

Спортивная травма коленного сустава

План лекции

- 1. Анатомическое функциональное значение коленного сустава**
- 2. Механизмы повреждения**
- 3. Доврачебная помощь оказания**
- 4. Гонартроз**

Ранее отмечалось, что травмы сумочно-связочного аппарата суставов занимают второе место среди спортивных травм (25 – 30 %, причем чаще других травмируется голеностопный и коленный сустав). Особое значение имеет своевременное оказание специализированной помощи и правильный диагноз при травме, что обеспечивает восстановление утраченной функции, при этом большое значение приобретают средства физической реабилитации. Недоучет этих факторов ведет к развитию хронических заболеваний (остеоартрозам) в предотвращении, которых важную роль приобретает образовательный и психологический компоненты.

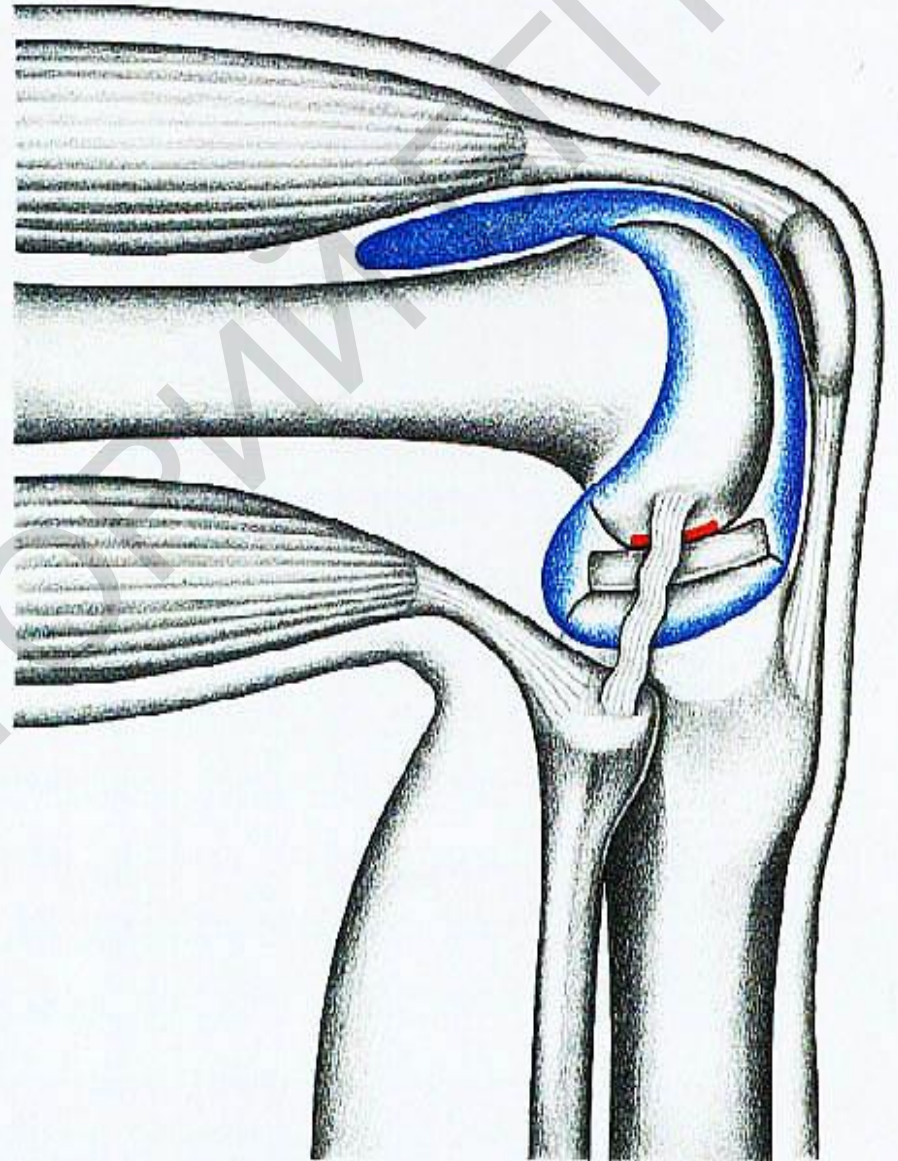
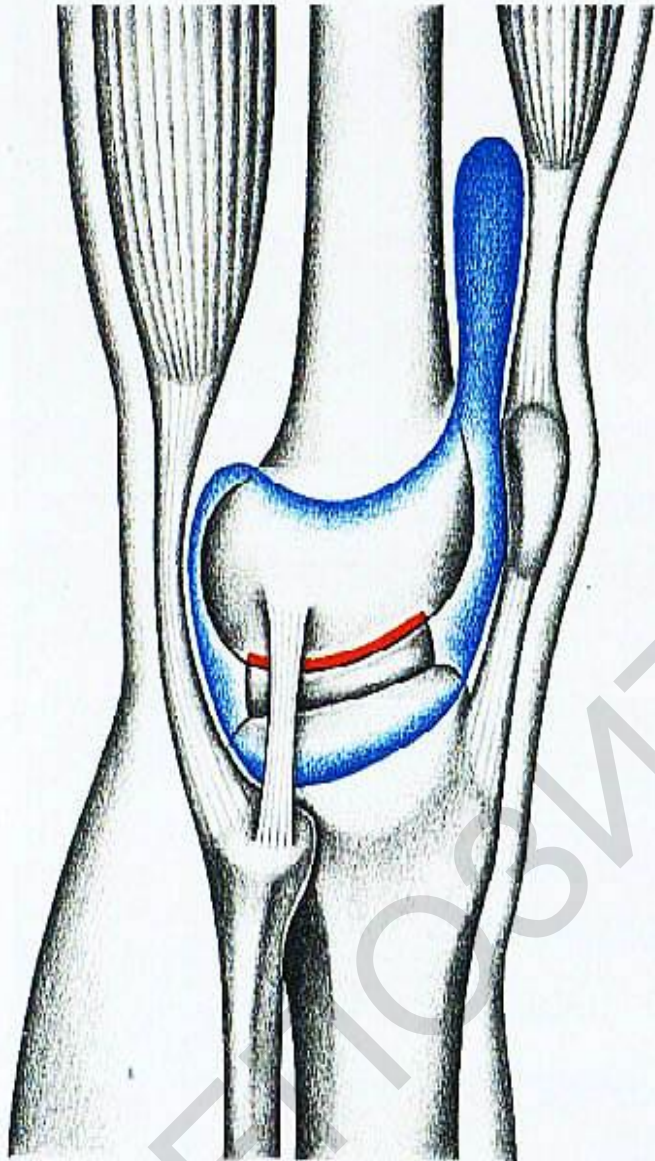
Повторюсь, что по характеру суставы образуются в результате непрерывного соединения за счет соединительной, хрящевой и костной тканей, в то время как коленный сустав (art. genus) относится к прерывистым соединениям, имеющим все структурные особенности диартрозов: суставные поверхности костей (бедренной, большеберцовой костей и надколенника), суставную сумку, а также вспомогательный аппарат (связки, внутрисуставные хрящи – мениски).



Укрепляющими суставами силами являются сжатие суставных поверхностей костей, покрытых гиалиновым хрящом, связочный аппарат, суставная капсула, тонус окружающих мышц.

Прочность коленного сустава определяется конгруэнтностью суставных поверхностей, образующих его костей.

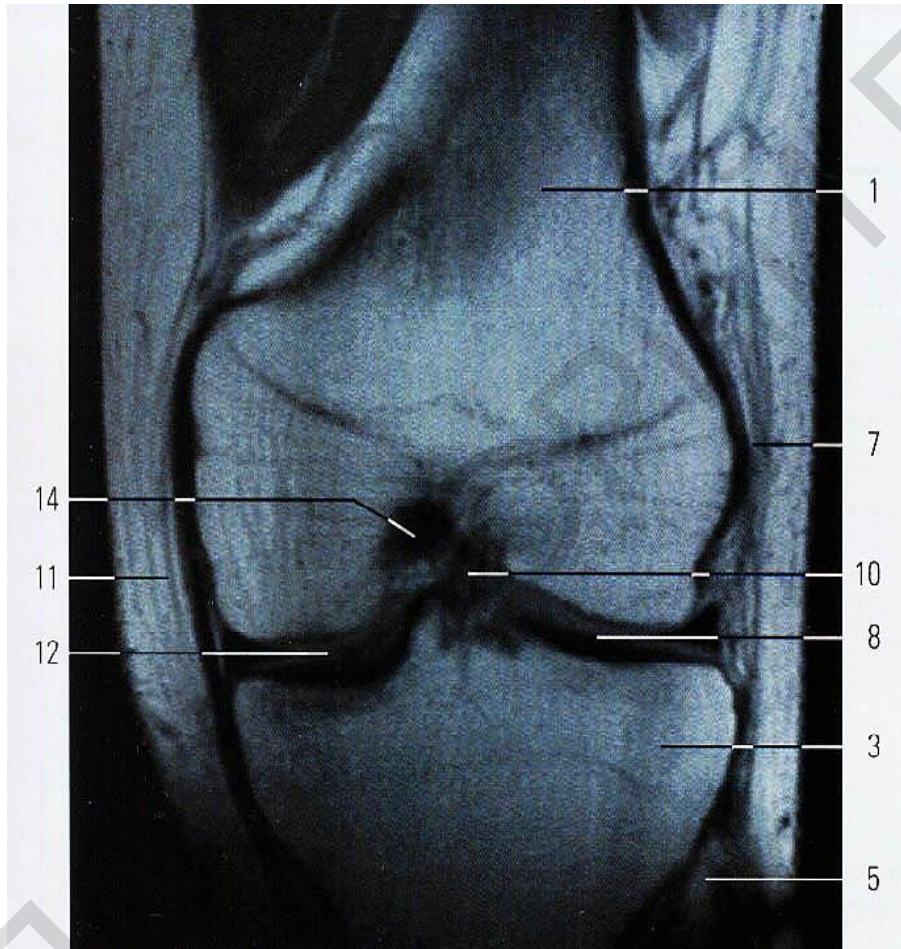
В нем осуществляются сгибательные и разгибательные движения, а при согнутом положении некоторое вращение.



Коленный сустав относится к числу сложных блоковидно-вращательных диартрозов, образованных 2-мя сочленениями наружных и внутренних мыщелков бедренной и большеберцовой кости, и 3-е сочленение бедренной кости с надколенником. Вместимость около 100 мл ограничена суставной сумкой, прикрепляющейся по краю суставных поверхностей и имеющей наружный фиброзный слой и внутренний с тонкими складками и ворсинками (синовиальную оболочку), с отложениями жира и выпячиваниями между волокнами фиброзного слоя, выходящими за пределы капсулы, образующими синовиальные сумки.

К вспомогательным аппаратам коленного сустава относятся: мощные латеральная и медиальная боковые связки (*lig. collaterale tibiale* и *lig. collaterale fibulare*), подколенная дугообразная и косая связки (*lig. popliteum arcuatum* и *lig. popliteum obliquum*), располагающиеся позади сустава, а спереди (от коленной чашечки к бугристости большеберцовой кости) протягивается собственная связка надколенника (*lig. popliteum*).

Крестообразная связка состоит из передней и задней.



С учетом величины статистической значимости все факторы, с которыми было связано поражение коленного сустава, расположились в убывающем порядке следующим образом: спортивная травма (37 %), транспортные травмы (27 %), перегрузка связочного аппарата в процессе двигательной активности, обусловленная микротравматизацией (13%), немеханические факторы, воспалительные процессы (11 %), дегенеративные, метаболические изменения (6 %), уличные и другие травмы (5 %).

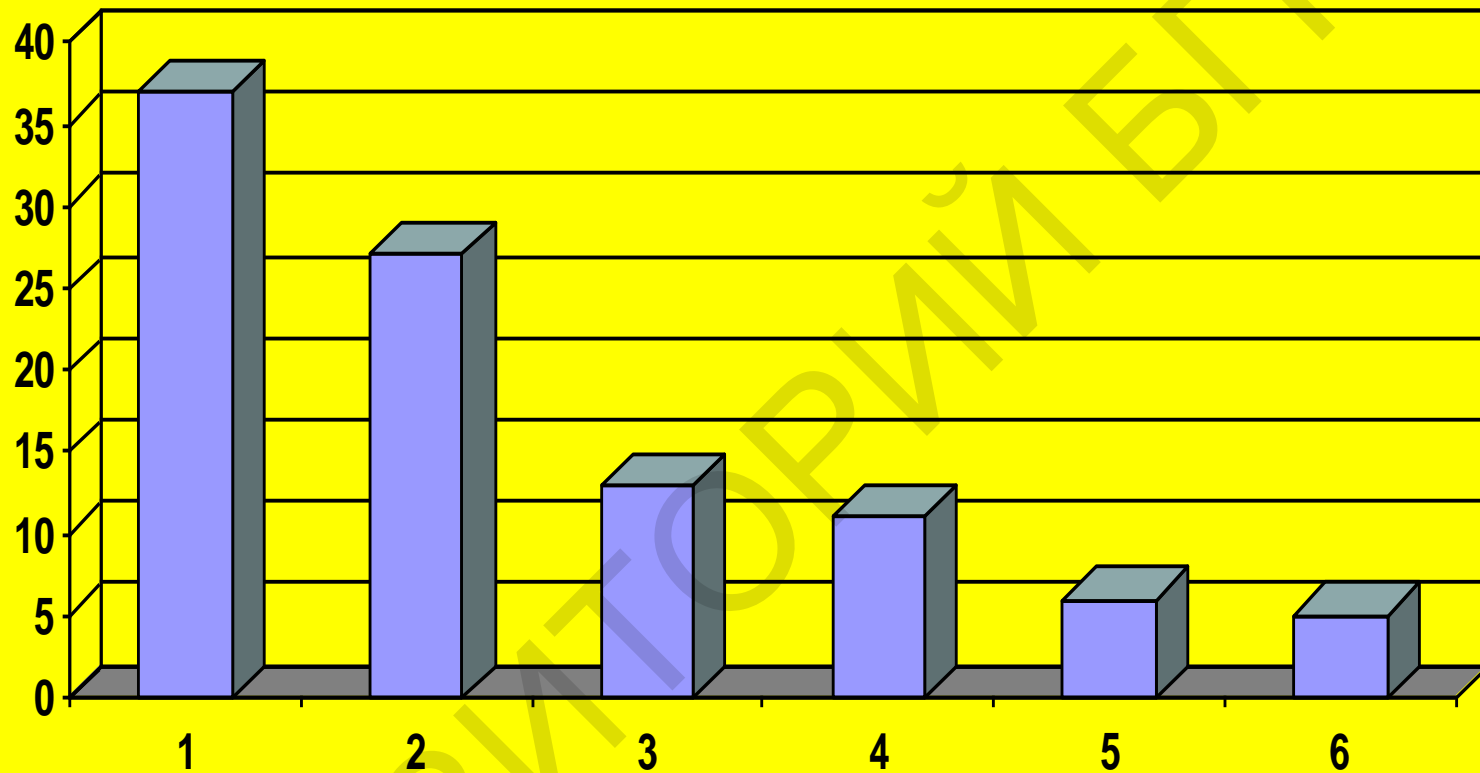


Рисунок 1. - Расположение по статистической значимости этиологических факторов поражения коленного сустава (1- спортивные травмы; 2 – транспортные травмы; 3 – микротравмы; 4 – воспалительные заболевания; 5 – дегенеративные процессы; 6 – уличные травмы)