

Введение

Любая травма — это огромный стресс для всего организма. При возникновении травмы у спортсмена возникает целый ряд проблем: срывается график тренировочного процесса и подготовки к соревнованиям, появляются болевые ощущения в области получения травмы, возникают психологические срывы, вероятность в дальнейшем форсирования подготовки, что может в будущем оказать негативное влияние на организм спортсмена в целом [1, 2].

Цель

Изучить травмы коленного сустава у спортсменов.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Коленный сустав образован мышечками бедренной и большеберцовой костей и надколенником. Суставные поверхности костей почти на всем протяжении покрыты хрящом. Между суставными поверхностями расположены на мышечках большеберцовой кости особые хрящи — мениски, которые соединены наружной поверхностью с капсулой сустава.

В связочный аппарат коленного сустава входят следующие связки: передняя и задняя крестообразные; связка надколенника; медиальная и латеральная поддерживающие связки надколенника; коллатеральная большеберцовая связка; коллатеральная малоберцовая связка; косая и дугообразная подколенные связки [3].

Обычно описание травм коленного сустава начинают с ушиба. Однако диагноз ушиба коленного сустава ставят методом исключения, когда скрупулезный поиск симптомов других, более тяжелых, травм, оказывается безрезультатным. Об ушибе можно предполагать при прямом не сильном ударе по передней или боковой поверхности сустава, что часто встречается в футболе, единоборствах, и других контактных видах спорта.

Повреждение менисков — очень частая, иногда трудно диагностируемая, коварная травма. Она может возникнуть у представителей практически всех видов спорта. Резкое необычное движение в суставе с ротацией бедра при фиксированной стопе и голени иногда приводит к отрыву части мениска или к раздавливанию его между костями. Быстро возникает гемартроз, определяется важный симптом блокады — больной не может полностью выпрямить ногу в коленном суставе. Такое состояние требует немедленного направления к хирургу для устранения блокады.

Часто блокада сустава самостоятельно разрешается, гемартроз также рассасывается через 5–7 дней и спортсмен, недостаточно критически относящийся к такого рода травме и не проинструктированный медицинским работником, продолжает тренировки или работу. Блокады повторяются, но с каждым разом боли после ущемления мениска и гемартроз становятся меньше. Однако это очень серьезная ситуация, так как повторные ущемления мениска со временем приводят к развитию деформирующего артроза, и тогда уже удаление мениска оказывается неэффективным.

В периоды между блокадами распознать разрыв мениска труднее, так как боли при ходьбе не выражены, гемартроза нет. Помогает тщательный расспрос о бывших блокадах, о «микросимптомах» разрыва, например, о таком, как возникновение болей в суставе при ходьбе вниз по лестнице, когда травмированная нога переносится на нижнюю ступеньку. Очень важно тщательно и методично обследовать сустав, так как в холодном периоде между блокадами симптоматика разрыва мениска бедна [4].

Разрыв связок коленного сустава возникает при достаточно большой травмирующей силе — при автотравмах, падении с высоты, при усилиях, непосредственно приложенных к голени, например, у хоккеистов, борцов. Иногда ставят диагноз растяжения связок коленного сустава. Необходимо отметить, что связки суставов, в частности, коленного, нерастяжимы по своей физической природе. Поэтому на самом деле речь идет не о растяжении, а о небольших, неполных надрывах связок.

При разрыве крестообразных связок, которые расположены внутри сустава, часто возникает гемартроз. Поэтому диагностика разрыва этих связок в остром периоде очень трудна, так как при гемартрозе бывает почти невозможно исследовать симптом «выдвижного ящика» (патологическая смещаемость голени вперед, когда конечность согнута в коленном суставе), характерный для повреждения крестообразных связок. К изучению этого симптома следует вернуться через 3–5 дней или после пункции сустава и удаления крови.

Лечение разрыва крестообразных связок оперативное. В свежих случаях с гемартрозом на 8–9 недель накладывается гипсовая лонгета (конечно, после рентгенографии сустава). Если после этого срока и проведения интенсивного массажа и лечебной физкультуры симптом «выдвижного ящика» еще в значительной степени выражен, то больного надо направить на оперативное лечение [5].

Разрыв собственной связки надколенника или повреждение сухожилия четырехглавой мышцы бедра может произойти при прямом ударе по передней поверхности сустава, при резком насильственном сгибании голени и напряжении мышцы. Резко нарушается походка: нога пострадавшего подгибается при опоре, а при полном разрыве больной не может поднять прямую ногу — бедро поднимается, а голень остается под углом к бедру. Гемартроза при этой травме не бывает.

Выводы:

- 1) при возникновении повреждения нужно правильно поставить диагноз, используя рентгенографию и другие диагностические методы;
- 2) назначить лечение, при необходимости применить оперативное вмешательство;
- 3) назначить курс физиотерапевтических процедур, массаж, ЛФК;
- 4) не допускать перехода болезни в хроническое состояние, тем самым, исключив проблемы со здоровьем и качеством жизни спортсмена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельский, И. В. Системы эффективной тренировки: армрестлинг, бодибилдинг, бенчпресс, пауэрлифтинг / И. В. Бельский. — 3-е изд. — Минск: А. А. Згировский, 2006. — С. 6–25.
2. Практикум по спортивной психологии / И. П. Волкова [и др.]. — СПб.: Питер, 2002. — С. 15–19.
3. Топографическая анатомия конечностей (избранные вопросы) / Е. Ю. Дорошкевич [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — С. 51.
4. Макарова, Г. А. Спортивная медицина: учебник / Г. А. Макарова. — М.: Советский спорт, 2003. — С. 321–322.
5. Спортивная медицина: учеб. пособие / В. А. Елифанов [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 184–197.

УДК 616.36-004-092.9-073.48

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Осипов Б. Б., Фурман А. А., Ховхляенцев В. И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. Н. Лызигов

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Хронические заболевания печени (в т. ч. цирроз печени) остаются актуальной проблемой современной медицины. В республике Беларусь около 1,5 тыс. человек ежегодно забо-