

Full name of patient: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_  
Date of birth: \_\_\_\_\_ Device: \_\_\_\_\_  
Research date: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
Field of study: Right knee joint

On a series of MRI tomograms weighted by T1 and T2 in three projections with fat suppression, the joint capsule is somewhat thickened.

An accumulation of a significant amount of effusion is determined in the suprapatellar sac, with spreading into the lateral and medial pocket.

A sufficient amount of effusion is determined in the joint cavity. In the anterior and posterior portions of the joint cavity, oval-shaped sections of T2 iso-intensity are determined, up to 0.7x0.5 cm in size, probably due to hypertrophy of the synovial membrane.

The articular fissure is narrowed by the internal condyles, the congruence of the articular surfaces is preserved. There is an asymmetry of menisci (S>D).

The medial meniscus is pushed out like a “crushed” meniscus, its height is reduced. In the inner meniscus, more in the back horn and body, a pathological MP signal is determined, due to complex damage.

In the external meniscus, mainly in the anterior horn, an oblique vertical pathological MP signal is detected that goes to the upper articular surface (IIIa degree according to Stoller).

In the anterior cruciate ligament, linear sections are identified with an increased MR signal along T2VI, propagating along the ligament.

The patella is minimally deployed outwards by 0.2 cm. There are mild degenerative changes in the medial patella retainer.

Trabecular edema of the medial condyles of the right femur and b/b is determined, which is more pronounced within the b/b bones.

The signal increase by PD FS from the middle and lower third of the medial collateral ligament is determined, due to edema, the ligament at this level is thickened. In its course there is an accumulation of fluid, as well as edema of the surrounding fiber.

The posterior cruciate ligament is not significantly changed. Own patellar ligament without features.

The signal of the cartilage component of the joint is not significantly changed. Signal intensity from Goff fiber without features.

In the popliteal fossa to the right, posterior to the tibiofibular joint, a synovial cyst is determined, up to 1.0x0.4 cm in size.

Pointing of articular defects, marginal osteophytes of the articular surfaces of the condyles, patella are determined. Periarticular fatty tissue with signs of edema.

**Conclusion:**

MR picture of complex damage to the medial meniscus and damage to the external meniscus (Stoller IIIa), partial damage to the PCS and the medial collateral ligament. Suprapatellar bursitis. Trabecular edema of the medial condyles of the right femur and b/b bones. Signs of Gonarthrosis. Moderately pronounced degenerative changes in the medial patella retainer. The above changes in the joint cavity are more likely to be a manifestation of hypertrophic synovitis, less likely Vilonodular synovitis.



ФИО пациента:

Пол:

Дата рождения:

Аппарат

ID

Дата исследования:

Область исследования: Правый коленный сустав

На серии МР томограмм, взвешенных по T1 и T2 в трех проекциях с жироподавлением, капсула сустава несколько утолщена.

В супрапателлярной сумке, с распространением в латеральные и медиальные завороты определяется скопление значительного количества выпота.

В полости сустава определяется достаточное количество выпота. В передних и задних отделах полости сустава определяются овальной формы изоинтенсивные по T2 участки, размерами до 0,7x0,5см, вероятно за счет гипертрофии синовиальной оболочки.

Суставная щель сужена со стороны внутренних мыщелков, конгруэнтность суставных поверхностей сохранена. Имеется асимметрия менисков (S>D).

Медиальный мениск оттеснен кнаружи - по типу "раздавленного" мениска, высота его снижена. Во внутреннем мениске, больше в заднем роге и теле определяется патологический МР-сигнал, за счет сложного повреждения.

В наружном мениске, преимущественно в переднем роге определяется косо вертикальный патологический МР-сигнал, выходящий на верхнюю суставную поверхность (IIIa степени по Stoller).

В передней крестообразной связке определяются линейной формы участки с повышенным МР сигналом по T2ВИ, распространяющиеся вдоль связки.

Надколенник минимально дислоцирован кнаружи на 0,2см. Имеются умеренно выраженные дегенеративные изменения медиального удерживателя надколенника.

Определяется трабекулярный отек медиальных мыщелков правой бедренной и б/б костей, что более выражено в пределах б/б кости.

Определяется повышение сигнала по PD FS от средней и нижней трети медиальной коллатеральной связки, за счет отека, связка на данном уровне утолщена. По ее ходу имеется скопление жидкости, а также отек окружающей клетчатки.

Задняя крестообразная связка значимо не изменена. Собственная связка надколенника без особенностей.

Сигнал хрящевого компонента сустава значимо не изменен. Интенсивность сигнала от клетчатки Гоффа без особенностей.

В подколенной ямке справа, кзади от межберцового сочленения определяется синовиальная киста, размерами до 1,0x0,4см.

Определяются заострения суставных поверхностей, краевые остеофиты суставных поверхностей мыщелков, надколенника. Периартикулярная жировая клетчатка с признаками отека.

**Заключение:**

МР картина сложного повреждения медиального мениска и повреждения наружного мениска (Stoller IIIa), частичного повреждения ПКС и медиальной коллатеральной связки. Супрапателлярный бурсит. Трабекулярный отек медиальных мыщелков правой бедренной и б/б костей. Признаки гонартроза. Умеренно выраженные дегенеративные изменения медиального удерживателя надколенника. Вышеописанные изменения в полости сустава, более вероятно, являются проявлением гипертрофического синовита, менее вероятен вилондулярный синовит.