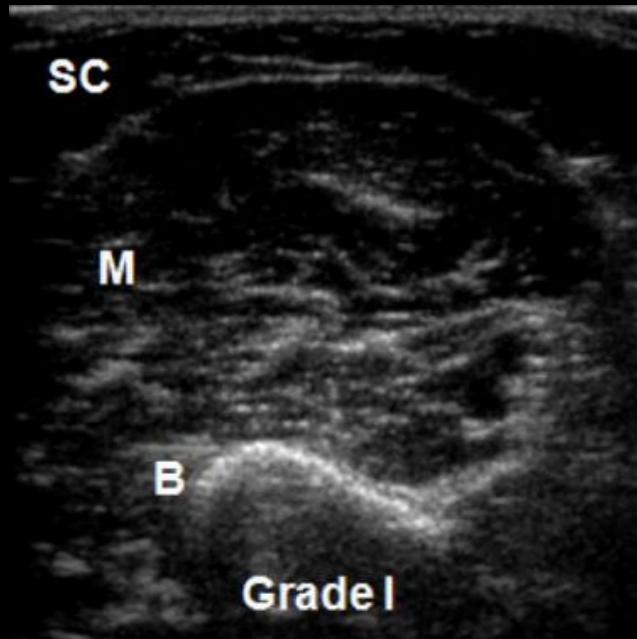
Д. В. Заболотский
Г. Э. Ульрих
А. О. Колосов

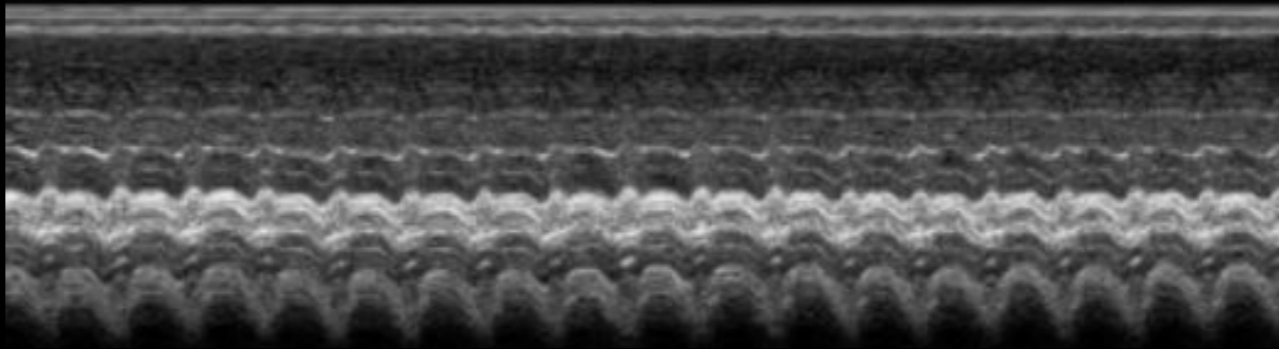
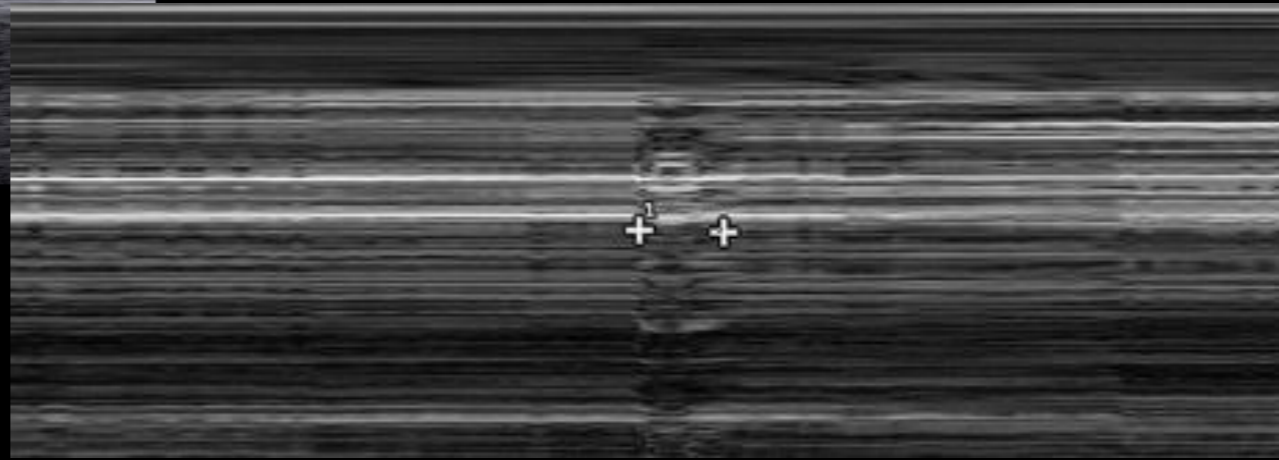
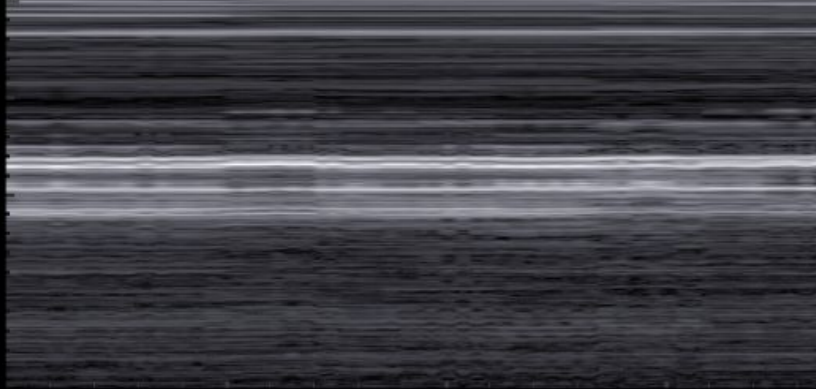
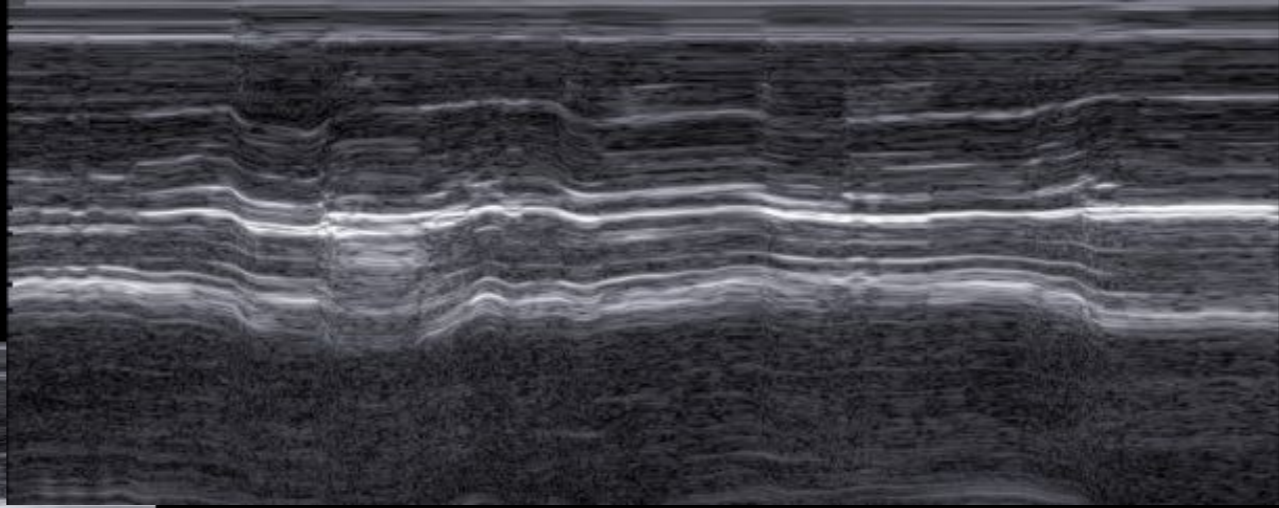
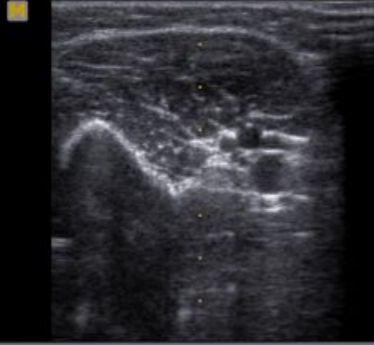
ТЕХНИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ РЕГИОНАРНЫХ БЛОКАД

Санкт-Петербург
«Родная Ладога»
2014









СОНОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ ТРАВМАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

© М. Н. Романова, Н. Г. Жила, Е. В. Синельникова

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

