

Повреждения менисков. В первые часы и даже дни после травмы повреждение мениска маскируется гемартрозом, поэтому точный диагноз можно поставить только после стихания явлений гемартроза спустя несколько дней. Характерный механизм травмы – резкий поворот туловища и бедра с фиксированными стопой и голенью, падение на ноги с выпрямленными коленными суставами или резкое разгибание голени при переходе из положения сгибания в положение полного разгибания, локализация боли на уровне суставной щели, усиление ее при движении, особенно разгибании, заставляют заподозрить повреждение мениска. Внутренний мениск в силу своей почти полной неподвижности повреждается в 4–5 раз чаще, чем наружный. Диагноз разрыва мениска ставится обычно ясным спустя длительное время после травмы. Основным симптомом является блокада коленного сустава в полусогнутом положении, вызванная ущемлением поврежденного мениска между суставными поверхностями бедра и голени. Блокада сопровождается резкой болью, вскоре появляется выпот в полости сустава. Накопление в полости сустава выпота приводит к расширению суставной щели, и вывихнутый и ущемленный мениск самостоятельно вправляется. После вправления стихает боль и восстанавливаются активные движения в коленном суставе. В первое время после травмы ущемление мениска происходит редко, затем каждое очередное ущемление увеличивает возможность возникновения новых ущемлений. В промежутках между ущемлениями отмечается быстрая утомляемость ноги и неустойчивость в коленном суставе, появляется затруднение при спуске с лестницы. Диагноз разрыва мениска может быть подтвержден при контрастном рентгенологическом исследовании коленного сустава или путем артропневмографии в условиях стационара, для подтверждения диагноза используются также методы УЗИ, магнитно-резонансной томографии и артроскопии.

Лечение разрыва мениска оперативное и заключается в его полном удалении – менискэктомии или удалении оторвавшейся части мениска – резекции мениска.

Разрыв связок. Коленный сустав имеет мощный связочный аппарат, который окружает сустав почти со всех сторон и вместе с мышцами бедра и голени позволяет ему сохранять устойчивое положение. Спереди располагается очень крепкая собственная связка надколенника, от боковых поверхностей мышечков бедра к берцовым костям идут боковые связки. Наружная связка прикрепляется к головке малоберцовой кости, внутренняя – к мыщелку большеберцовой. Внутри сустава, прочно соединяя бедренную кость с большеберцовой, располагаются две крестообразные связки – передняя и задняя, заднюю поверхность сустава укрепляют косая и дугообразная подколенные связки. При вертикальном положении напряжены обе крестообразные, коллатеральные связки и четырехглавая мышца бедра, что обеспечивает стабильность коленного сустава. При выпадении одного из указанных компонентов резко нарушается нормальная стабильность коленного сустава. Наиболее часто происходит повреждение боковых и крестообразных связок.