

При разрыве боковой связки боль локализуется на поврежденной стороне. Быстро возникает отек сустава с гемартрозом. Определяется симптом бокового патологической подвижности голени с отклонением ее кнаружи при разрыве внутренней боковой связки и кнутри – при разрыве наружной боковой связки. Из боковых связок коленного сустава чаще всего повреждается коллатеральная большеберцовая связка. Лечение состоит в иммобилизации сустава задней гипсовой лонгетой сроком до 3 недель в состоянии приведения голени при разрыве внутренней связки или отведения при разрыве наружной связки. Кровь, скопившуюся в полости сустава, удаляют пункцией. После снятия лонгеты разрешаются движения в суставе и нагрузка на конечность. Коленный сустав еще в течение определенного времени следует фиксировать эластичным бинтом или специальным наколенником.

Повреждение крестообразных связок диагностируется, как правило, спустя несколько недель после травмы. После стихания явлений гемартроза отмечается неустойчивость сустава при ходьбе, особенно затруднен подъем по лестнице, невозможно приседание на одной ноге. Диагностически большую ценность представляет так называемый симптом «выдвижного ящика». Ногу сгибают в колене до прямого угла и смещают голень вперед или назад. При разрыве передней связки голень легко выдвигается вперед, при разрыве задней – назад. При разрыве крестообразных связок появляется возможность повернуть голень кнутри и произвести переразгибание в коленном суставе. Лечение разрыва крестообразных связок, как правило, оперативное и состоит в пластическом восстановлении поврежденных связок.

Переломы коленной чашки наступают чаще всего от непосредственно-го удара по ней или от падения на согнутое колено. При переломе окружность коленного сустава увеличена, пальпация надколенника резко болезненна, всегда в той или иной мере имеются явления гемартроза. Отмечается резкое ограничение активных и пассивных движений в коленном суставе, чувство неустойчивости и неуверенности при ходьбе. Пострадавший не может поднять выпрямленную ногу. Иногда определяется щель между разошедшимися отломками коленной чашки. В некоторых случаях, когда остаются целыми боковые связки надколенника, отломки не расходятся на большое расстояние и больной ходит, правда с большим трудом, на выпрямленной ноге. Диагноз не вызывает сомнения, если на рентгенограмме, особенно в боковой проекции, определяется щель между отломками. Если имеется диастаз отломков, то следует фиксировать конечность задней лонгетой от ягодичной складки до стопы в разогнутом положении и направить больного в дежурное травматологическое отделение, где проводится оперативное лечение в виде остеосинтеза спицами и стягивающей проволочной петлей (по Веберу) или лавсанового шва.

В случаях перелома без расхождения отломков лечение может быть амбулаторным. Производят пункцию полости коленного сустава с удалением излившейся крови и иммобилизуют конечность задней гипсовой лонгетой в разогнутом состоянии на период не менее 3 недель. Движения восстанавливаются в