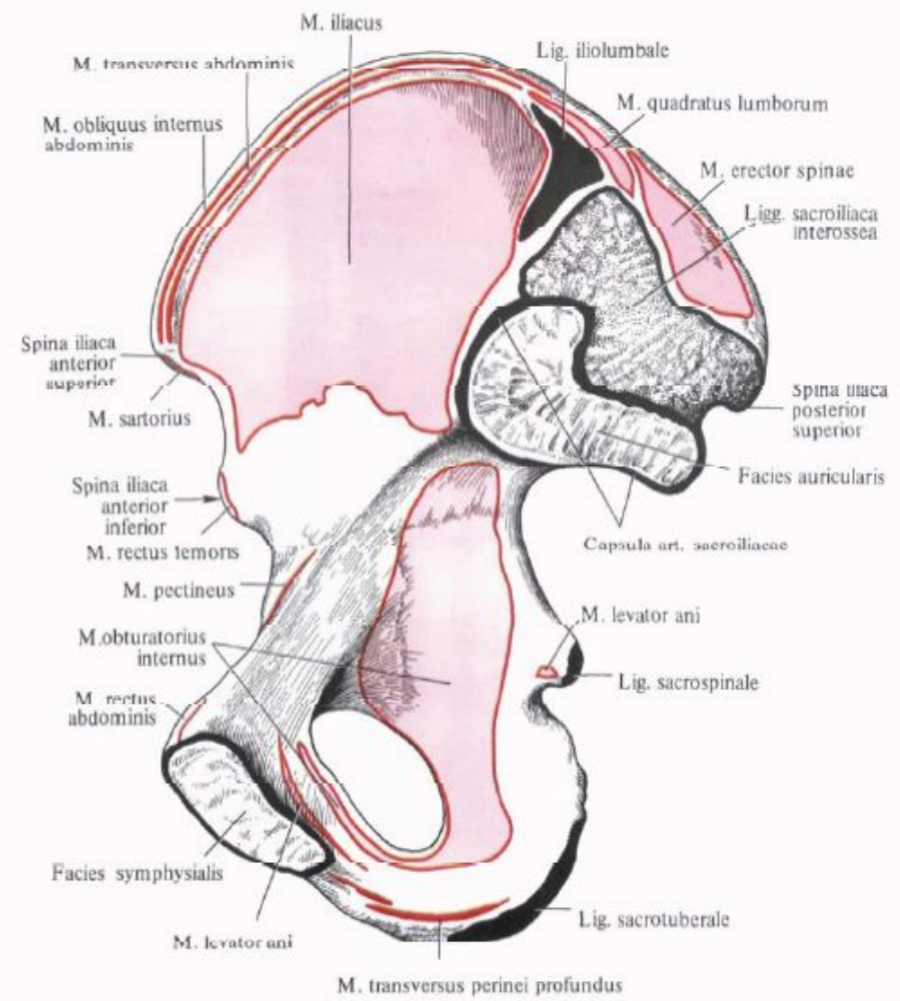
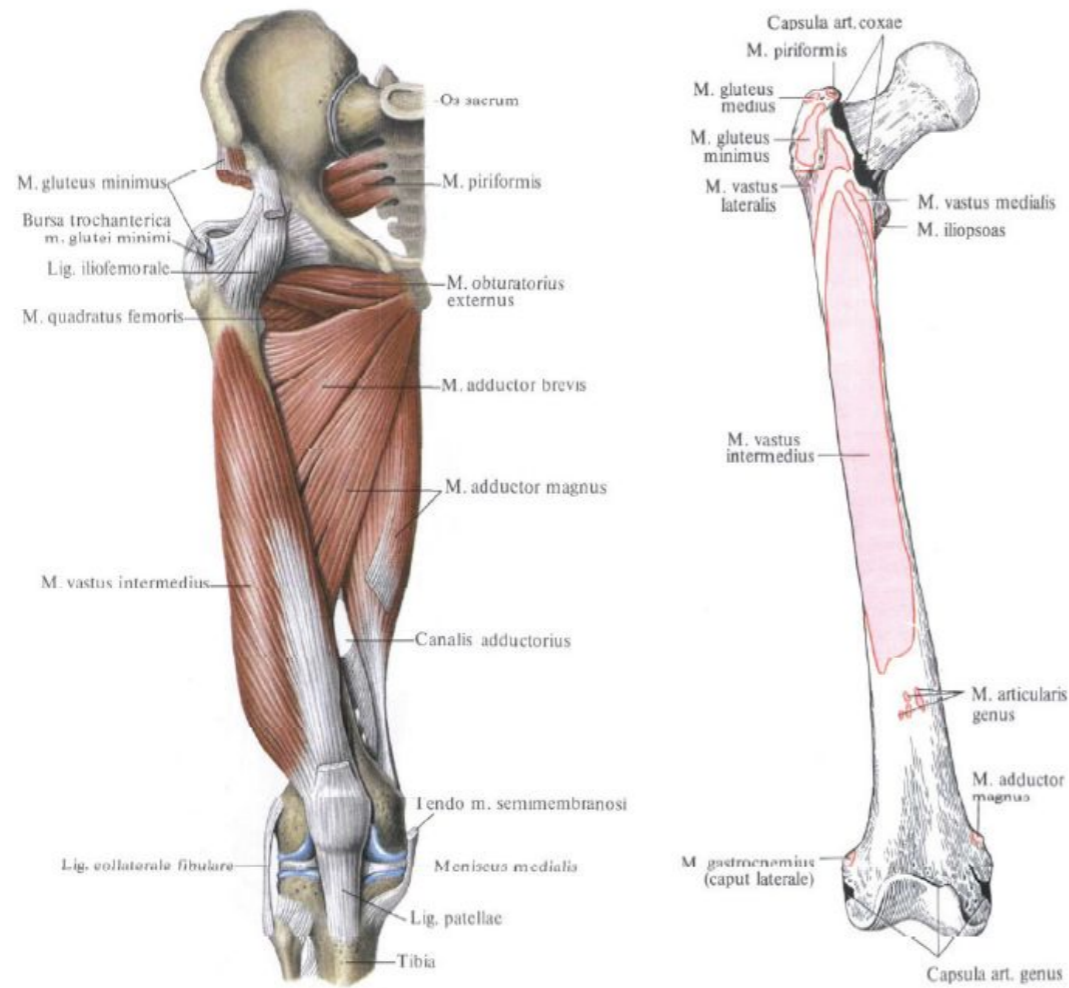
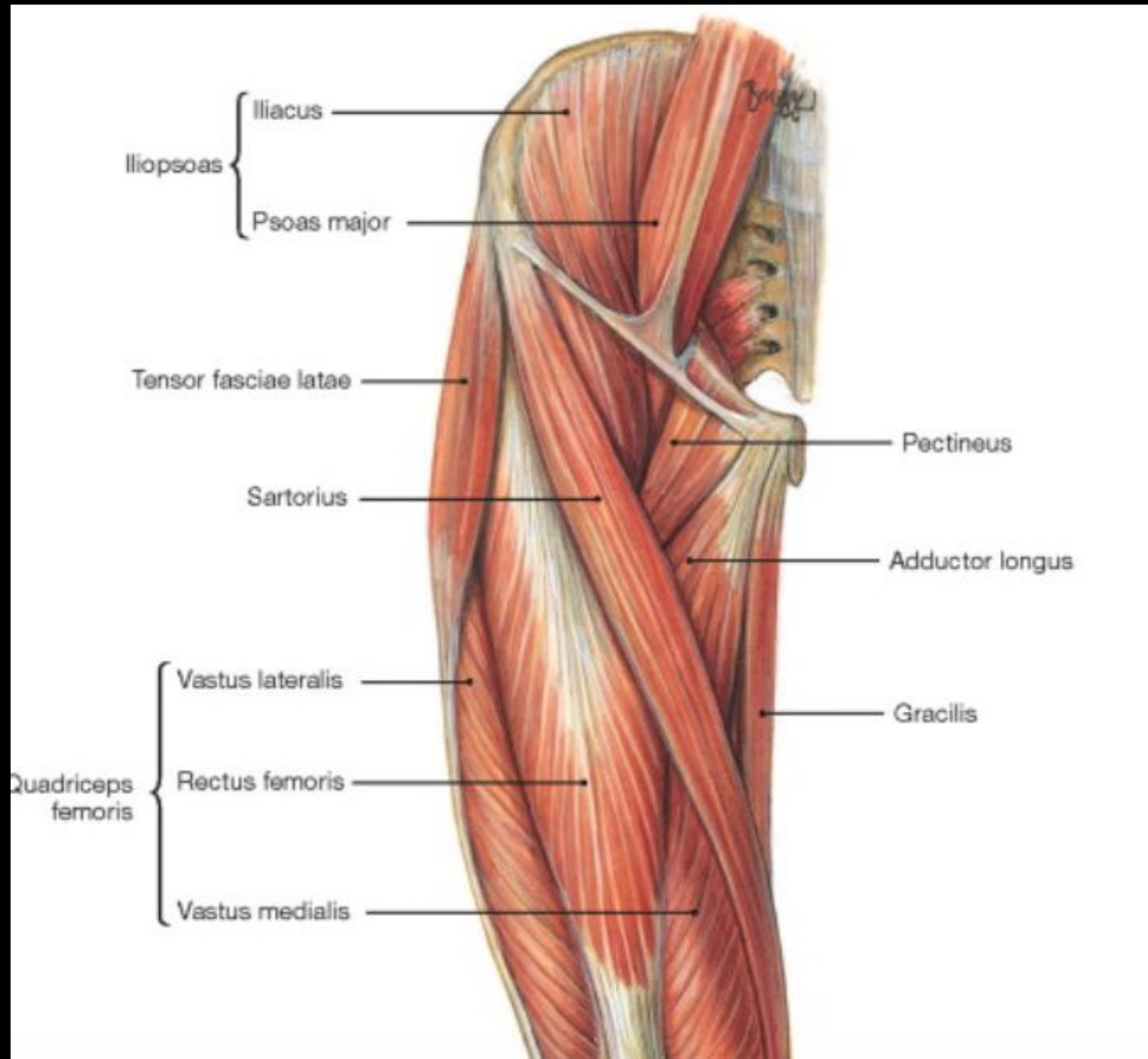


Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава

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

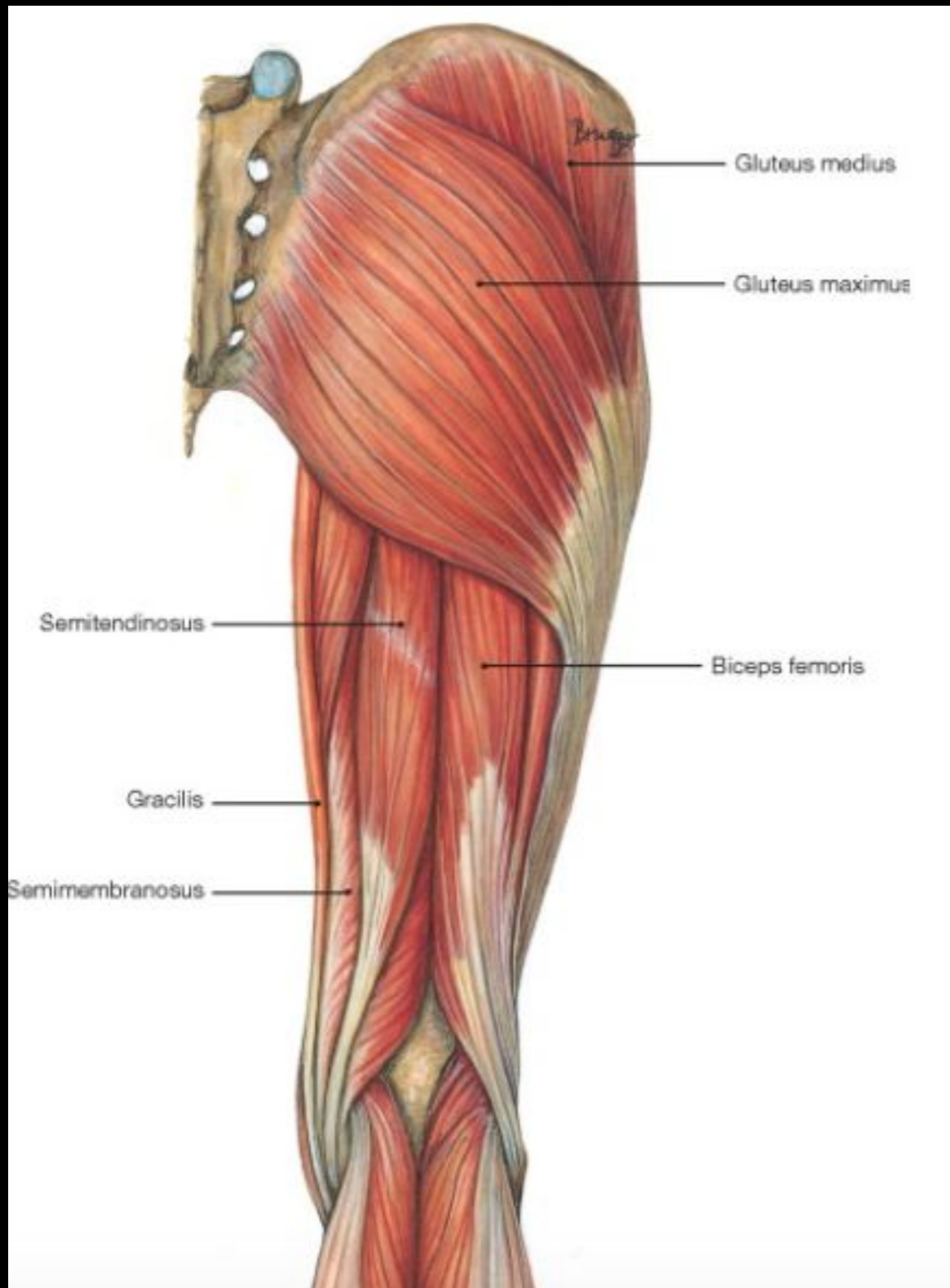






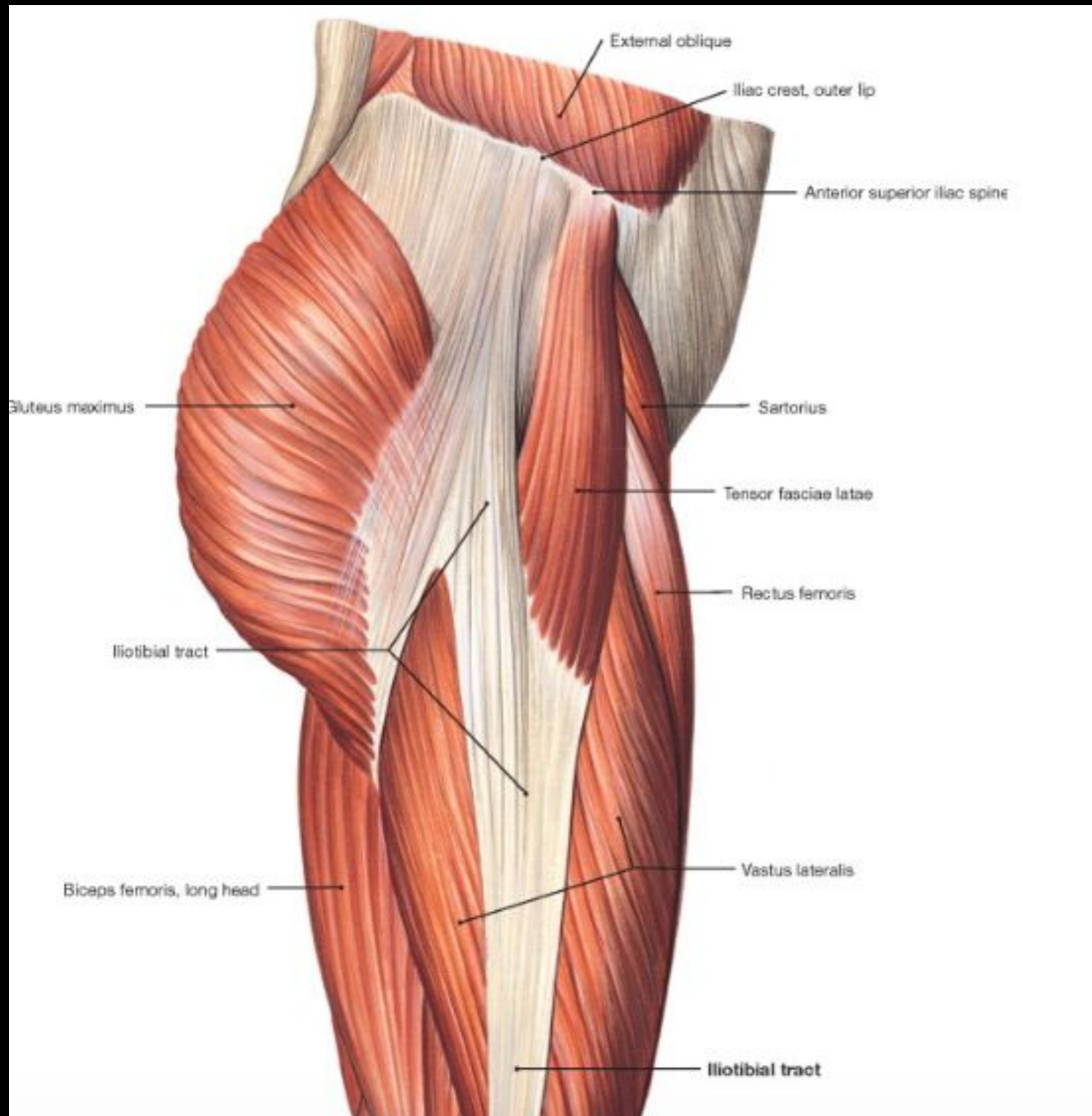
F. Paulsen

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



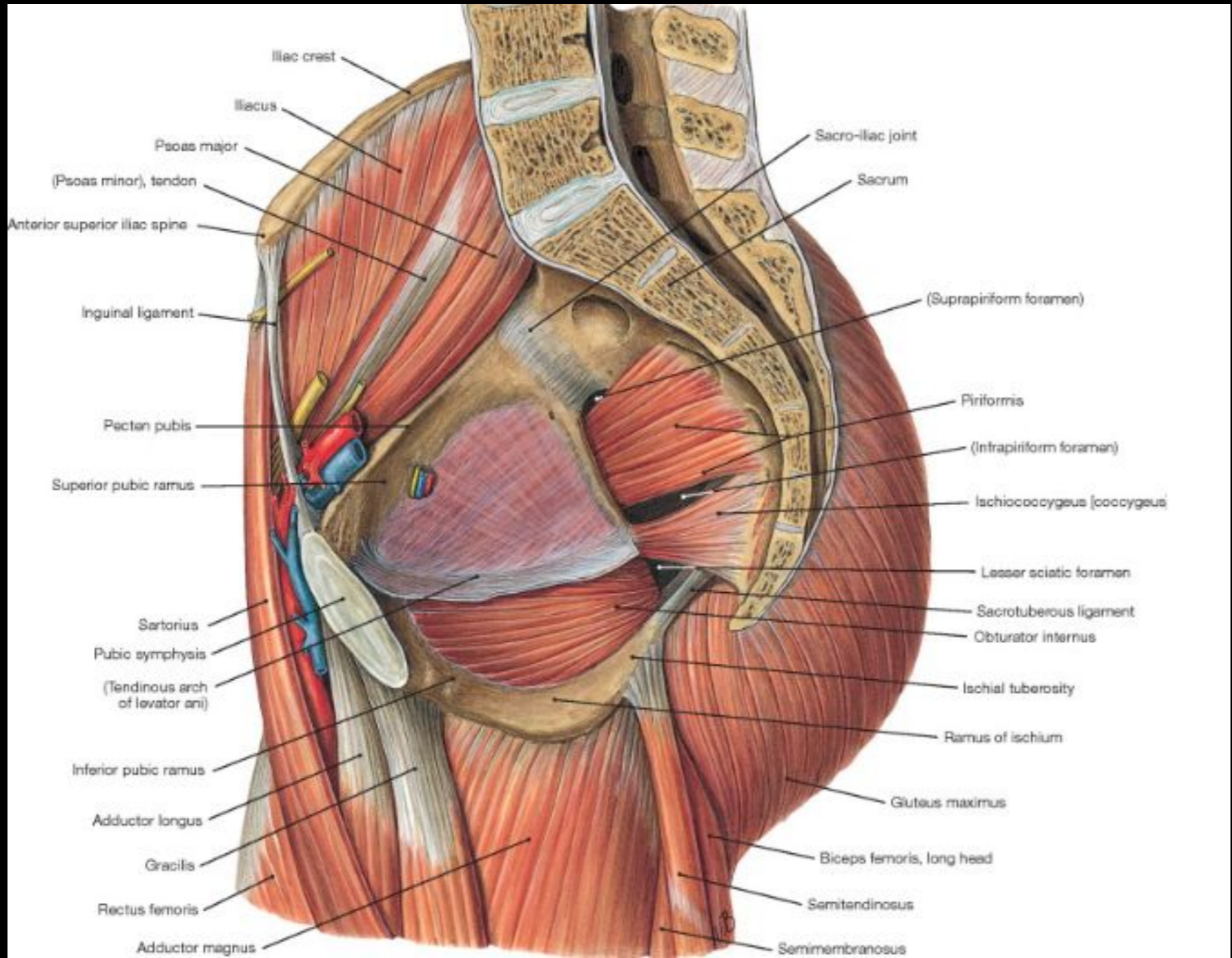
F. Paulsen

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



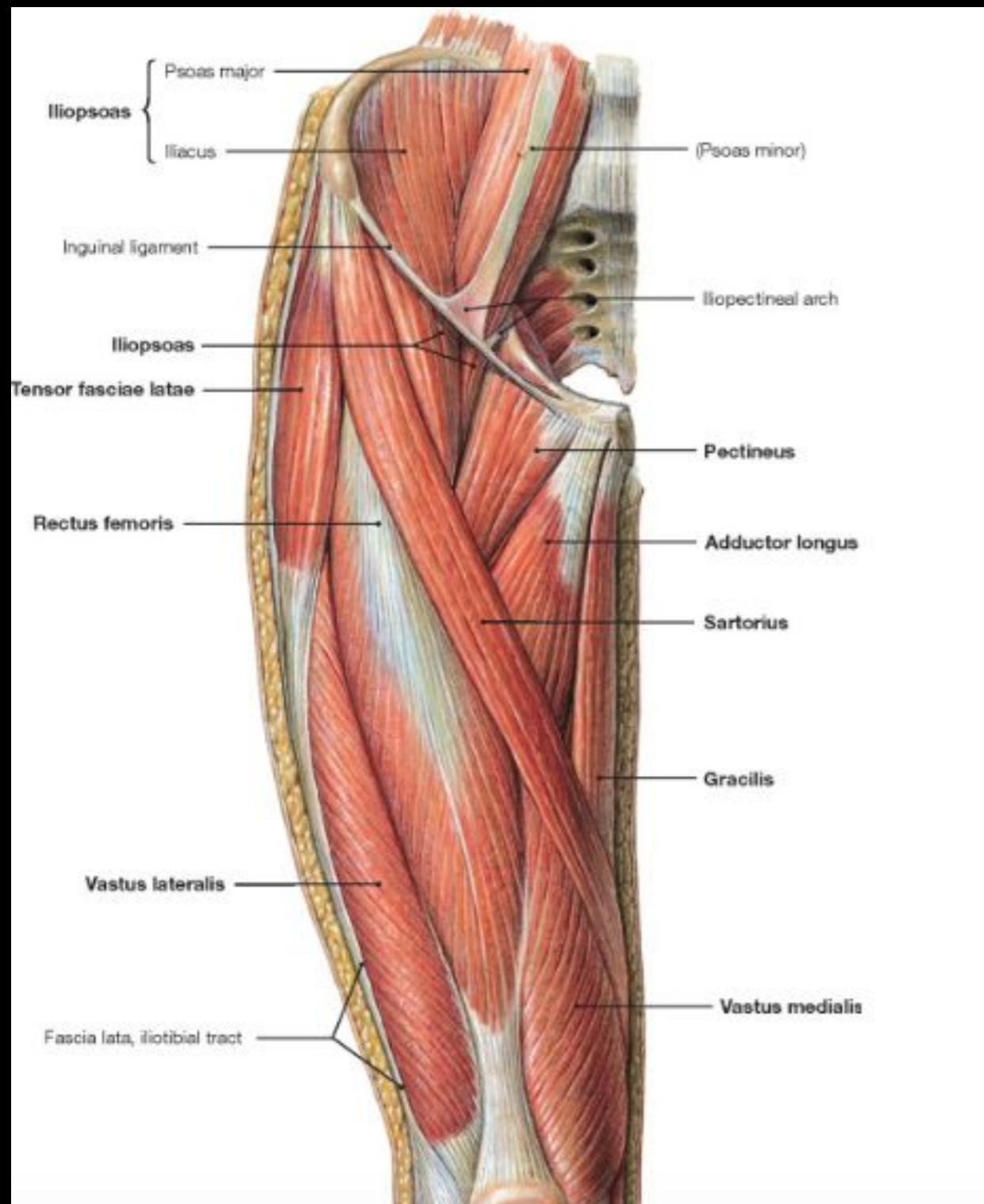
F. Paulsen

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



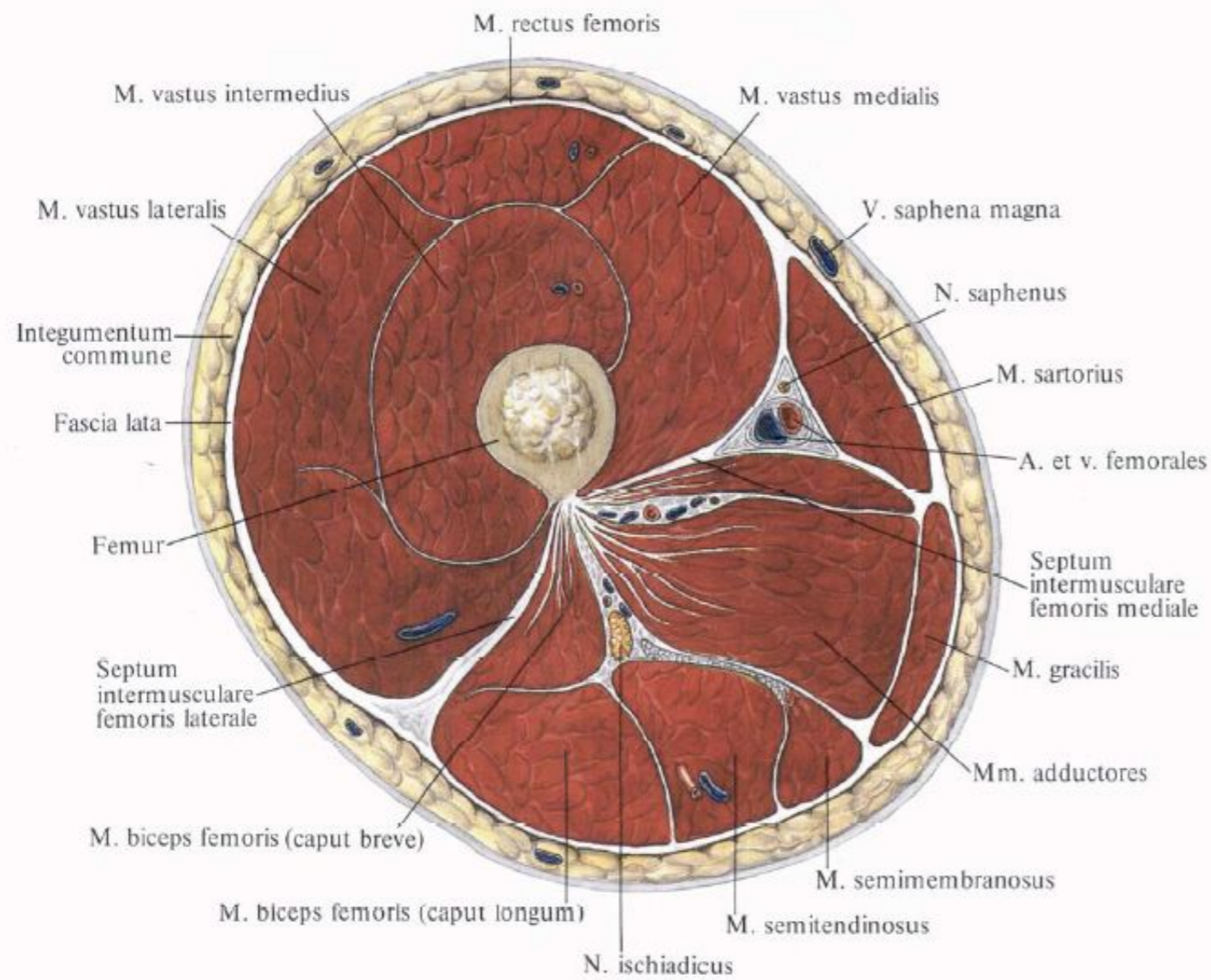
F. Paulsen

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



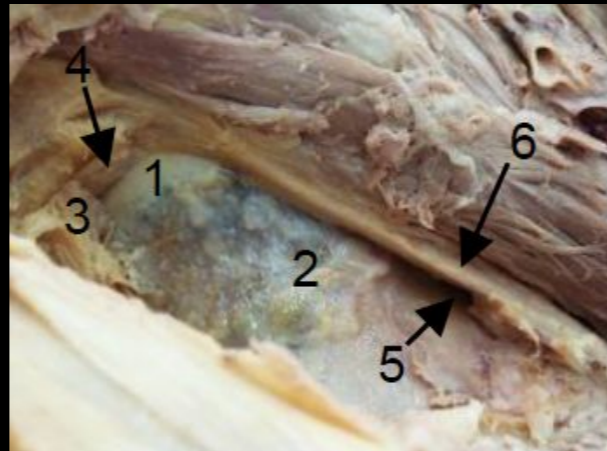
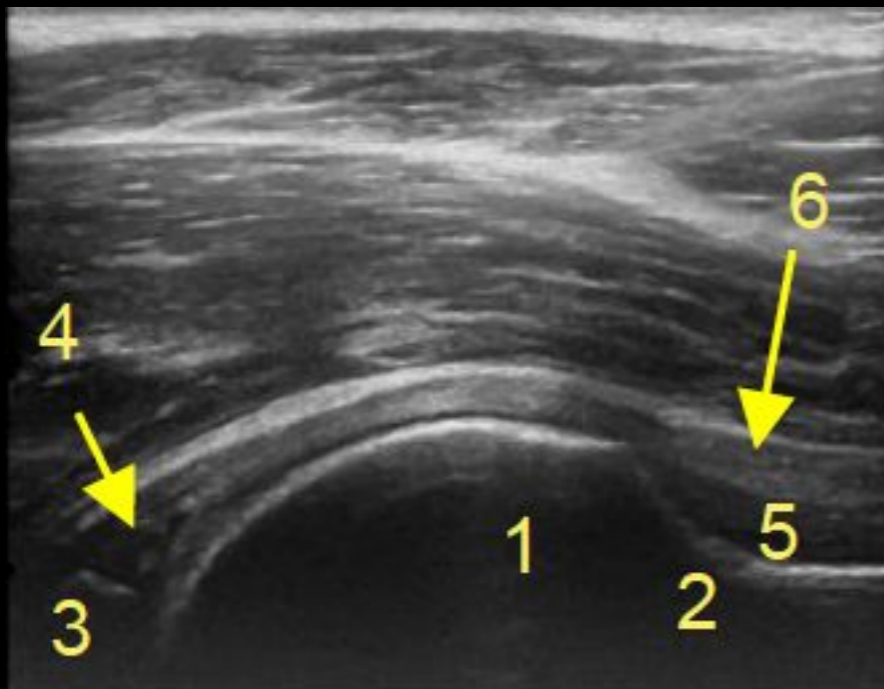
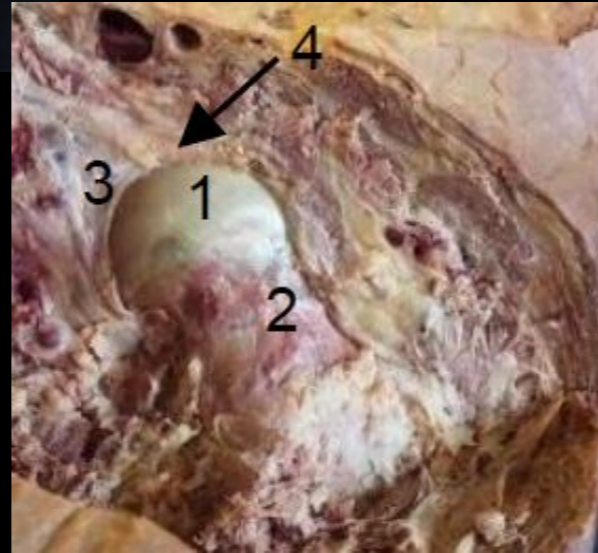
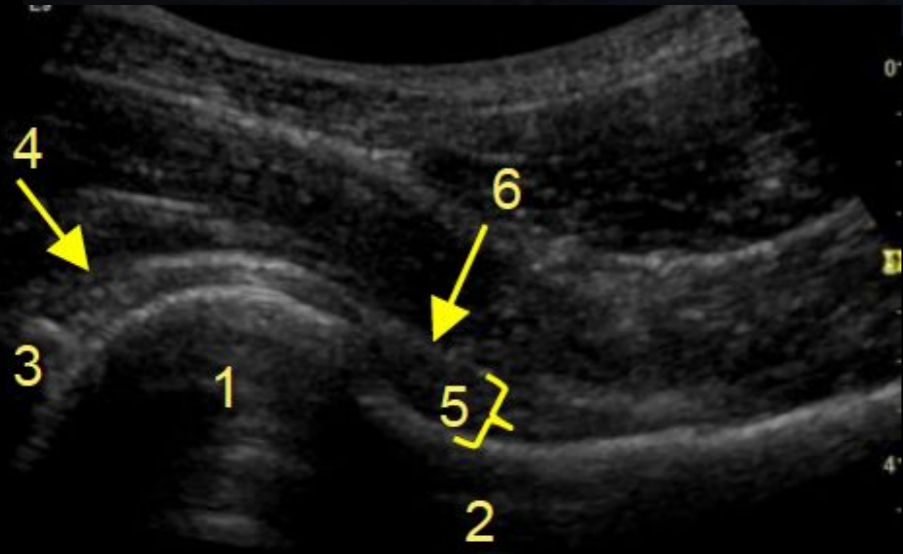
F. Paulsen

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

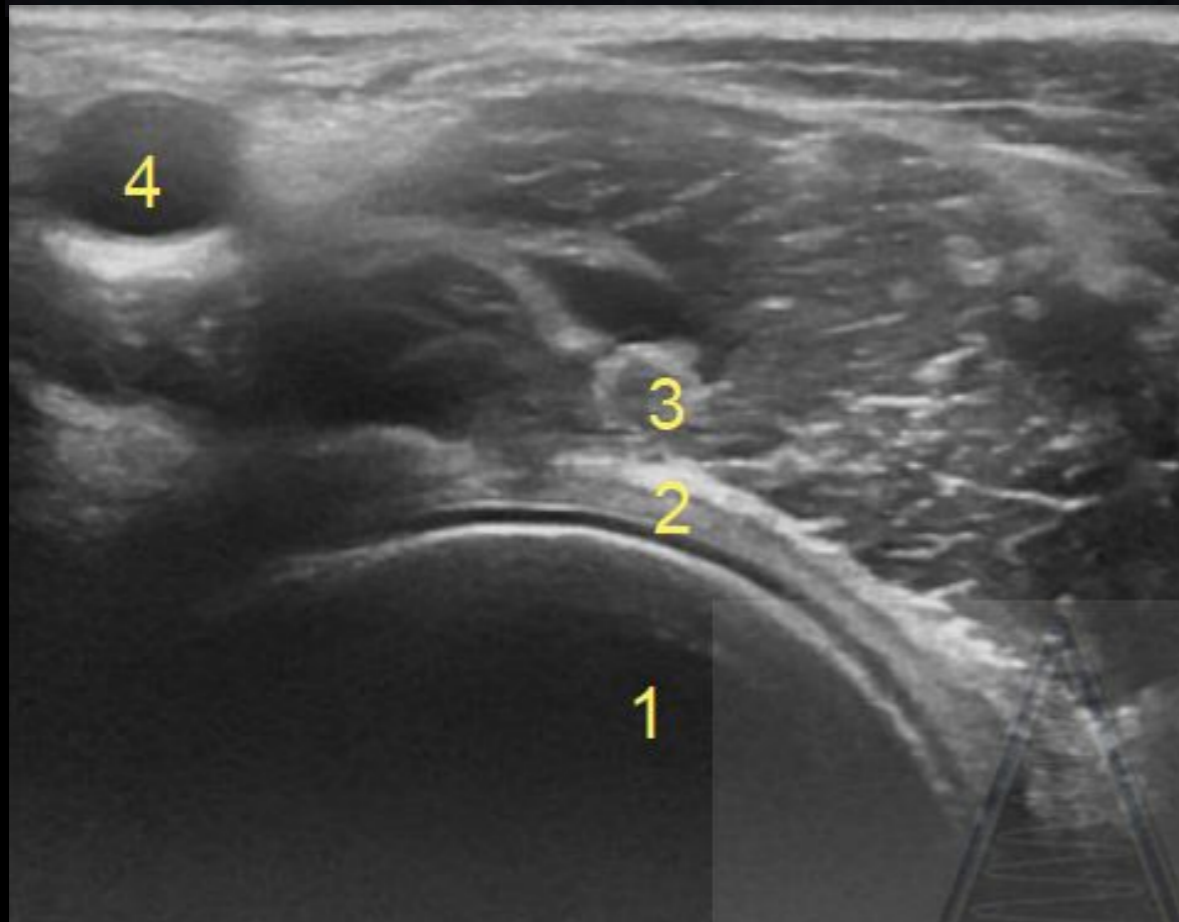


McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

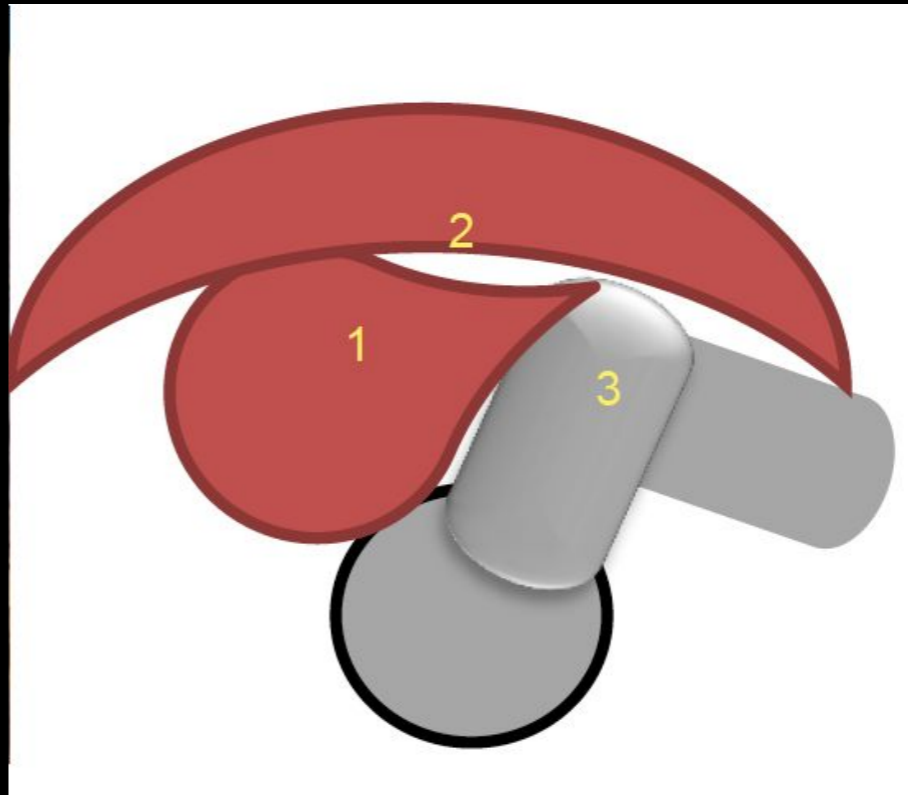
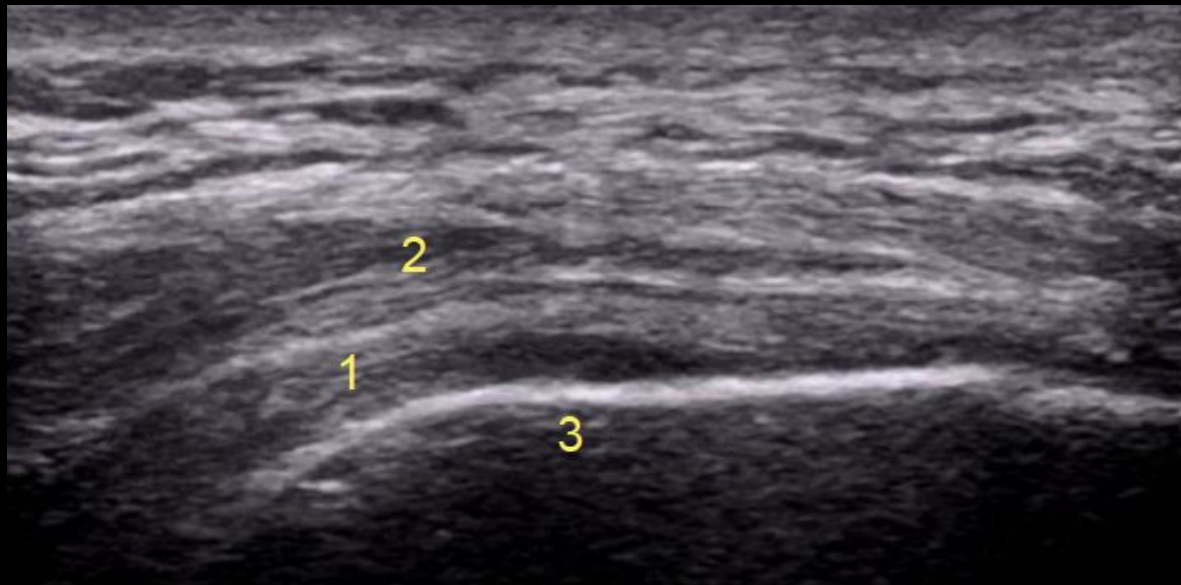
Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved.



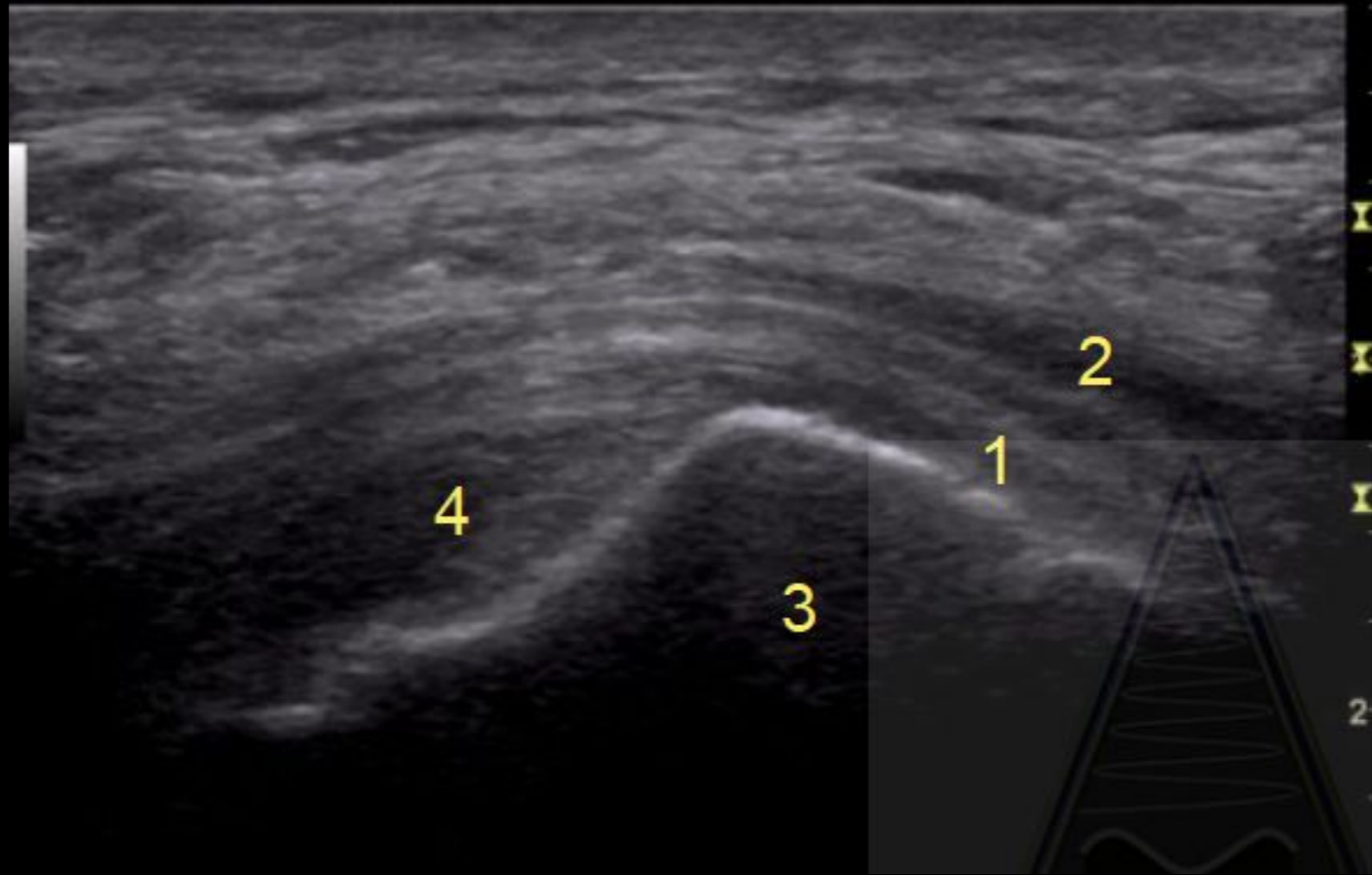
USSONAR
Ultrasound School
of North American
Rheumatologists



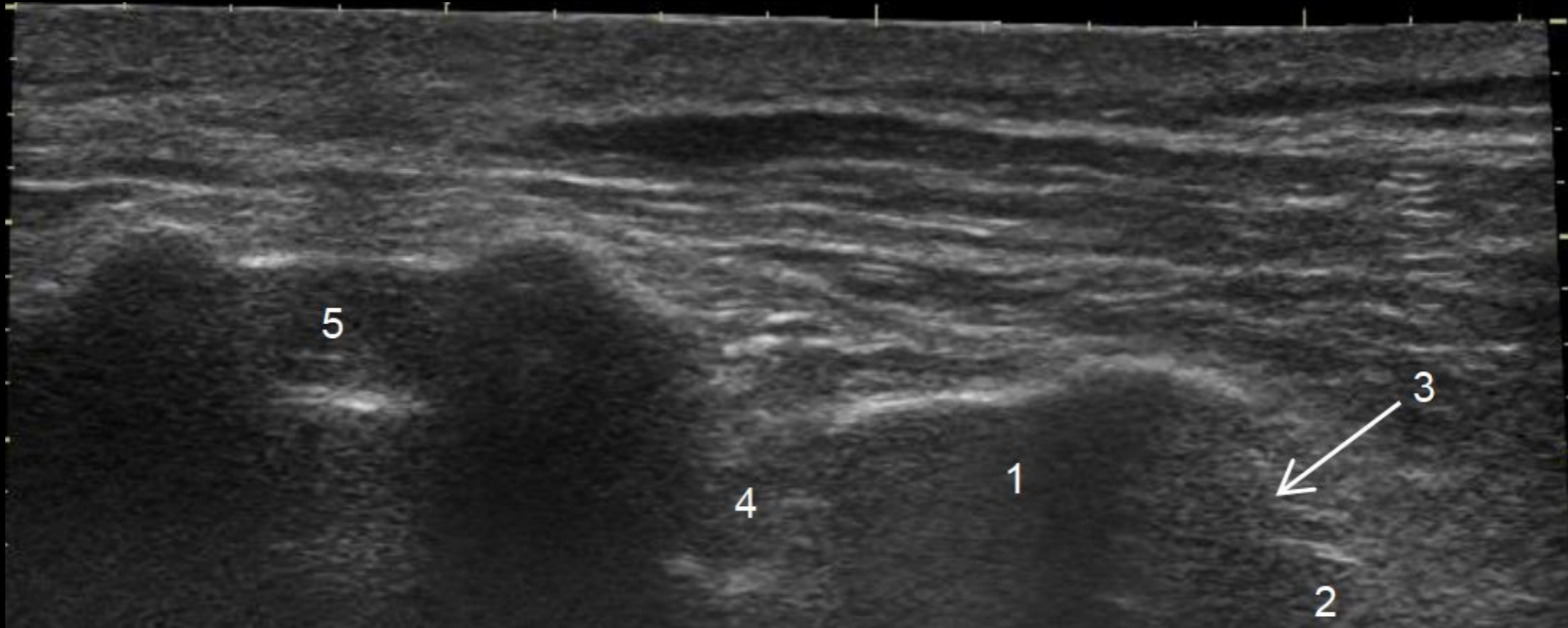
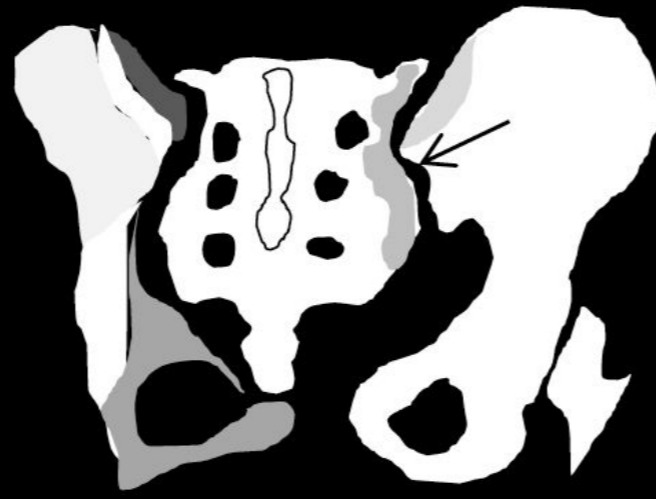
USSONAR
Ultrasound School
of North American
Rheumatologists



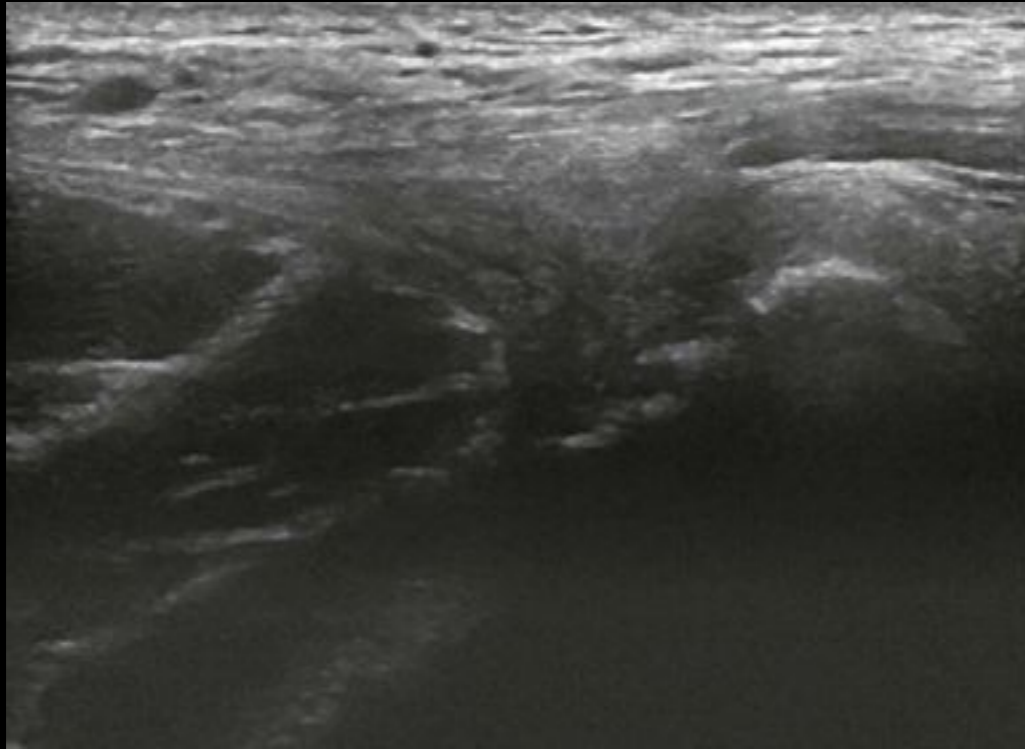
*Bird PA, et al. A&R, 2001:
44(9); 2138-45



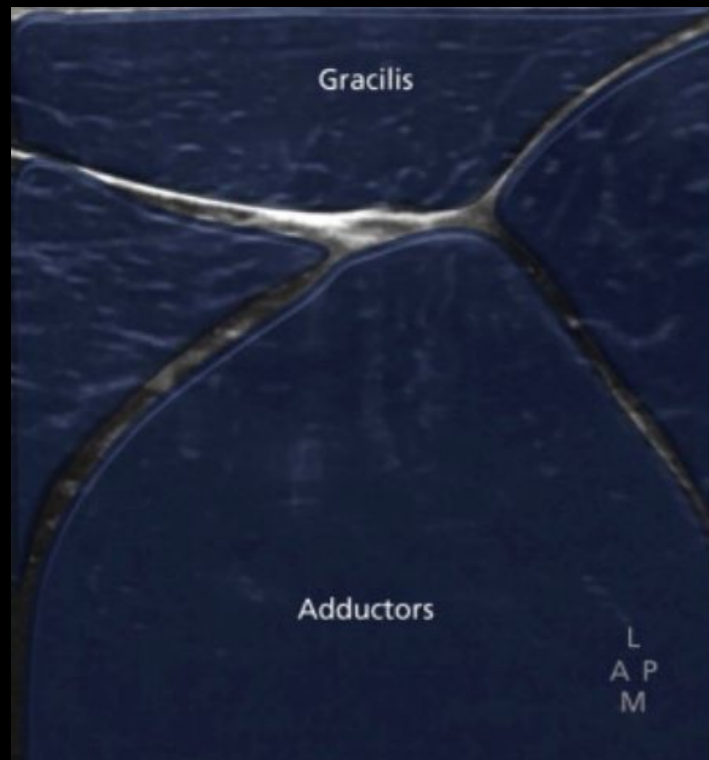
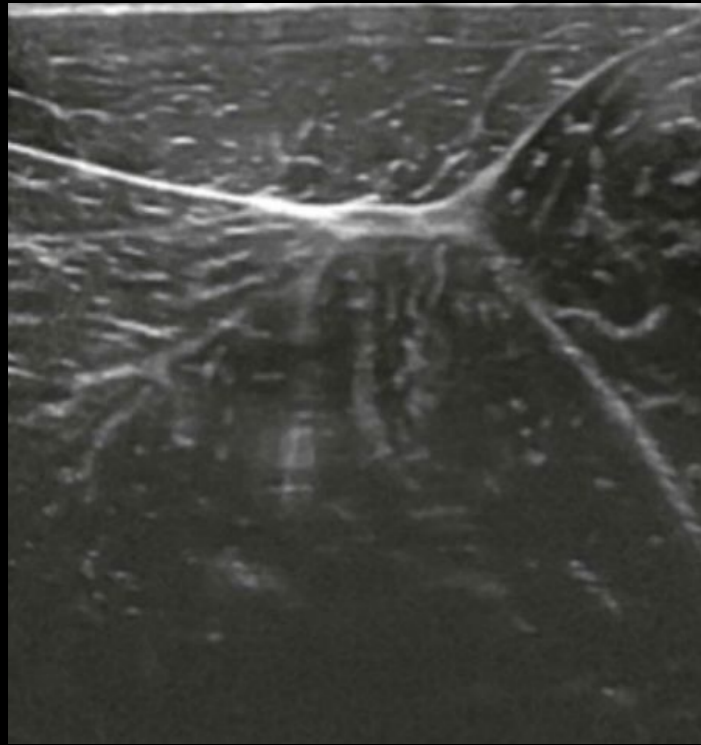
USSONAR
Ultrasound School
of North American
Rheumatologists



USSONAR
Ultrasound School
of North American
Rheumatologists

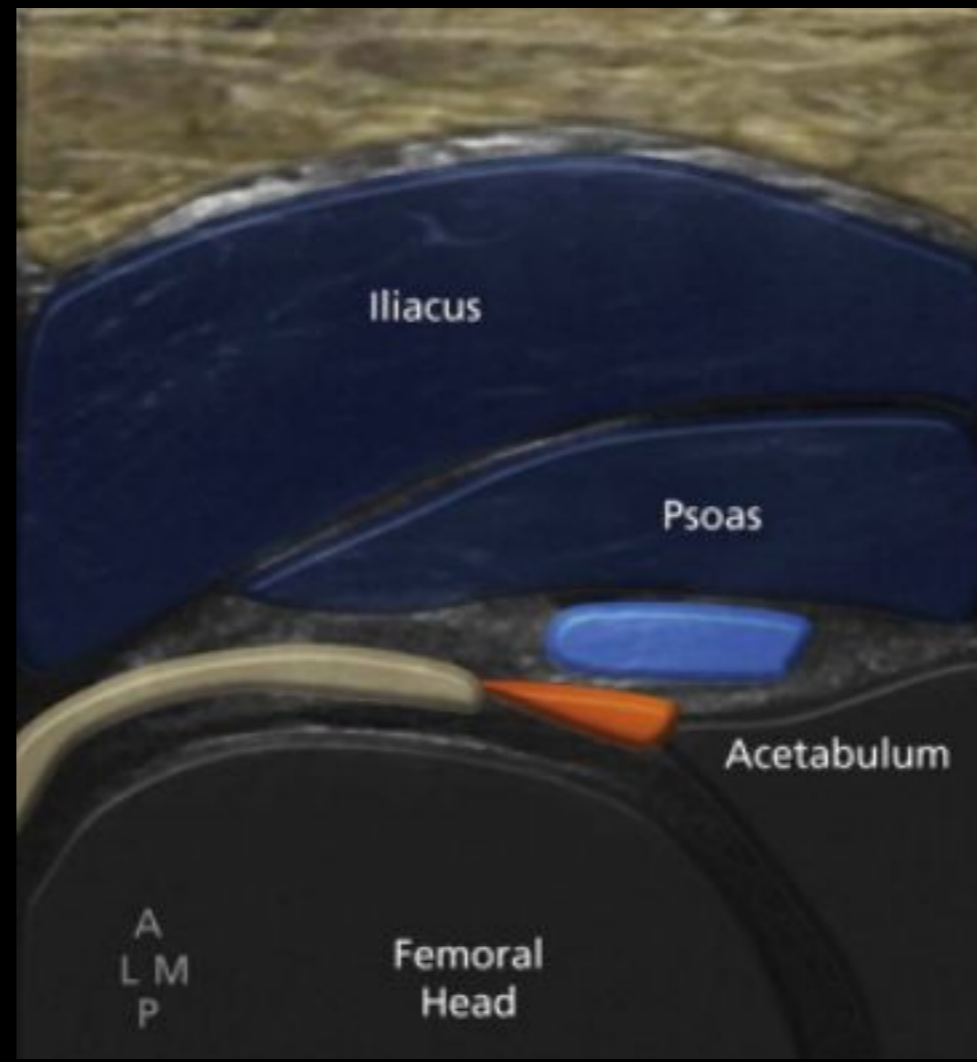
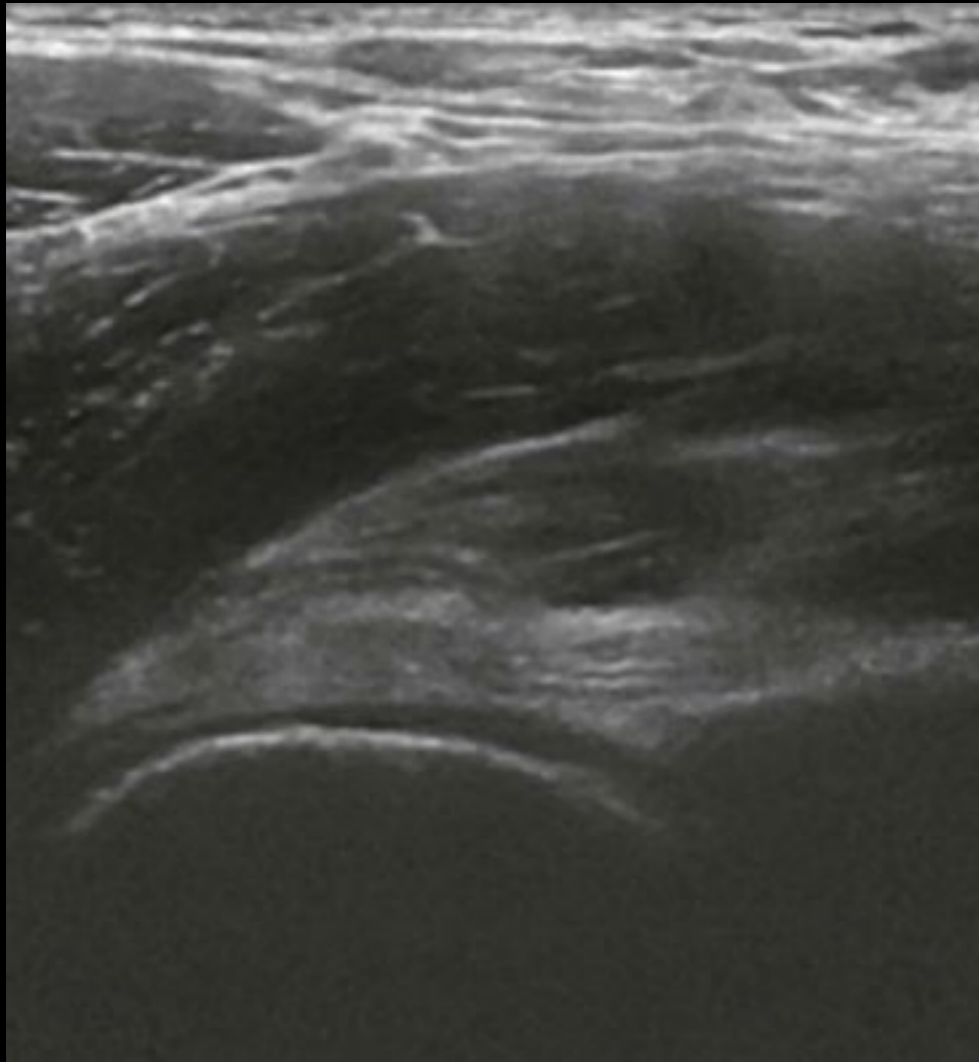


McNally, Eugene G., FRCR FRCPI
Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved



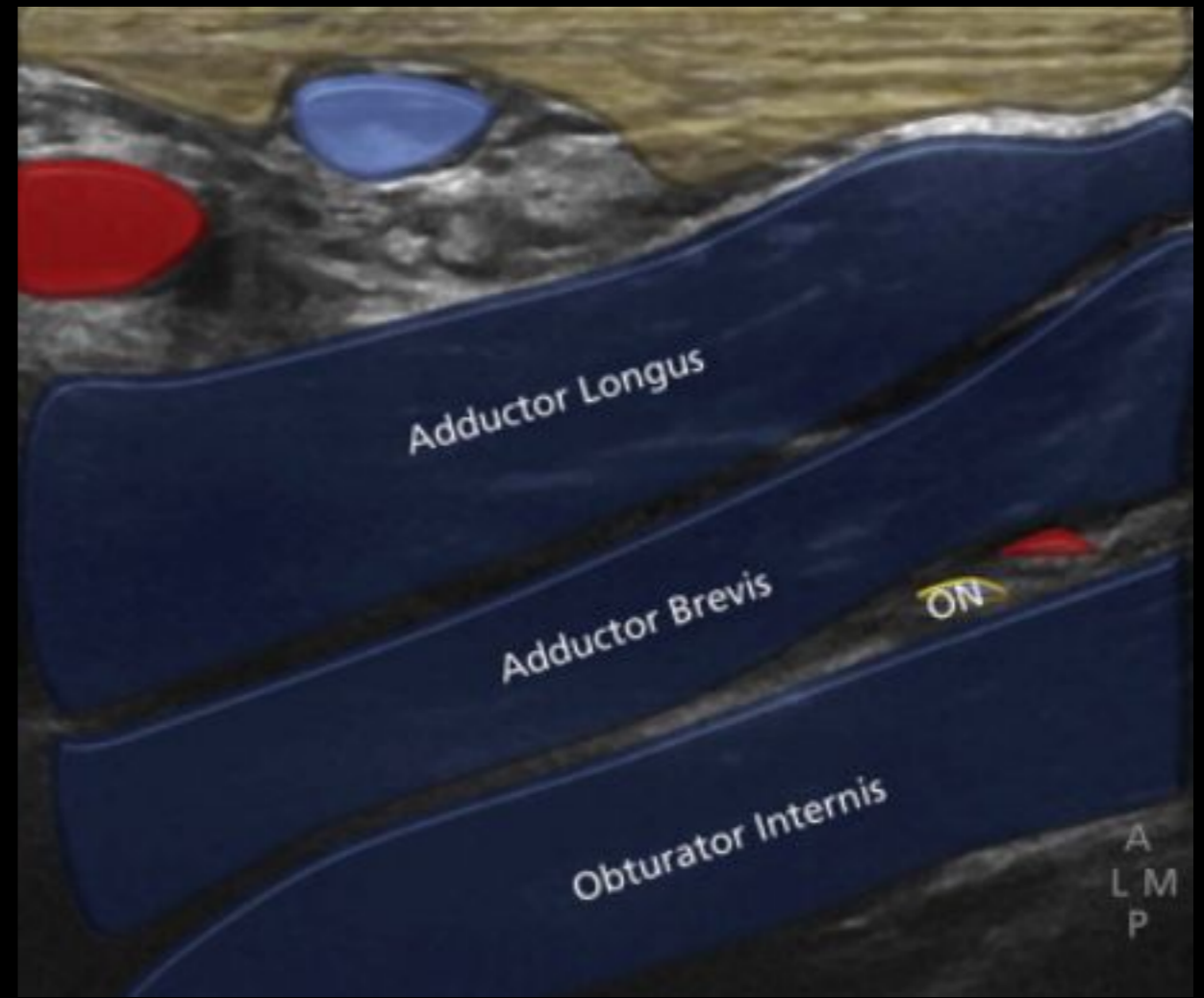
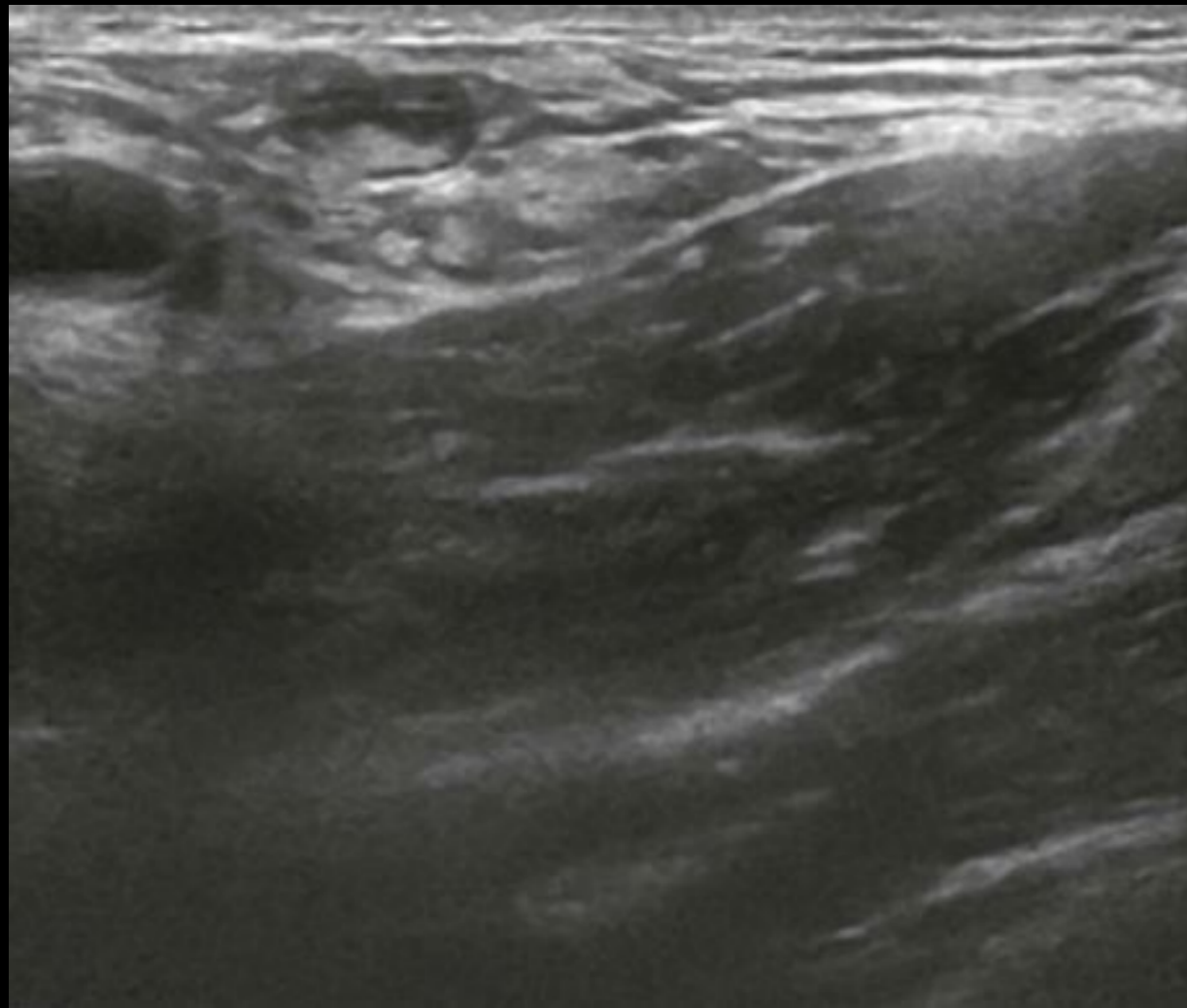
McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved

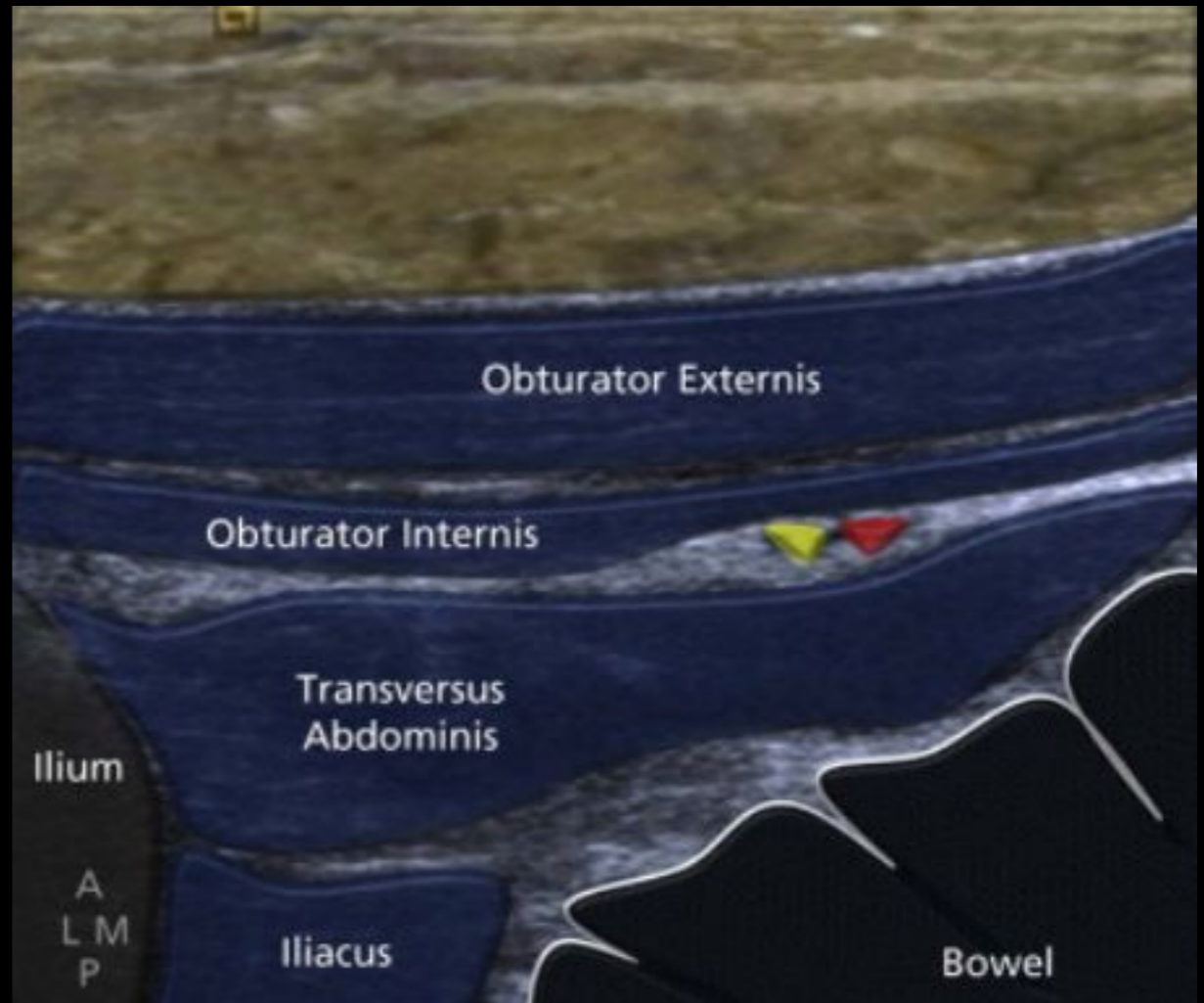
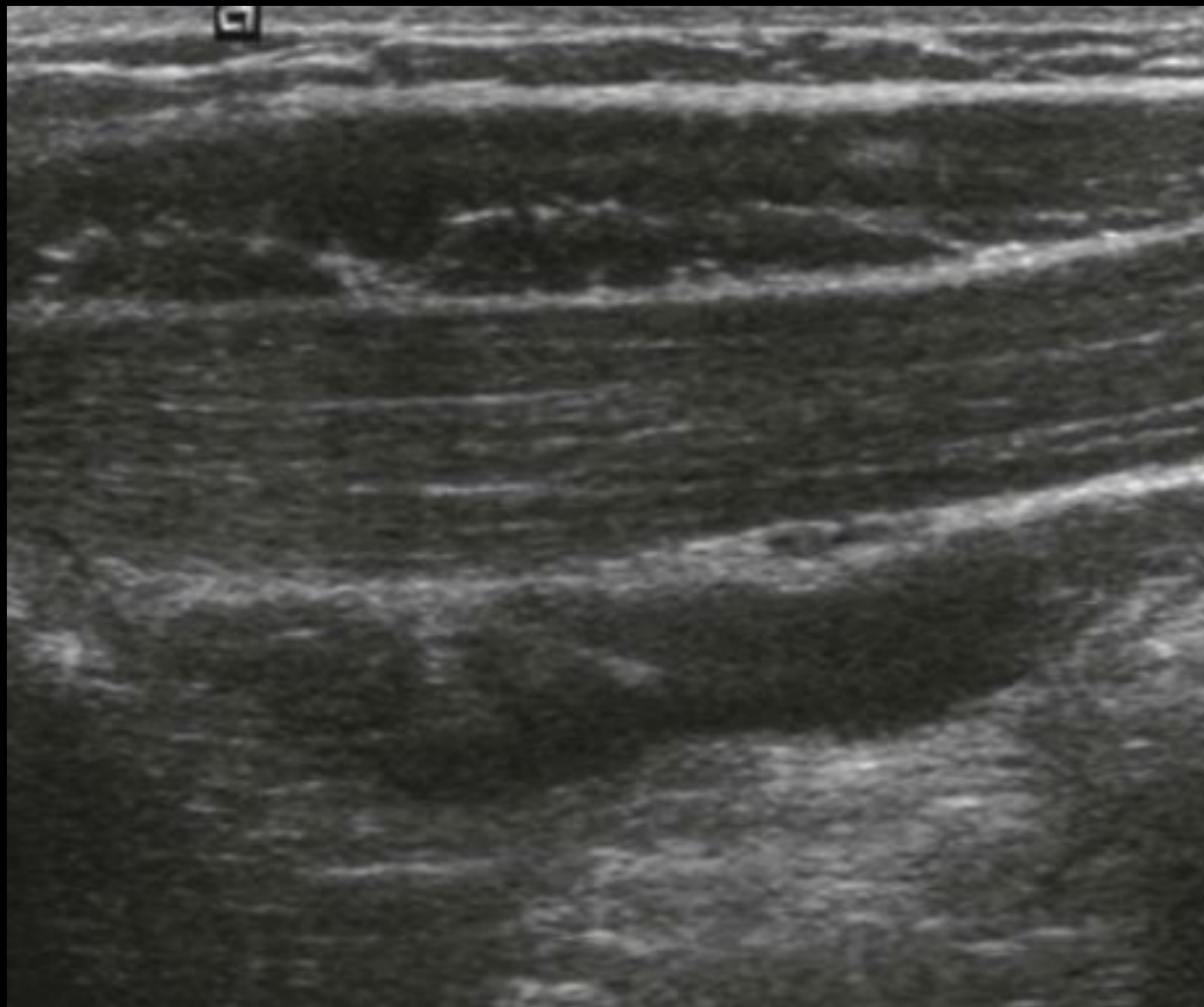


McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved

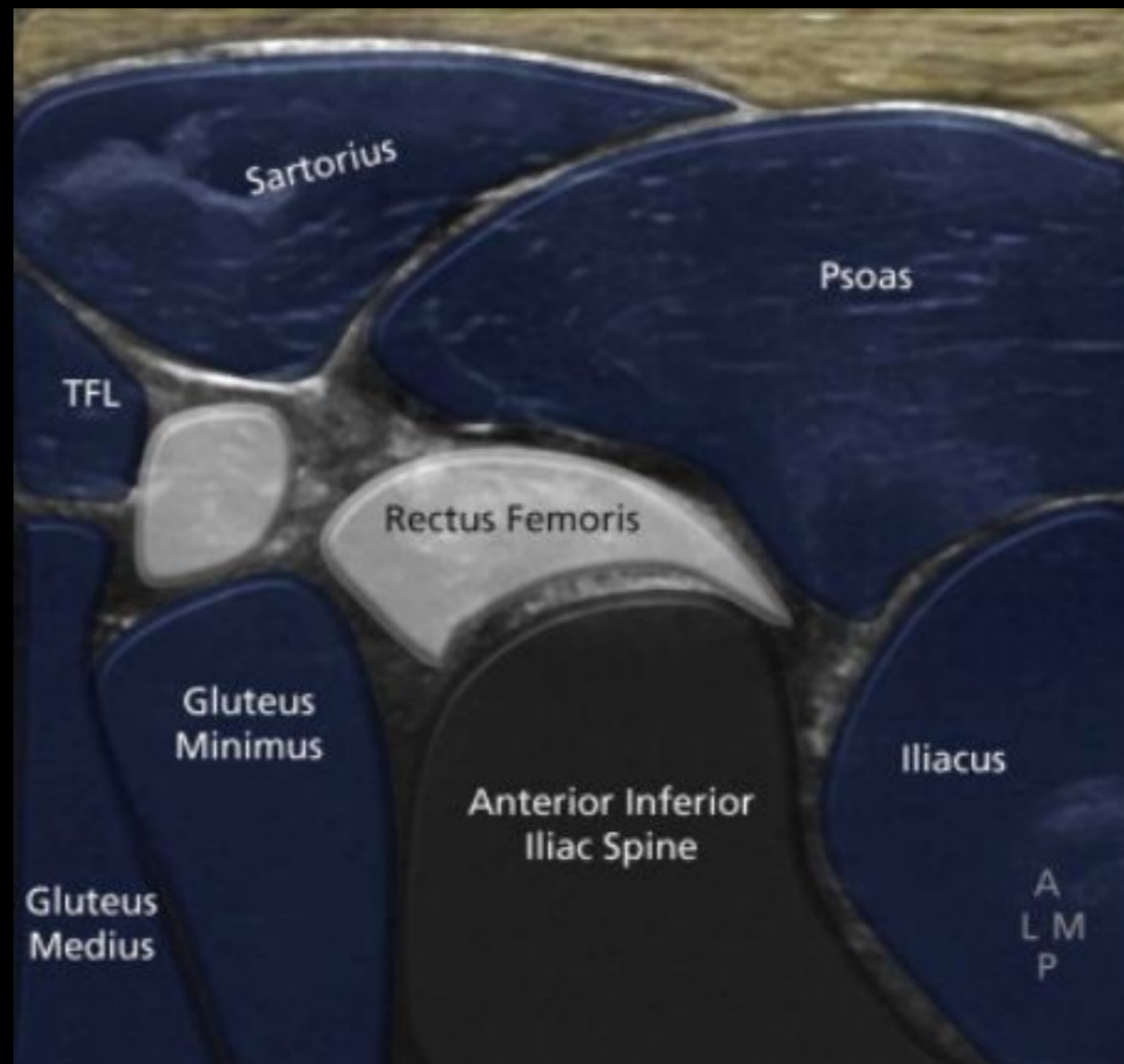
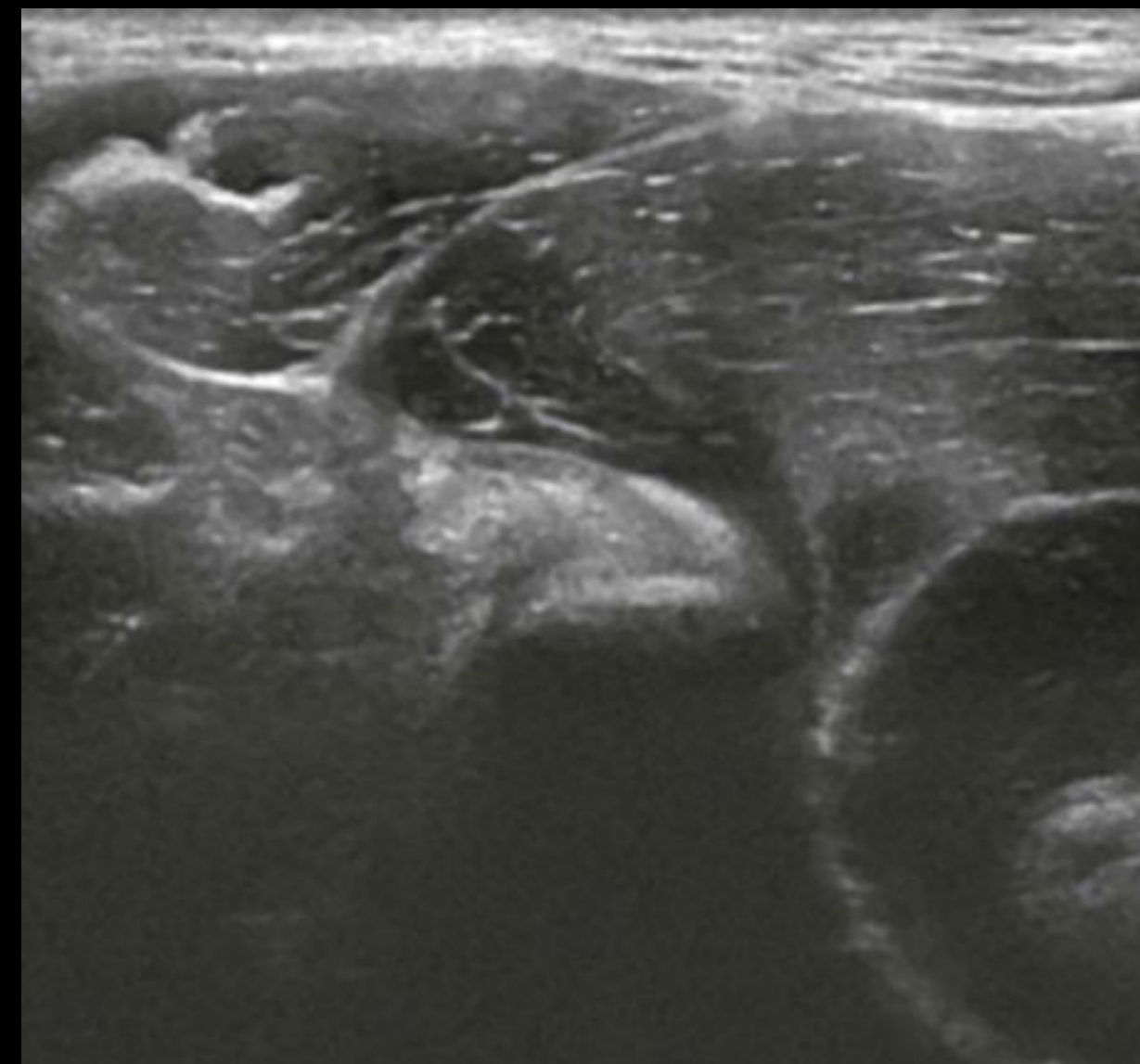


Аксиальное изображение тазобедренного сустава, медиальная поверхность, уровень верхней дуги лонной кости; ON - запирательный нерв

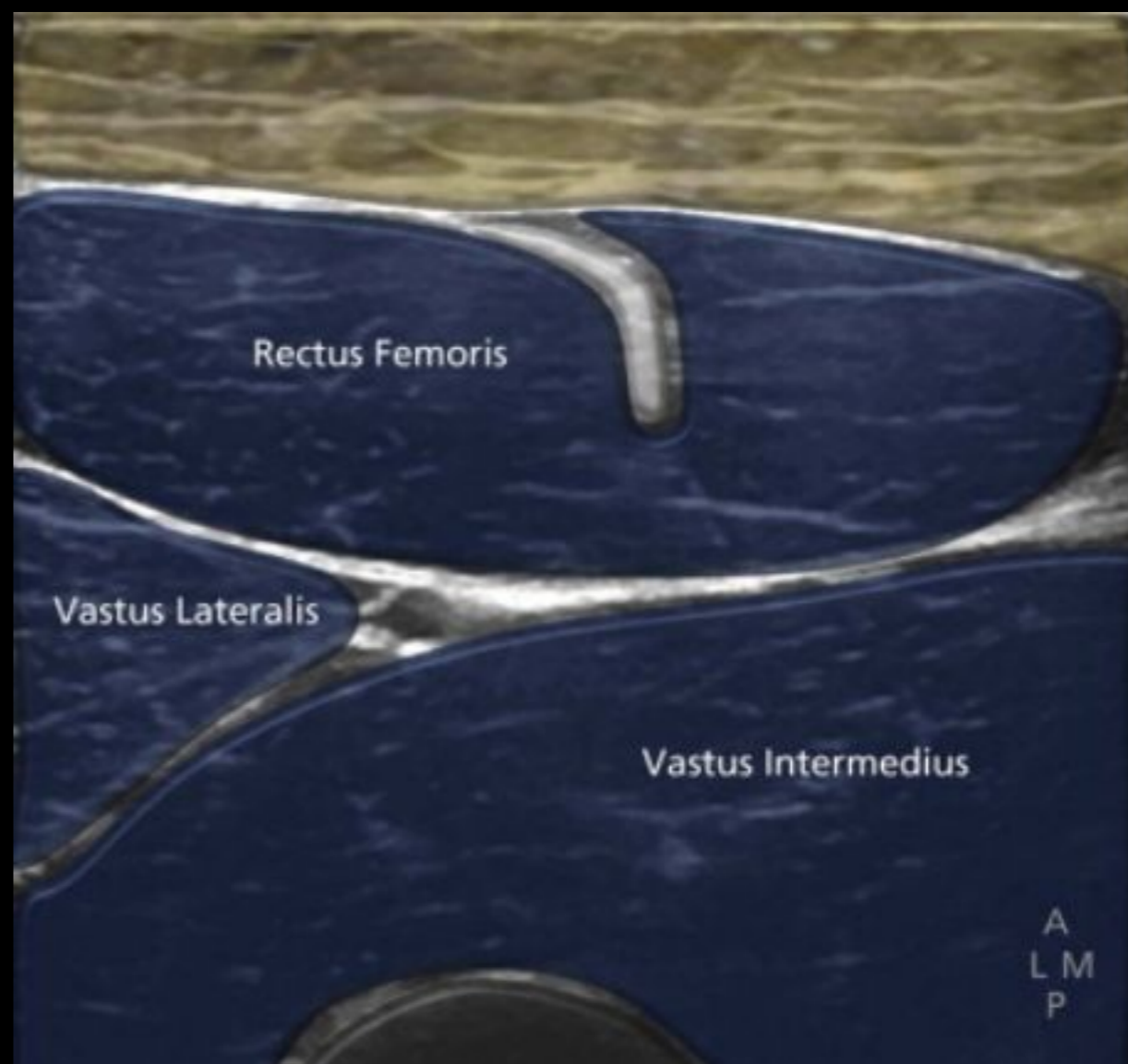
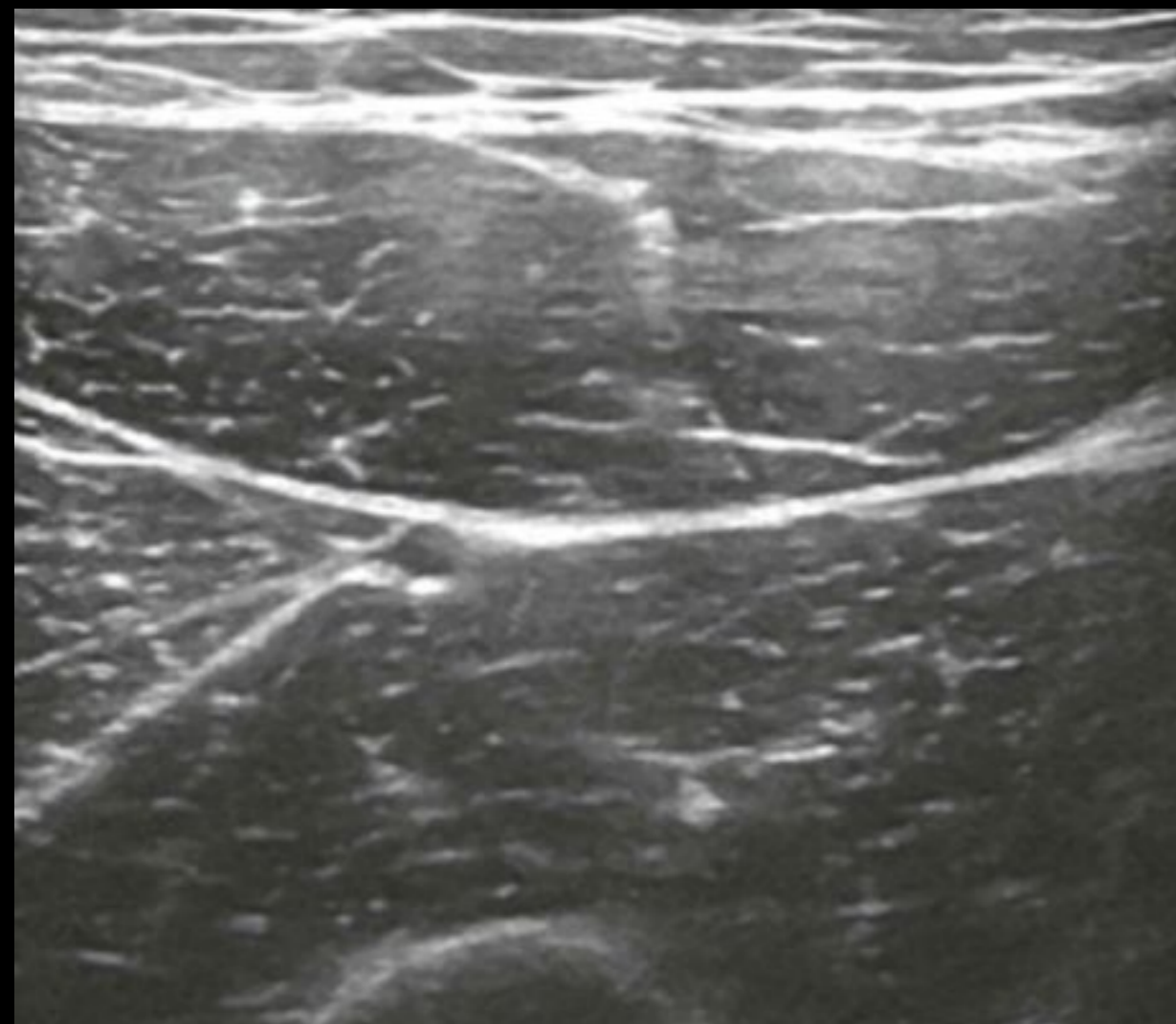


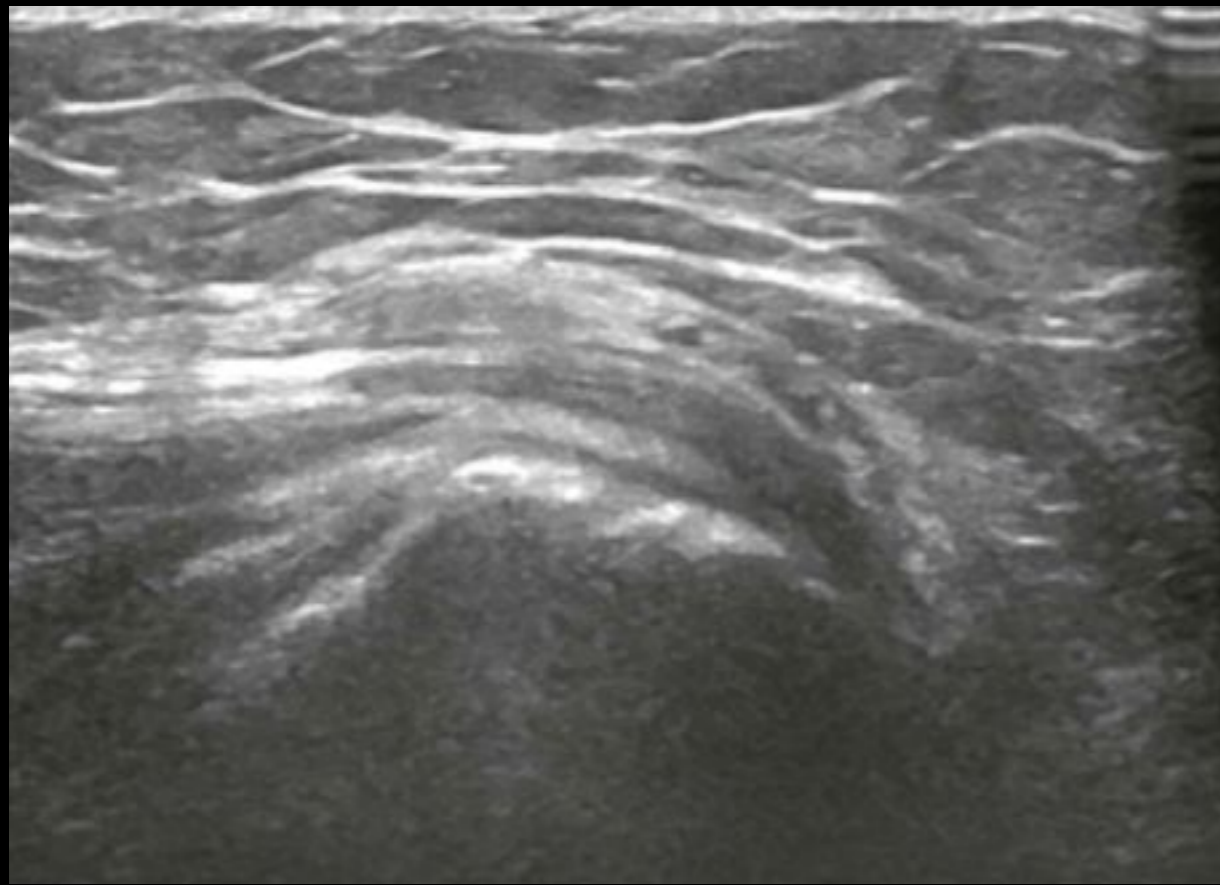
McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved



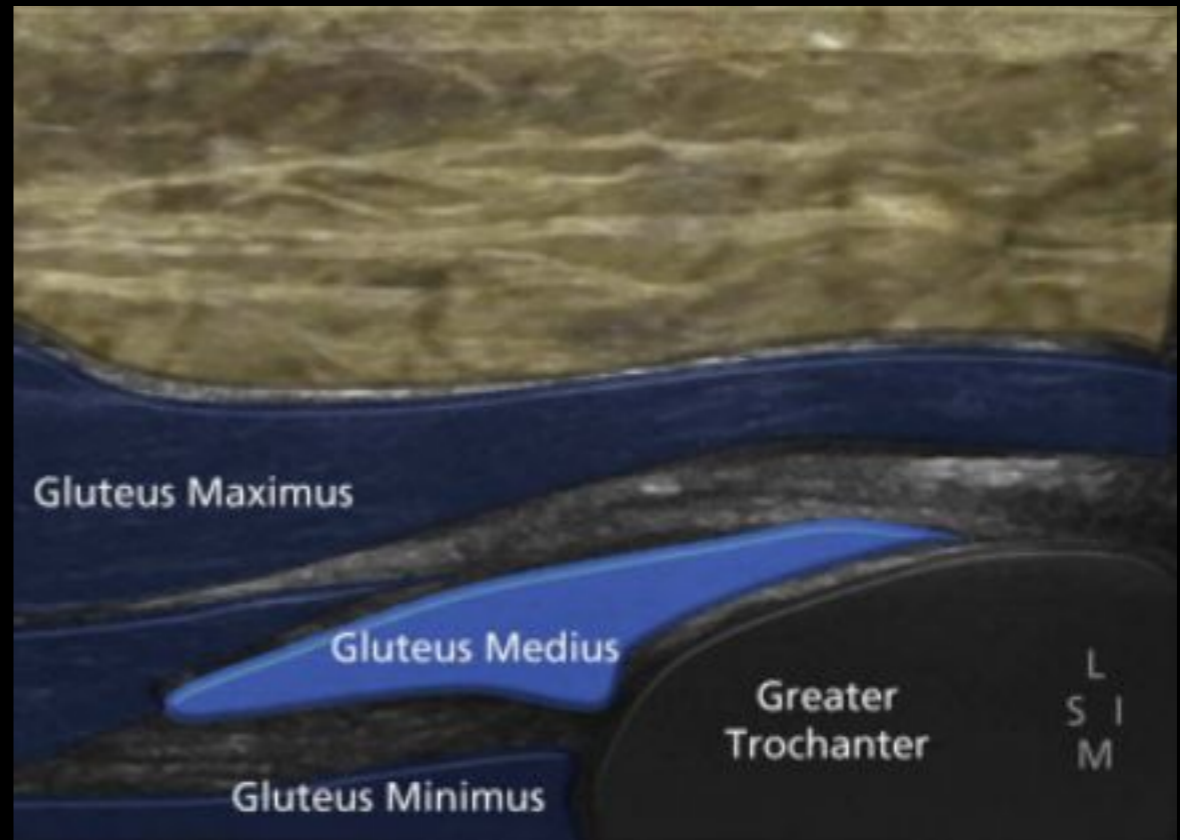
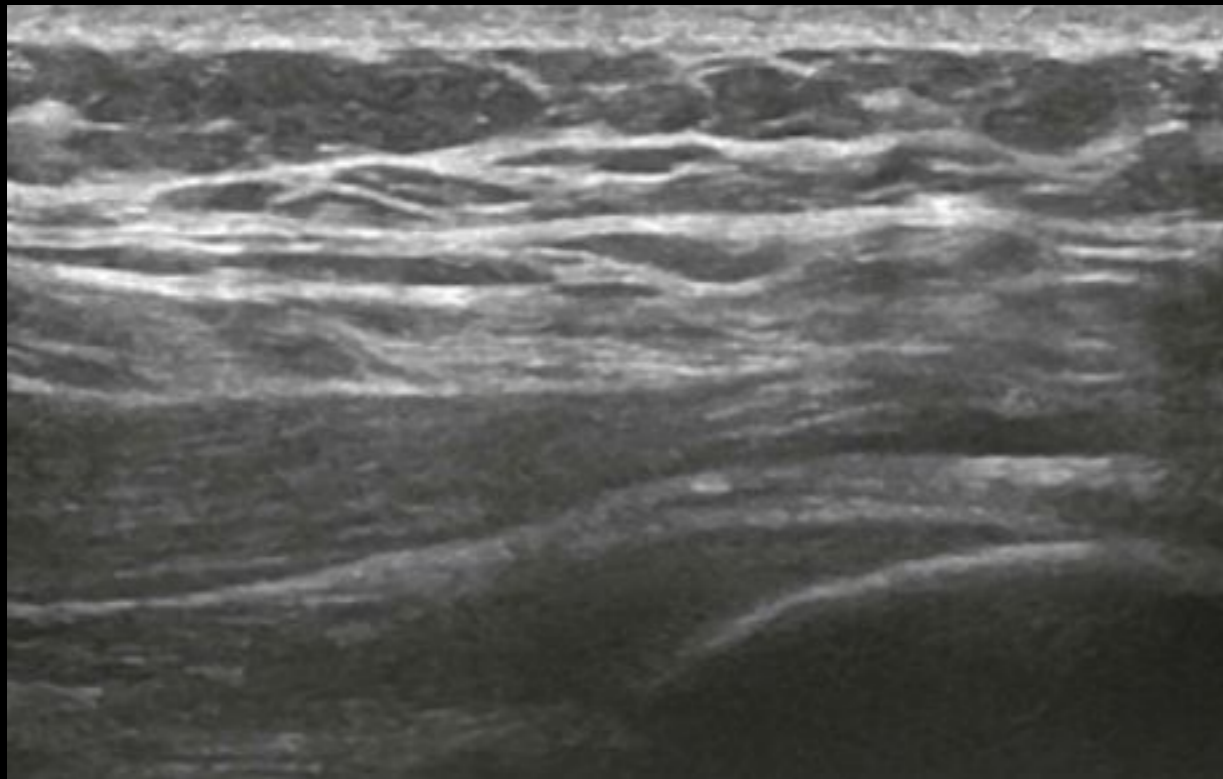
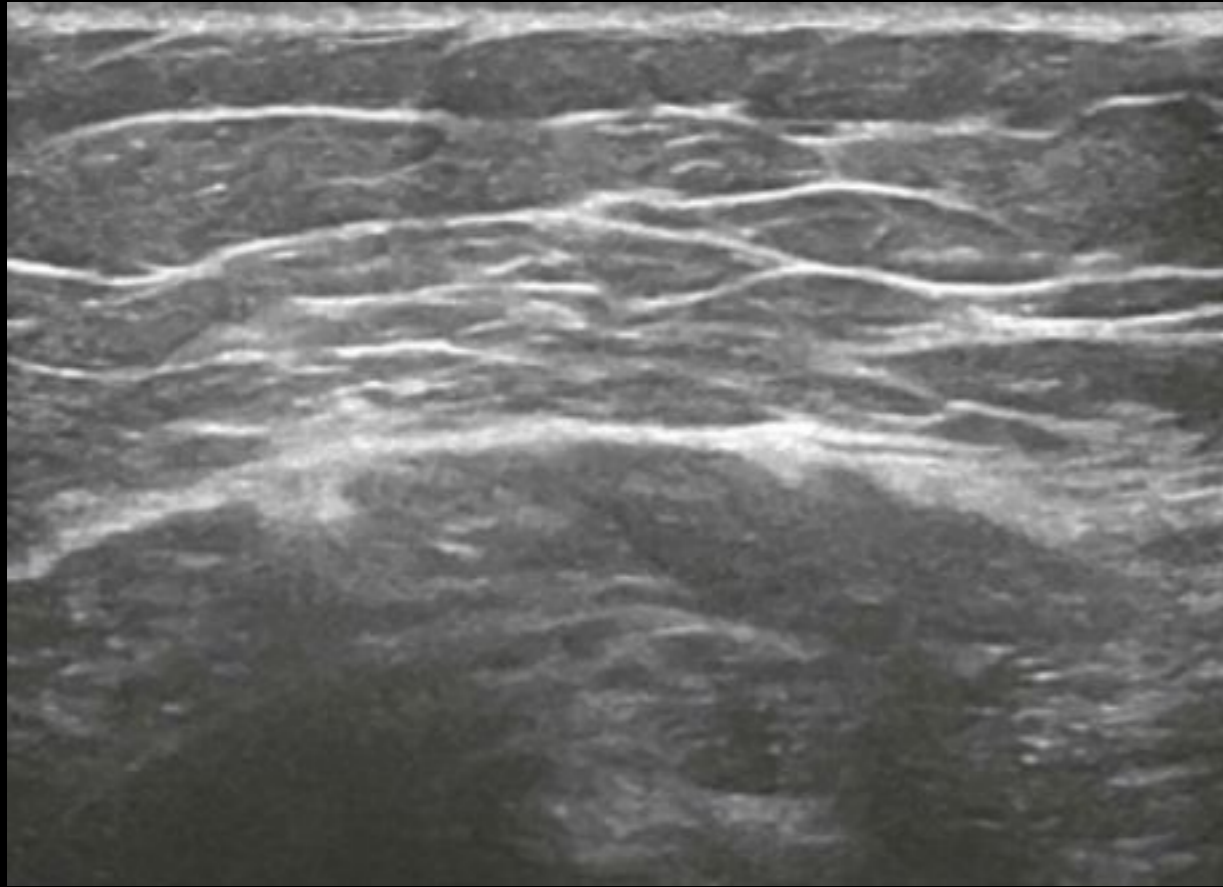
Прямая мышца - место отхождения от нижней передней ости подвздошной кости





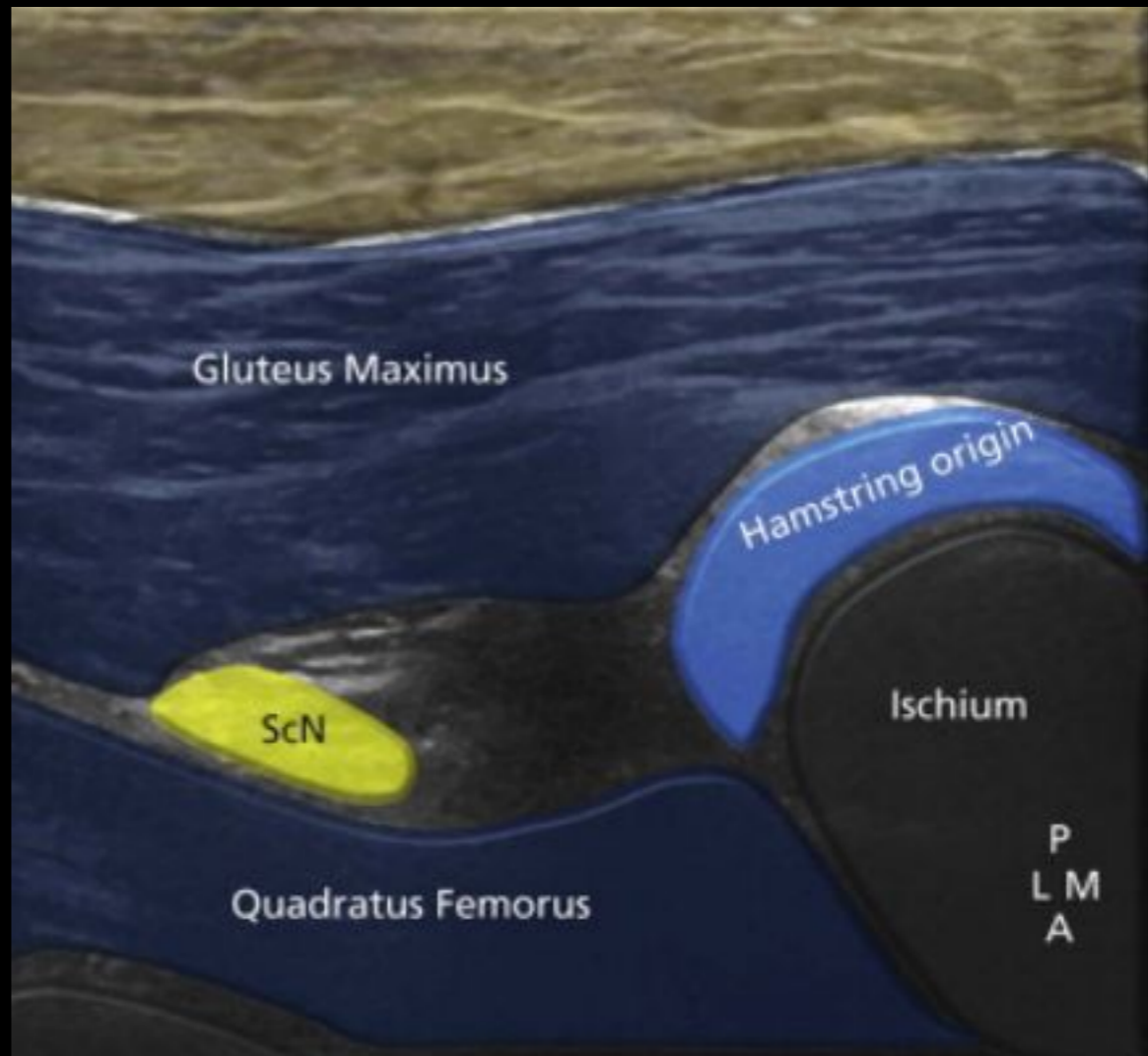
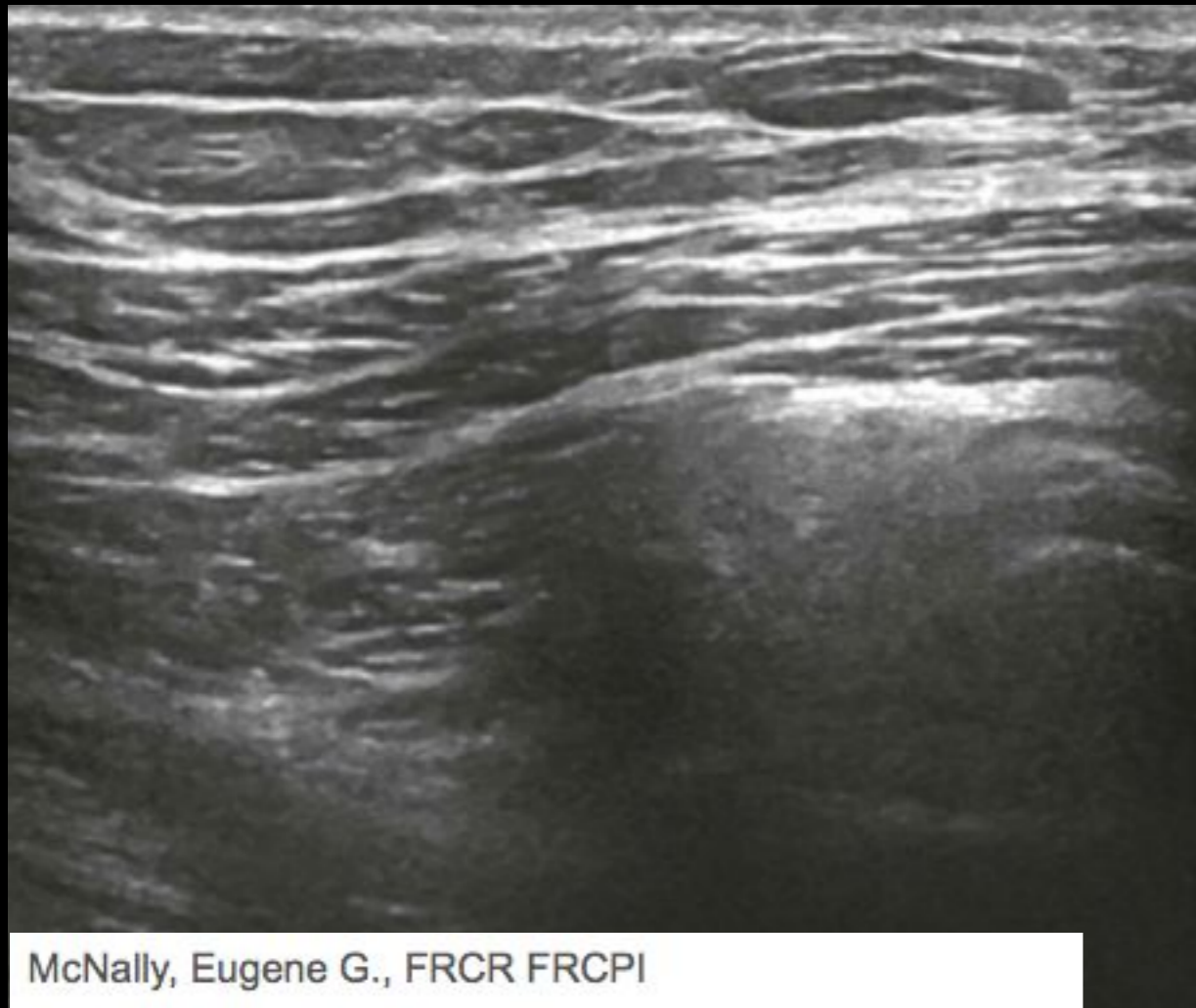
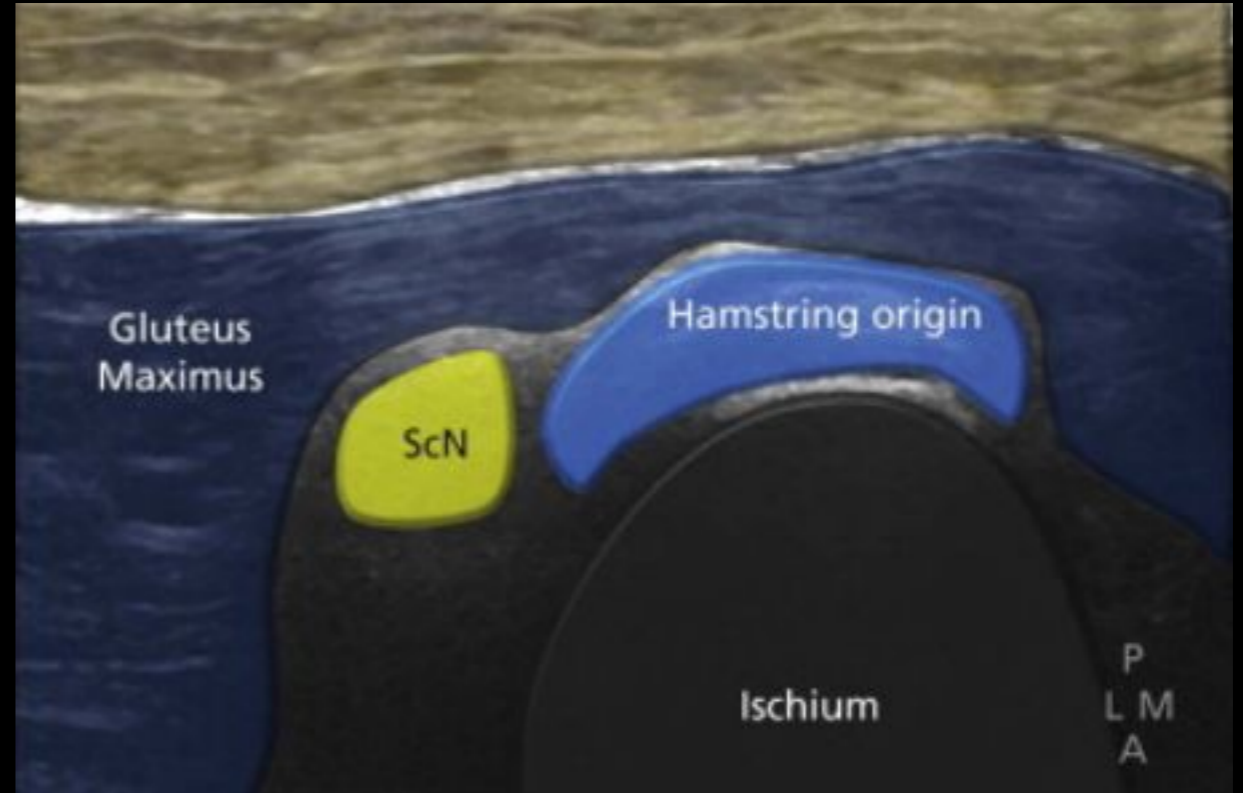
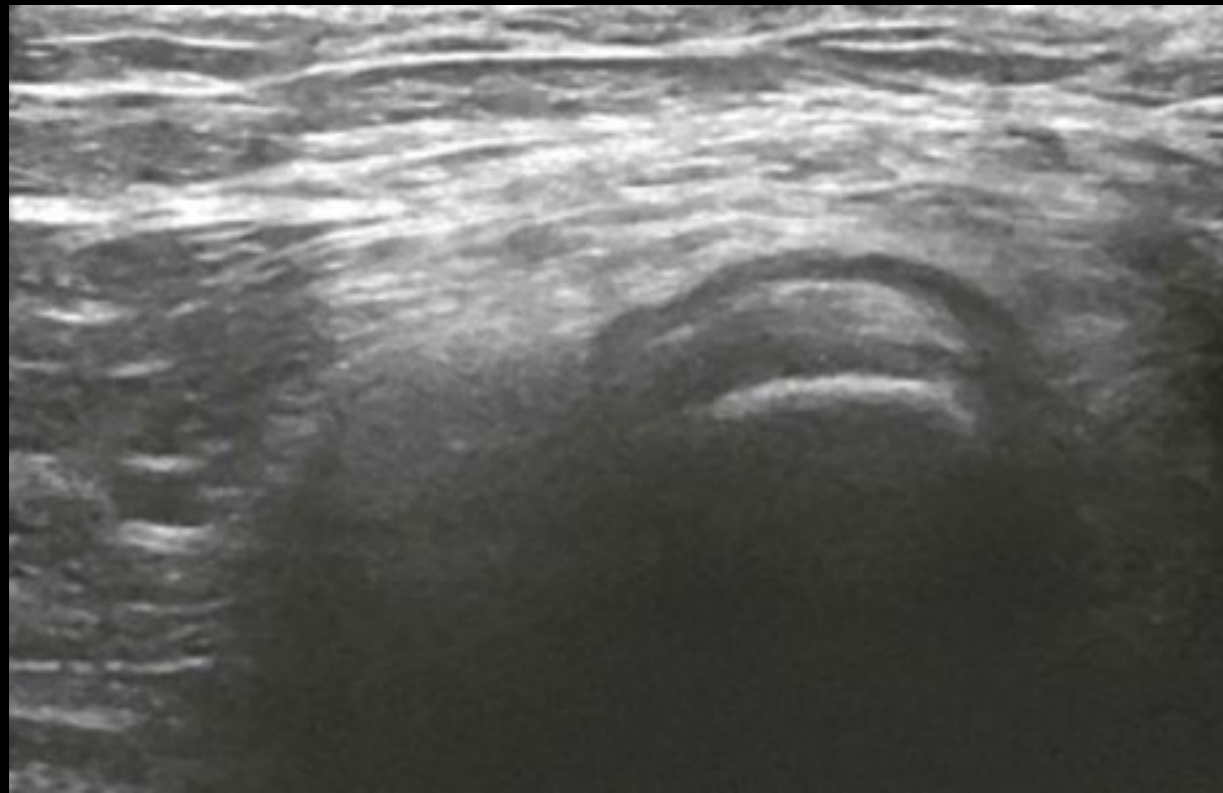
McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved



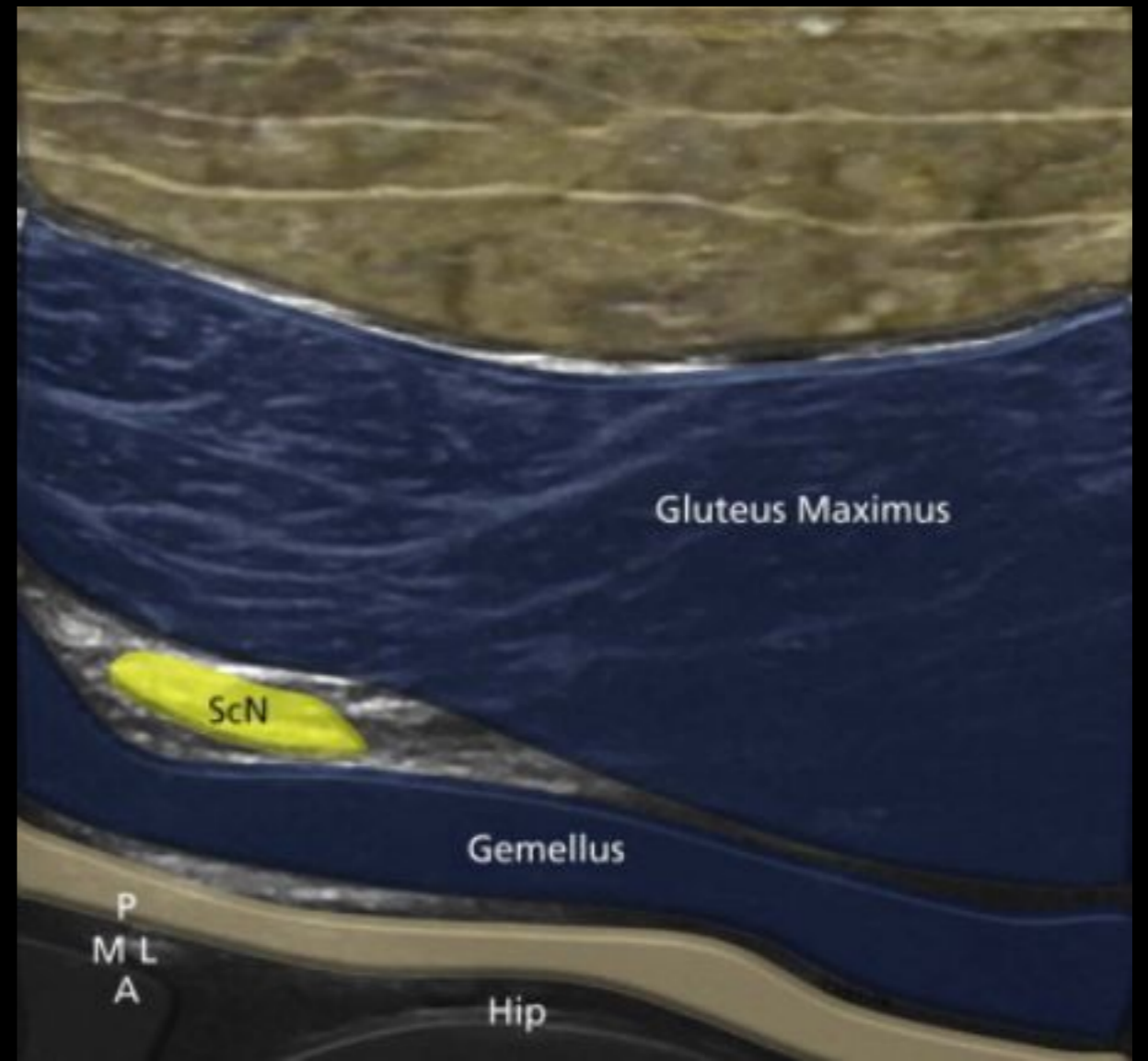
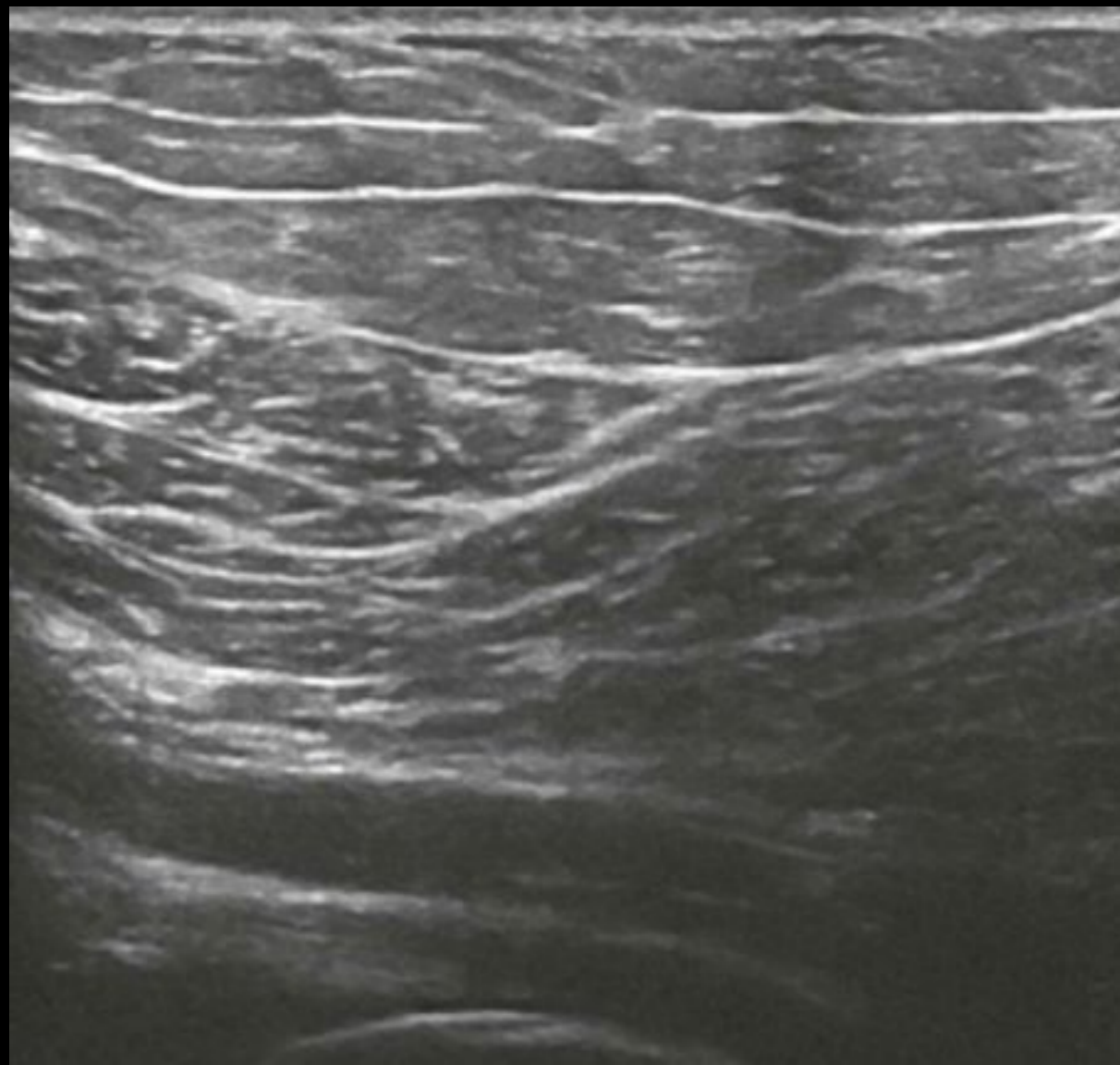
McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

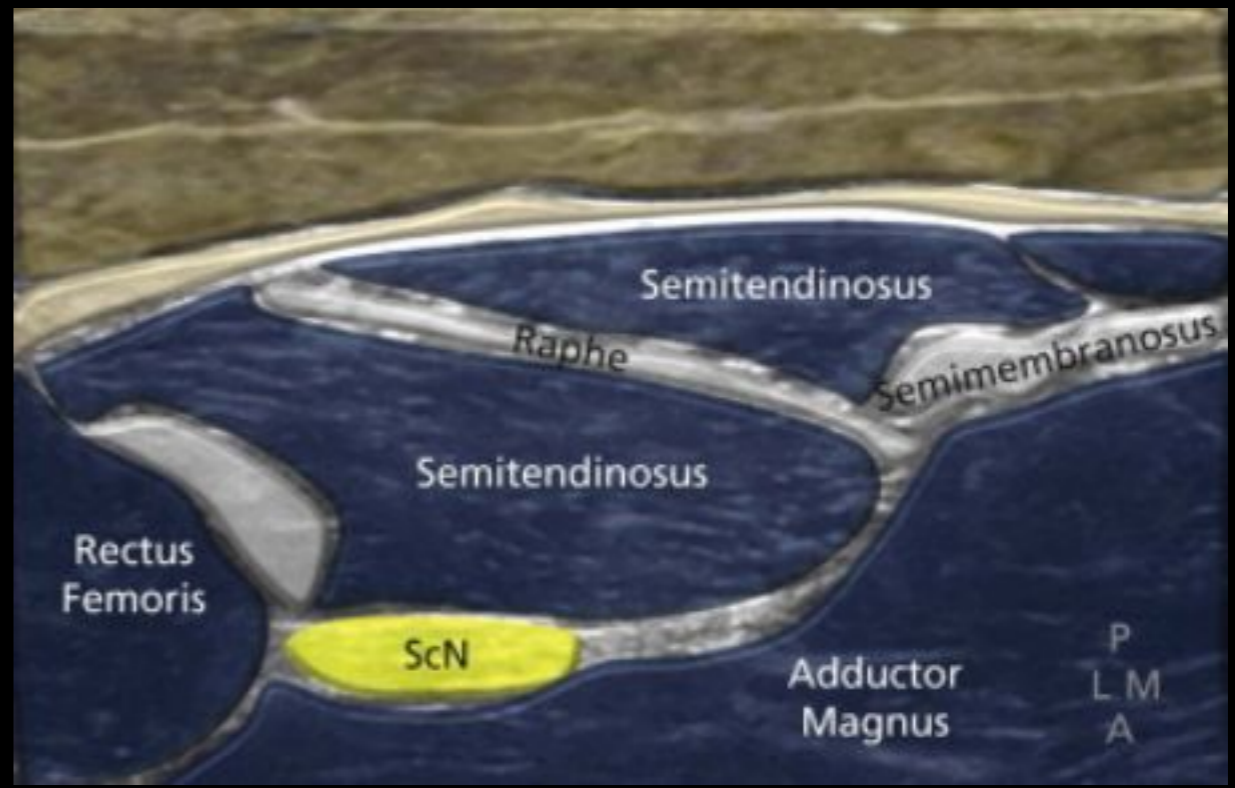
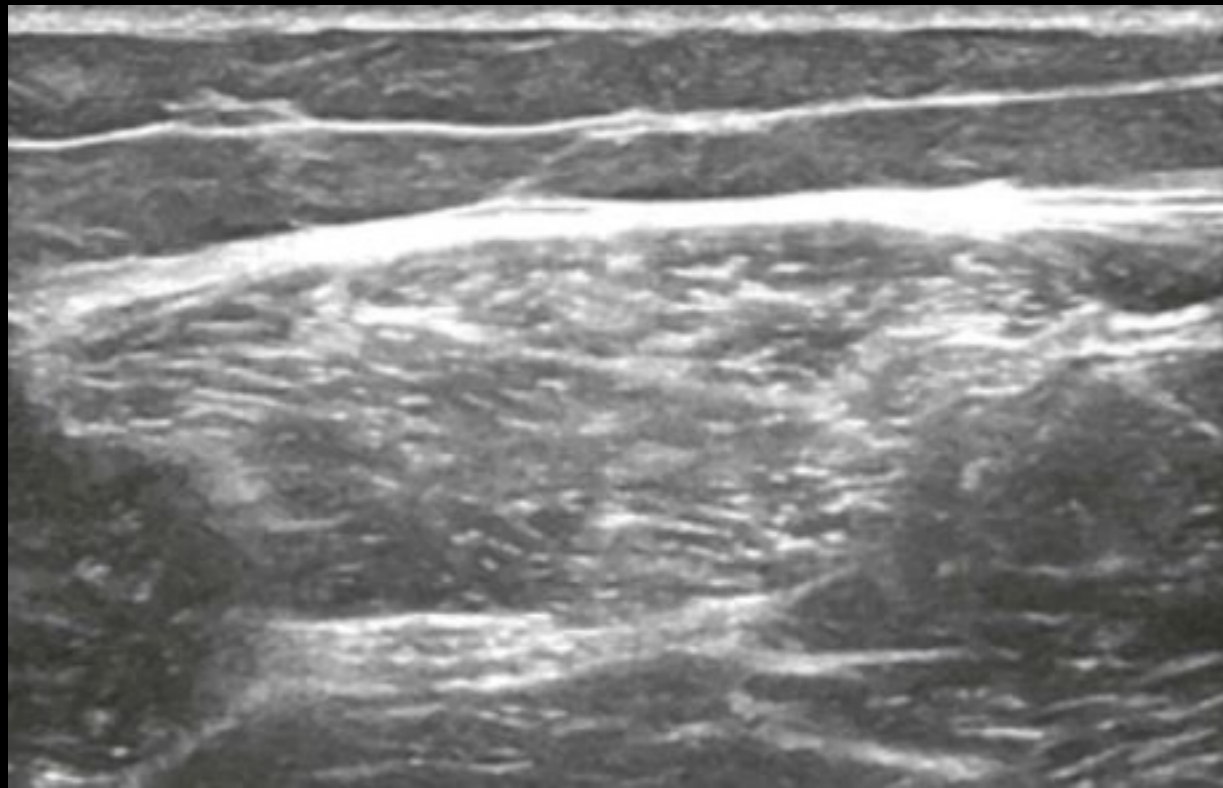
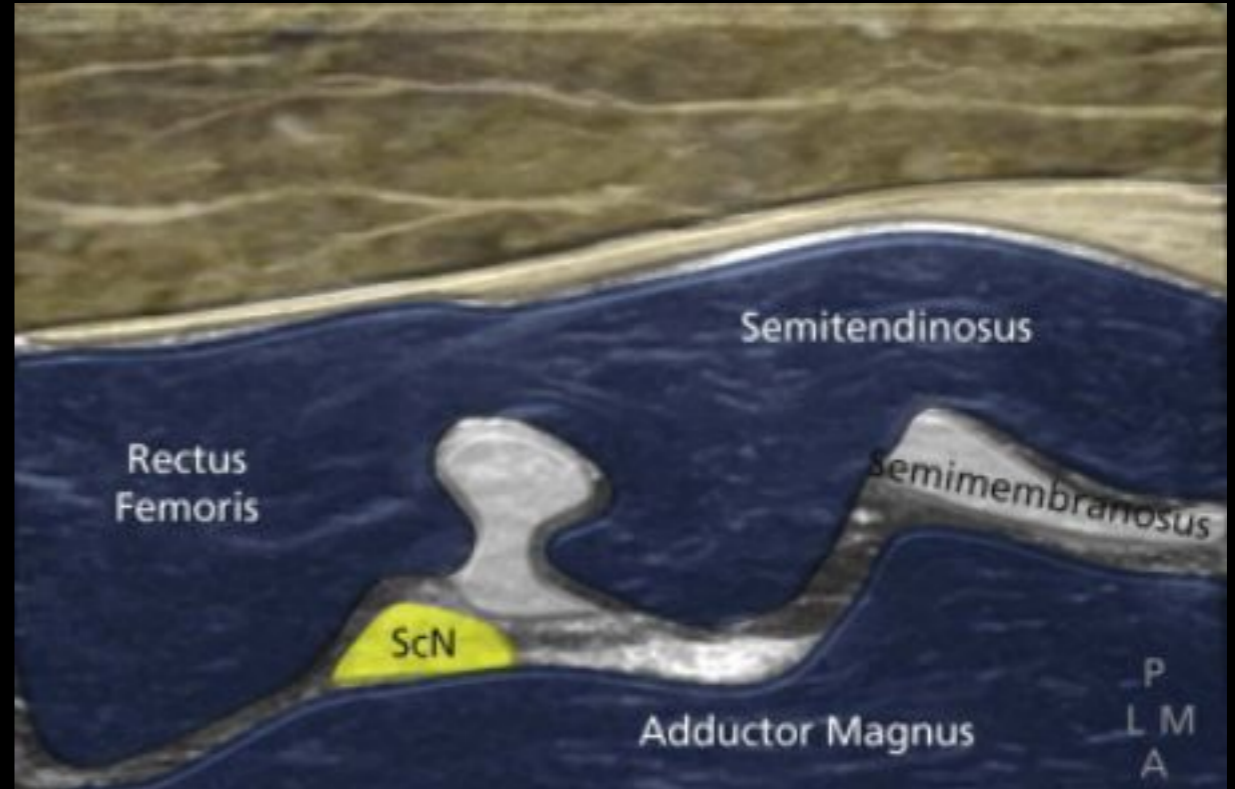
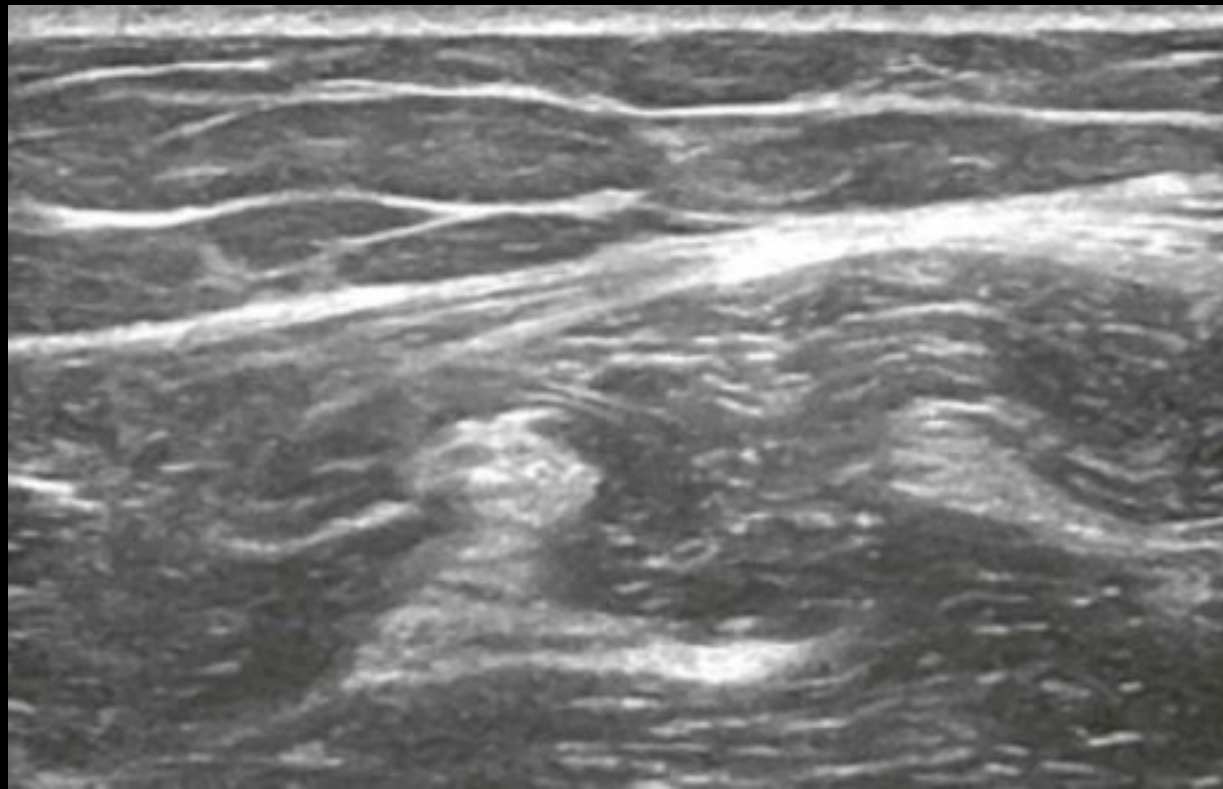
Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved

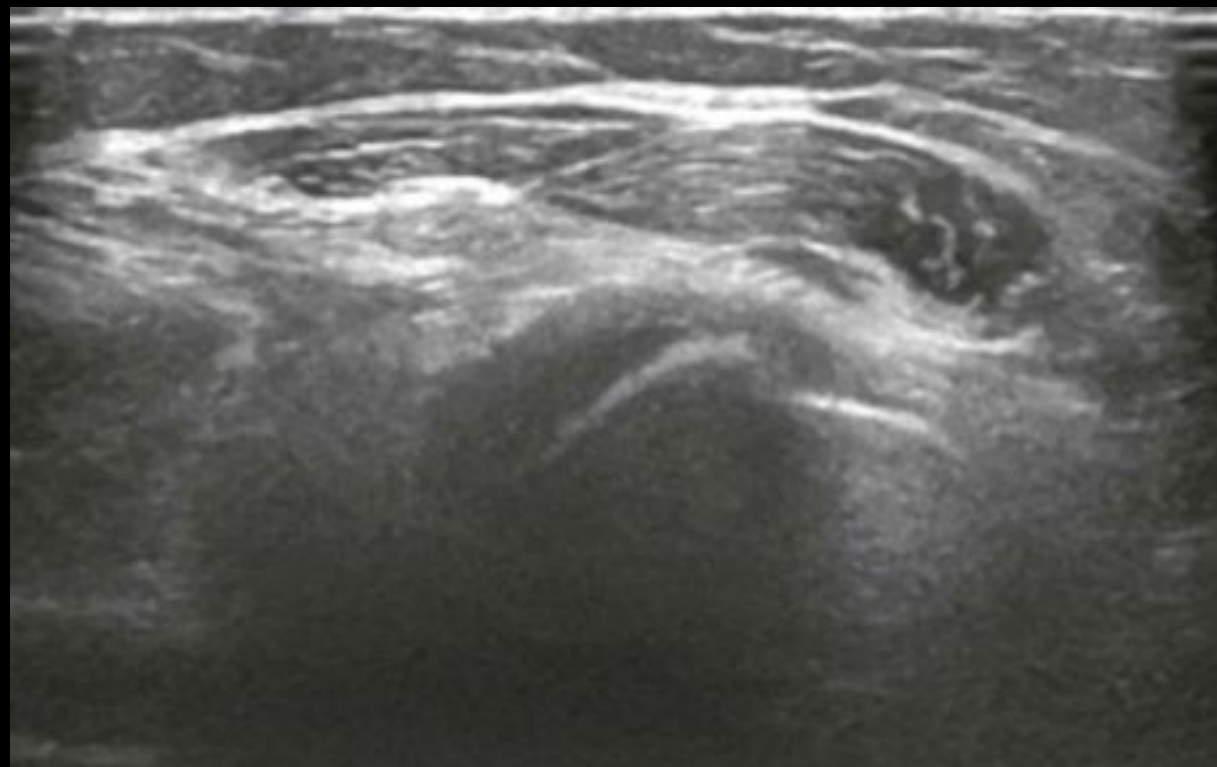
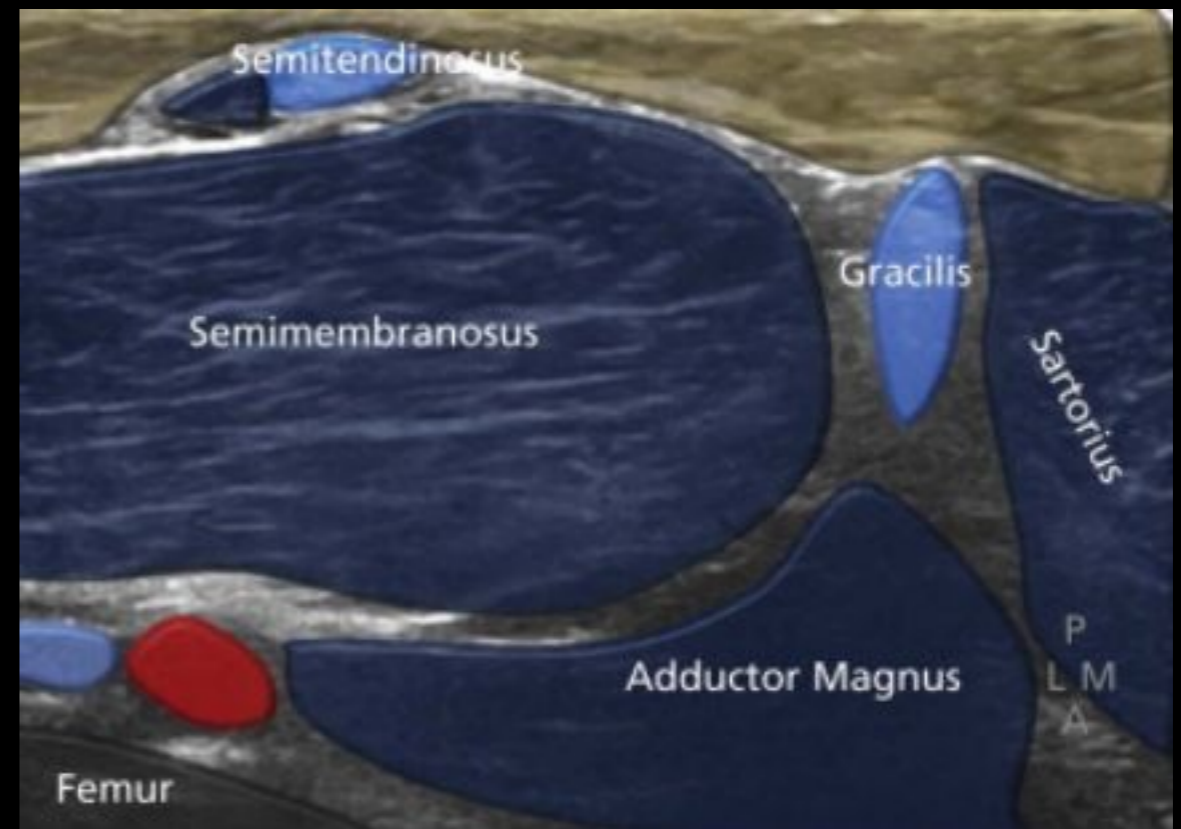
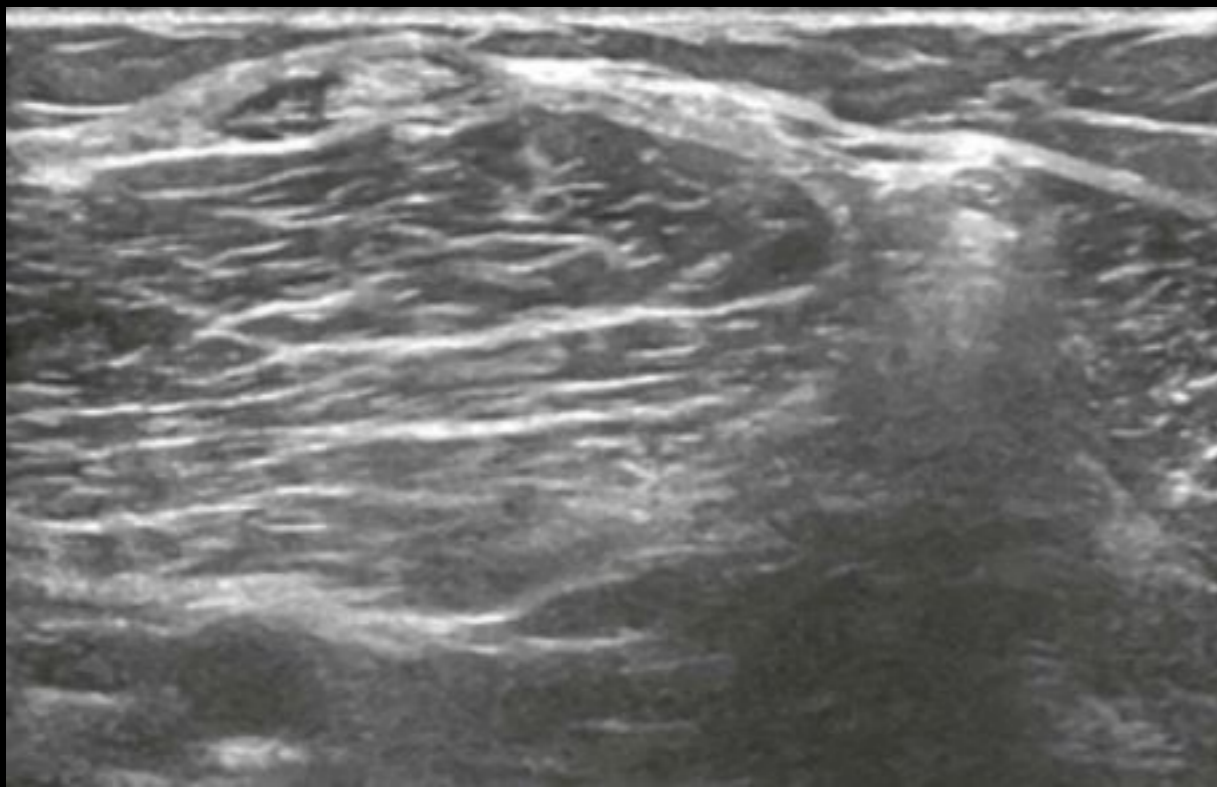


McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved

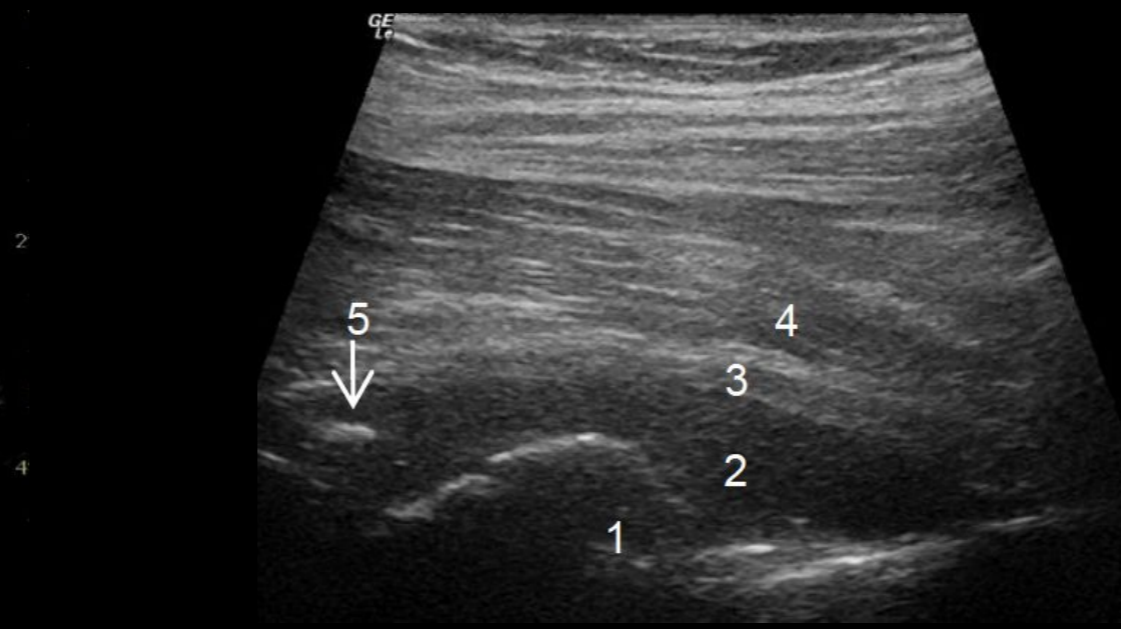
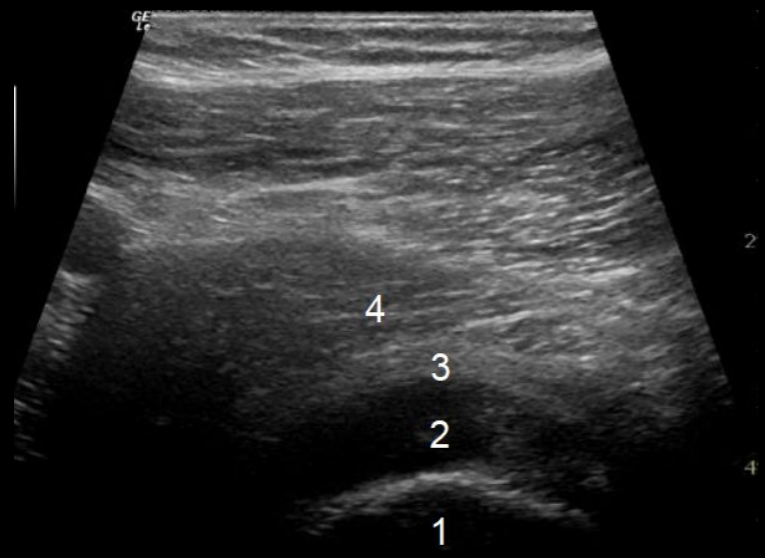


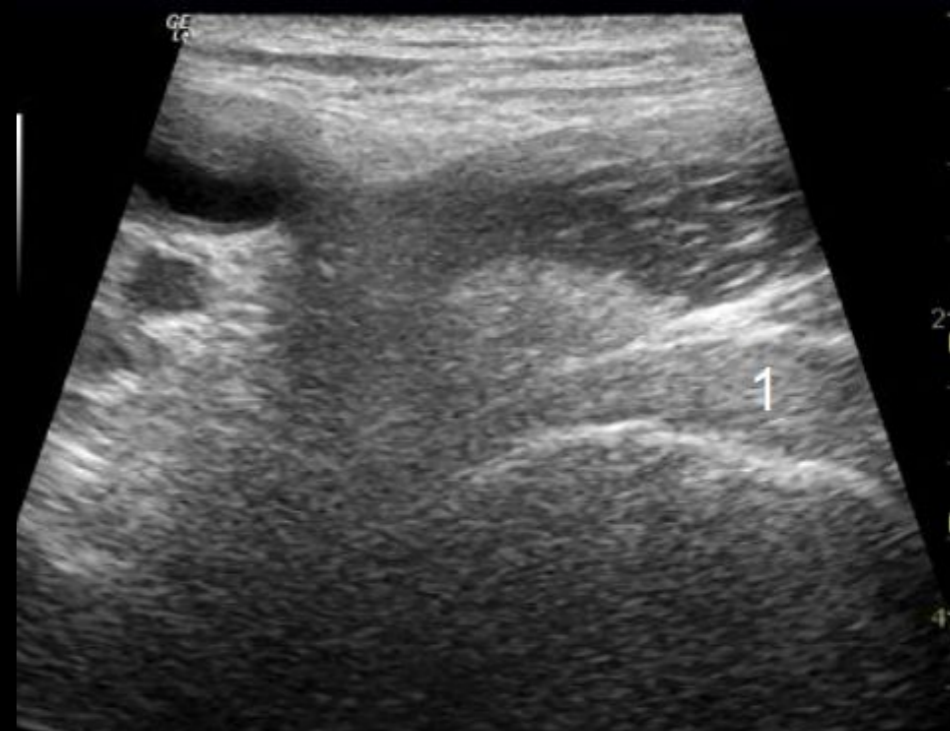
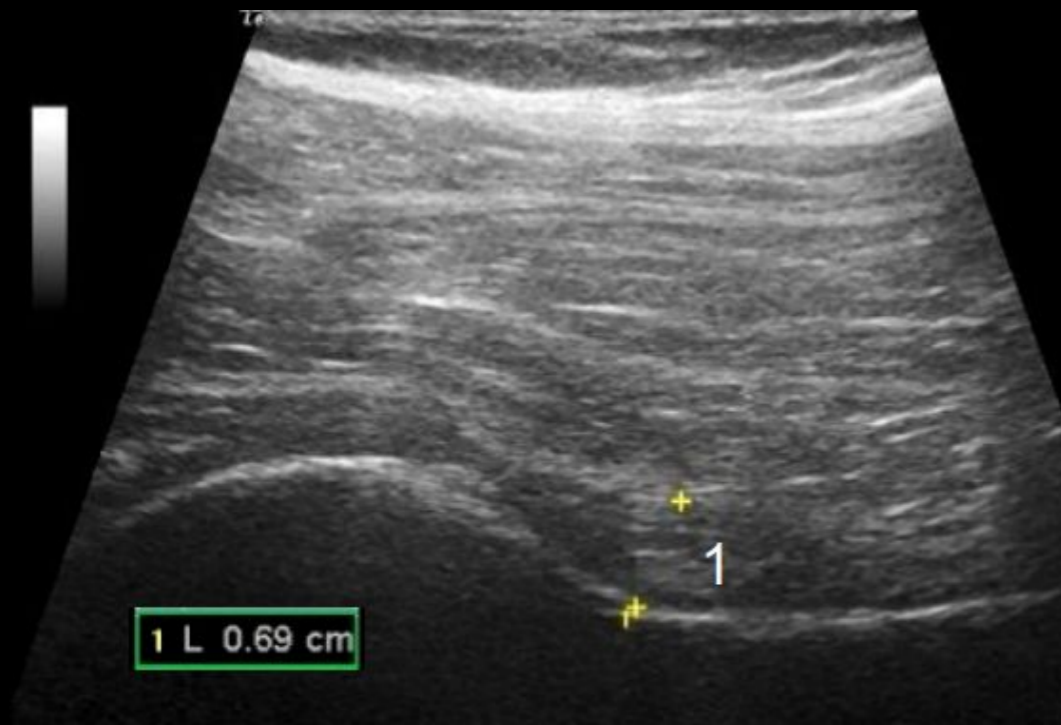




McNally, Eugene G., FRCR FRCPI

Copyright © 2014, Elsevier Limited. All rights reserved

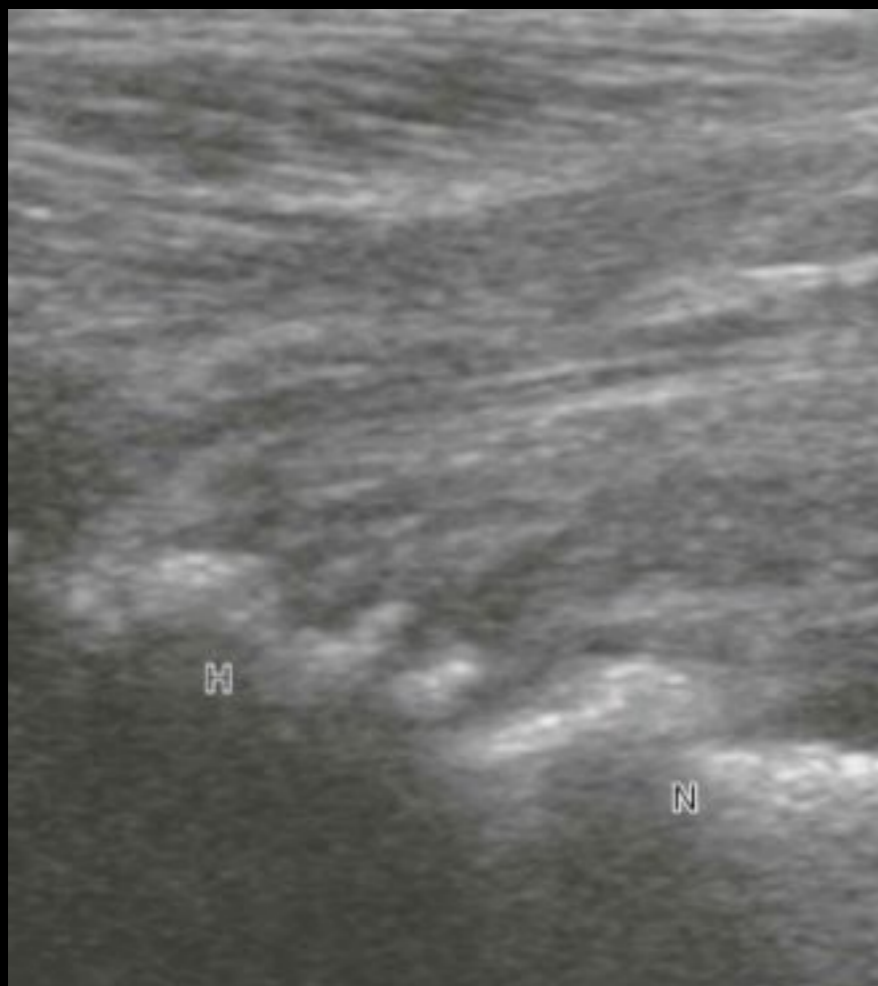




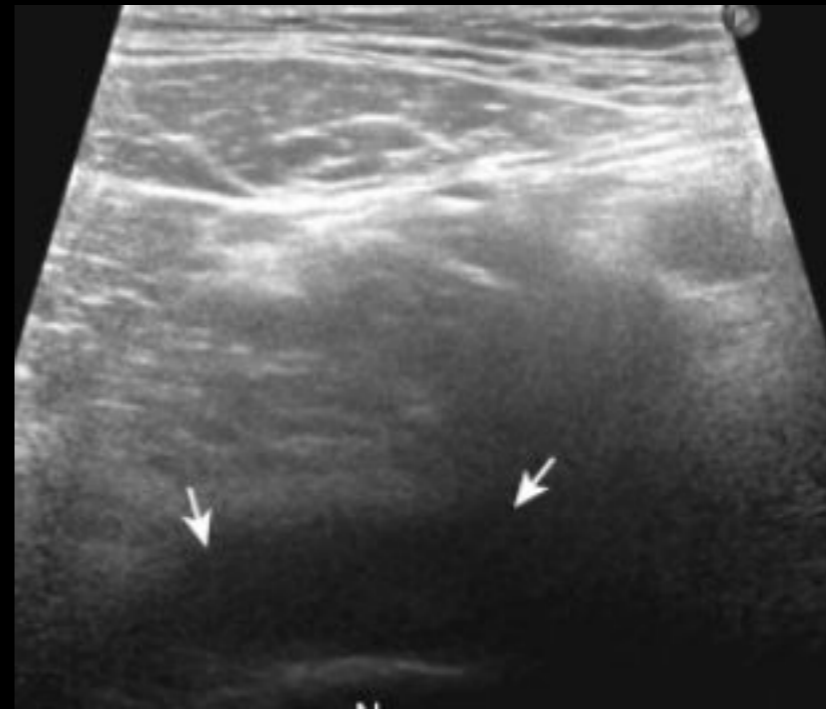
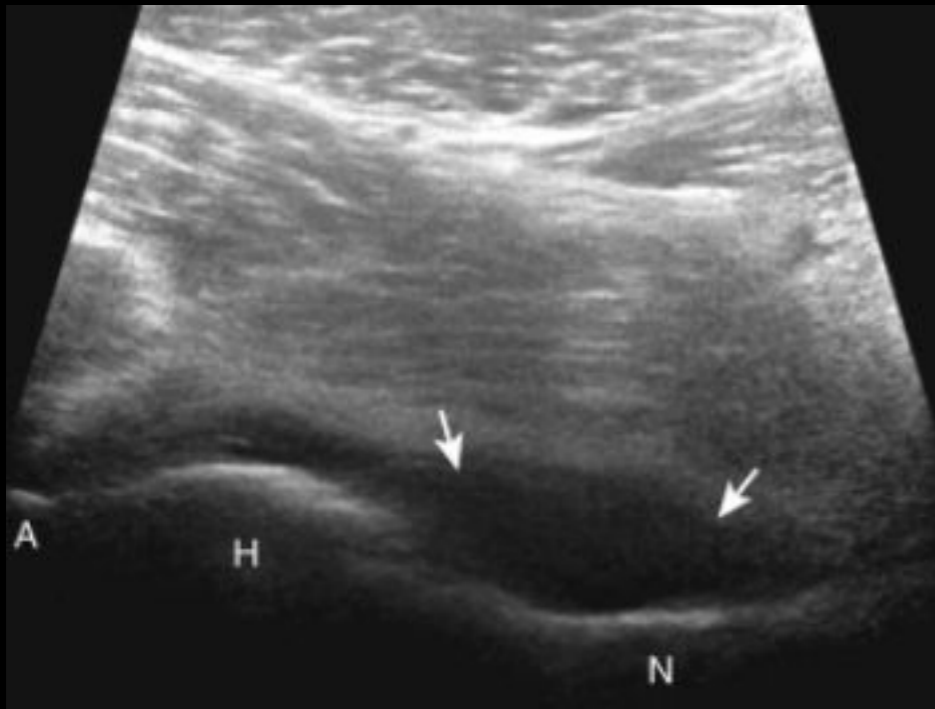
Отмечается превышение расстояния между костью и капсулой сустава выше верхней границы нормы, за счет пролиферации гипоэхогенной, не сжимаемой синовиальной ткани.



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.

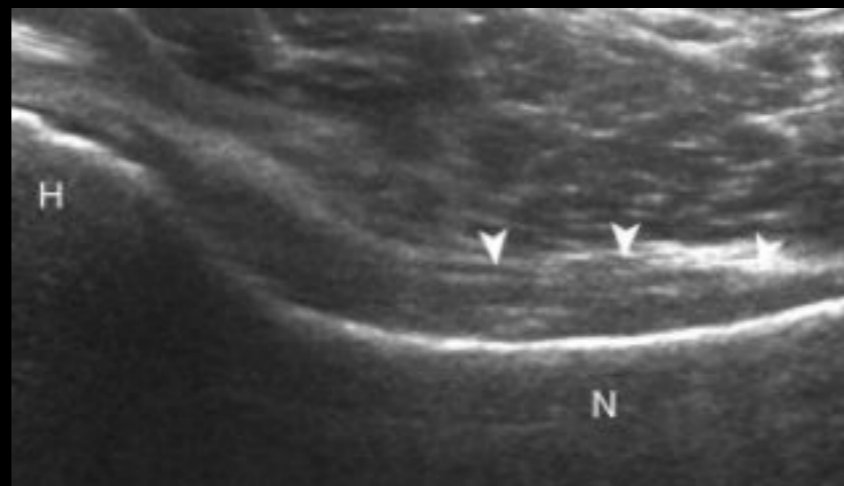
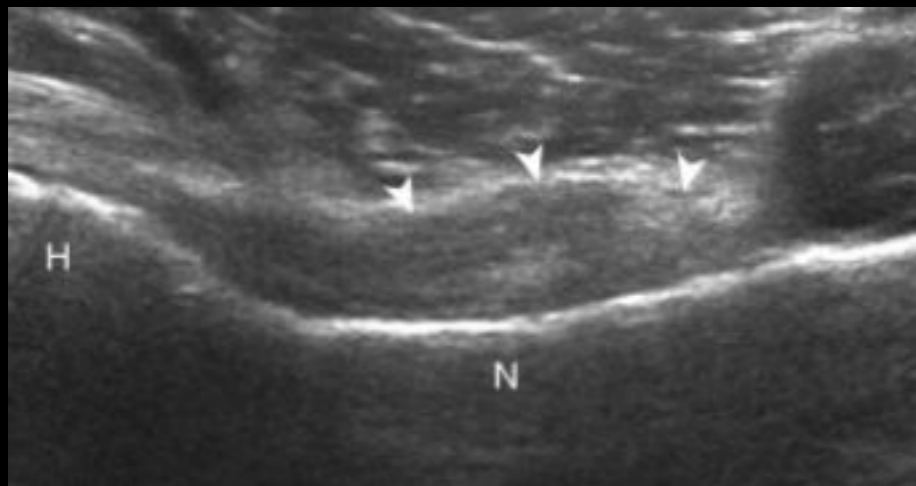


Явления пролиферативного синовита на фоне ревматического процесса, может сочетаться с формированием эрозий кортикальной пластины кости в месте прикрепления капсулы сустава

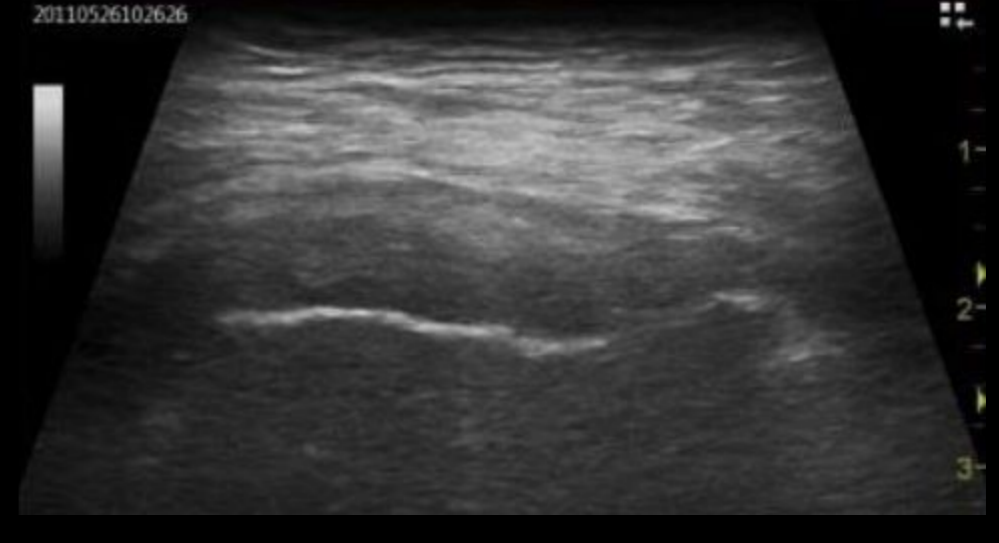
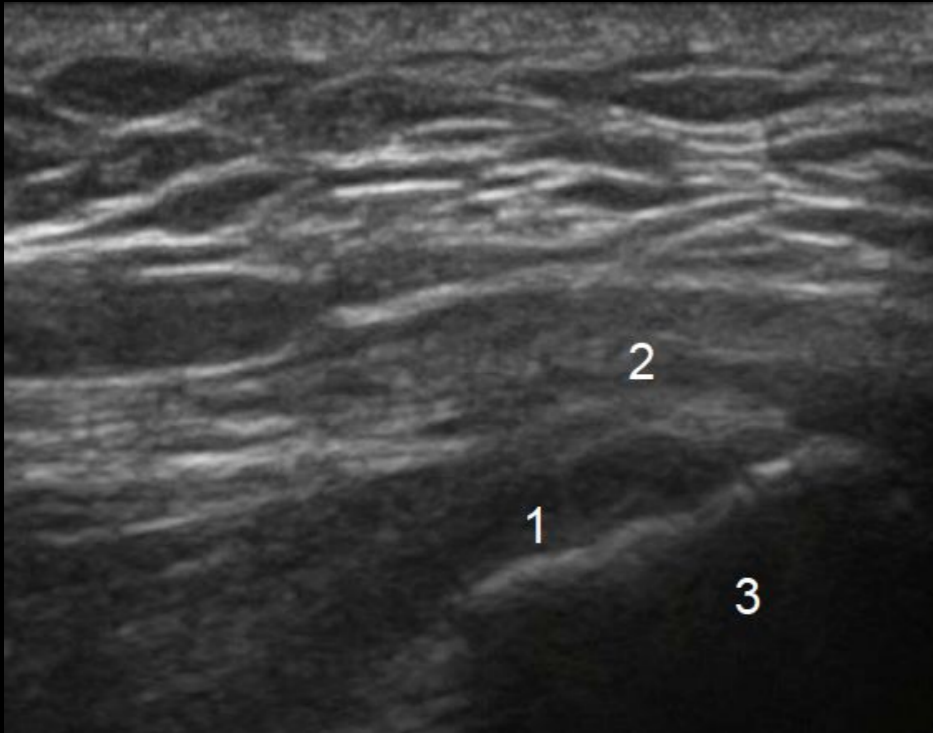




Критериями патологического выпота у детей является сепарация листков капсулы свыше 4 мм, у взрослых - свыше 7 мм.

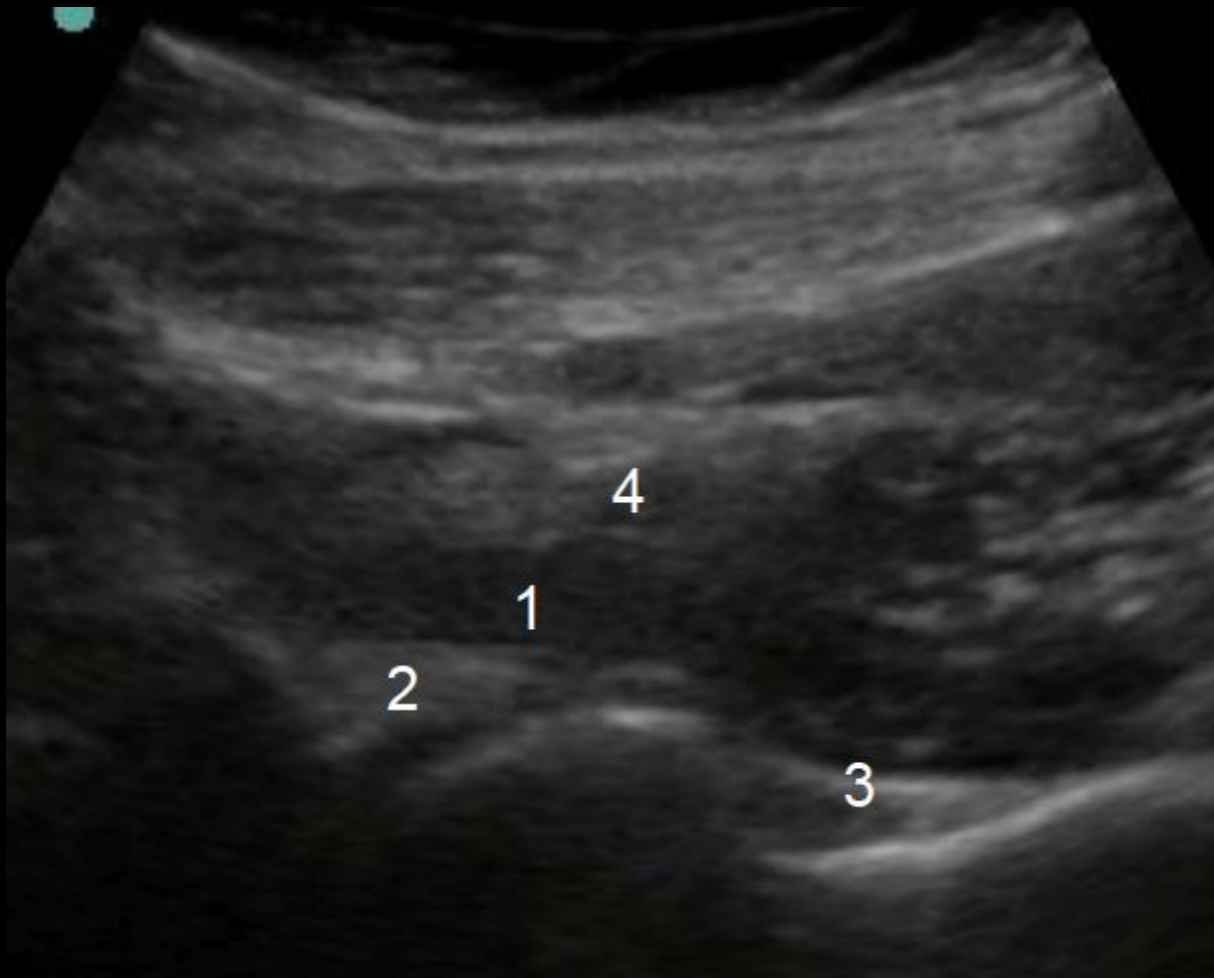


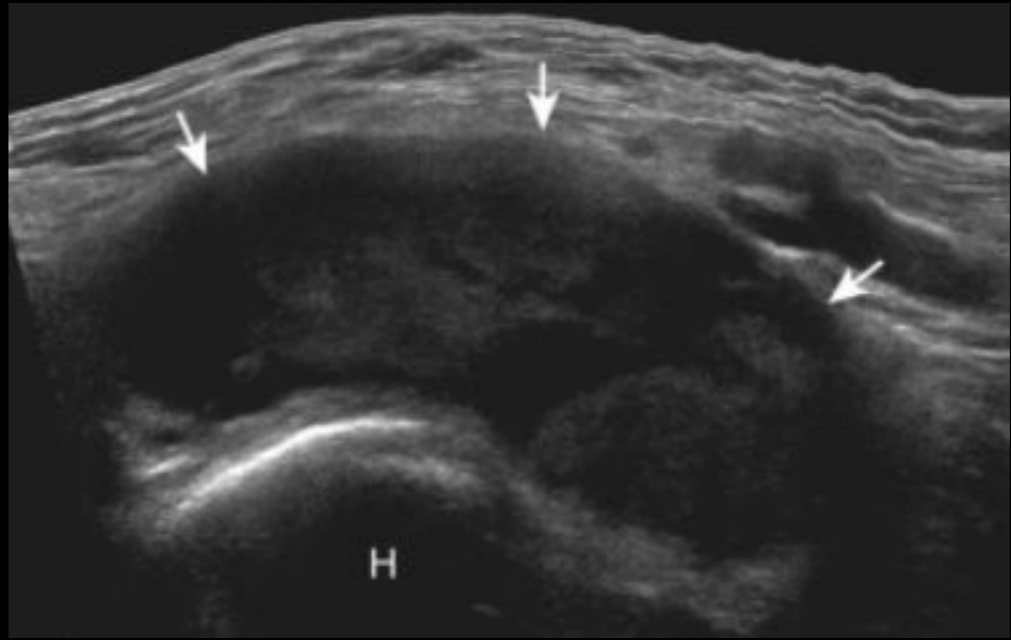
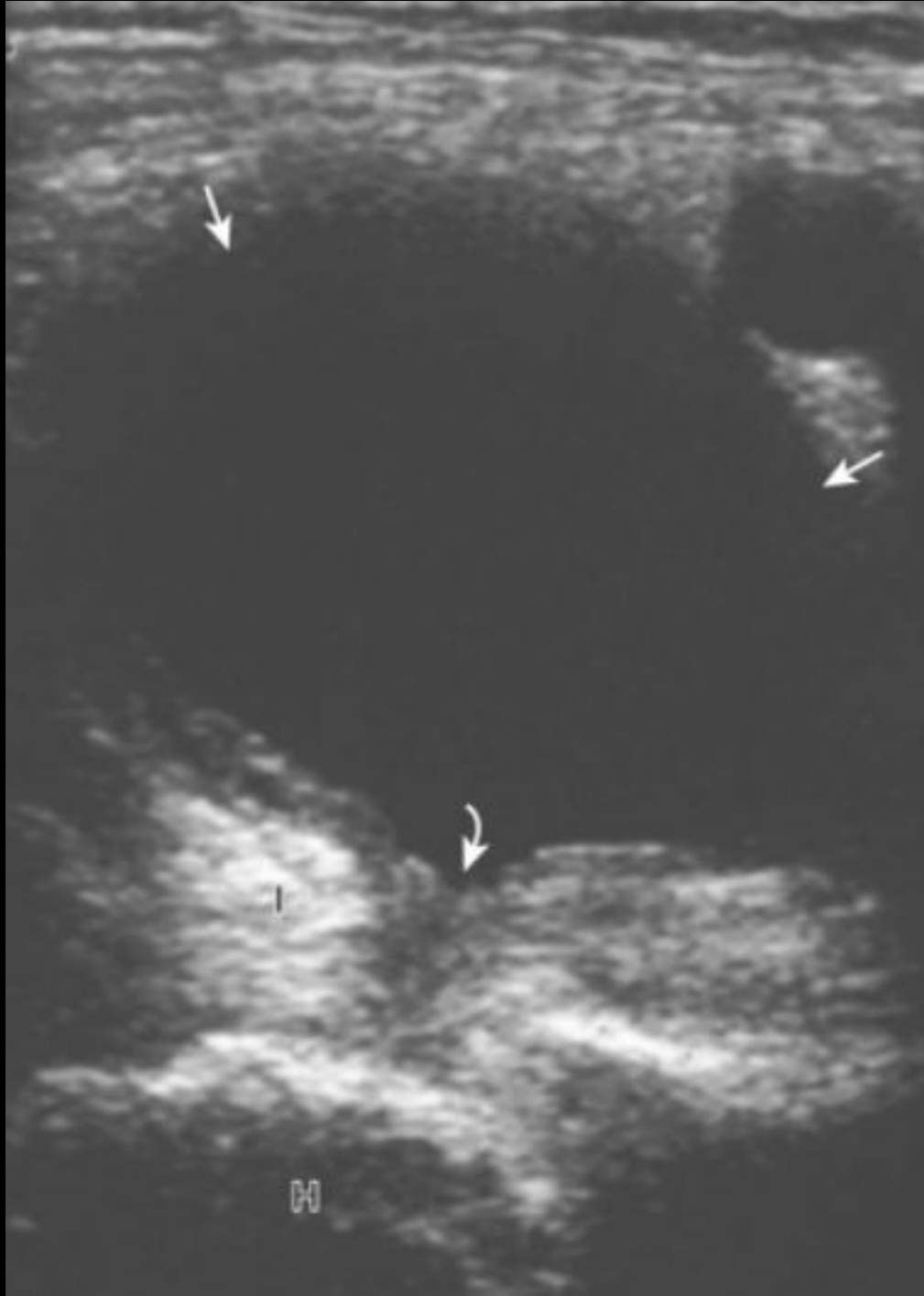
Положение конечности влияет на количество выпота, выявляемого по передней поверхности бедра: А - внутренняя ротация; Б - наружная ротация

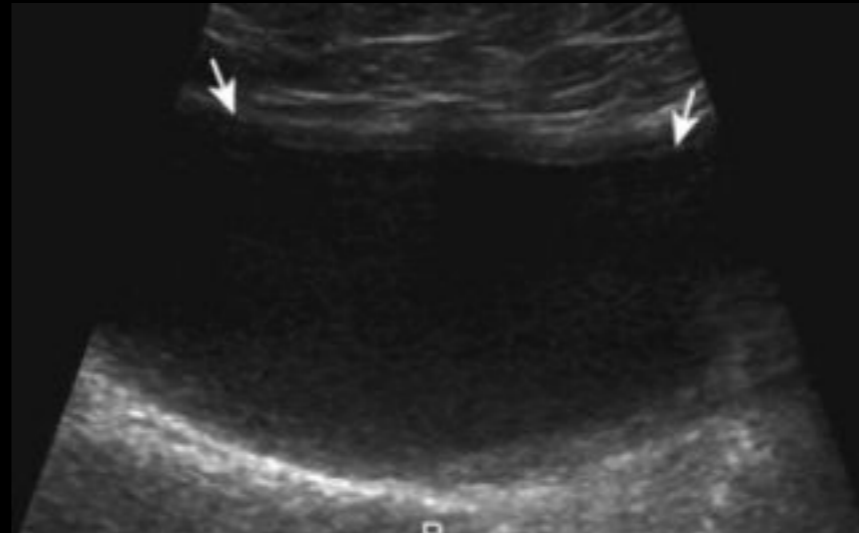
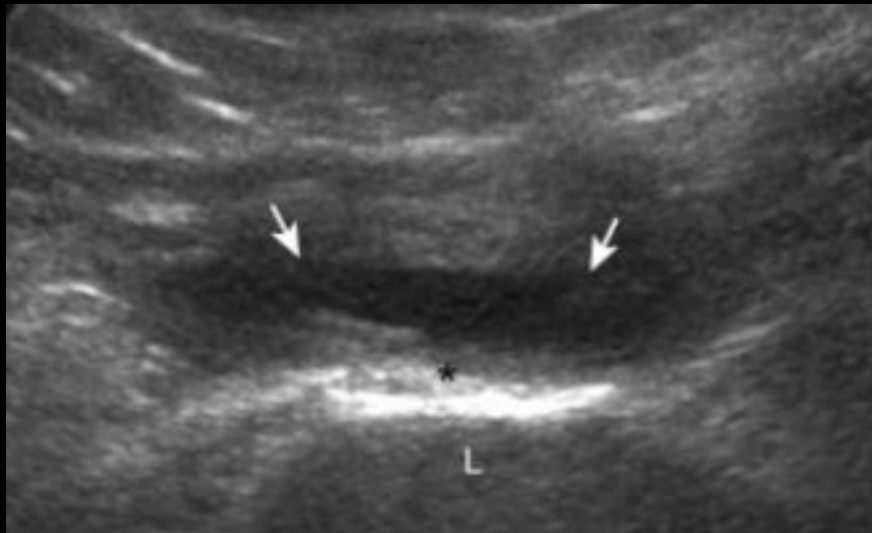
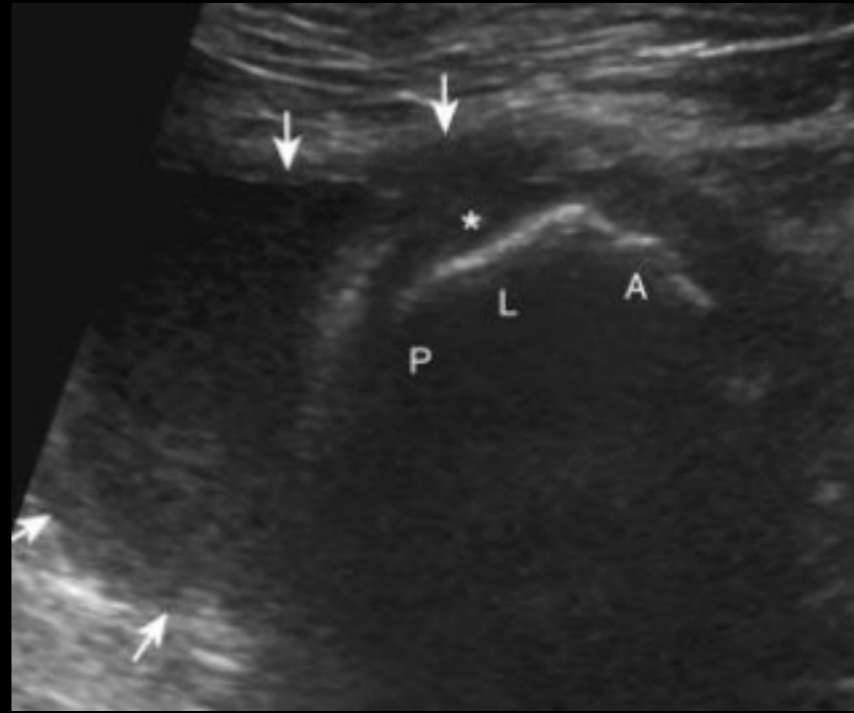


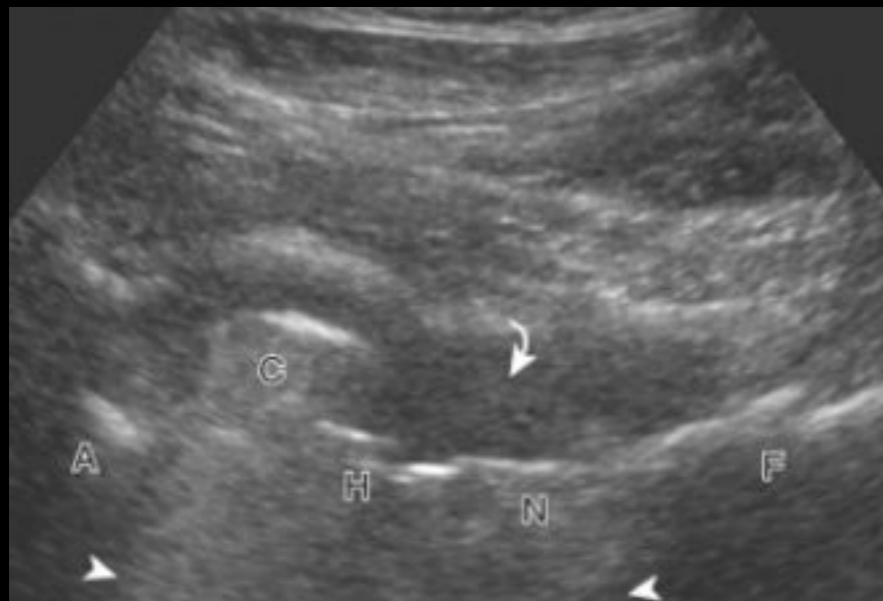
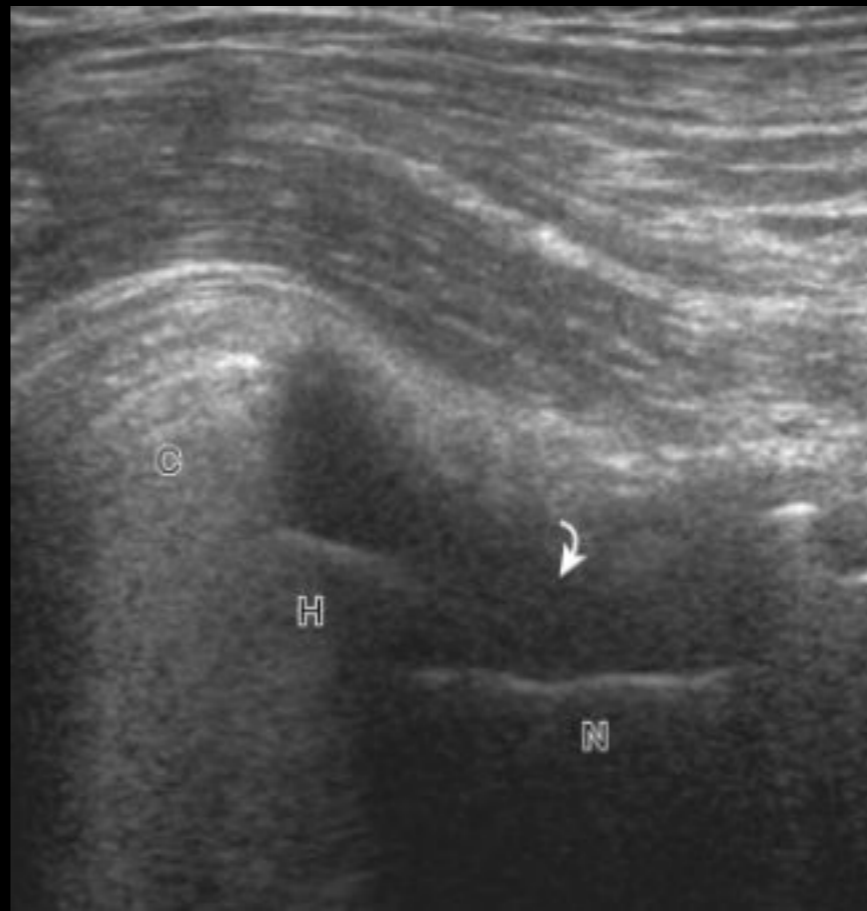
1 - сухожилие средней ягодичной мышцы; 2 - выпот в вертельной сумке, смещающий сухожилие большой ягодичной мышцы; 3 - большой вертел

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

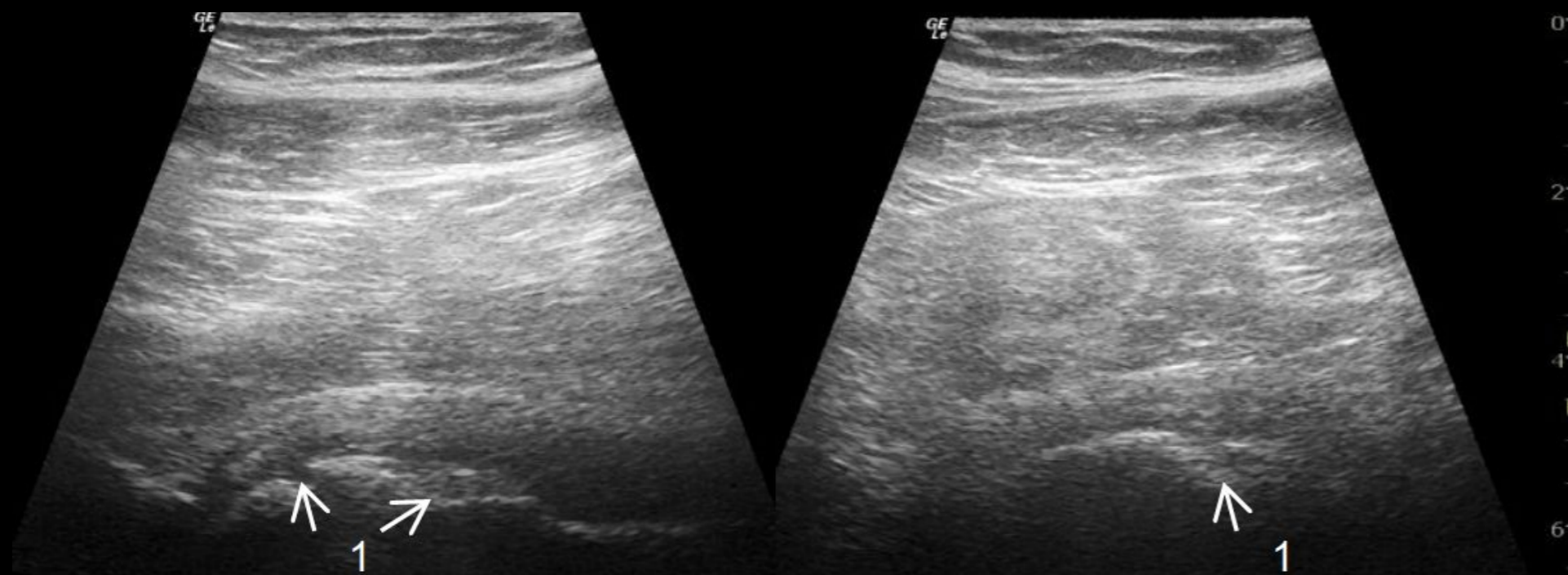








Ревматические проявления воспалительных заболеваний толстой кишки



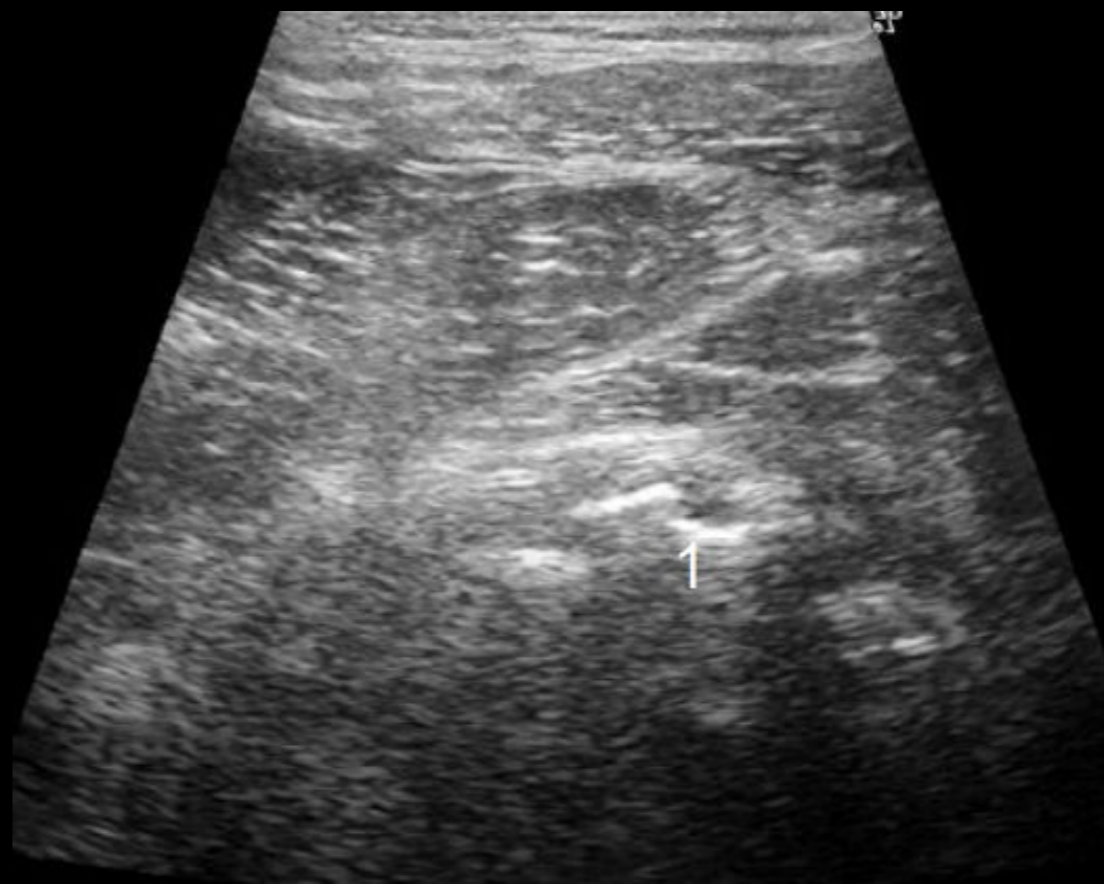
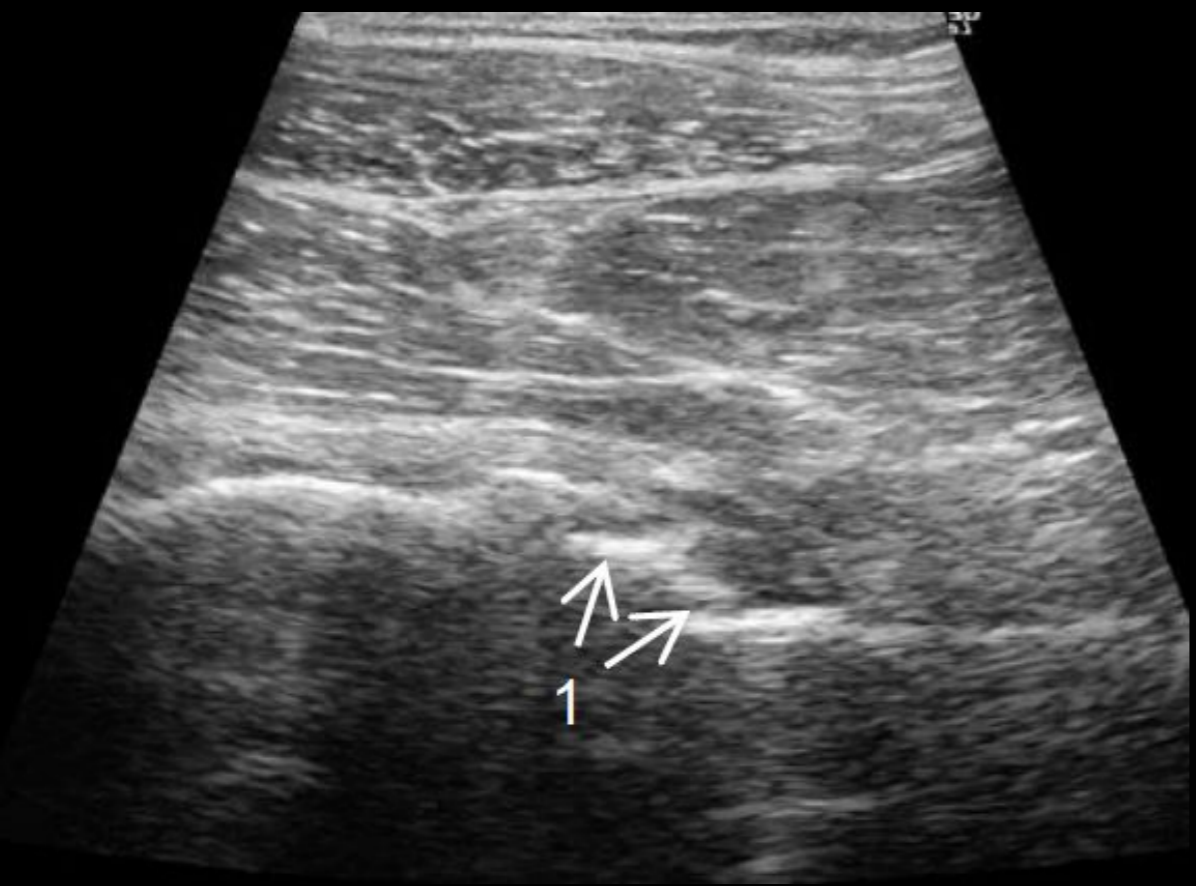
Classification of peripheral arthropathy associated with IBD

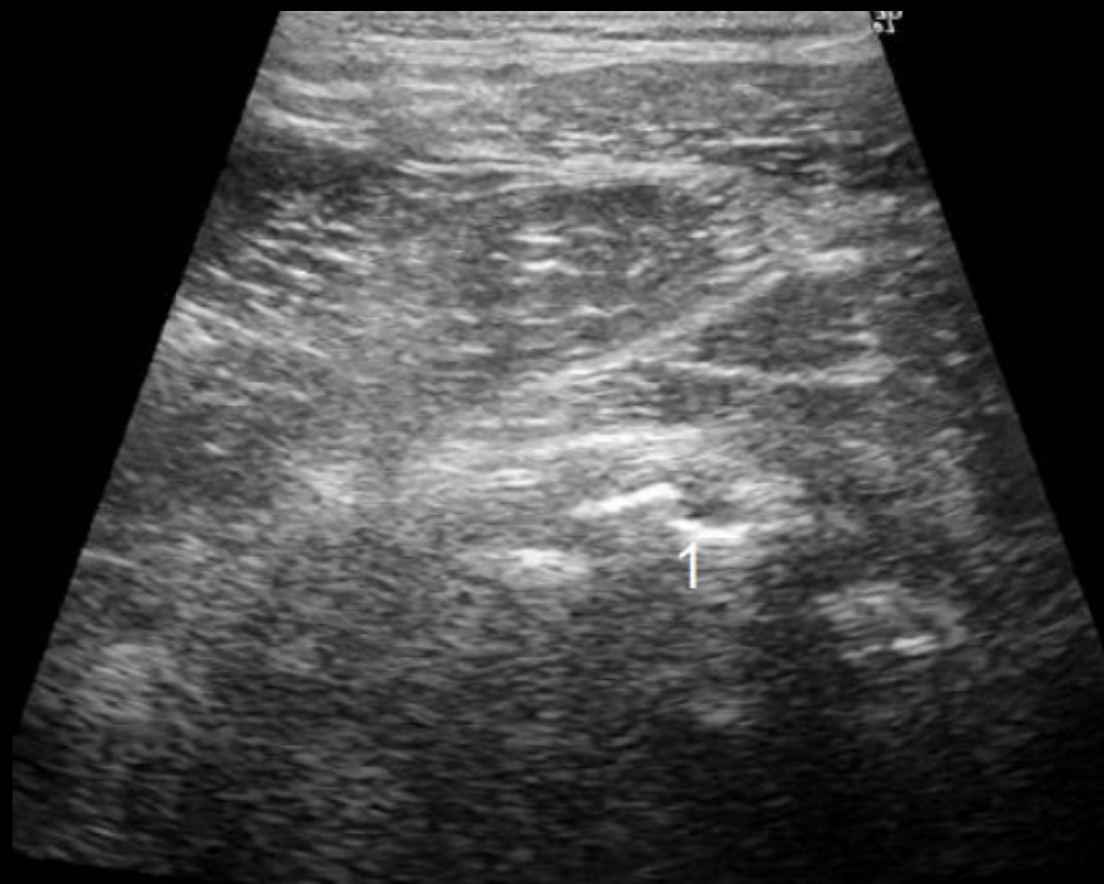
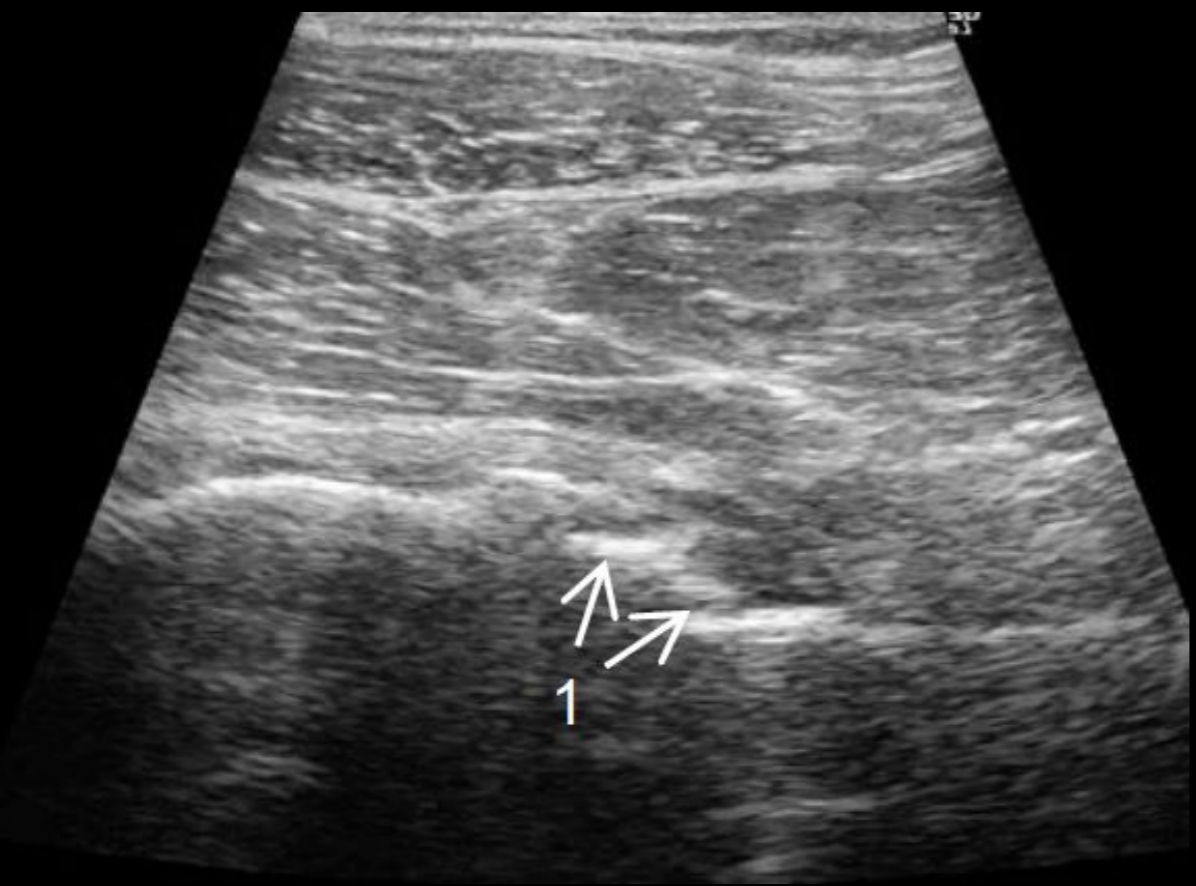
Type 1 (Pauci-articular)	Type 2 (Polyarticular)
Less than five joints	Five or more joints
Asymmetric involvement	Persistent inflammation for months or even years
Lower limbs more affected	May be erosive
Self limited episodes that last < 10 wk	Affects both large and small joints
Usually concomitant IBD 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.

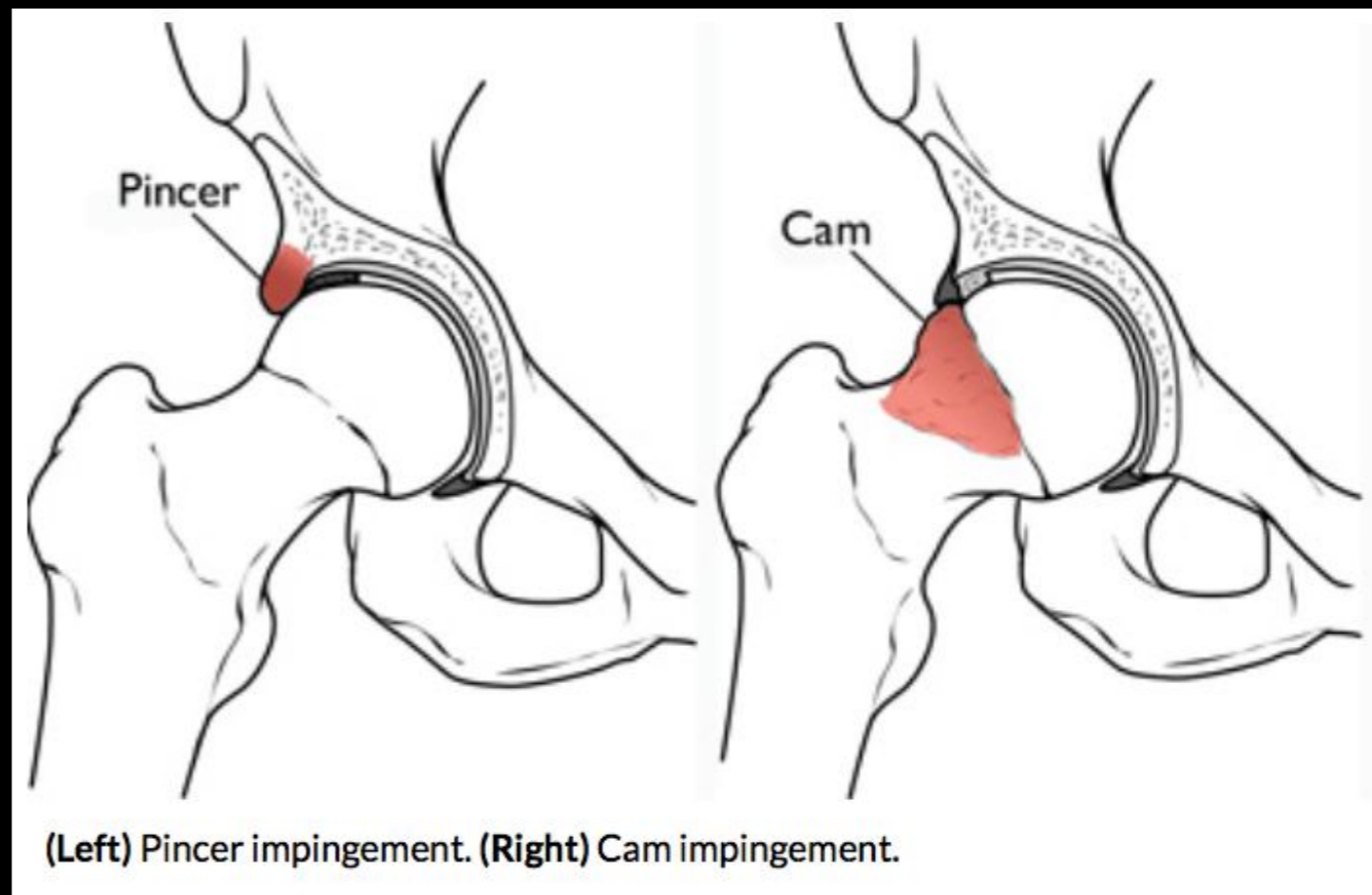
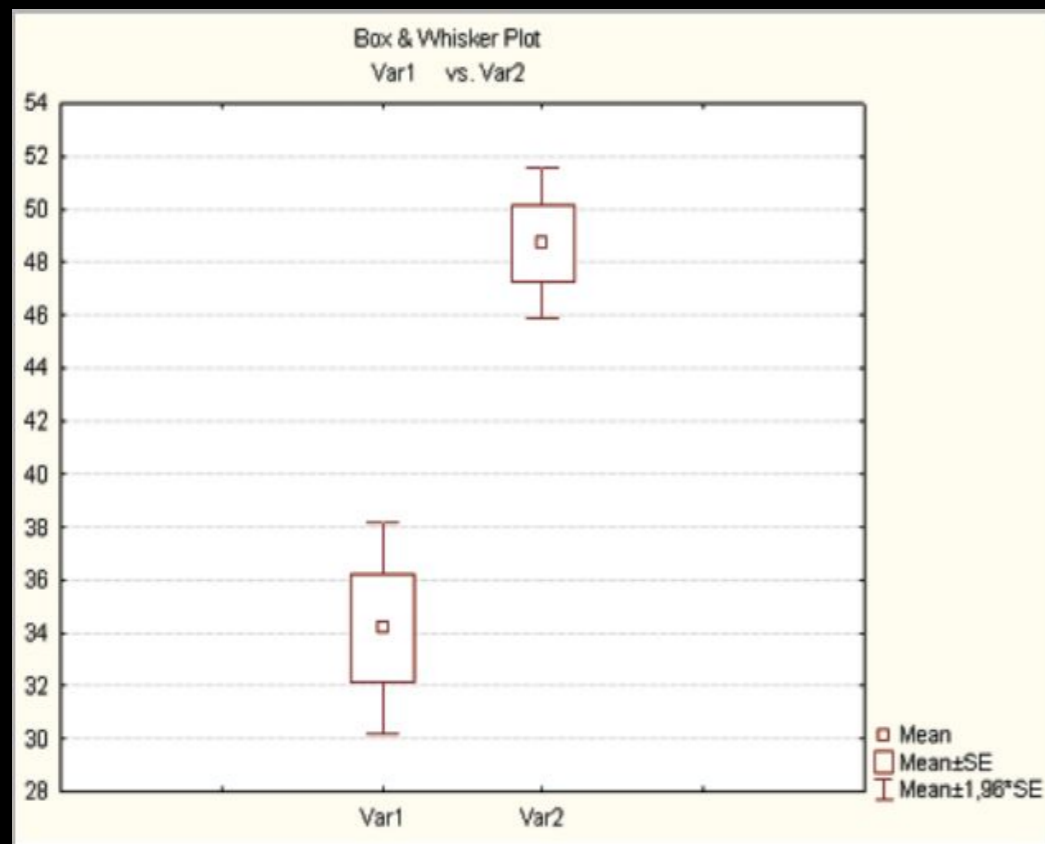


ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Н.Н. ПРИОРОВА

ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО
ЗАРАБОТКАМ И СОЦИАЛЬНОМУ
РАЗВИТИЮ РФ

КЛИНИКА СПОРТИВНОЙ, БАЛЕТНОЙ
И ЦИРКОВОЙ ТРАВМЫ

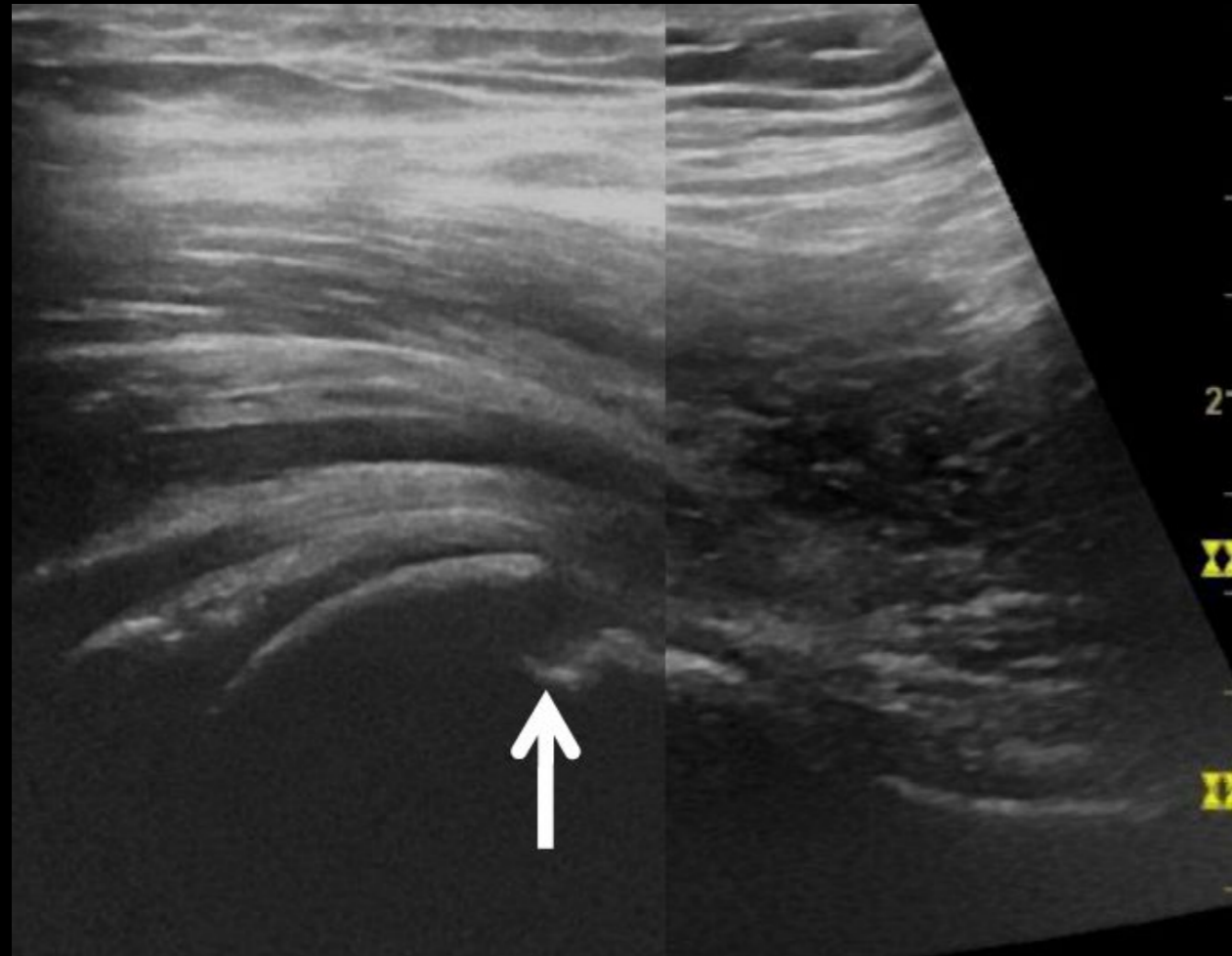
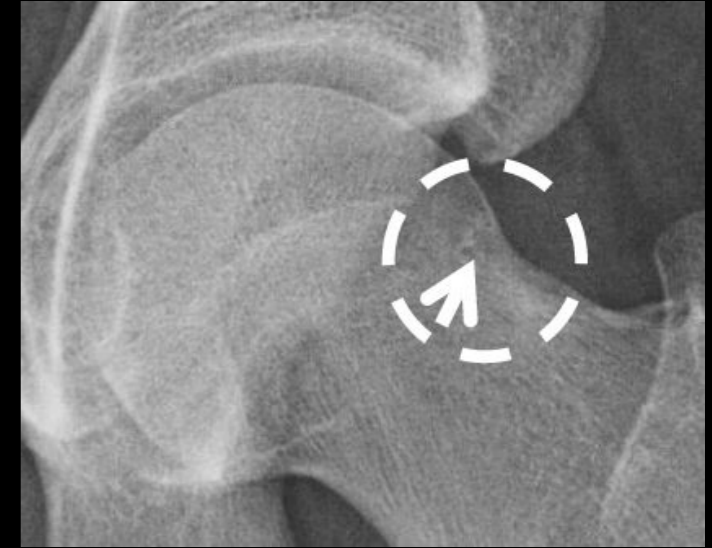


**Алгоритм и особенности диагностики
фемороацетабулярного импинджмент-синдрома
при магнитно-резонансном исследовании пациентов
с хроническим болевым синдромом
в области тазобедренного сустава**

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

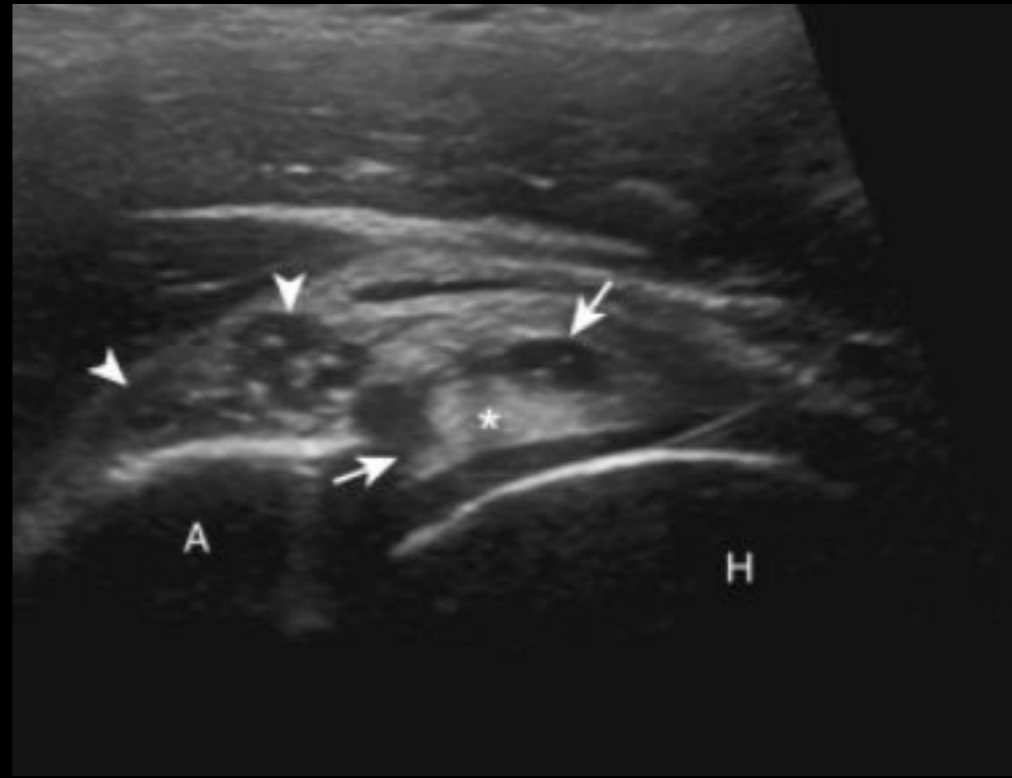
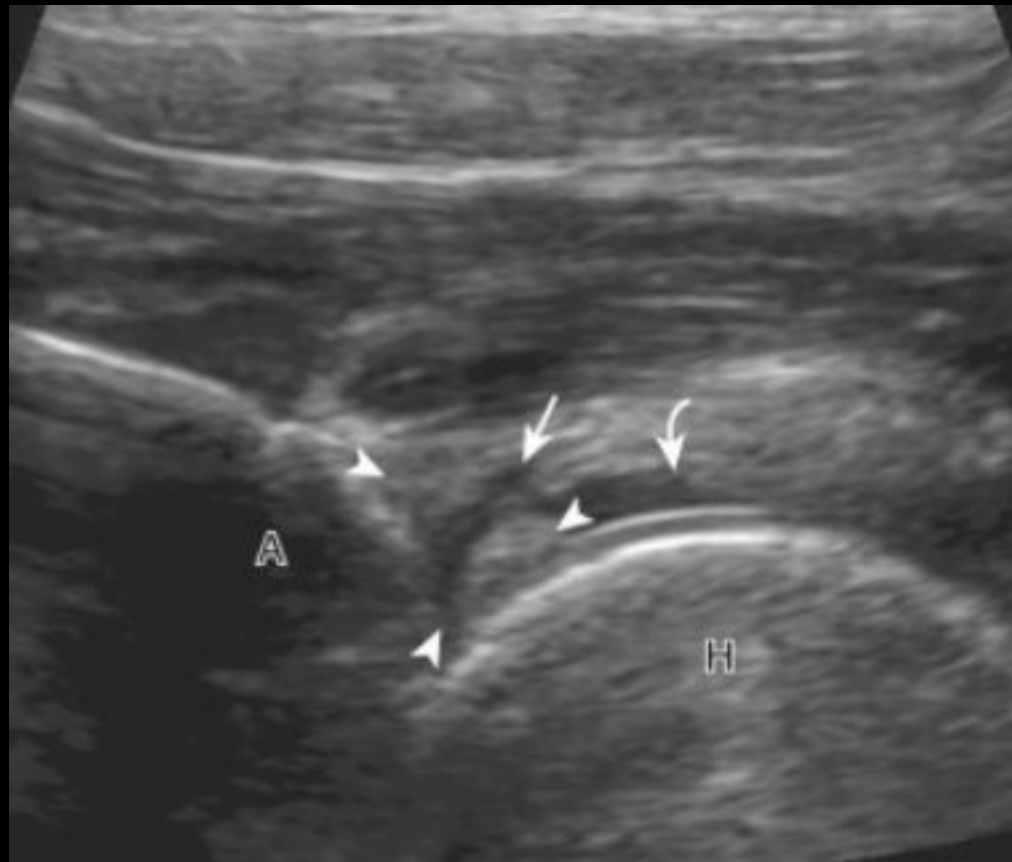
ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны
России, кафедра рентгенологии и радиологии (с курсом ультразвуковой диагностики)



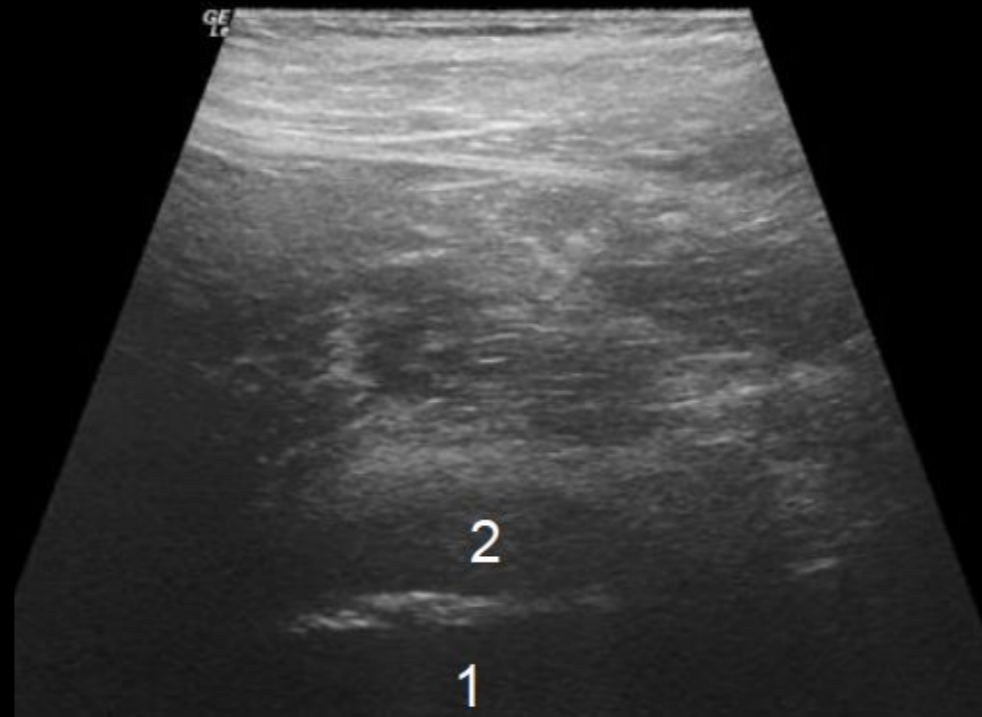
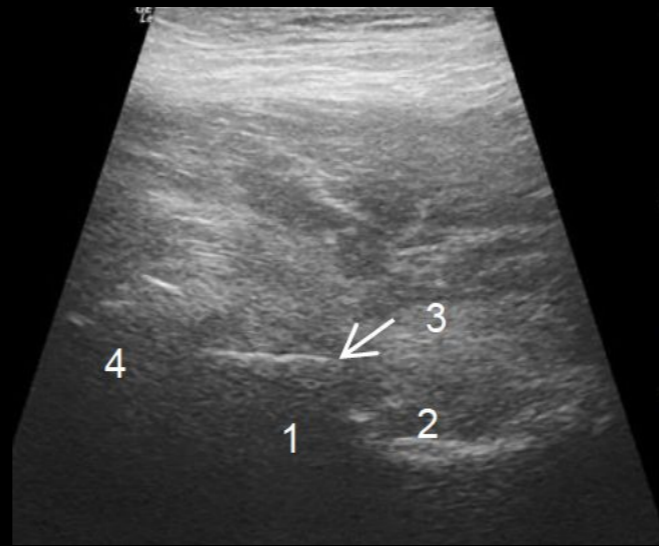
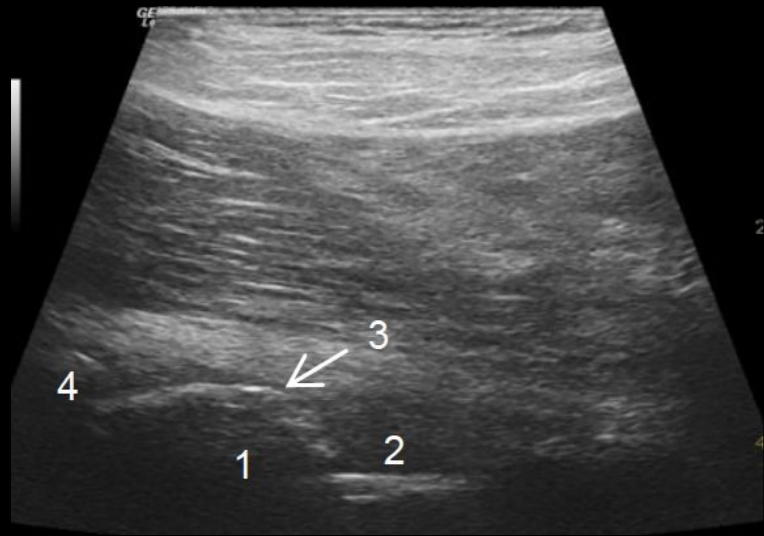


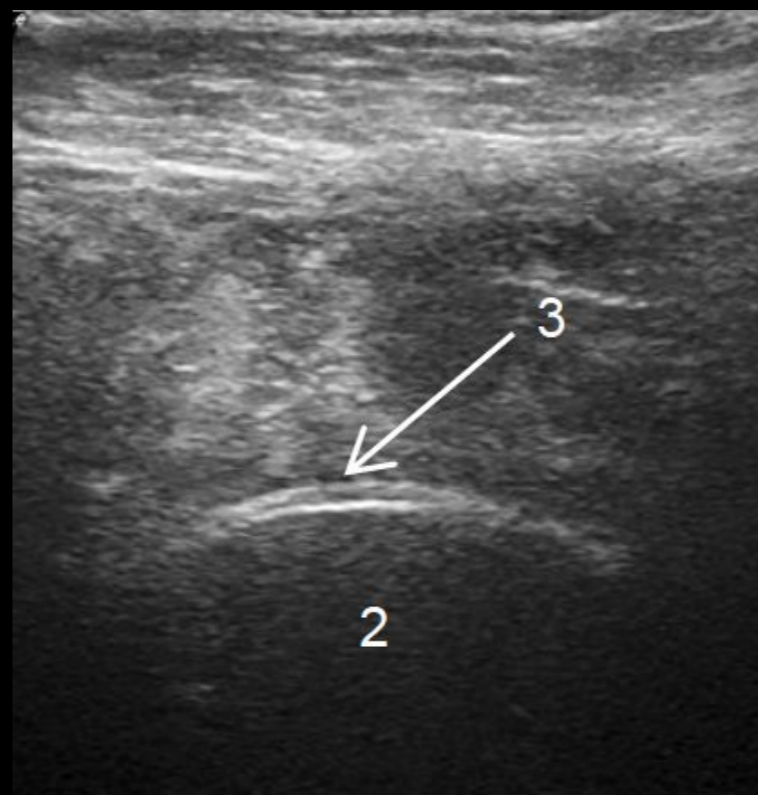
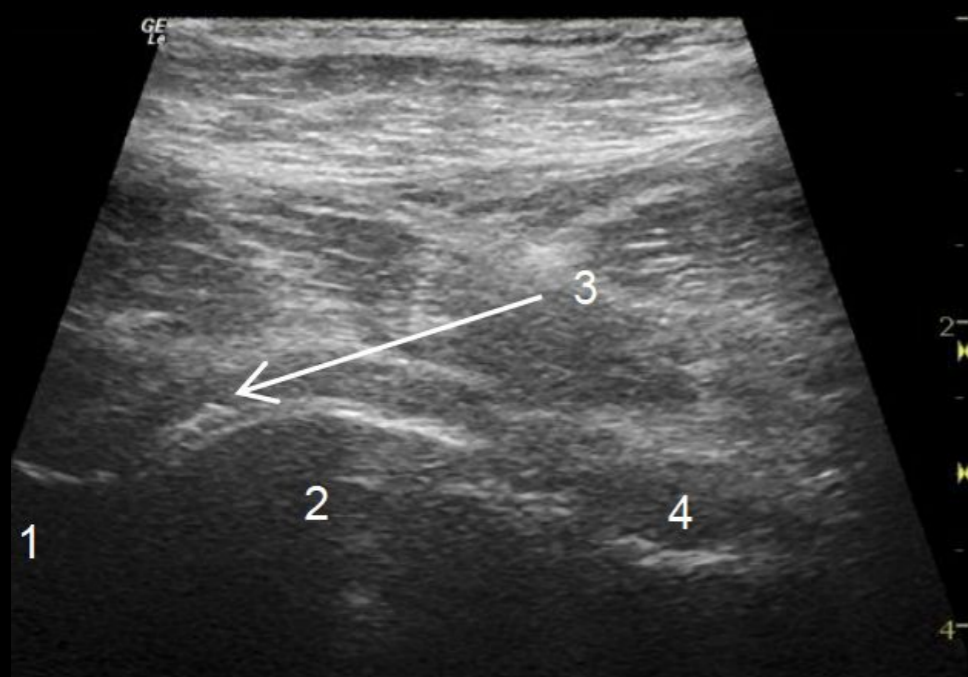


Troelsen A et al, *Acta Orthopaedica* 2009; 80 (3): 314–318

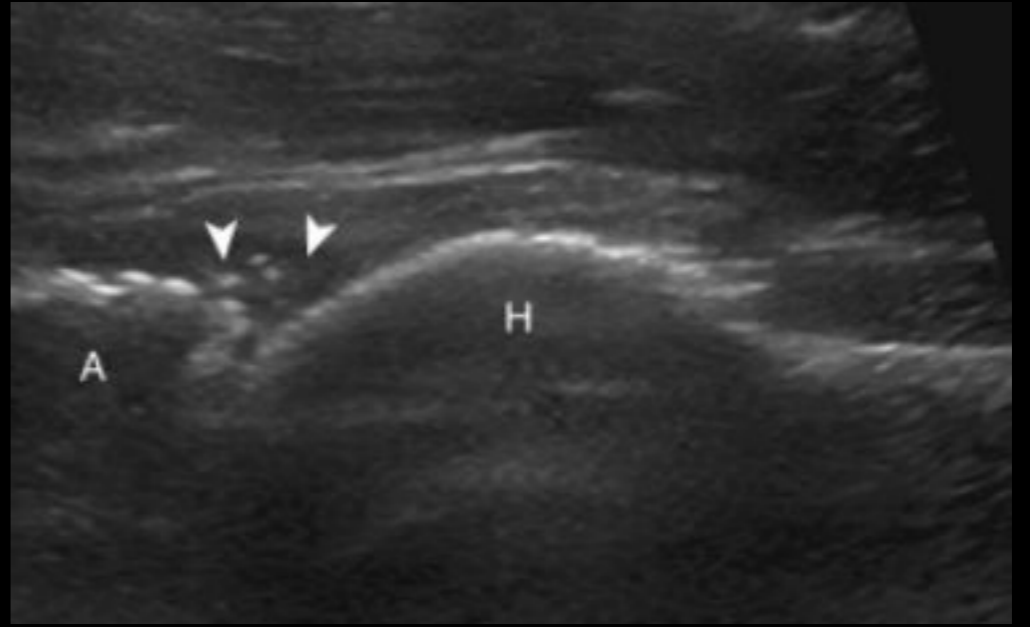


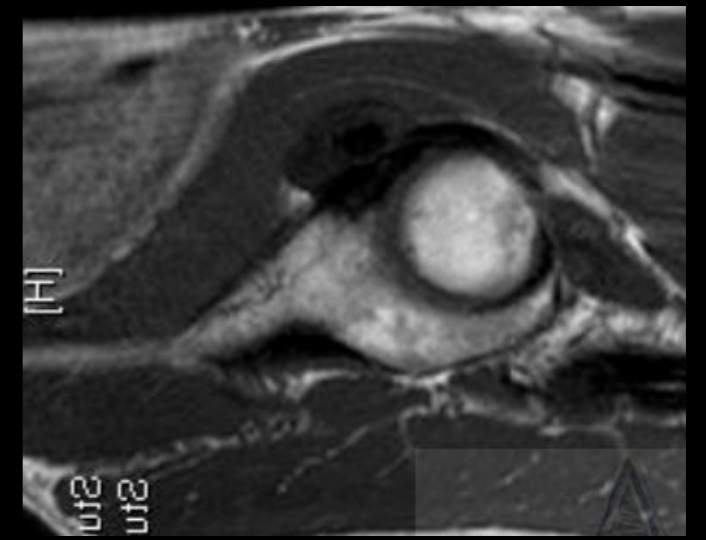
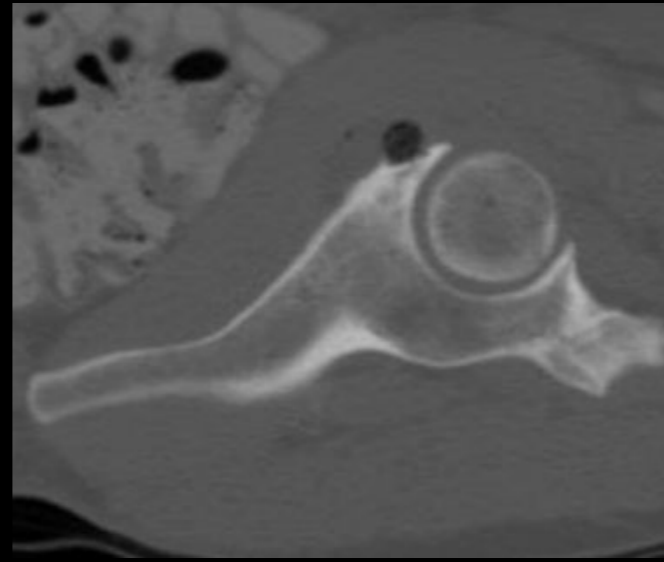
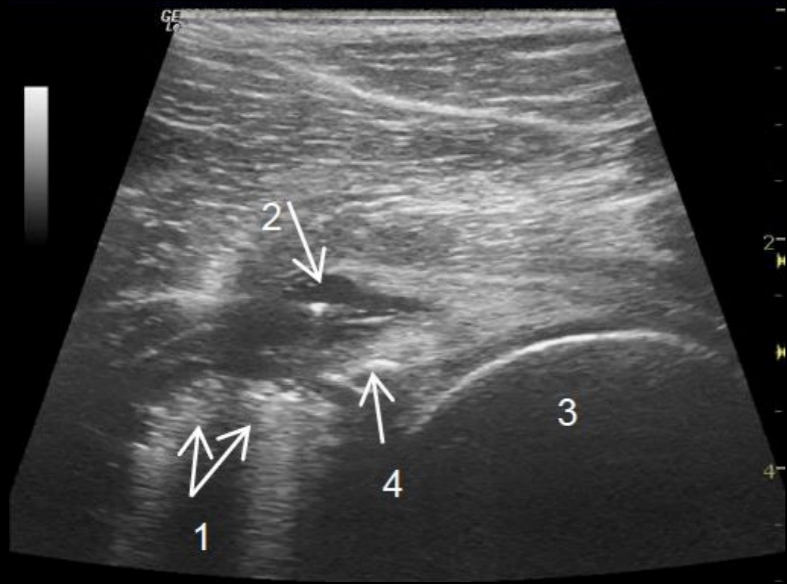
Асептический некроз головки бедренной кости (Аваскулярный некроз головки бедренной кости)



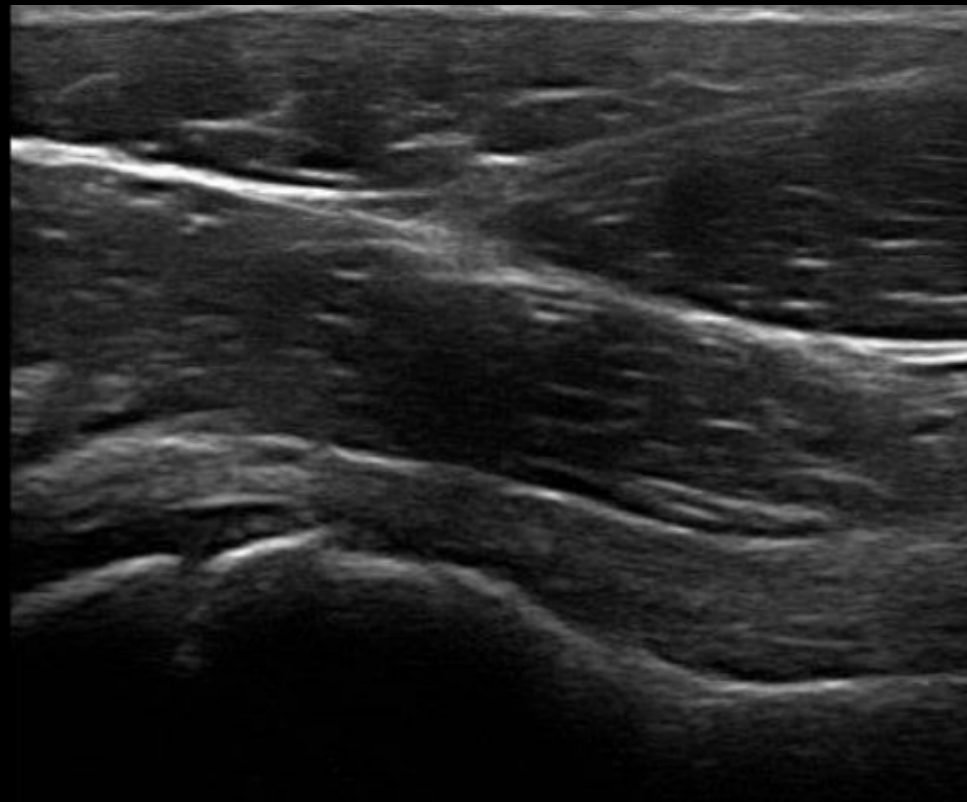
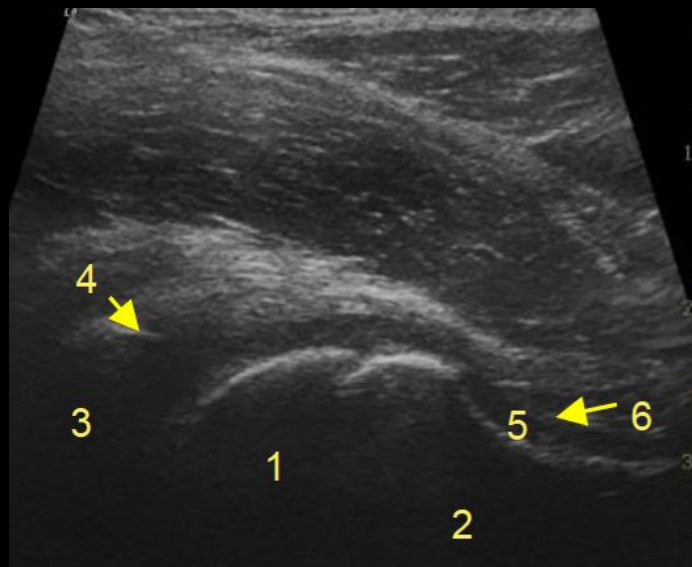
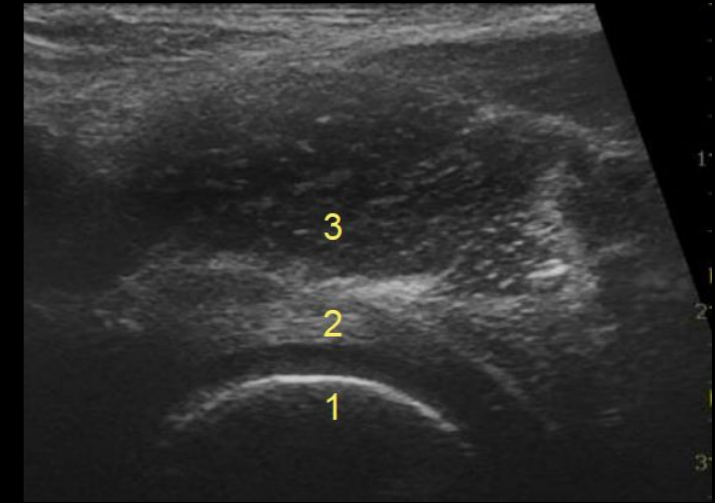
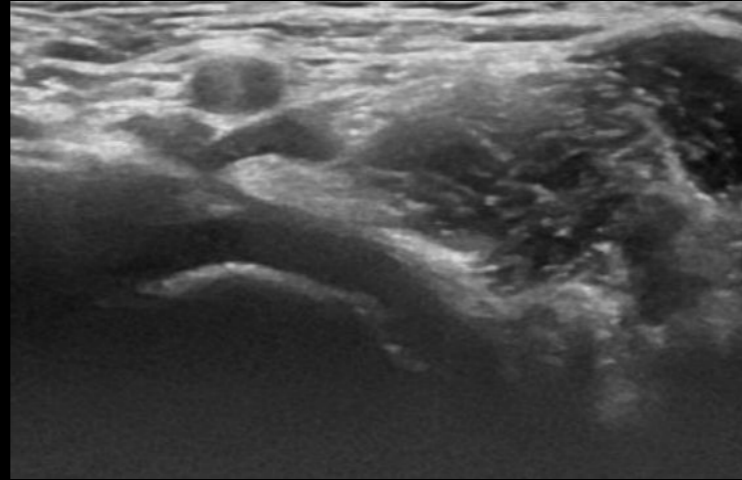
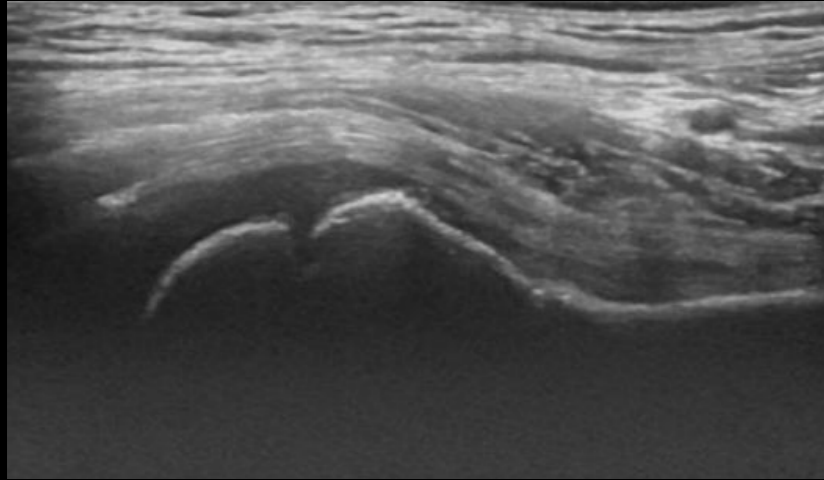


1 - вертлужная впадина, 2 - головка бедренной кости; 3 - фокусы хондрокальциноза; 4 - выпот в суставе
Неровность (изъеденность) гиперэхогенного контура над гиалиновым хрящем отличает явления хондрокальциноза от симптома «двойного контура» при подагрической артропатии





УЗИ тазобедренного сустава в детской практике. Передние сканы

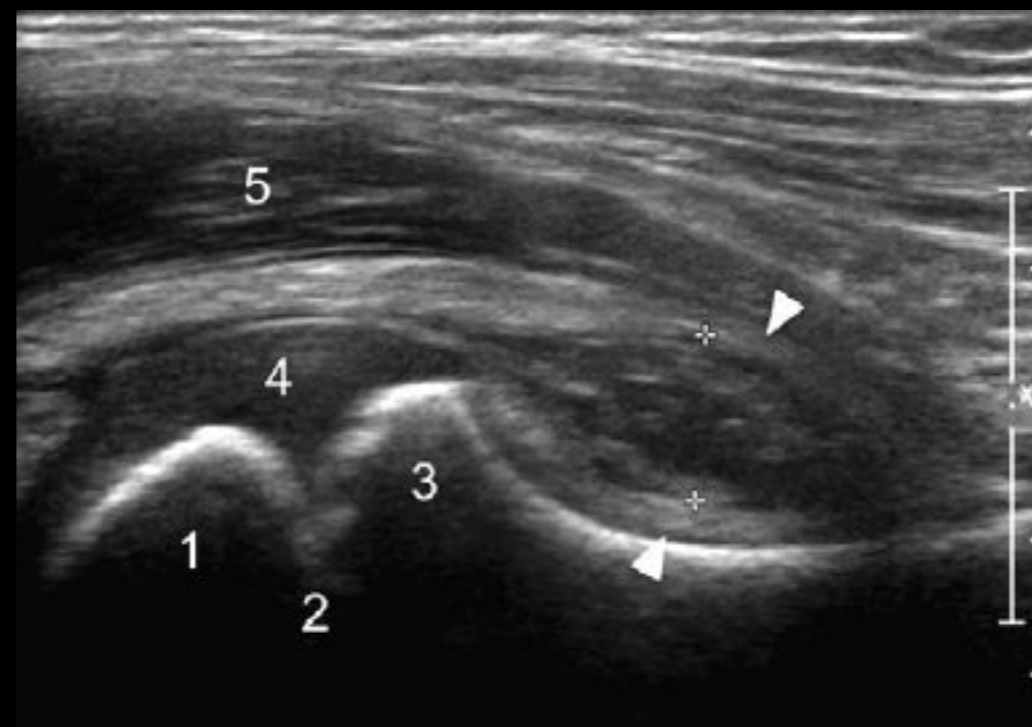


[Robben SG, et al. Radiology. 1999](#)

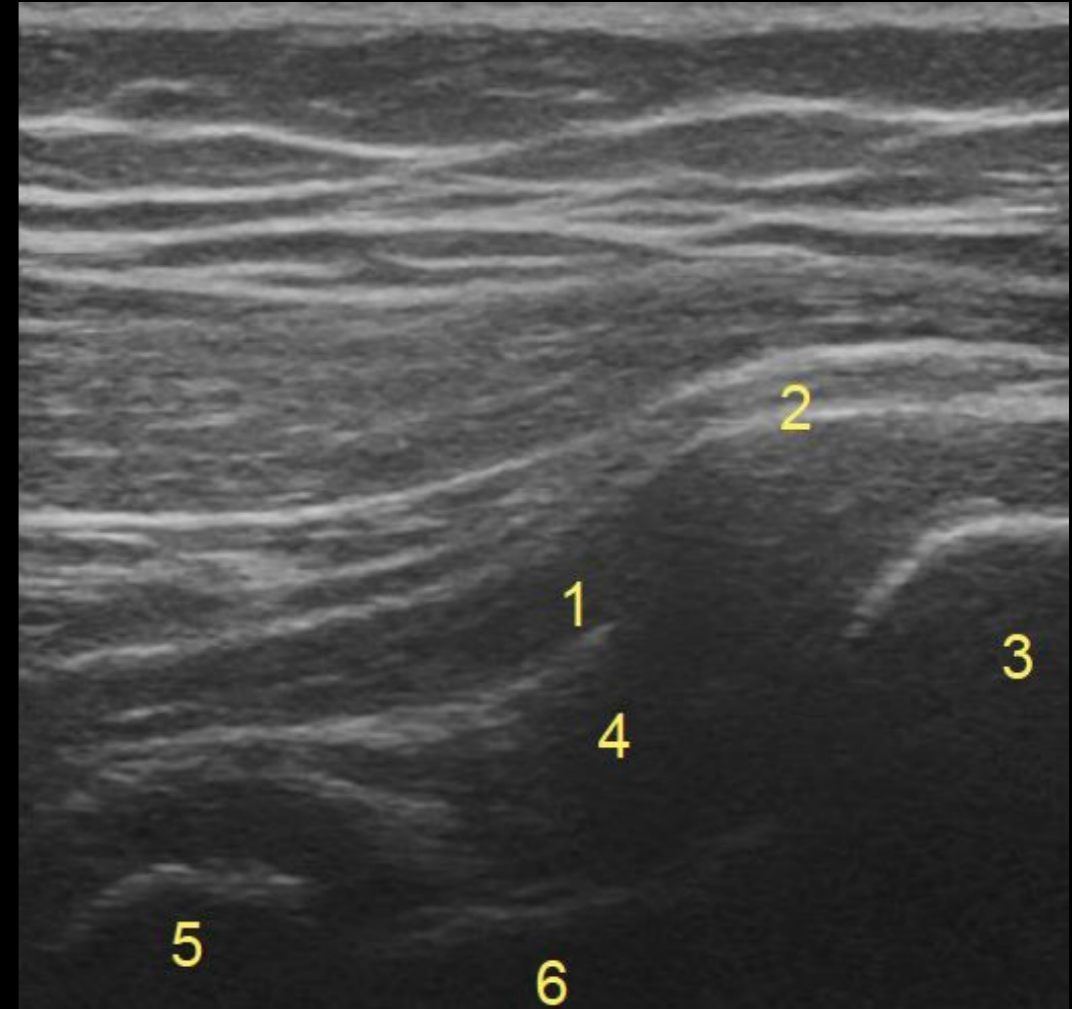
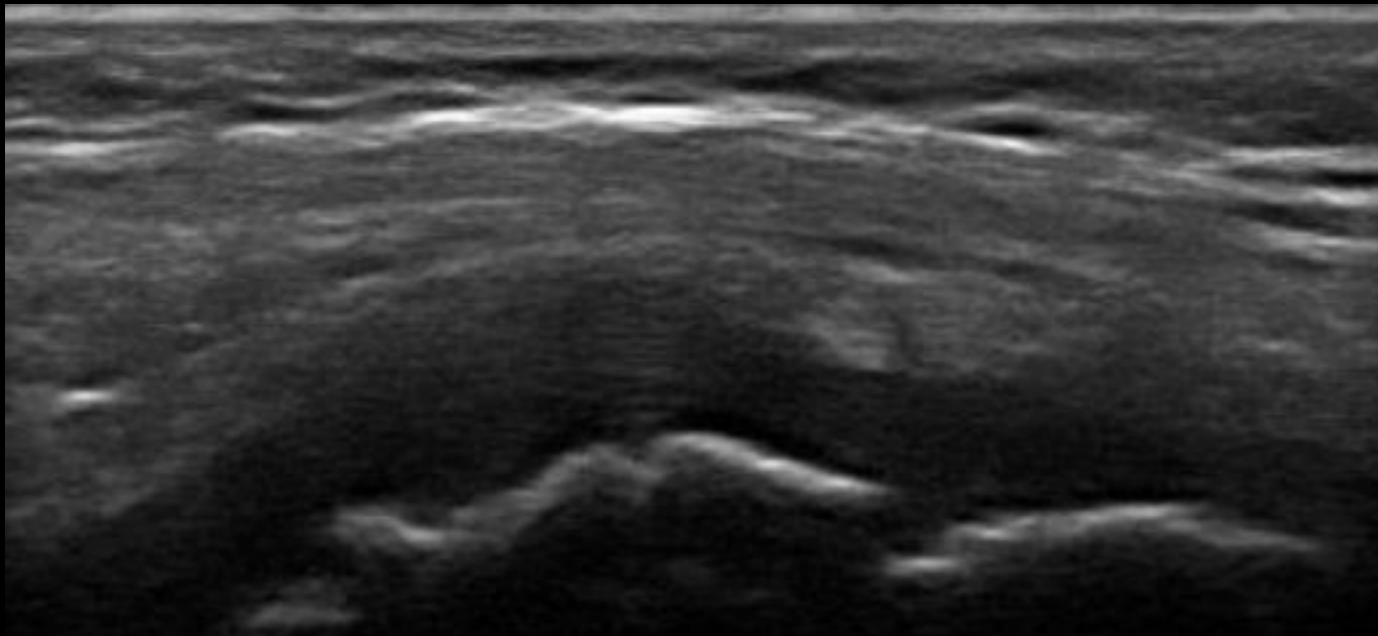
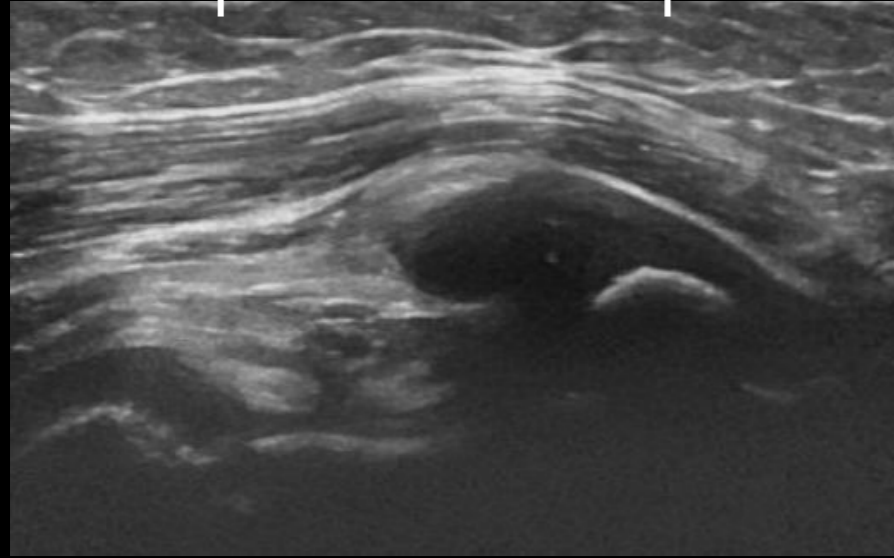
[Feb;210\(2\):499-507.](#)

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

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

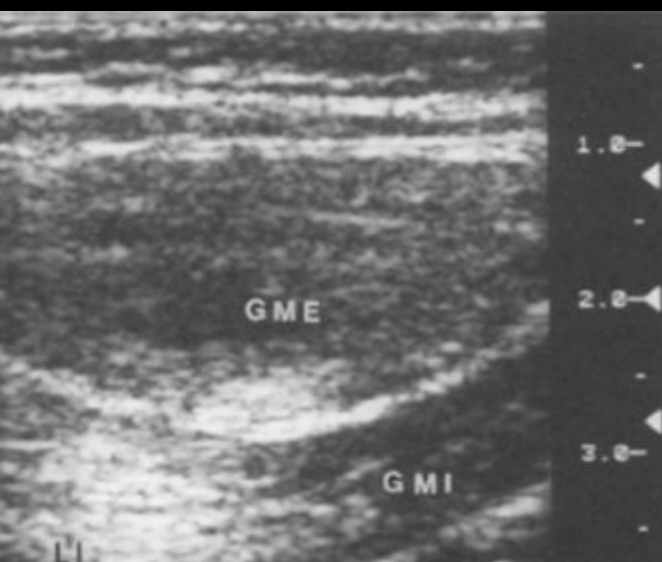
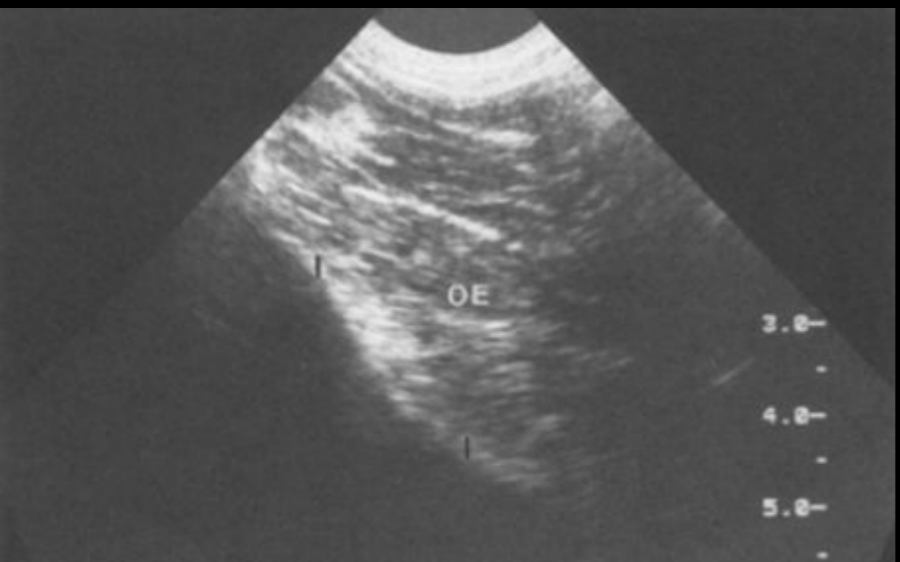
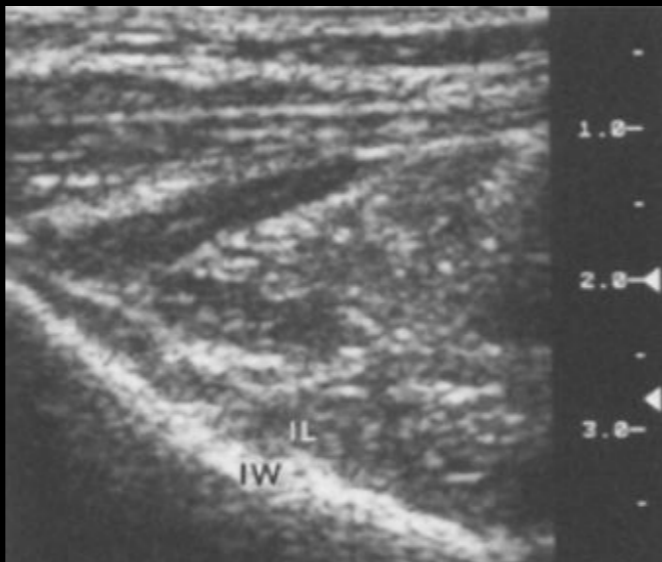
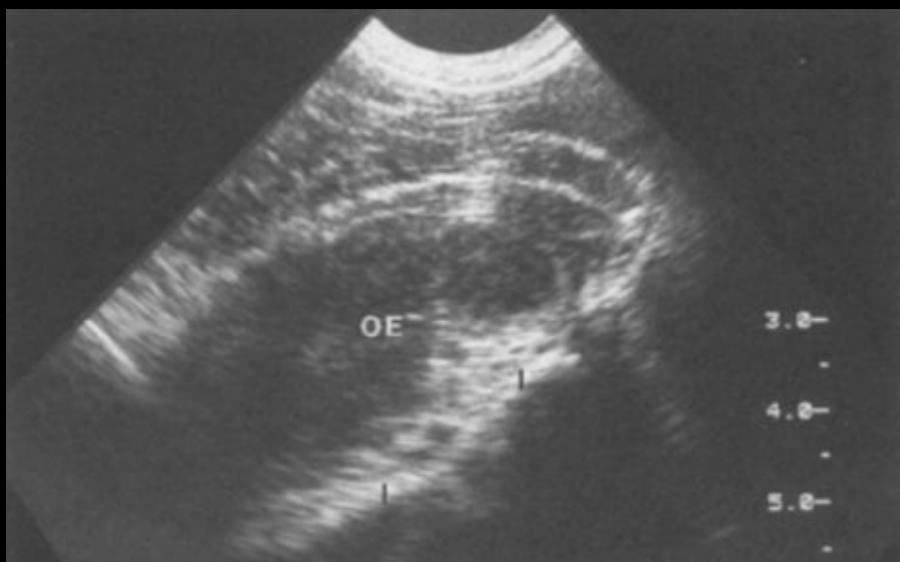
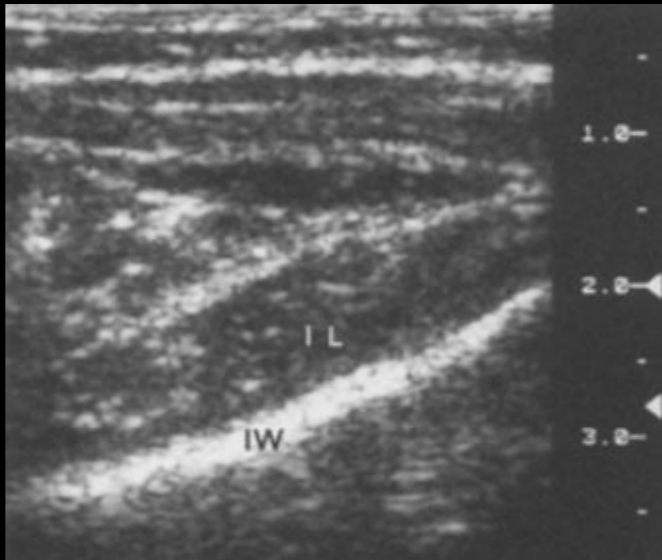
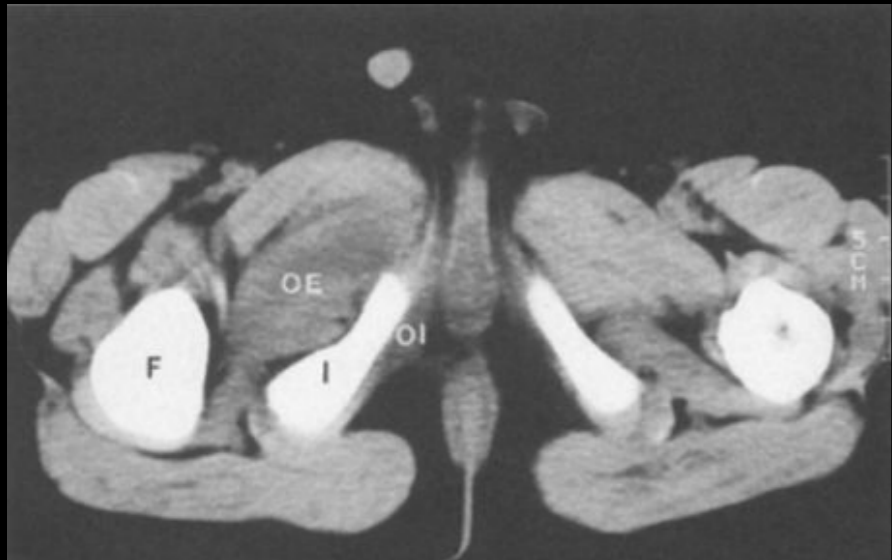


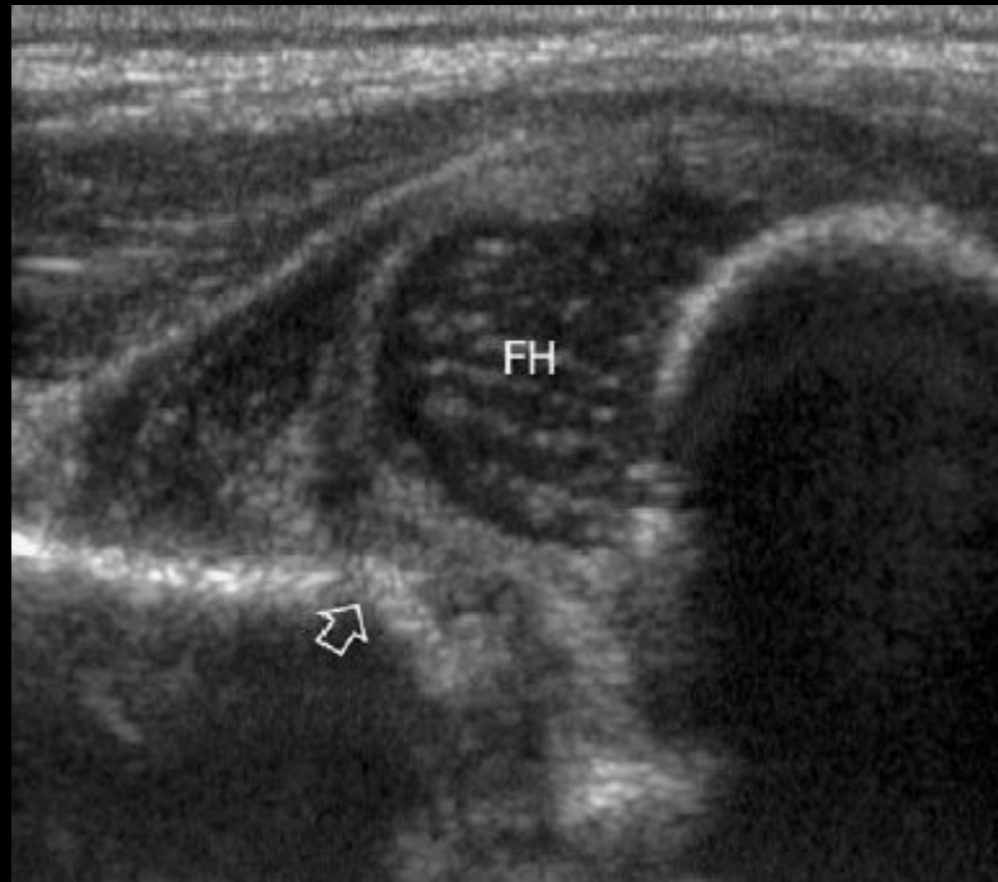
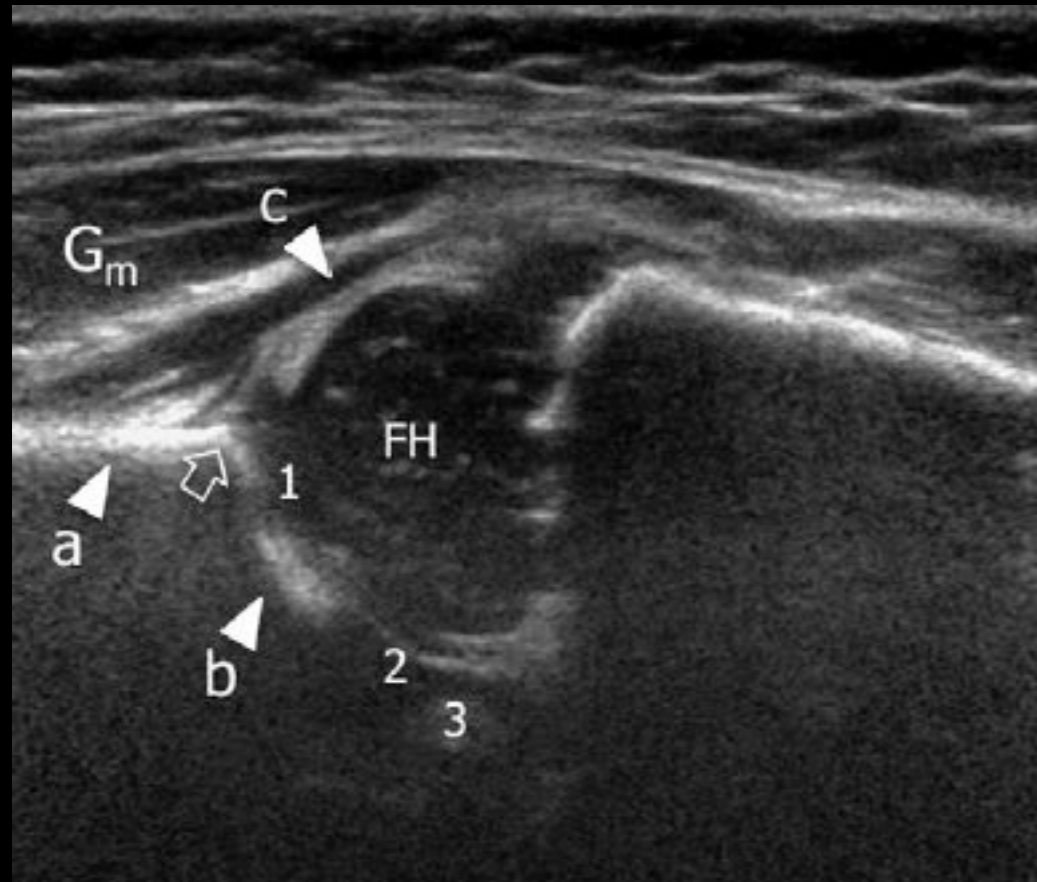
УЗИ тазобедренного сустава в детской практике. Латеральные срезы

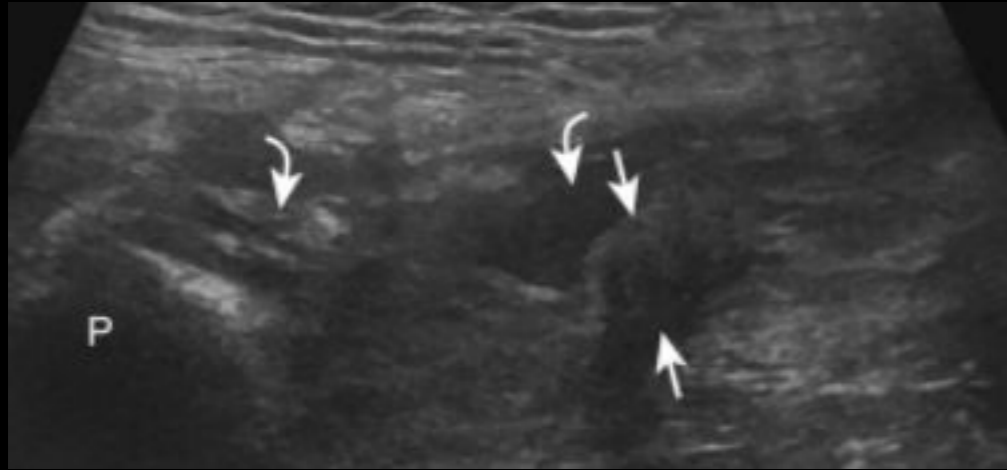


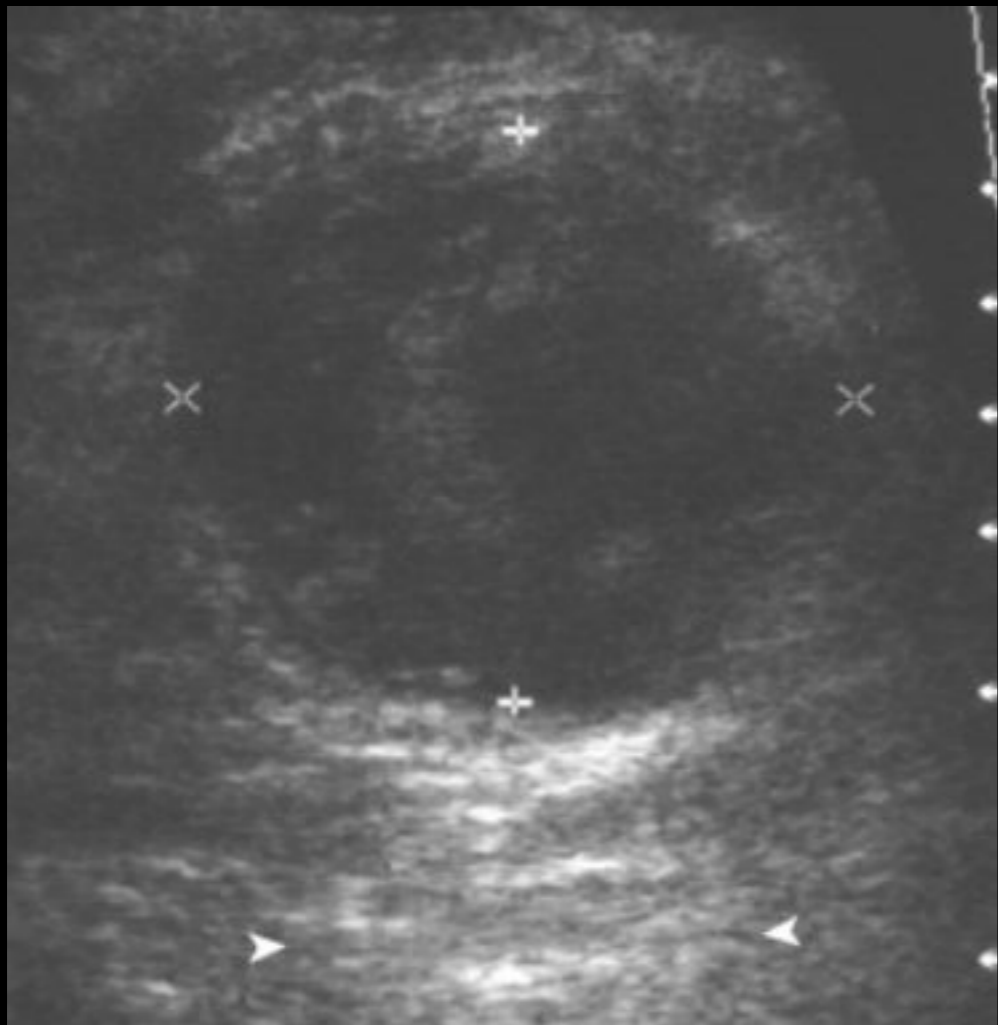
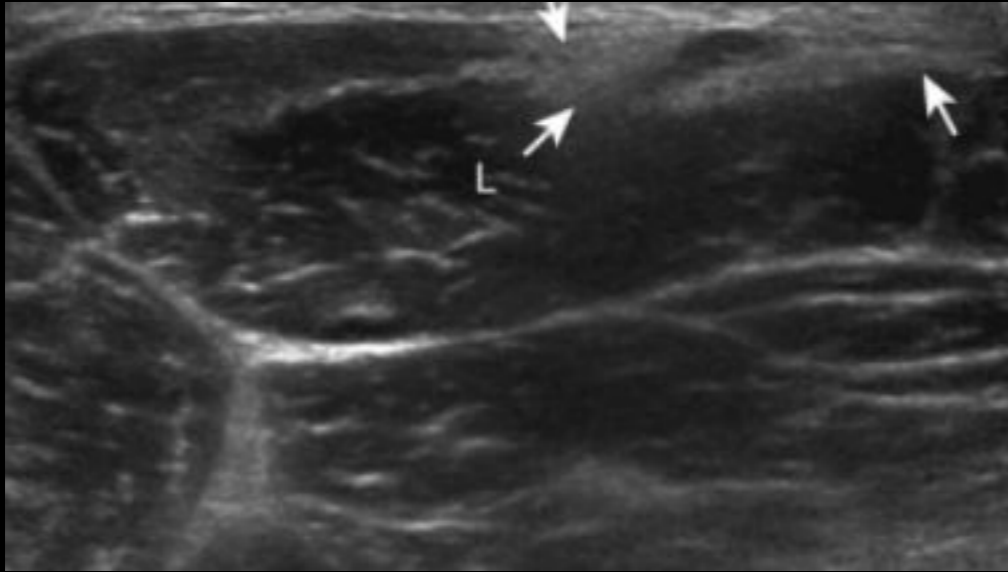
1 - сухожилие средней ягодичной мышцы; 2 - большая ягодичная мышца; 3 - большой вертел; 4 - малая ягодичная мышца; 5 - головка бедренной кости; 6 - шейка бедренной кости.

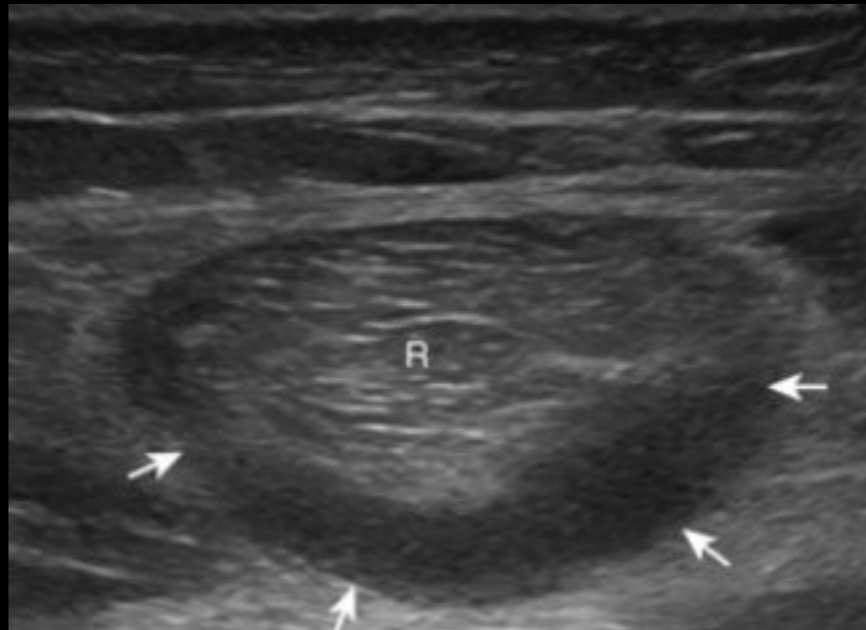
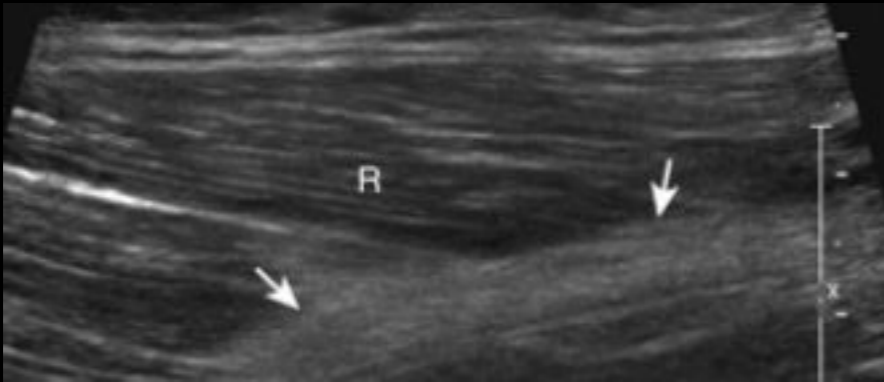
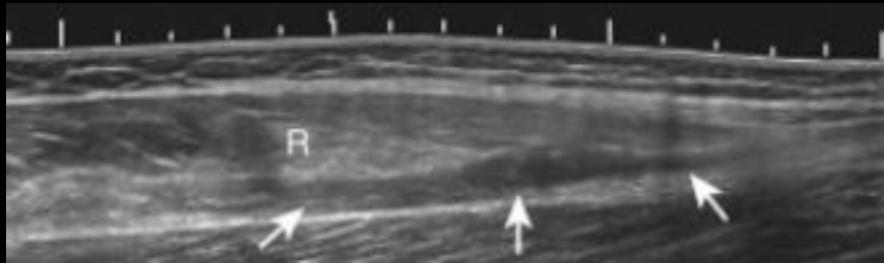


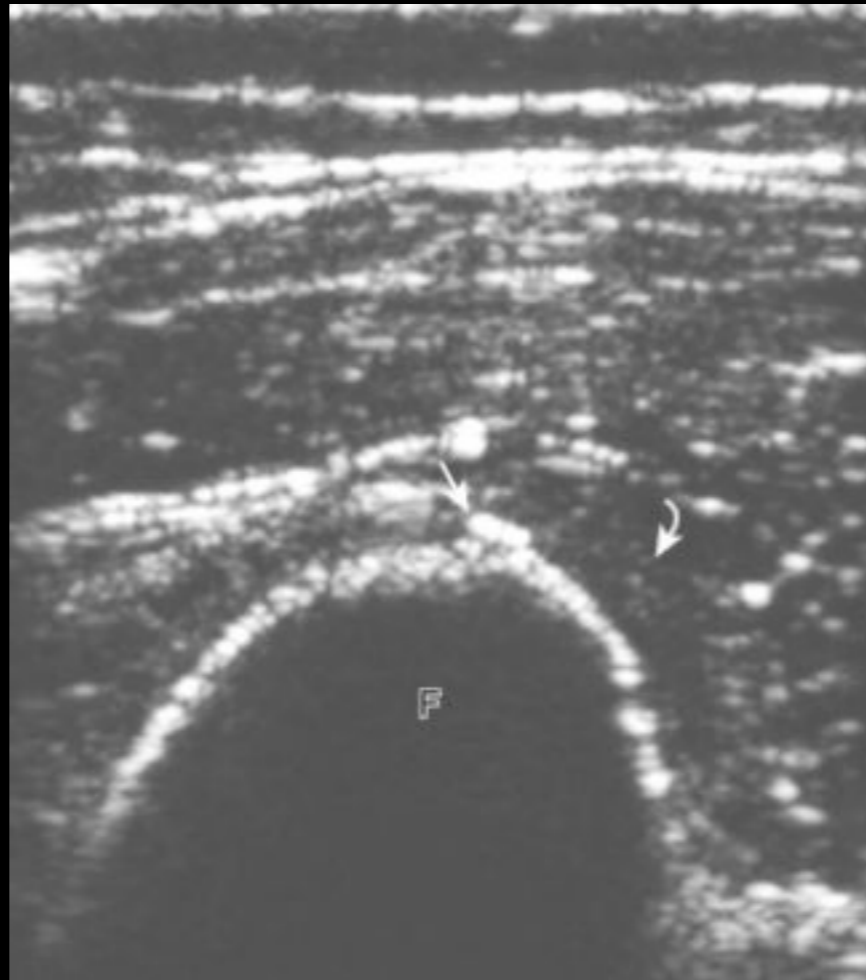
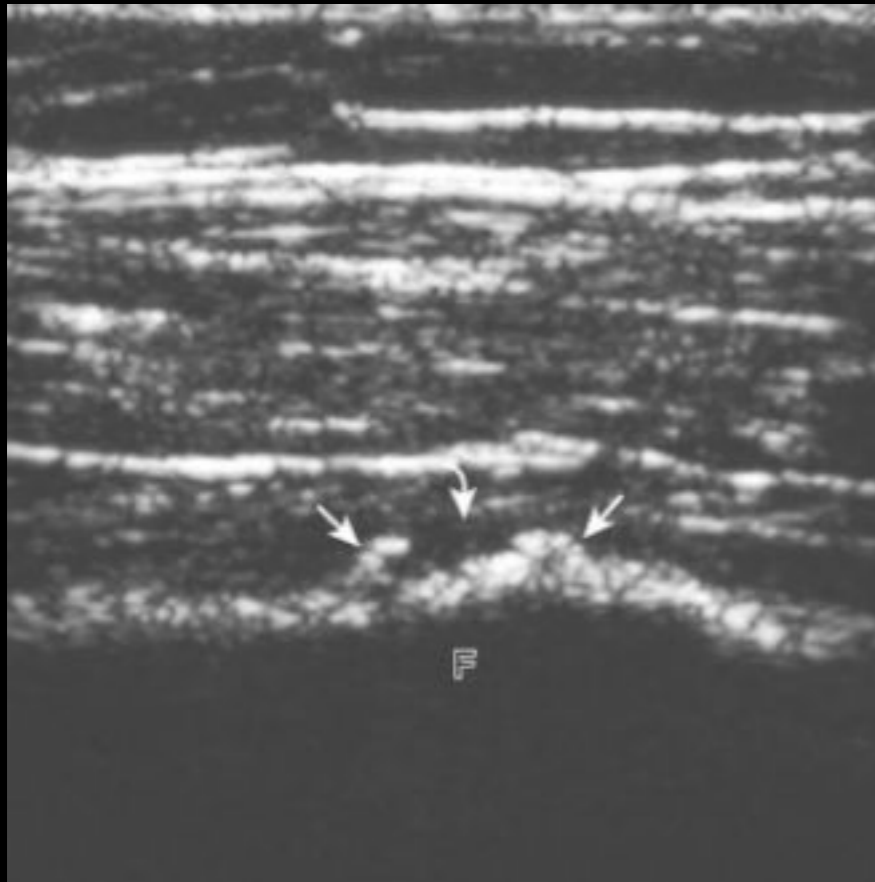




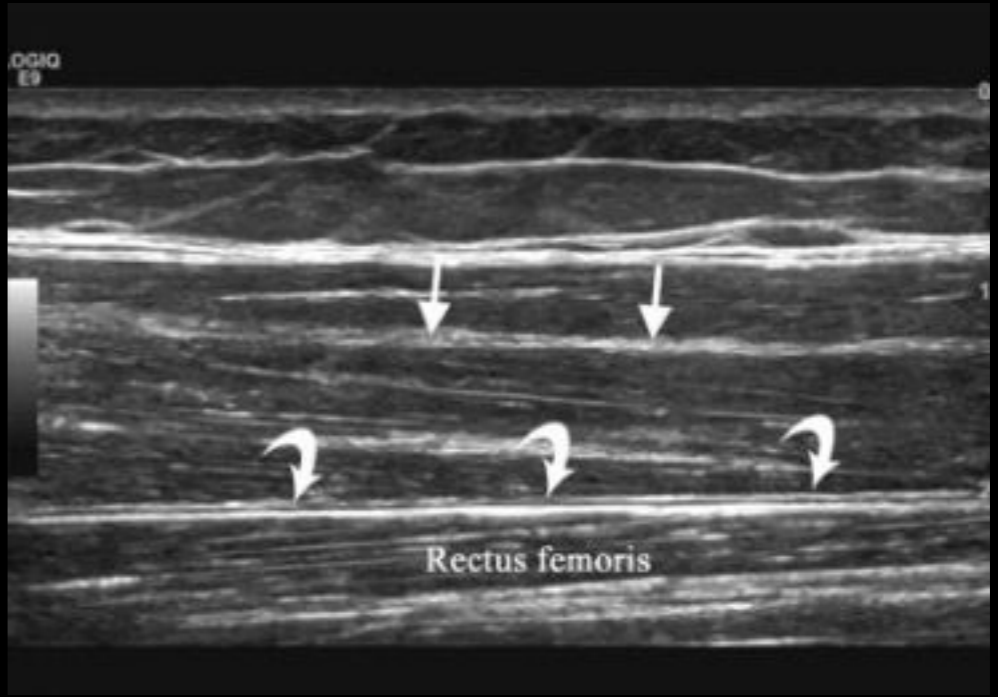
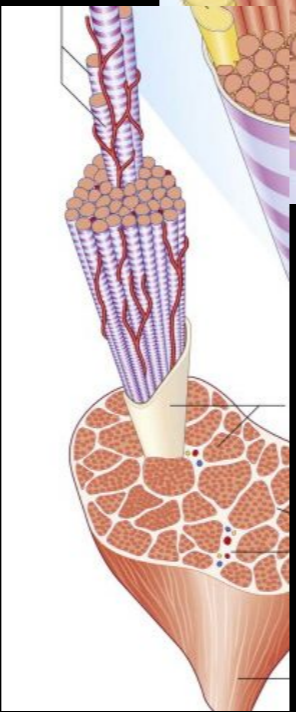
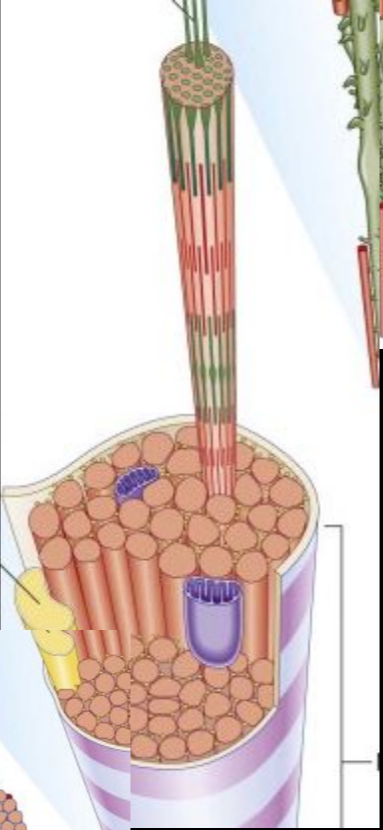
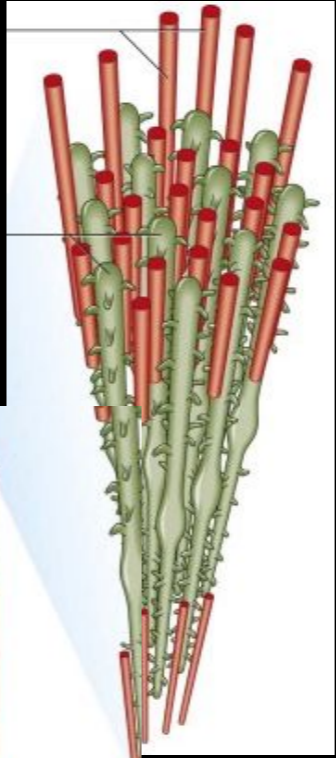
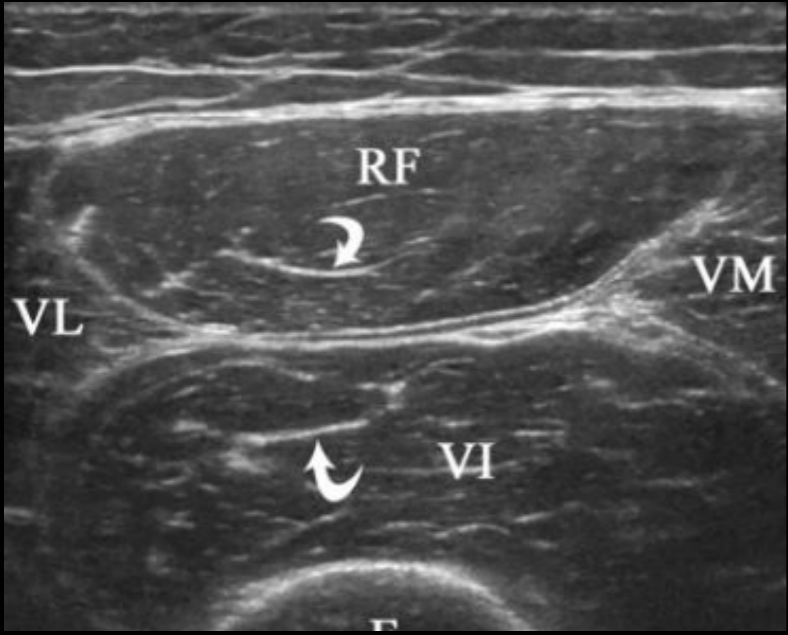


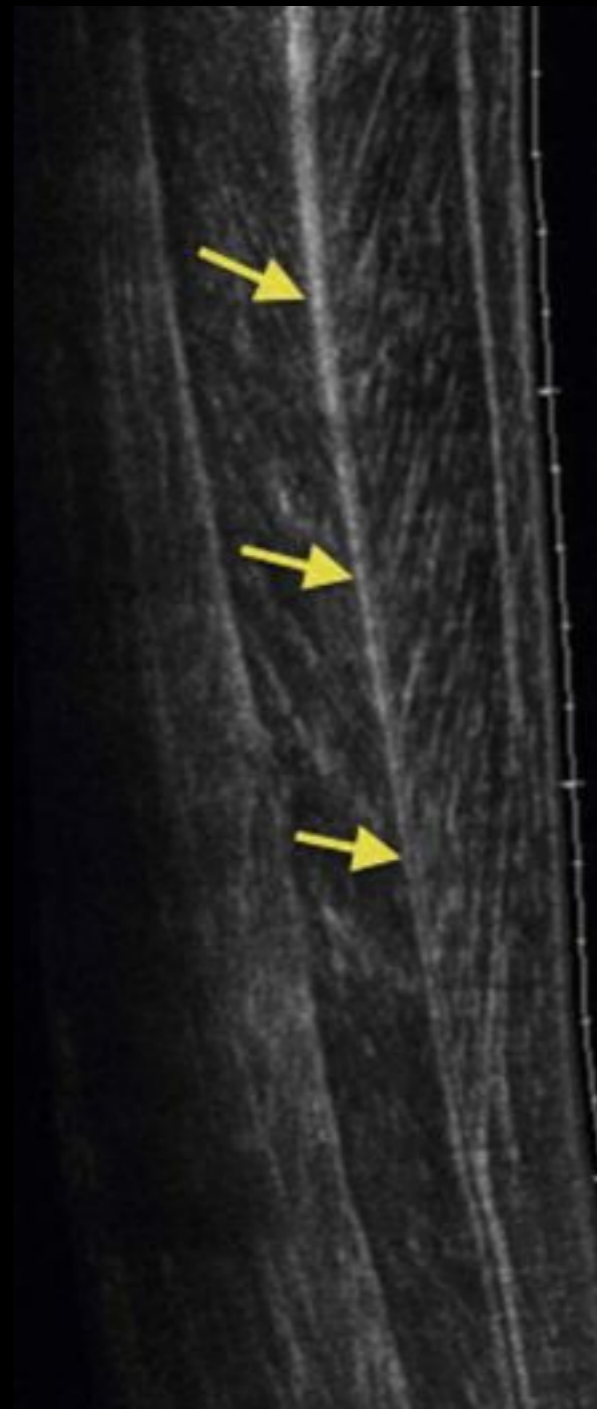
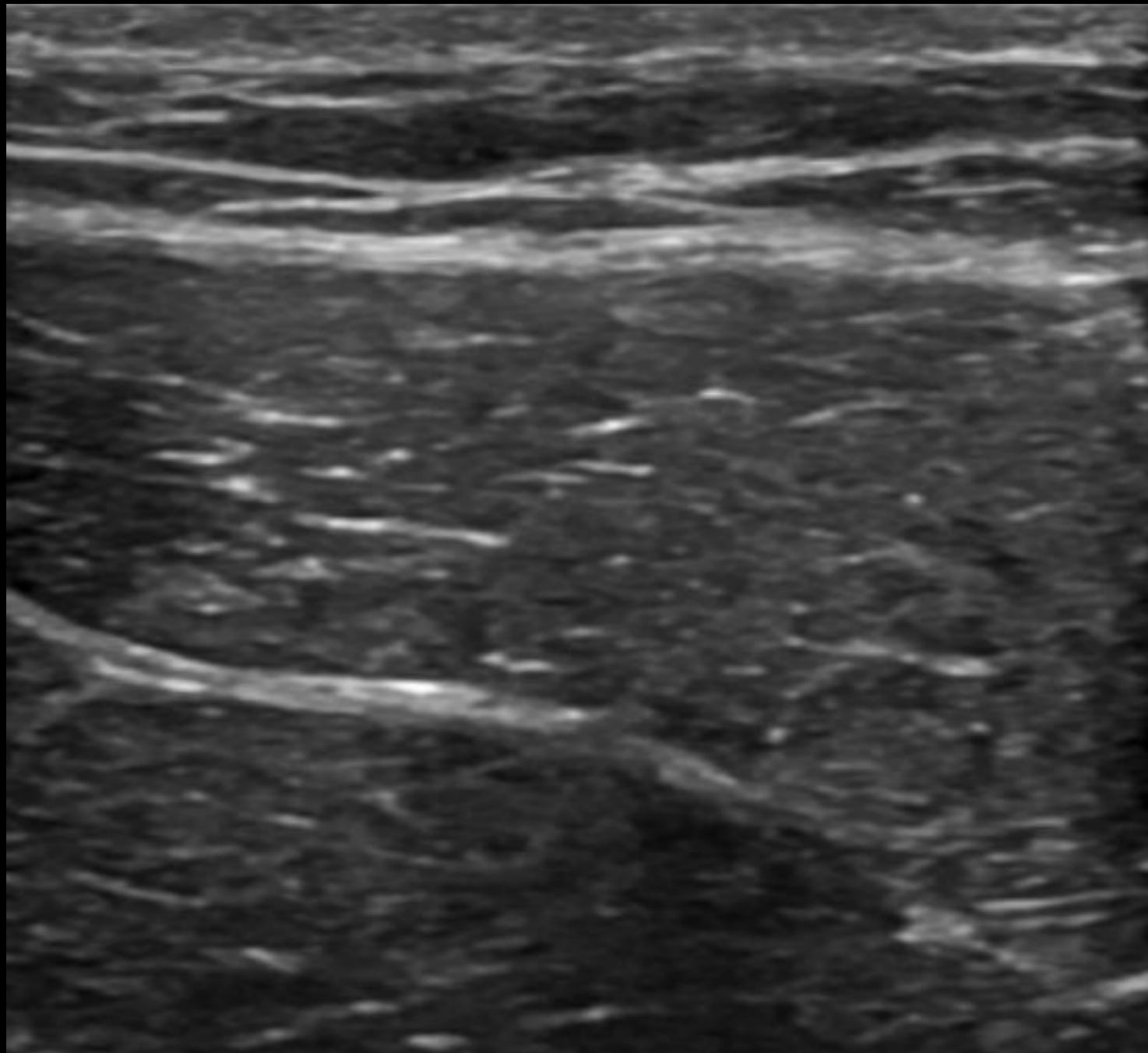


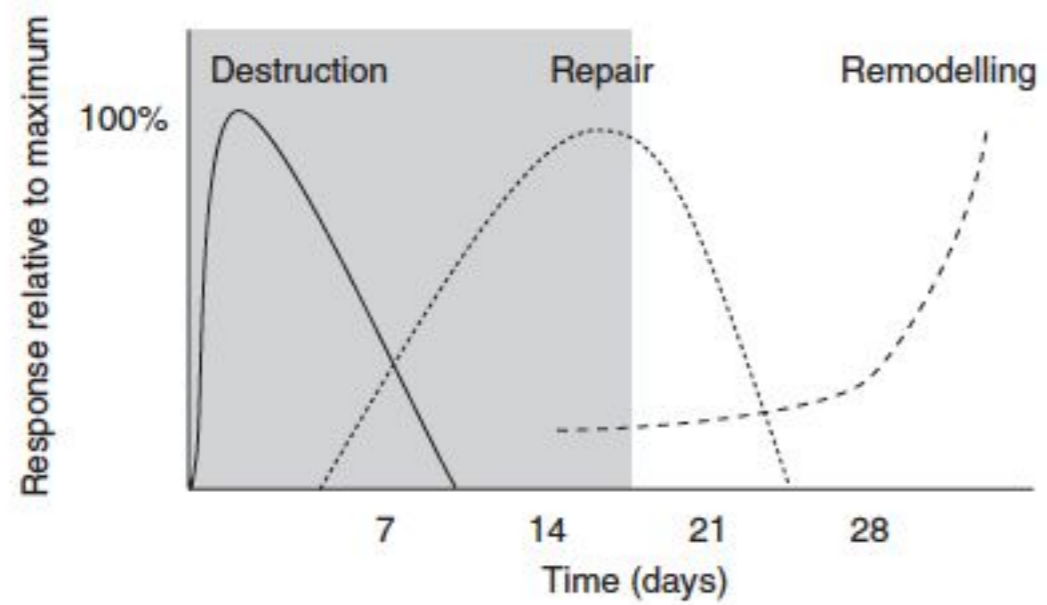


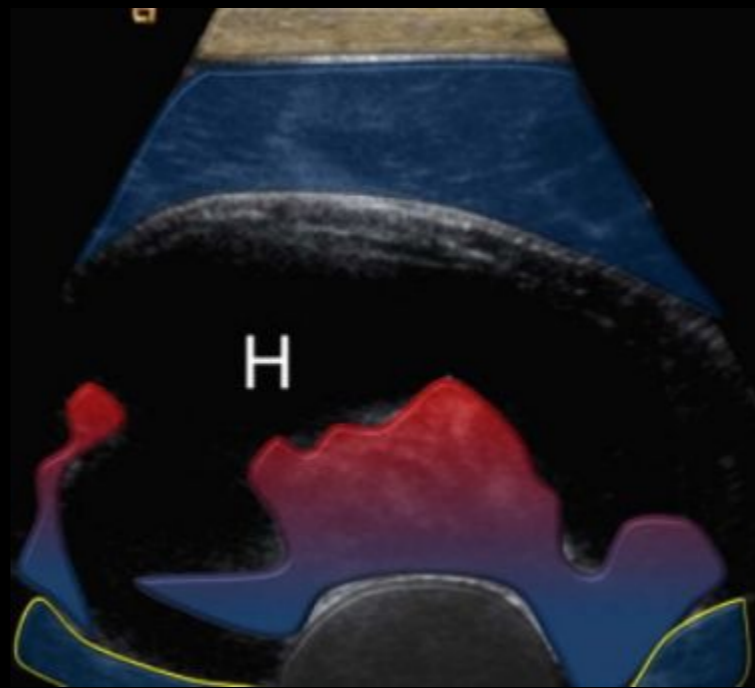
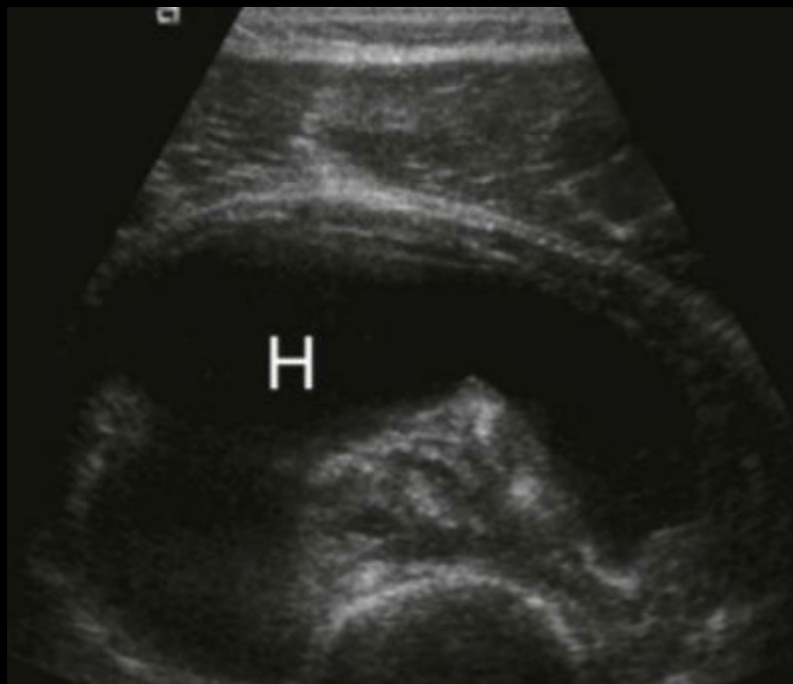
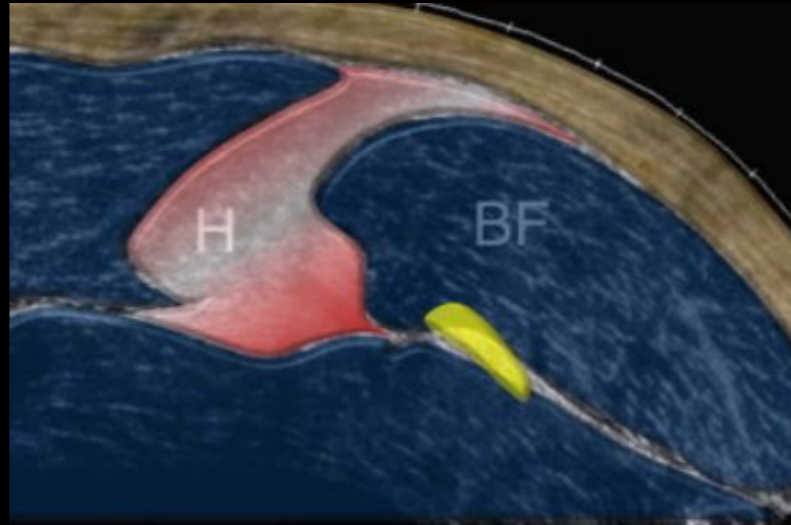
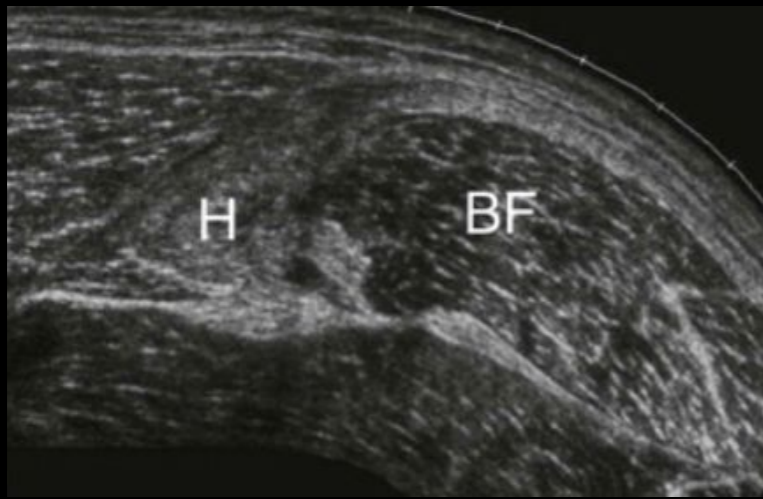


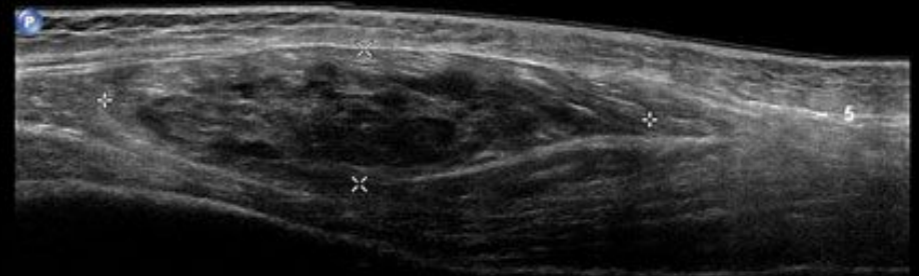
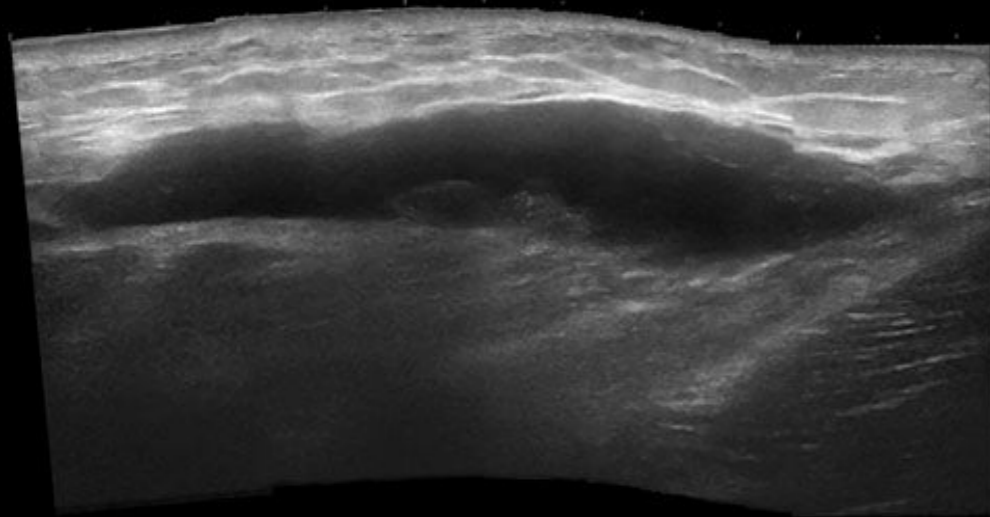










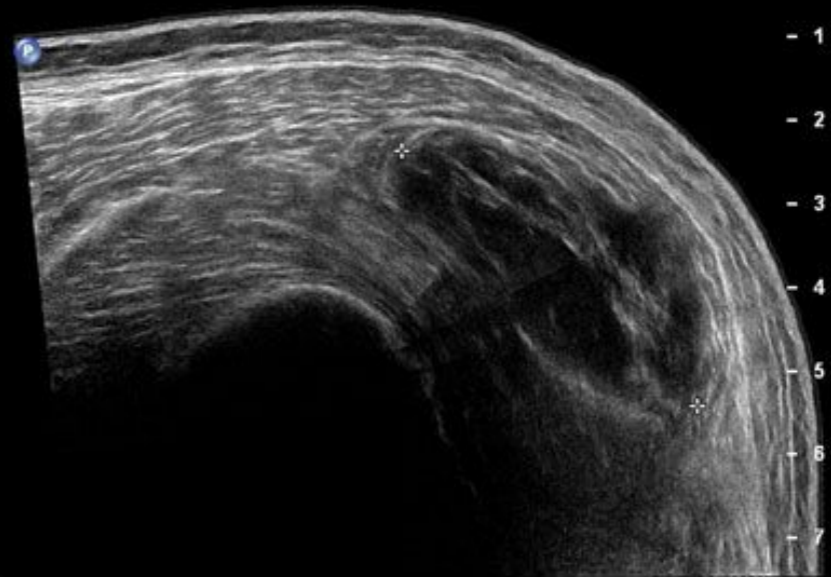


◆ Dist 9.98 cm
∴ Dist 2.47 cm

- 10

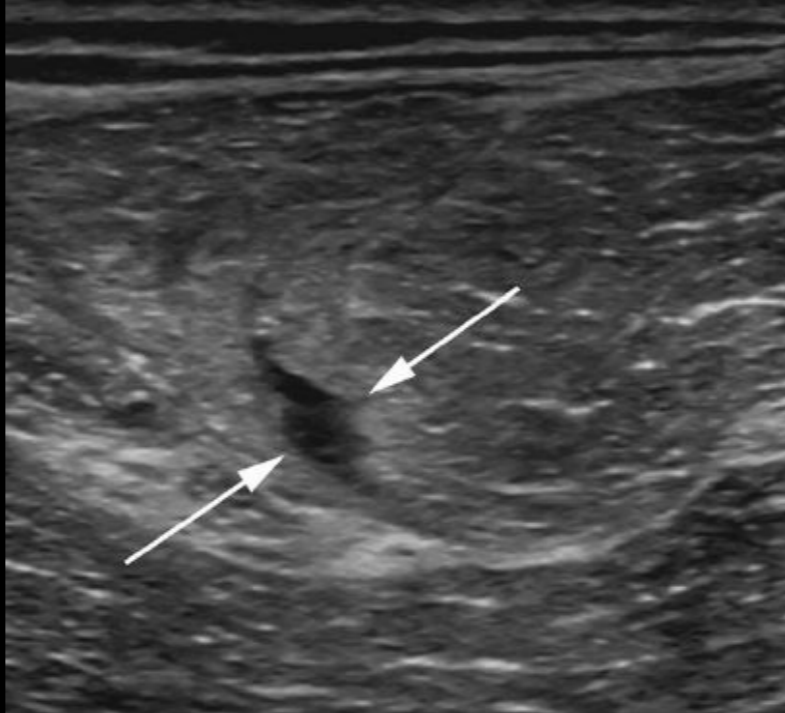
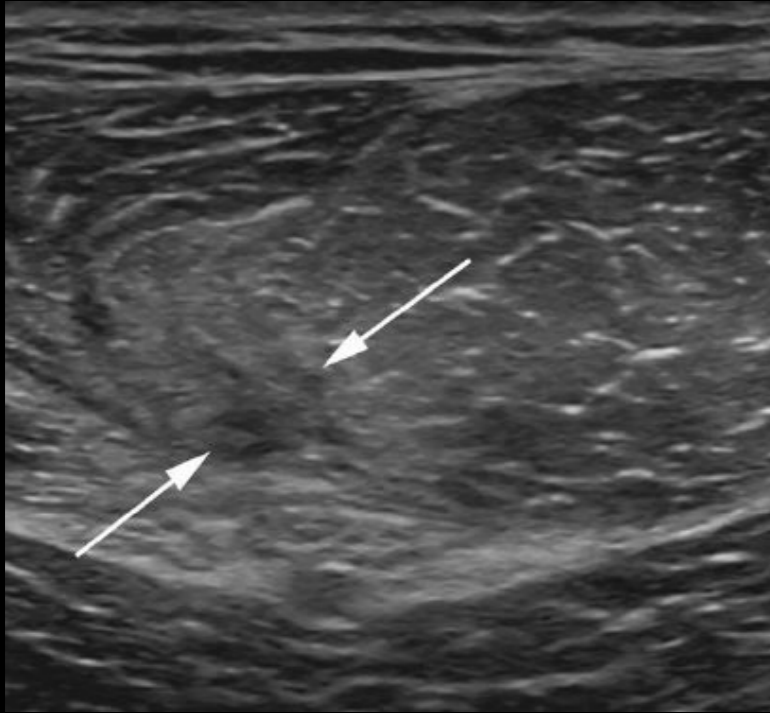
A

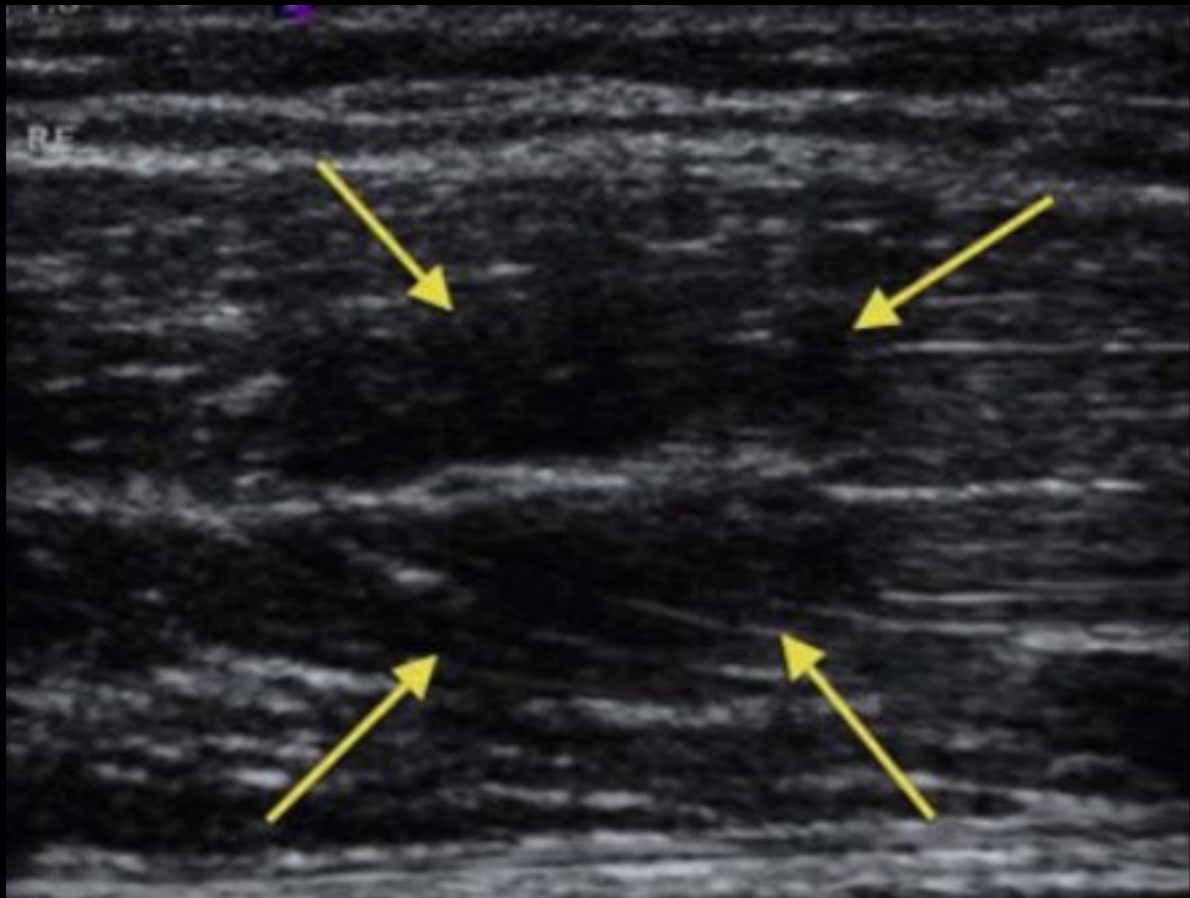
2D
C 54
P Off
Res
SonoCT
XRes

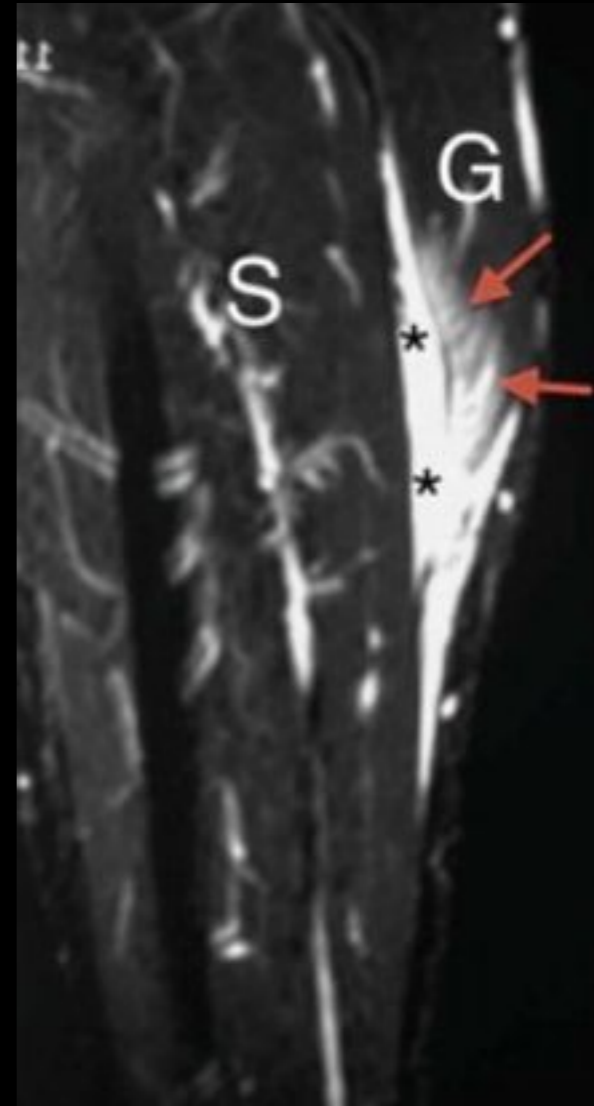
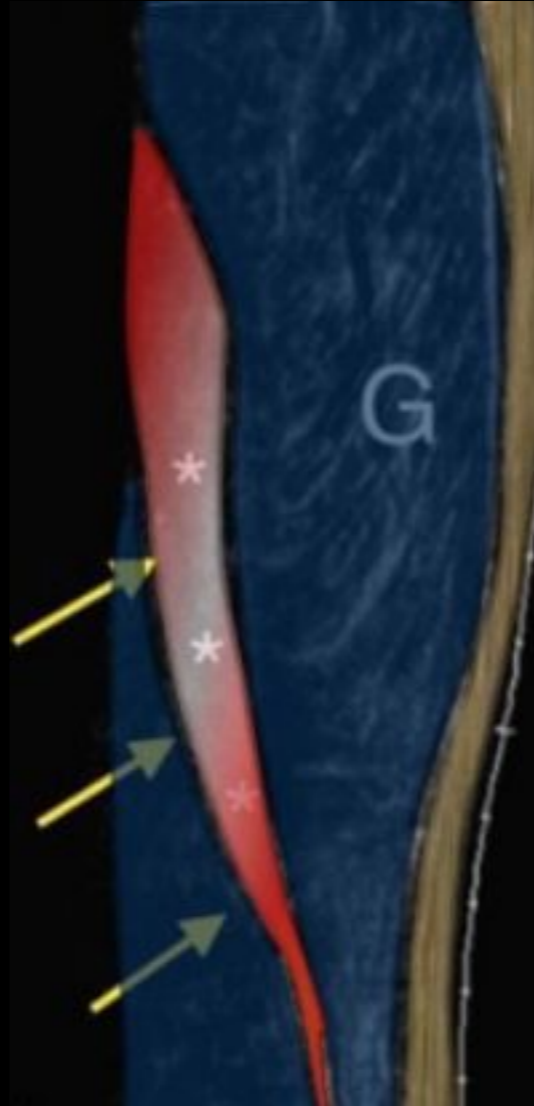
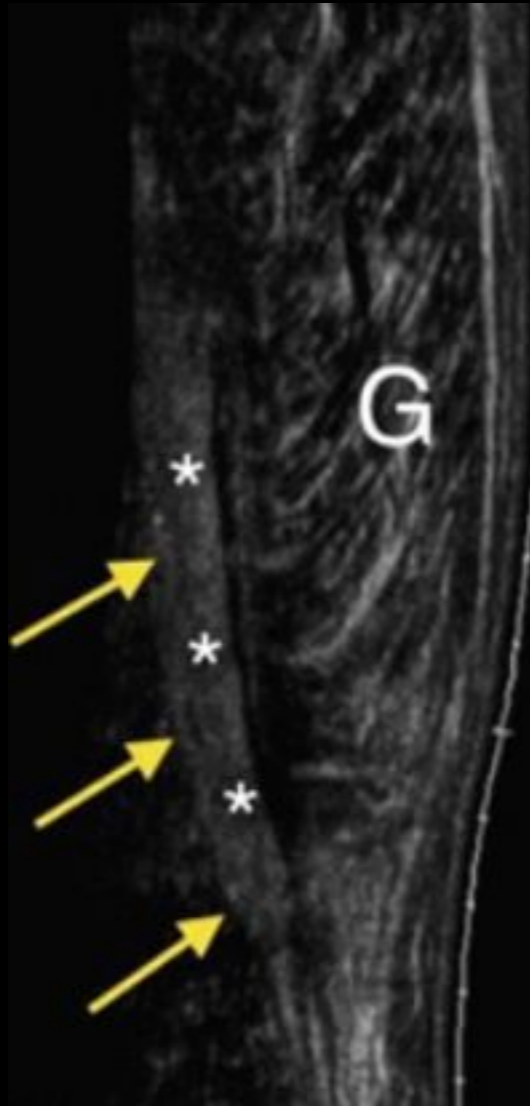


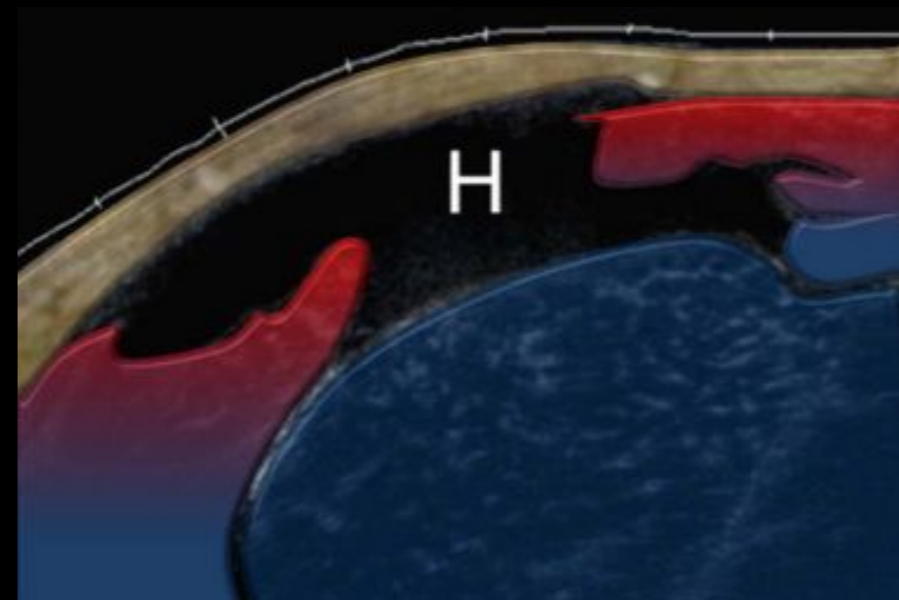
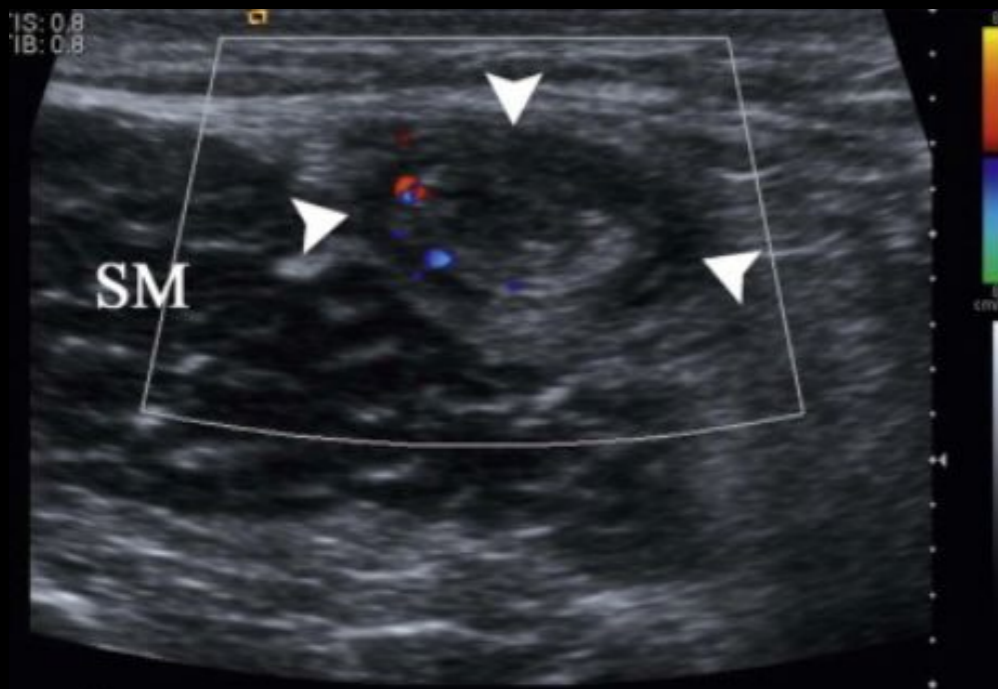
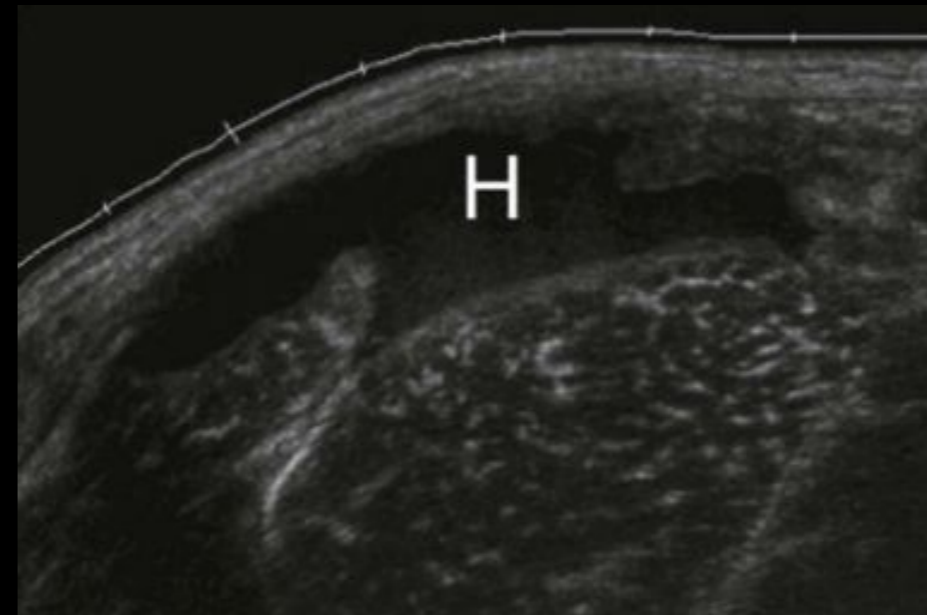
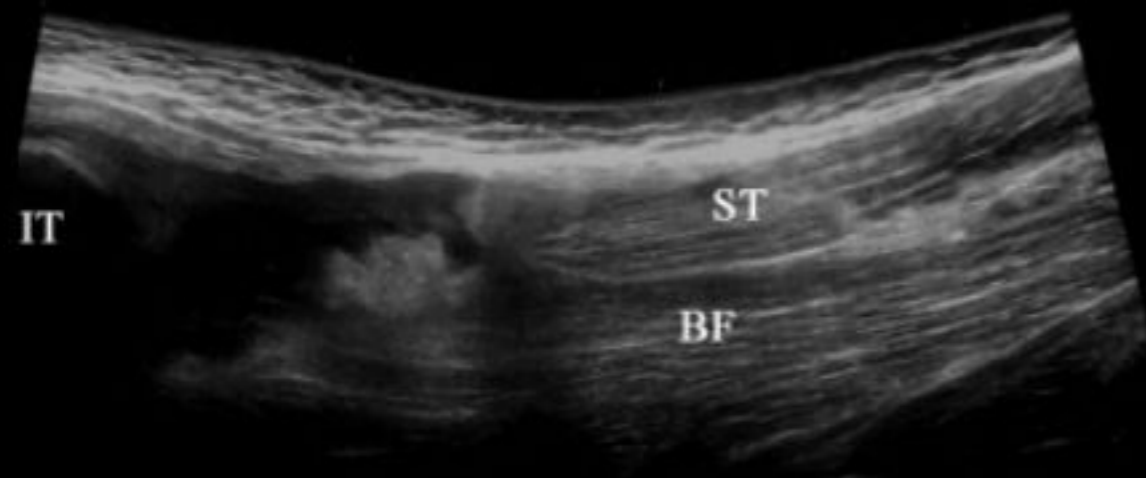
◆ Dist 4.67 cm

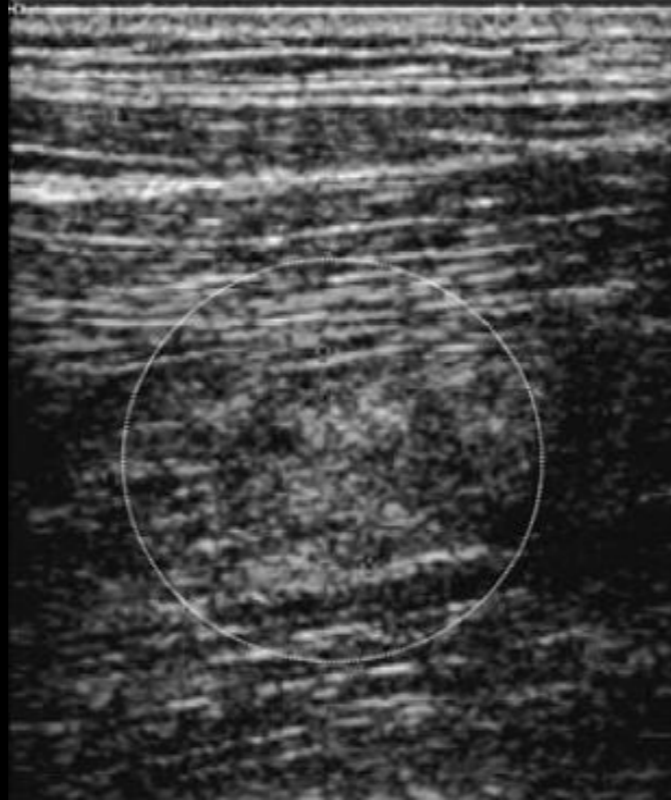
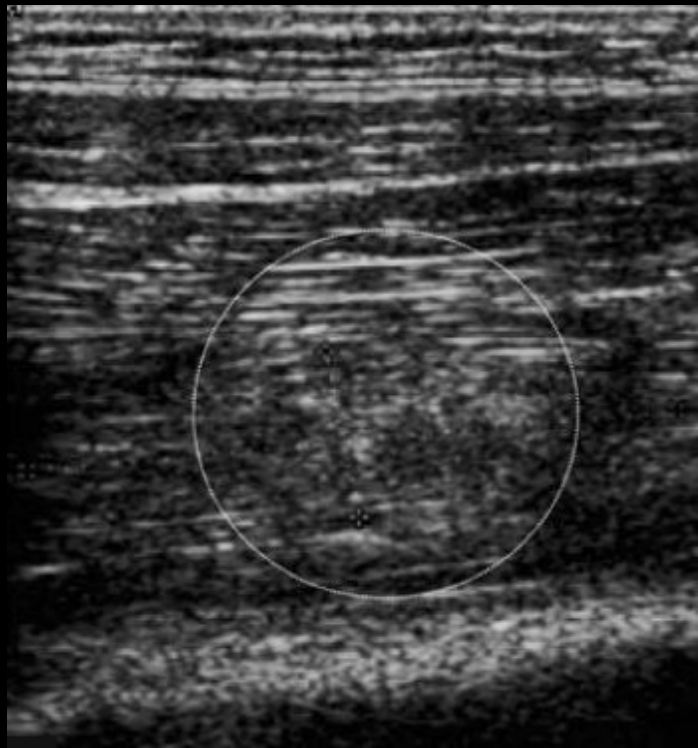
B

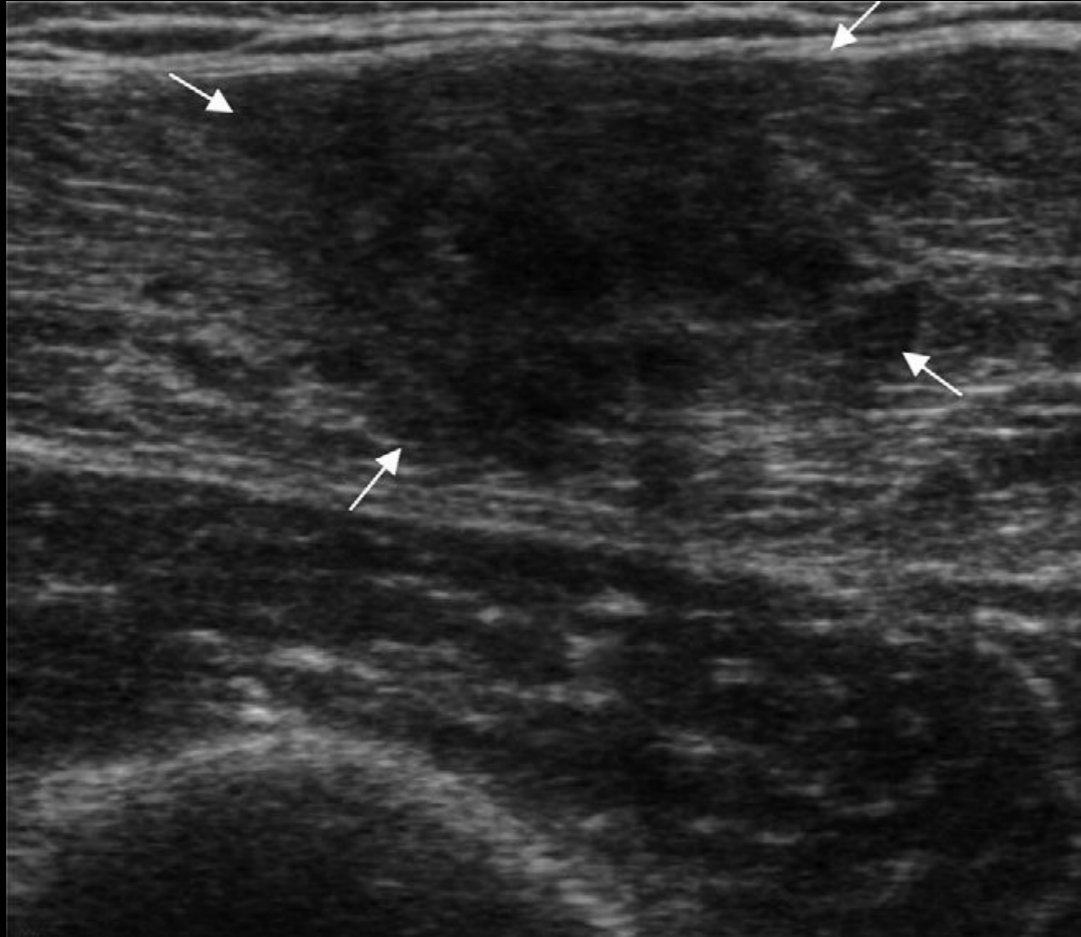


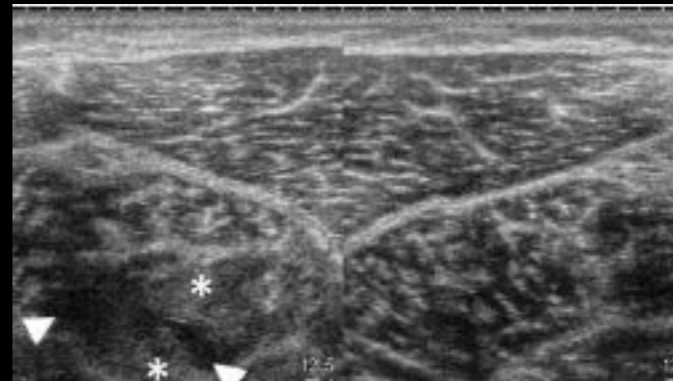
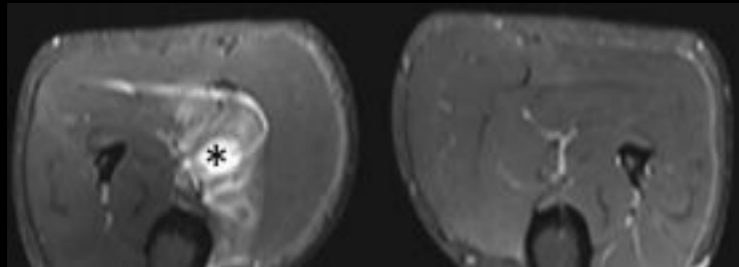
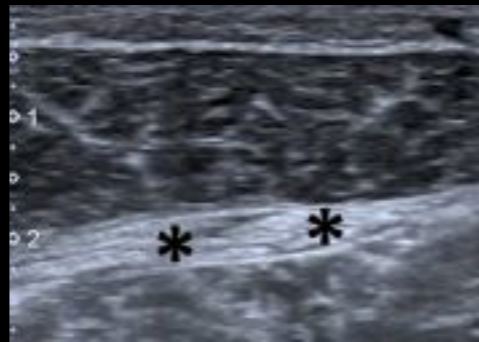
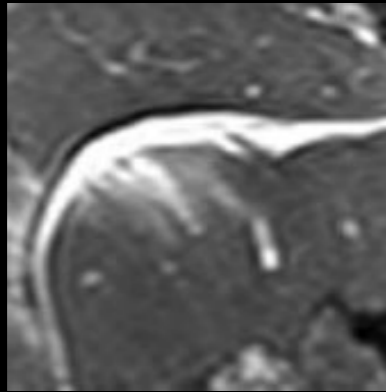
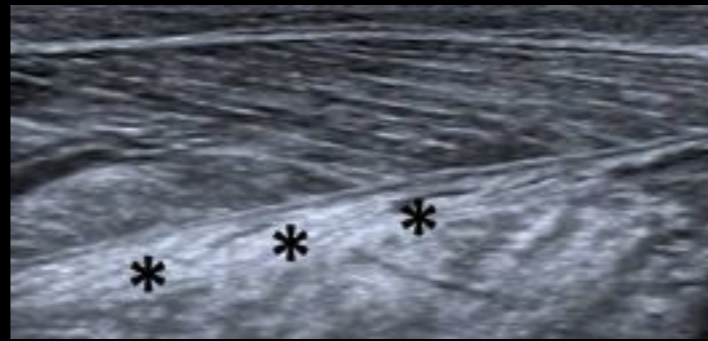
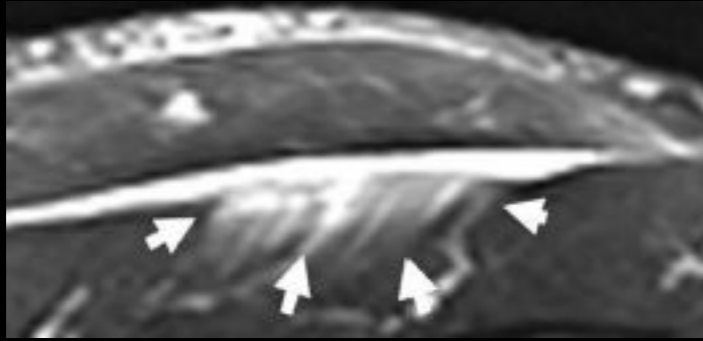


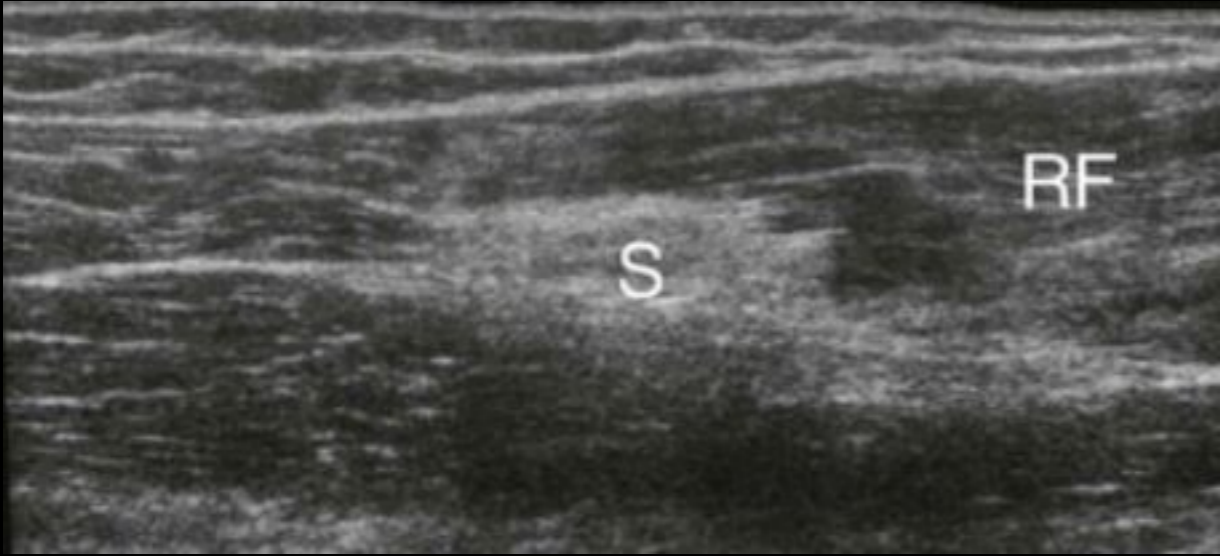


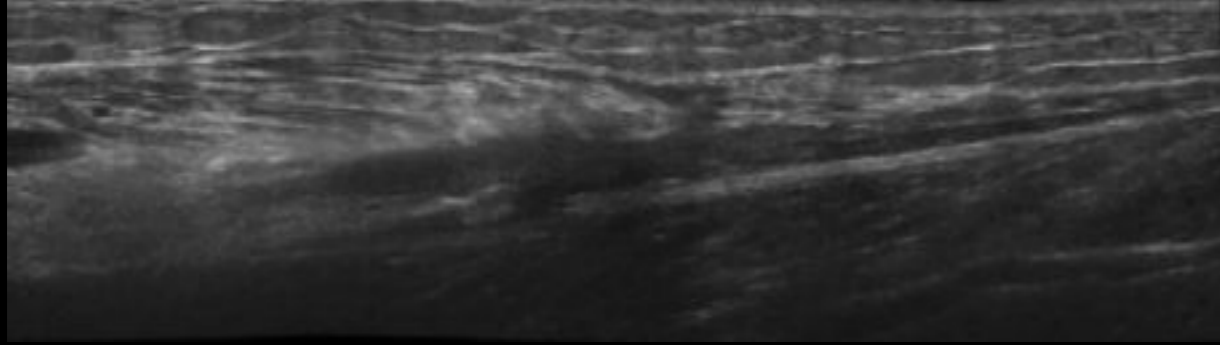


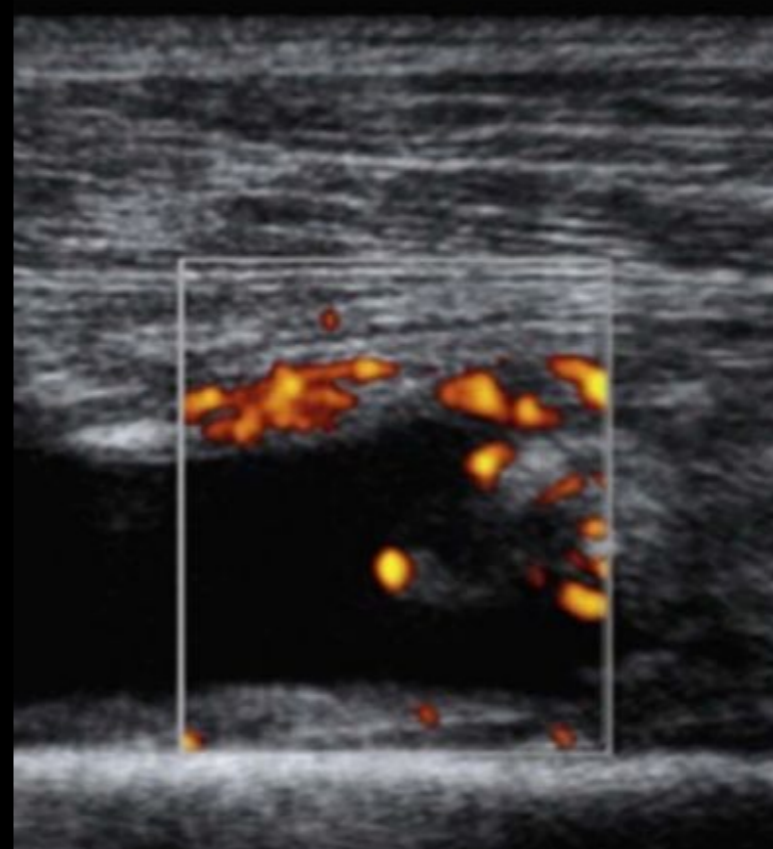
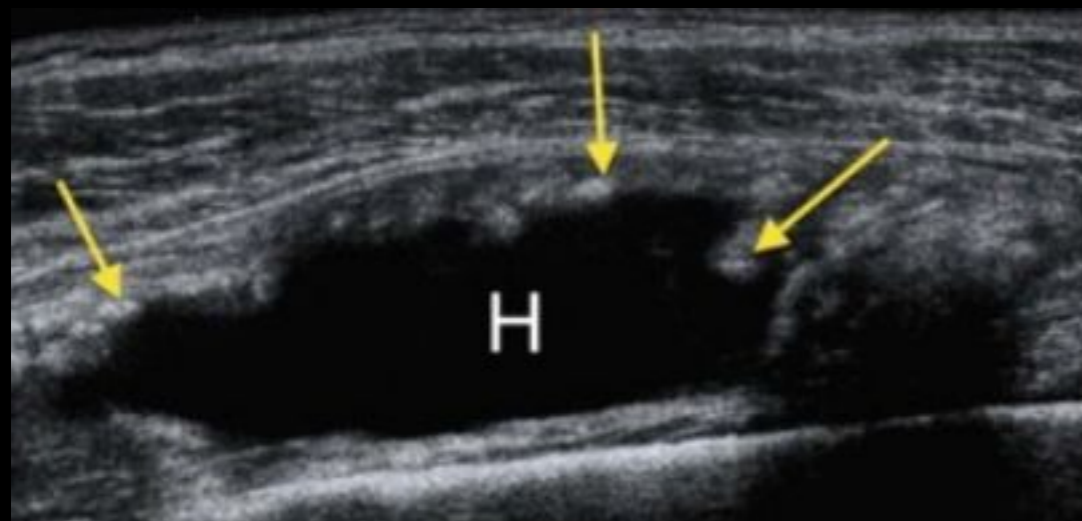


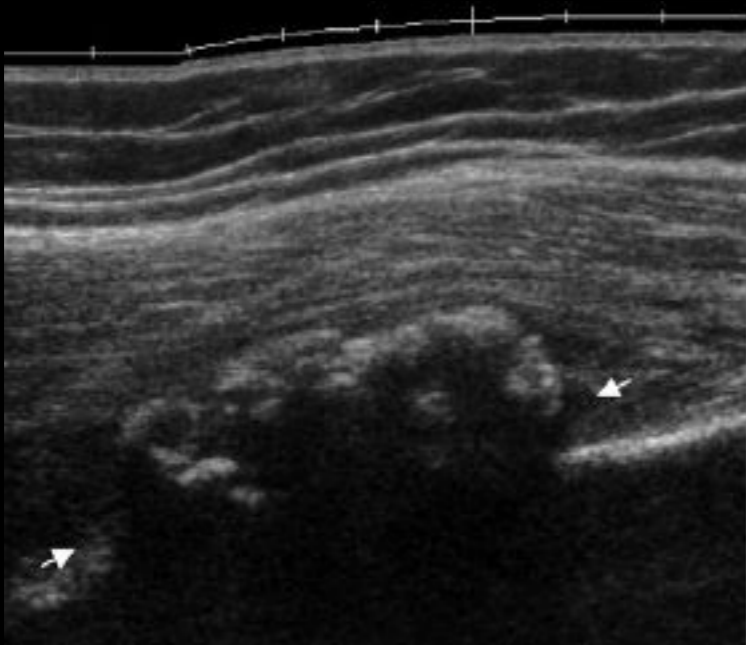


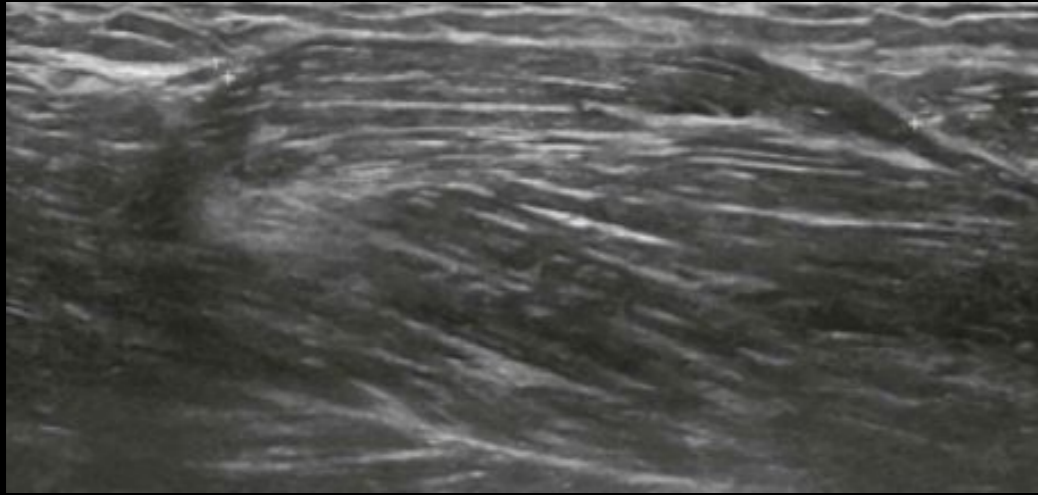


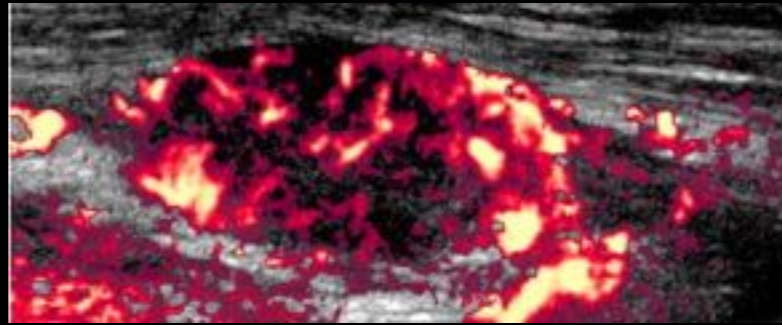
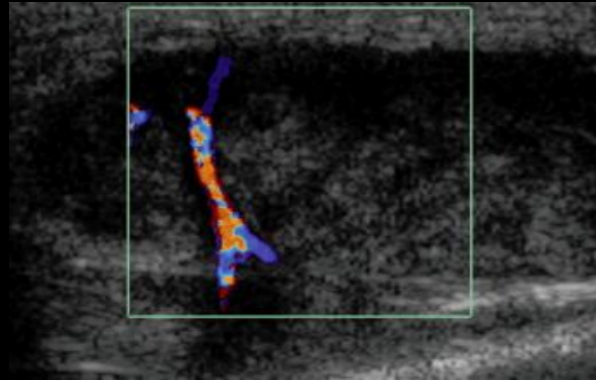
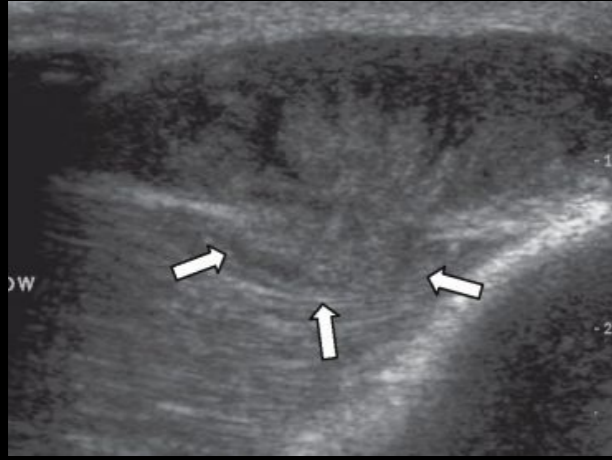


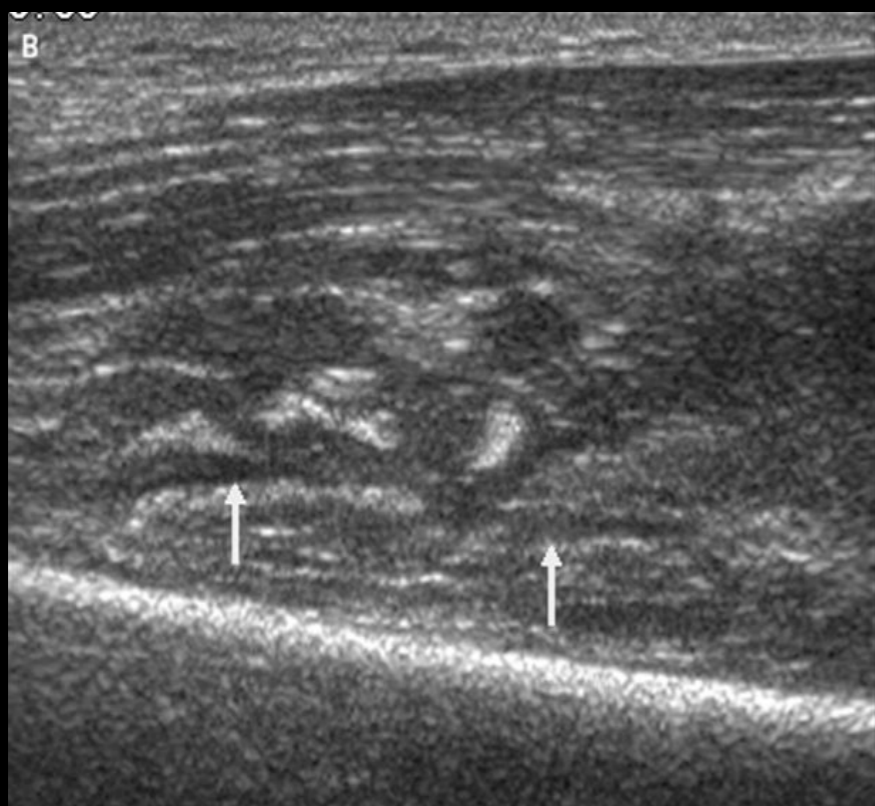


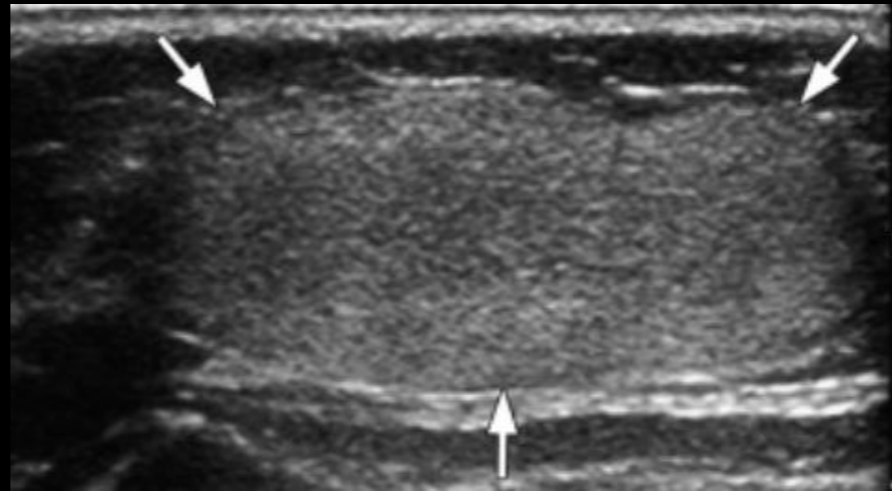
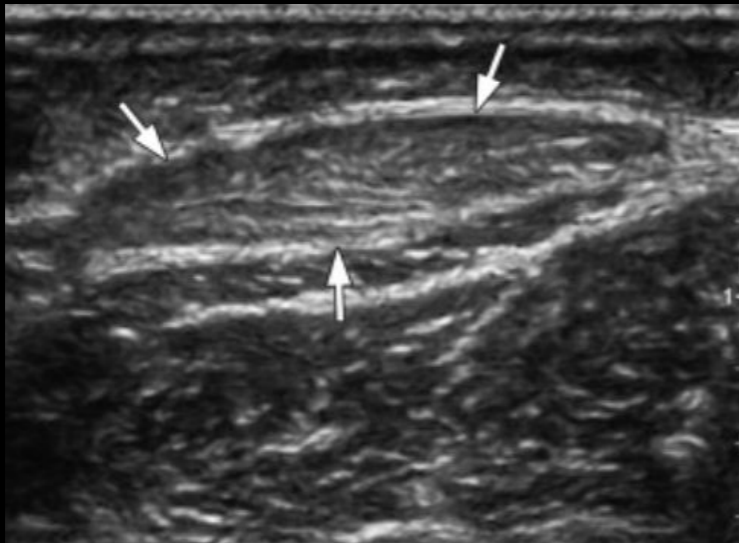
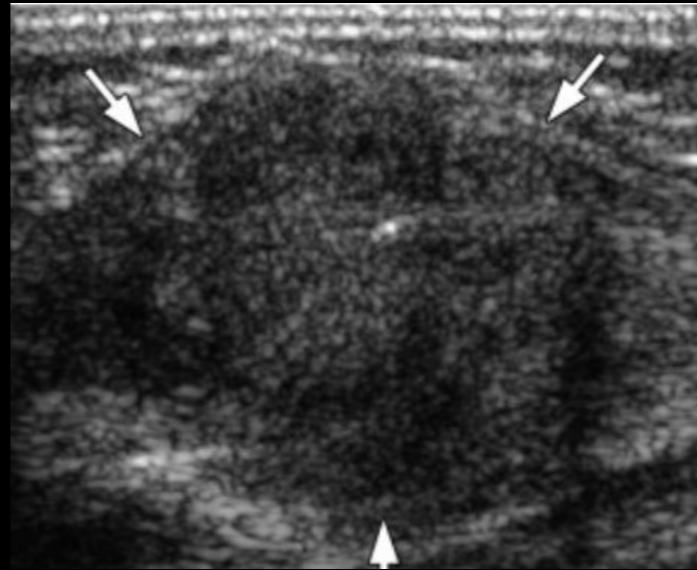
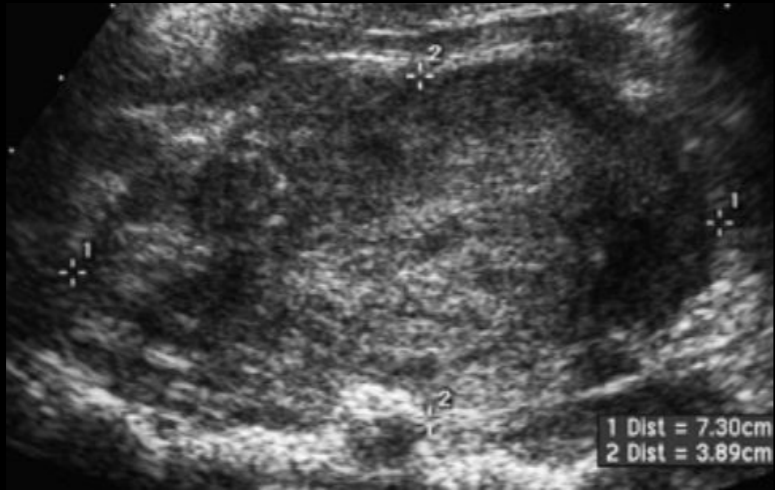


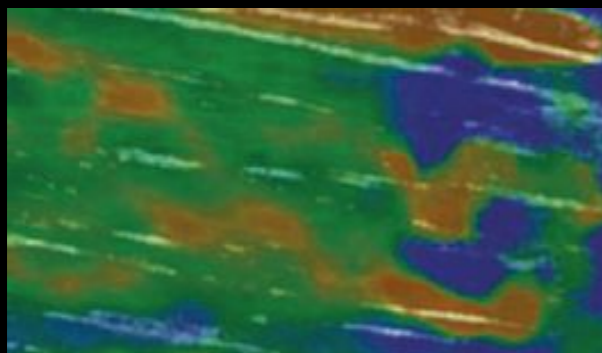
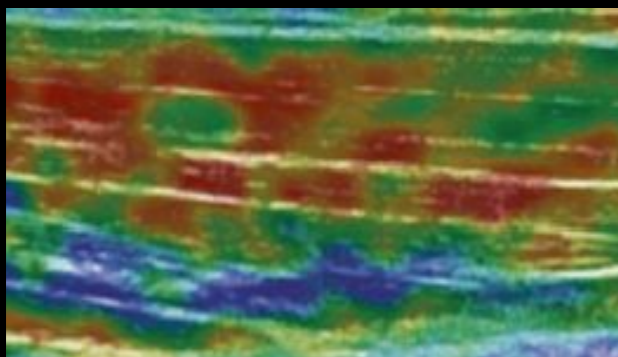
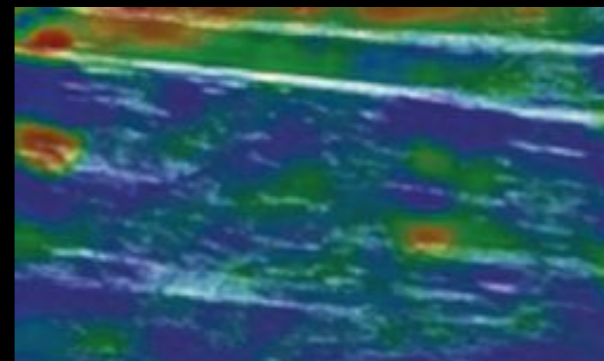
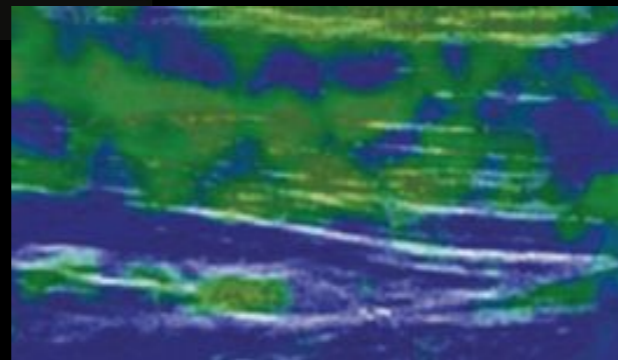
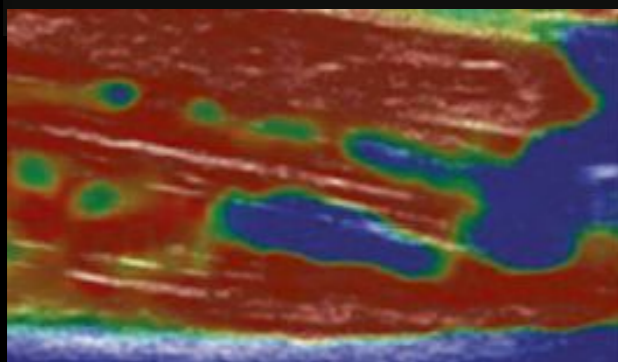
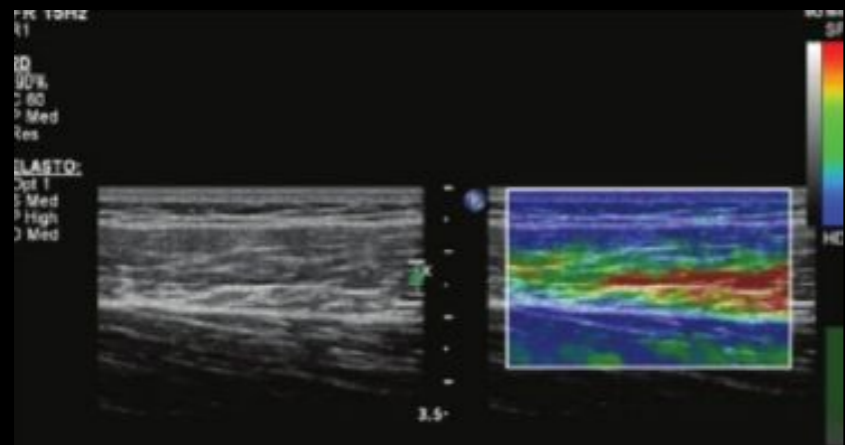


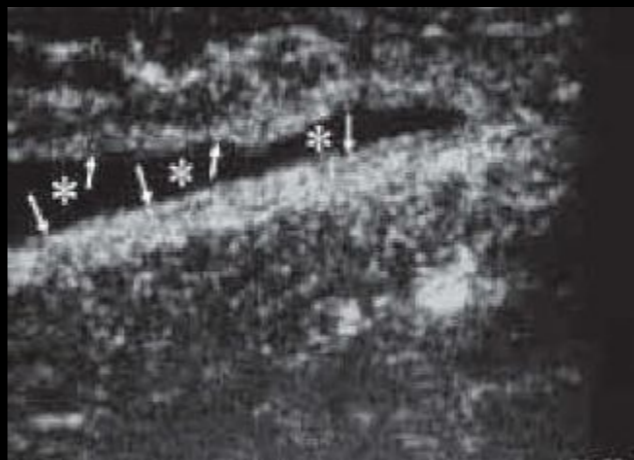
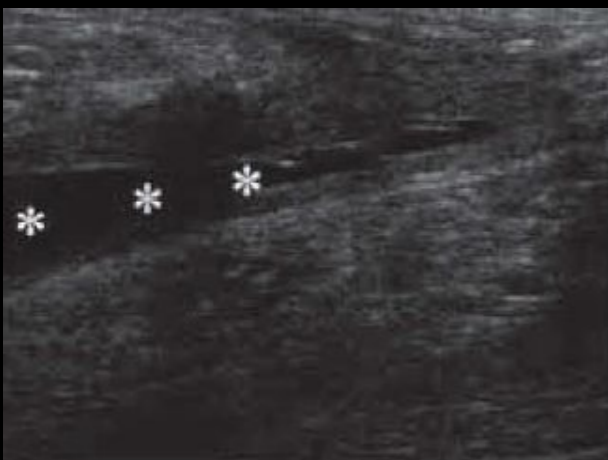
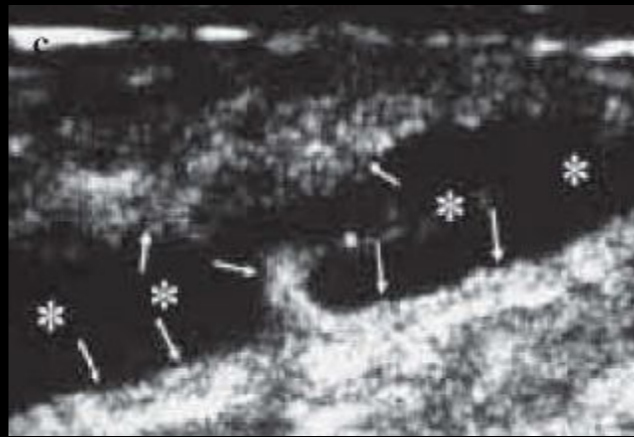






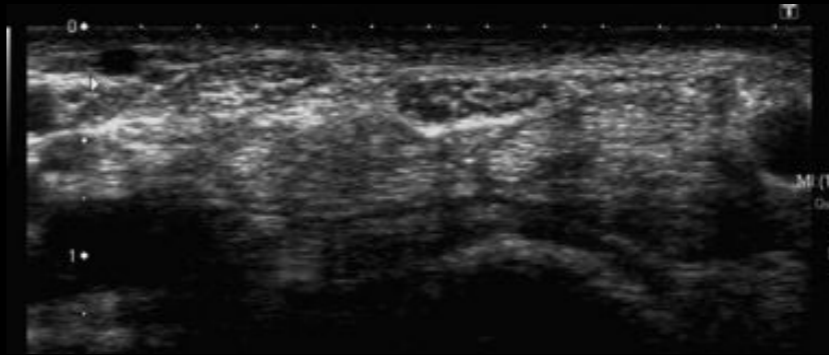


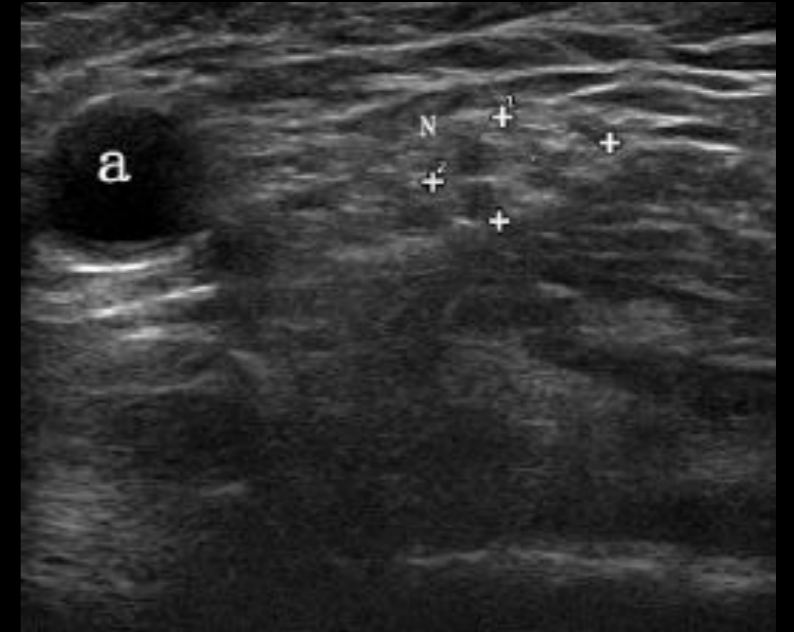
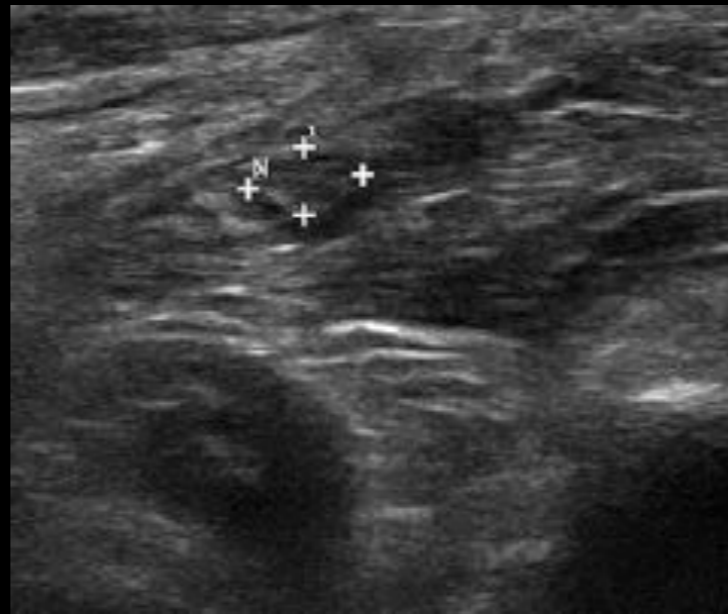


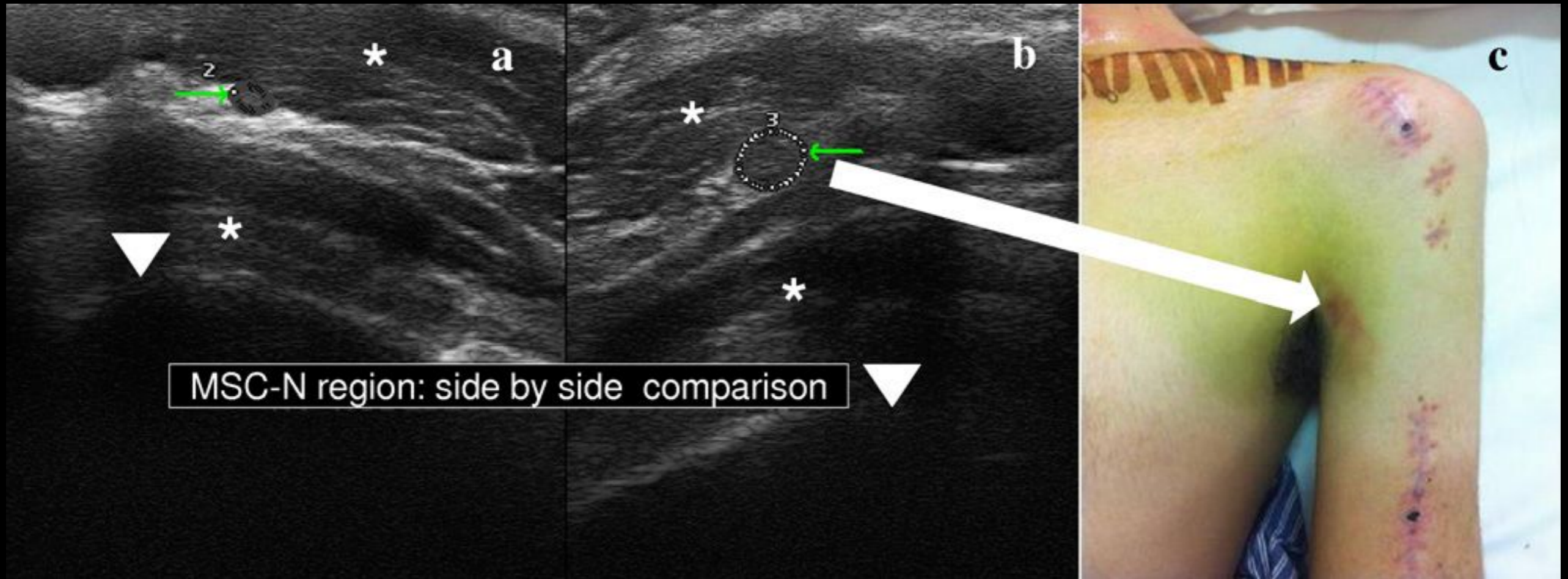


GE
L9

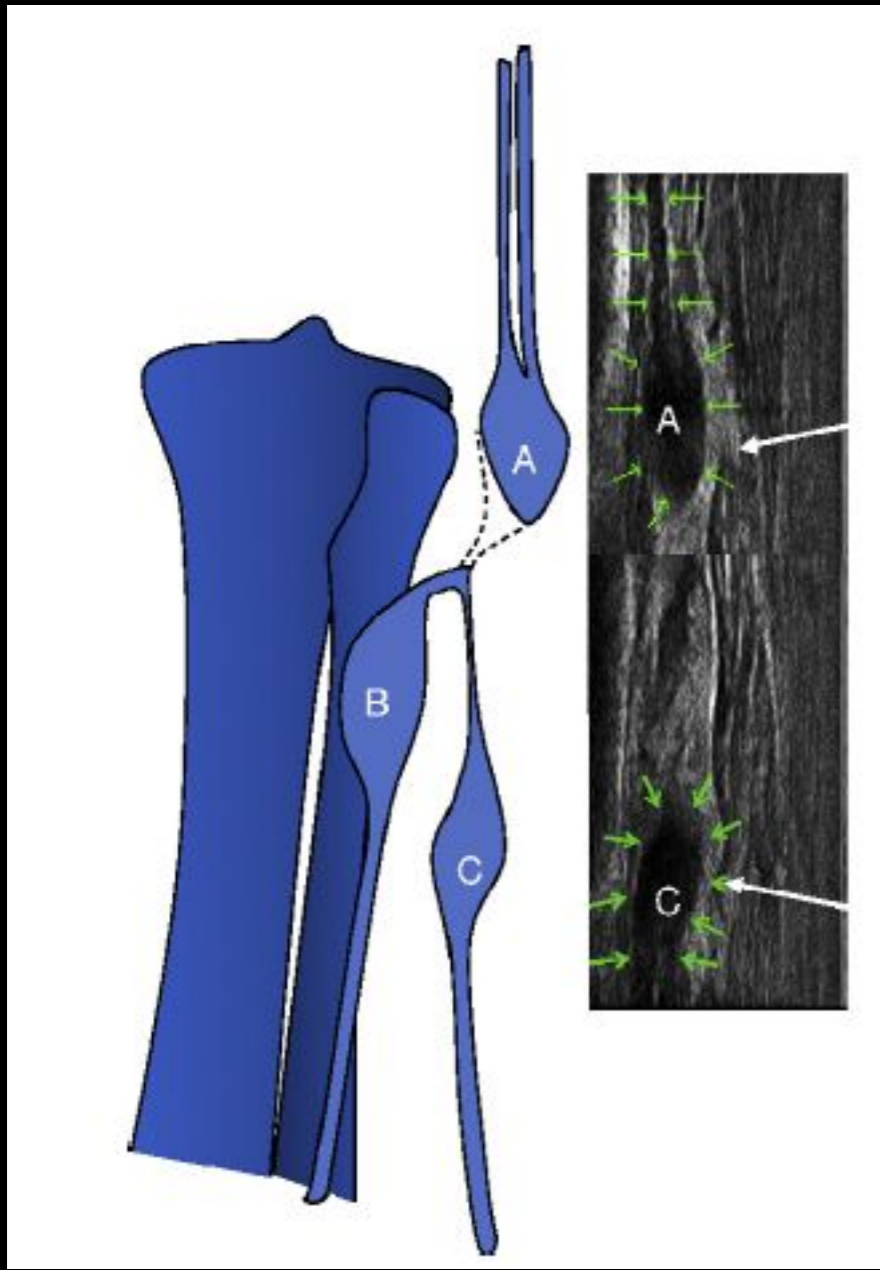


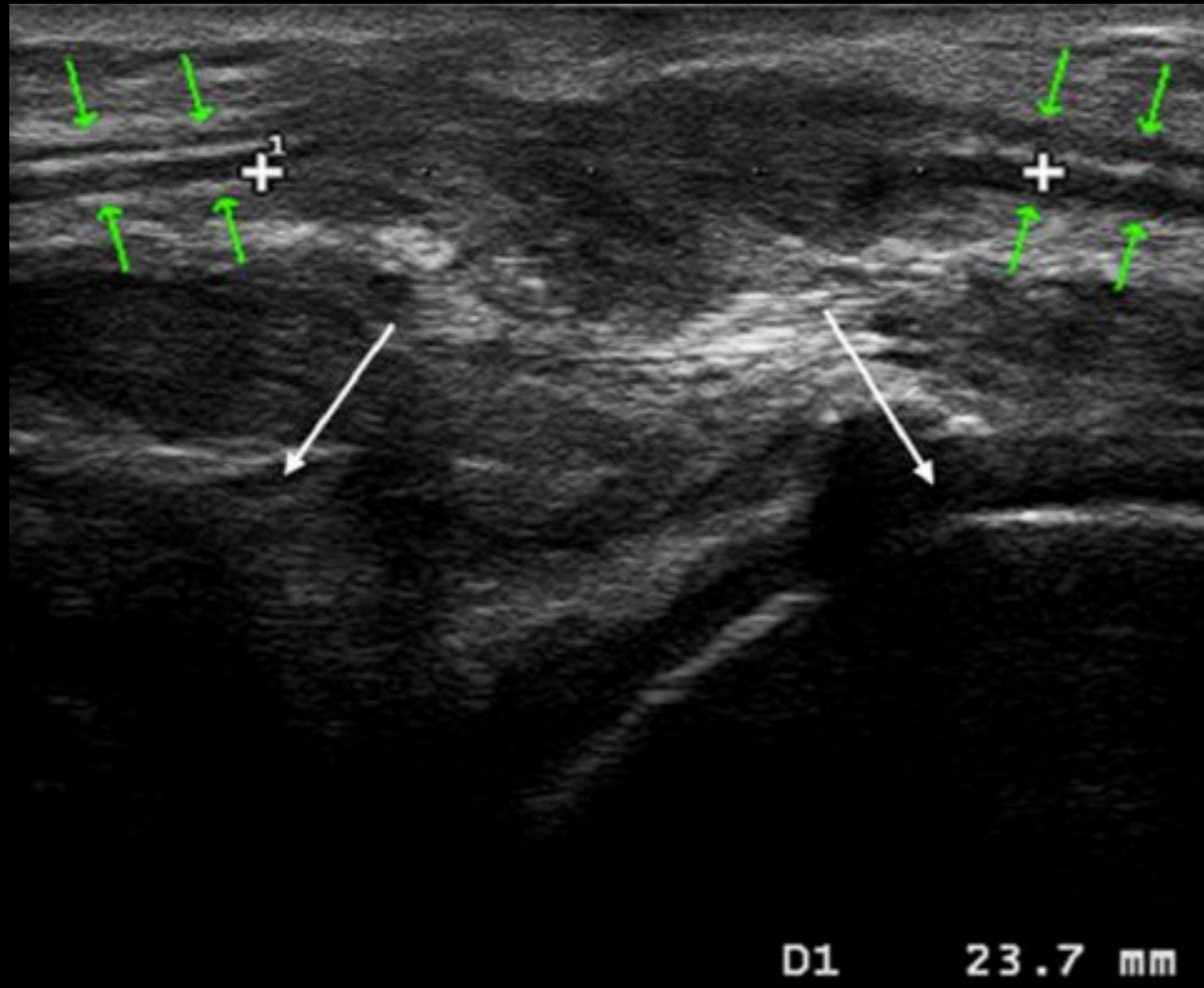


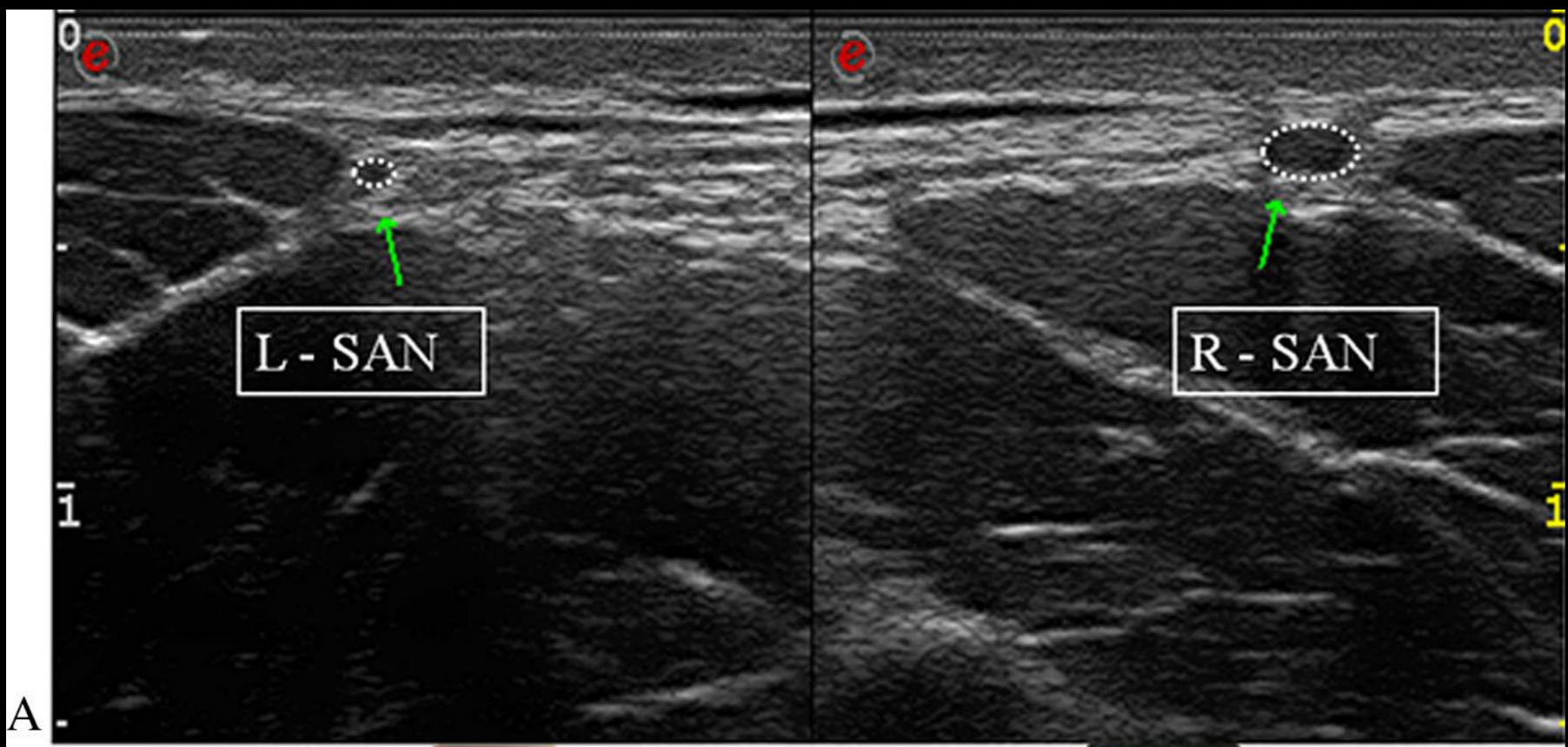


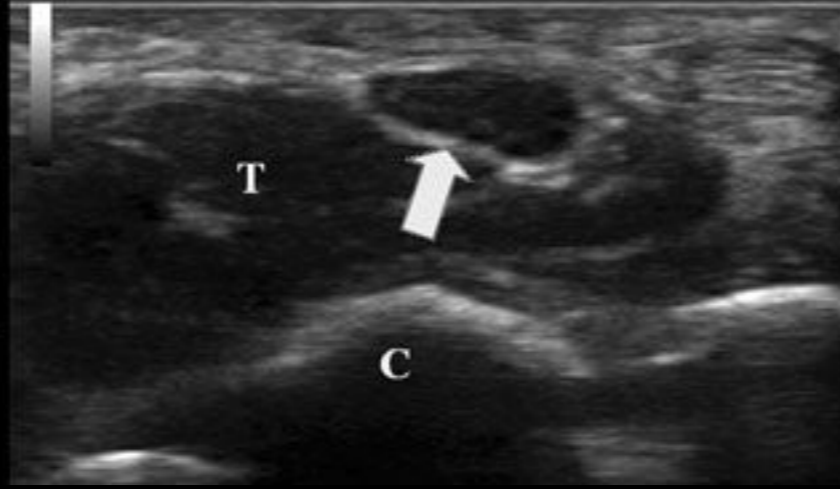
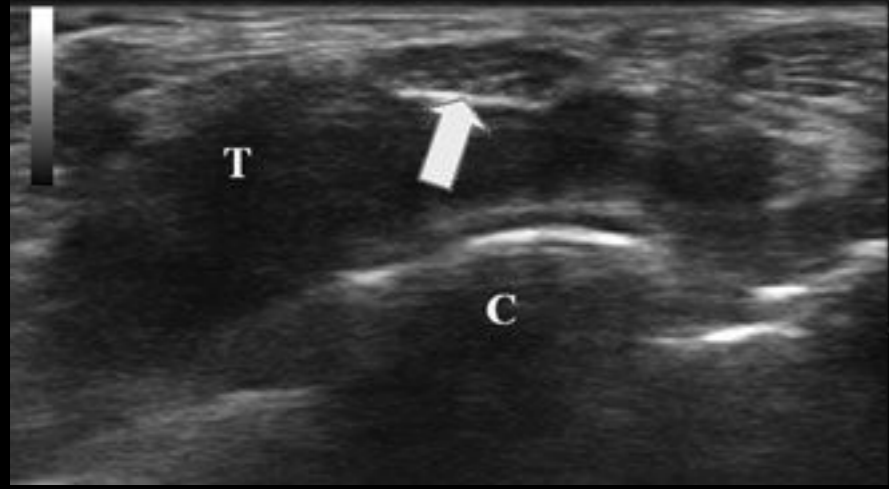


MSC-N region: side by side comparison





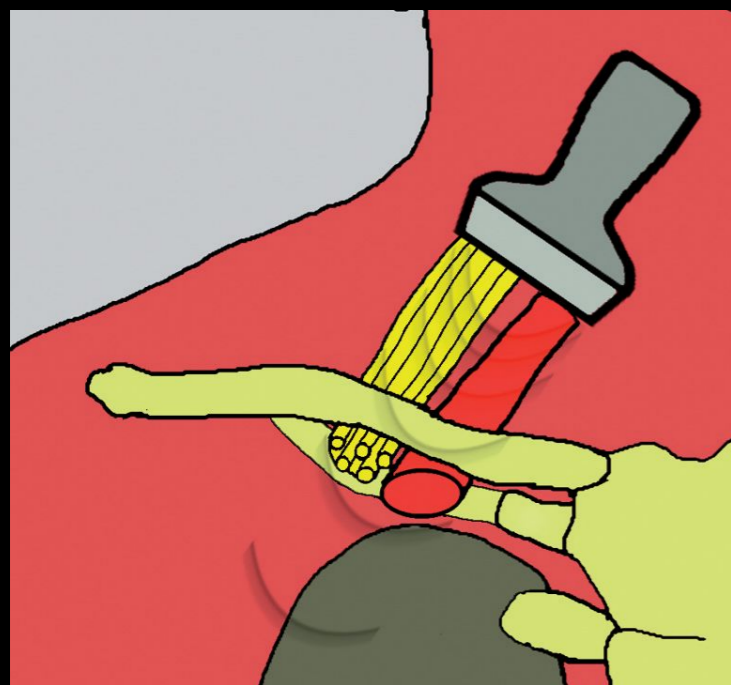
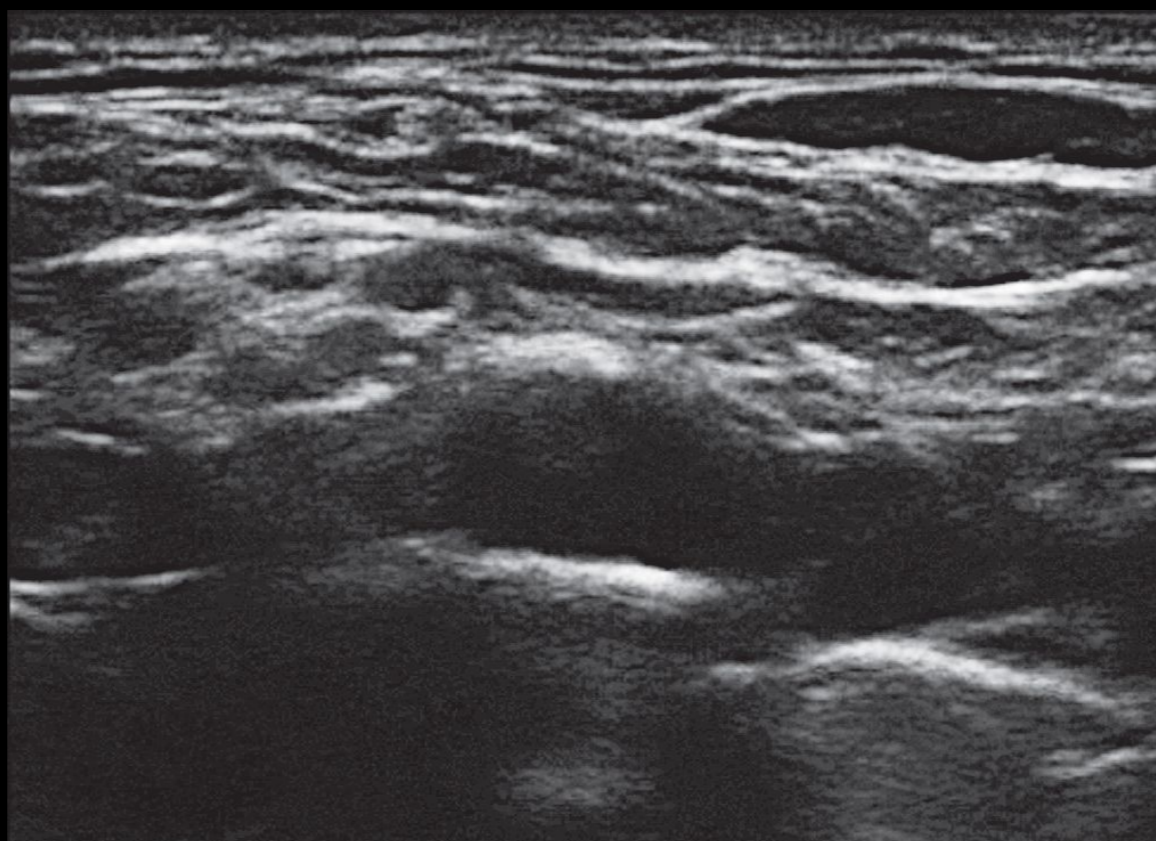


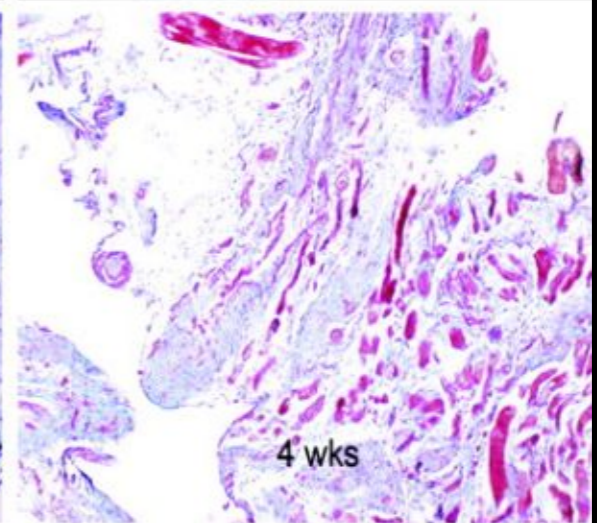
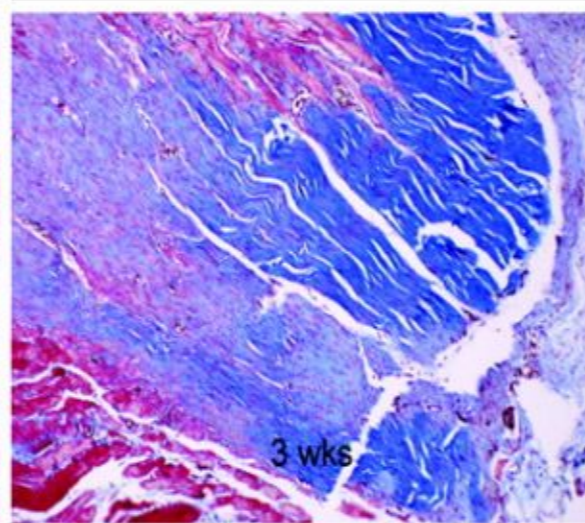
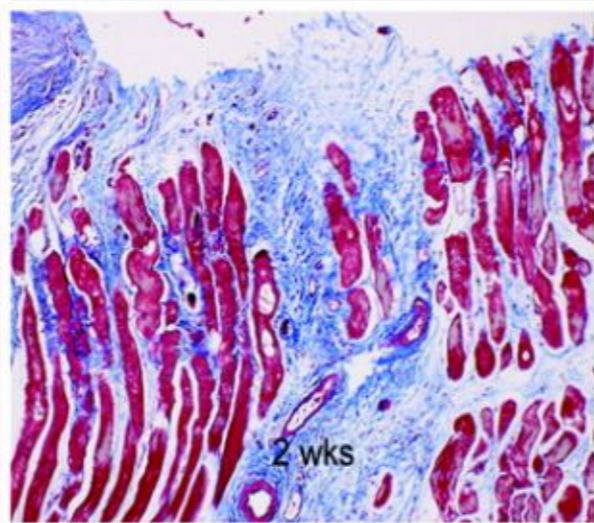
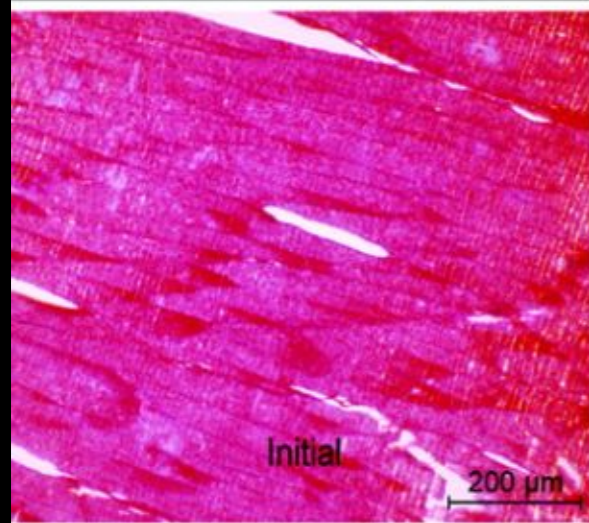
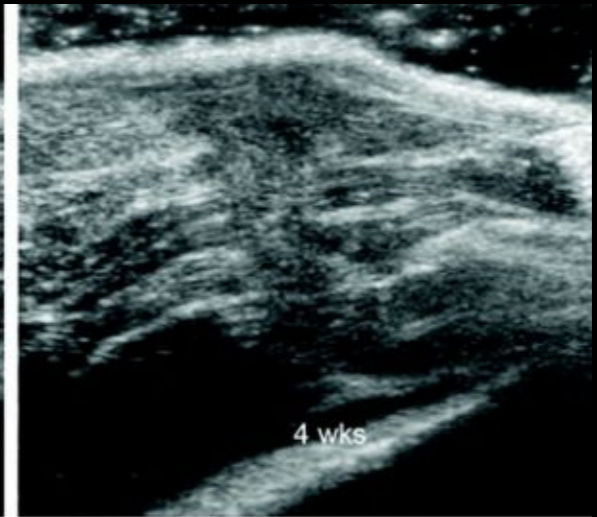
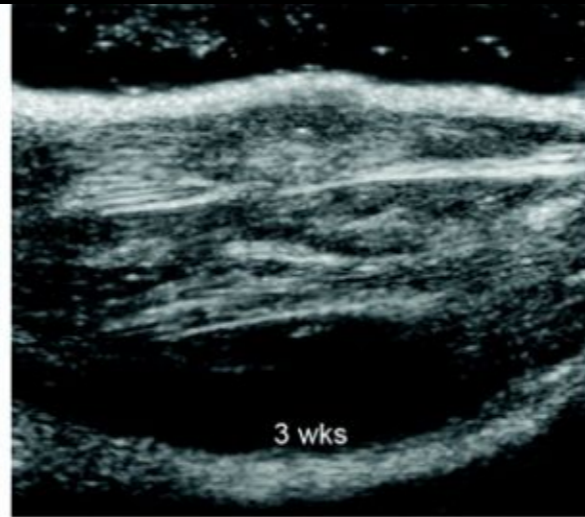
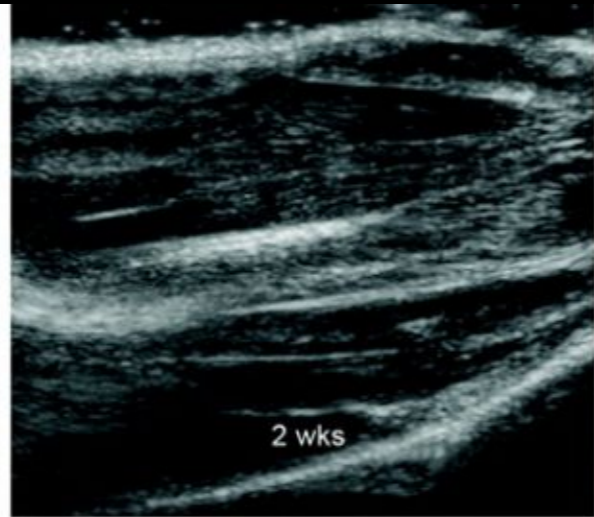
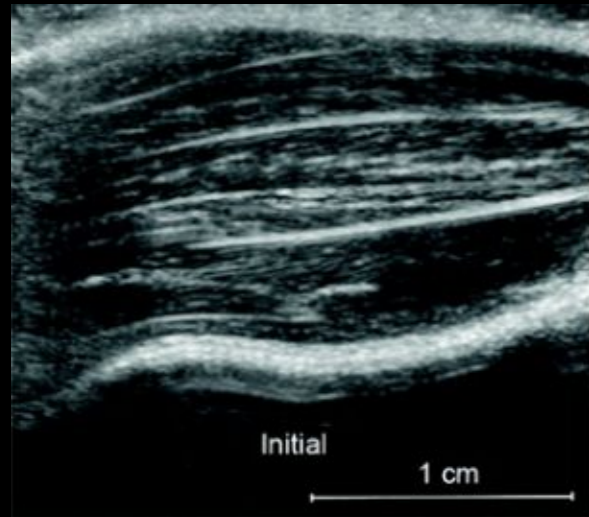


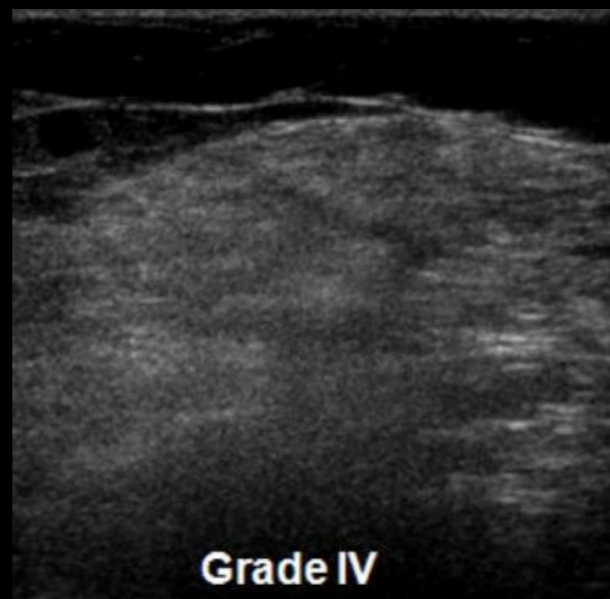
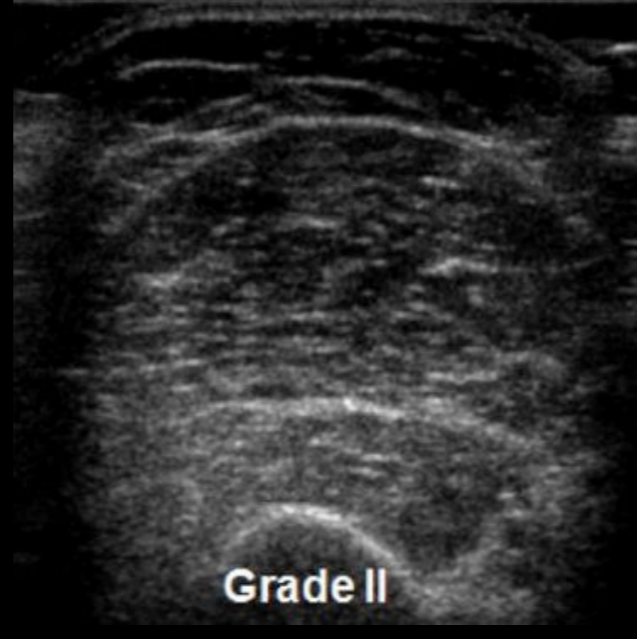
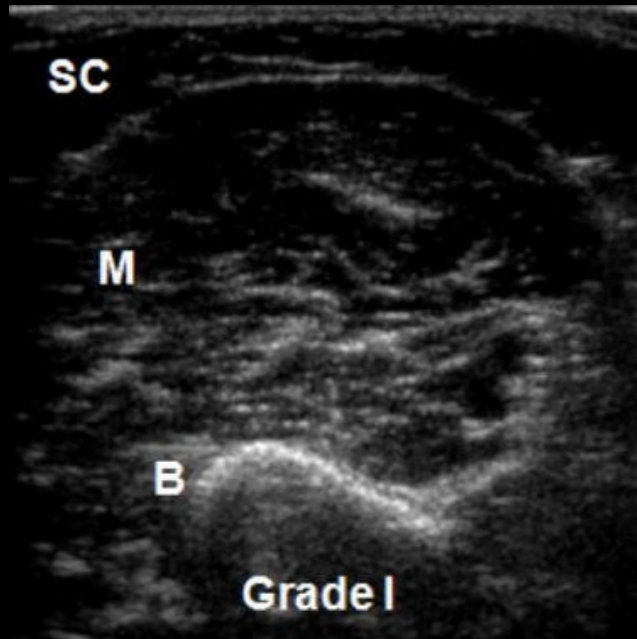
Д. В. Заболотский
Г. Э. Ульрих
А. О. Колосов

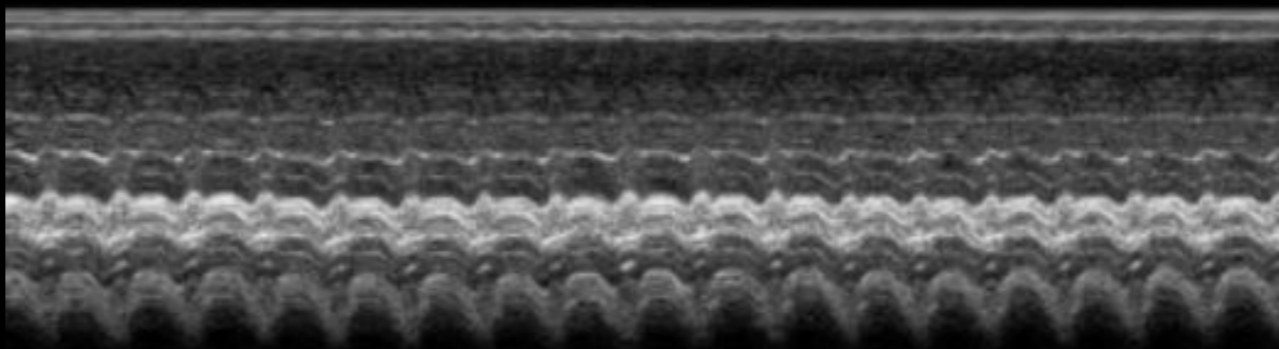
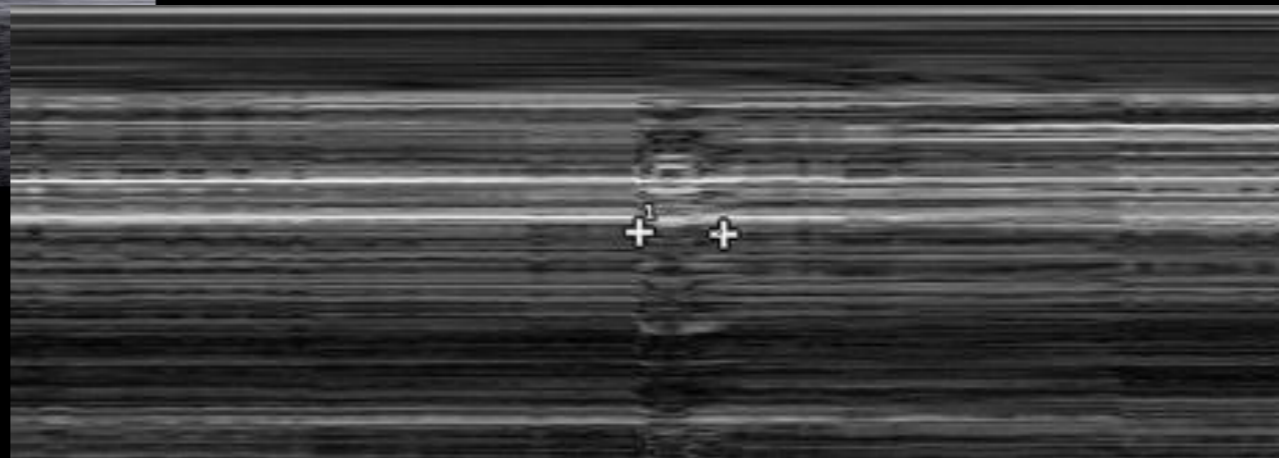
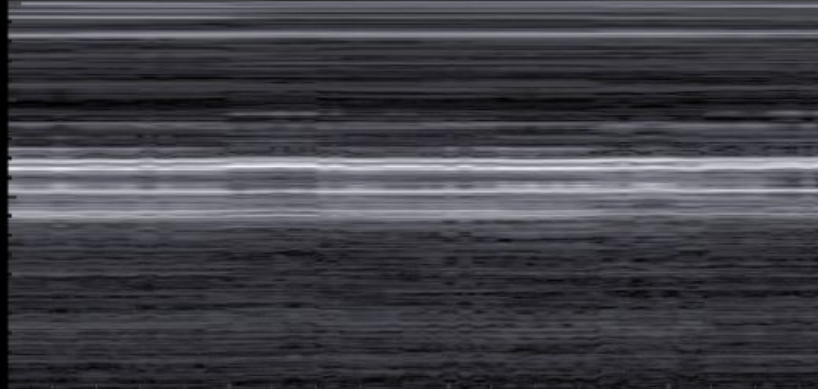
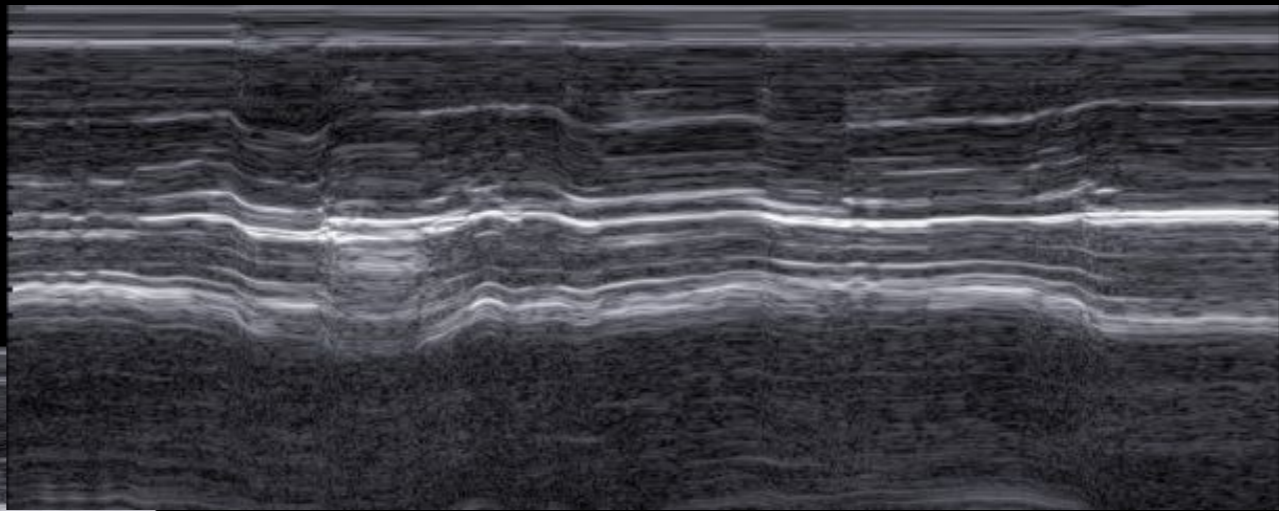
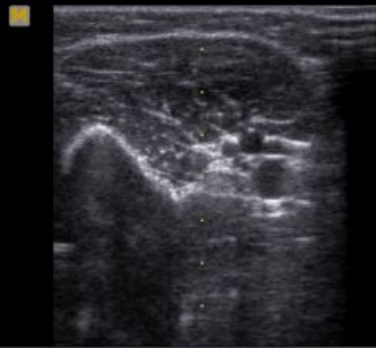
ТЕХНИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ РЕГИОНАРНЫХ БЛОКАД

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

