

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДЕНИЯ

Назмиддинов Шухрат Амриллохонович

<https://orcid.org/0009-0009-3037-5835>

nazmidinovsuhtrat532@gmail.com

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.22636406>

Qabul qilindi: 1-sentabr 2026-yil • Ma'qullandi: 3-sentabr 2026-yil • Nashr qilindi: 5-sentabr 2026-yil

Аннотация.

Проанализированы результаты дифференцированного лечения 90 пациентов с повреждениями дистального межберцового синдесмоза. При стабильных повреждениях I степени применяли консервативное лечение, при II степени с динамической нестабильностью — систему TightRope, при III степени с полным разрывом и выраженным диастазом — позиционный синдесмозный винт. Наиболее раннее восстановление полной осевой нагрузки среди оперированных пациентов отмечалось после TightRope — $6,2 \pm 1,0$ против $8,4 \pm 1,3$ недели после винтовой фиксации. Через 12 месяцев показатель AOFAS достиг соответственно $94,1 \pm 4,8$ и $87,3 \pm 6,4$ балла. Полученные данные показывают целесообразность выбора способа стабилизации с учётом исходной степени повреждения.

Ключевые слова.

межберцовый синдесмоз; TightRope; синдесмозный винт; нестабильность; голеностопный сустав; дифференцированное лечение.

Актуальность: Остаточная нестабильность дистального межберцового синдесмоза нарушает биомеханику голеностопного сустава и может приводить к сохранению боли и снижению функции конечности. В то же время использование одинакового способа фиксации при всех вариантах повреждения не учитывает различий в степени нарушения связочного комплекса. Динамическая система TightRope сохраняет контролируемую микроподвижность синдесмоза, тогда как позиционный винт обеспечивает более жёсткое удержание большеберцовой и малоберцовой костей. Это определяет необходимость дифференцированного выбора метода стабилизации.

Цель исследования. Сравнить функциональные результаты лечения повреждений дистального межберцового синдесмоза при выборе лечебной тактики в зависимости от степени его нестабильности.

Материалы и методы исследования: В частной клинике «StarOrtoMed» обследованы и пролечены 90 пациентов в возрасте 19–64 лет. Мужчины составили 70,0%, женщины — 30,0%. В каждой из трёх групп было по 30 больных. Пациенты I группы с повреждением I степени и сохранённой стабильностью получали консервативное лечение. Во II группе при динамической нестабильности выполняли фиксацию TightRope. В III группе при полном разрыве синдесмоза, выраженном диастазе и нестабильности применяли позиционный синдесмозный винт. Оценку проводили через 3, 6 и 12 месяцев. Основными критериями являлись шкала AOFAS, ВАШ,

сроки полной нагрузки, сохранение репозиции и послеоперационные осложнения. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Обсуждение. В I группе средний показатель AOFAS через 12 месяцев составил $91,8 \pm 5,6$ балла против $63,4 \pm 6,8$ балла при первичном обследовании. Интенсивность боли уменьшилась с $5,3 \pm 1,1$ до $1,1 \pm 0,6$ балла. У 27 из 30 больных (90,0%) получен хороший или отличный результат.

После применения TightRope функциональное восстановление проходило быстрее среди пациентов, которым требовалось оперативное лечение. Полная нагрузка была достигнута через $6,2 \pm 1,0$ недели. AOFAS увеличился с $61,7 \pm 7,0$ до $94,1 \pm 4,8$ балла. Через 12 месяцев стабильное положение синдесмоза сохранялось у 96,7% пациентов, хороший или отличный результат отмечен у 93,3%.

В III группе полная нагрузка стала возможной через $8,4 \pm 1,3$ недели. Разница по сравнению со II группой составила 2,2 недели ($p < 0,001$). Показатель AOFAS повысился с $55,9 \pm 7,6$ до $87,3 \pm 6,4$ балла, однако оставался ниже, чем после TightRope ($p < 0,001$).

Сохранение анатомической репозиции после винтовой фиксации отмечено у 28 из 30 пациентов (93,3%). У 18 больных (60,0%) позиционный винт был удалён после консолидации и восстановления стабильности синдесмоза. Временное ограничение тыльного сгибания стопы наблюдалось у 4 пациентов (13,3%). Во II группе подобное ограничение отмечено у 1 больного (3,3%).

Общая частота осложнений составила 6,7% во II группе и 16,7% в III группе. Прямое сравнение этих показателей необходимо интерпретировать осторожно, поскольку III степень изначально характеризовалась более тяжёлым повреждением связочного комплекса и большей нестабильностью. Полученные данные показывают, что метод лечения целесообразно выбирать не только по факту наличия разрыва синдесмоза, но и по степени сохранённой механической стабильности.

Заключение. При I степени повреждения дистального межберцового синдесмоза консервативная терапия обеспечивала хороший функциональный результат у 90,0% больных. При II степени система TightRope обеспечивала наиболее раннее восстановление нагрузки среди хирургически леченных пациентов и показатель AOFAS $94,1 \pm 4,8$ балла. III степень сопровождалась более тяжёлым исходным повреждением и требовала жёсткой стабилизации позиционным синдесмозным винтом; через 12 месяцев AOFAS составил $87,3 \pm 6,4$ балла.

Adabiyotlar, References, Литературы:

1. van Dijk C.N., Longo U.G., Loppini M., et al. Classification and diagnosis of acute isolated syndesmotic injuries: ESSKA-AFAS consensus and guidelines. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016;24(4):1200–1216.
2. van Dijk C.N., Longo U.G., Loppini M., et al. Conservative and surgical management of acute isolated syndesmotic injuries: ESSKA-AFAS consensus and guidelines. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016;24(4):1217–1227.
3. Xu B., Wang S., Tan J., Chen W., Tang K.L. Comparison of Suture Button and Syndesmotic Screw for Ankle Syndesmotic Injuries: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Orthop J Sports Med.* 2023;11(1):23259671221127665.

DIFFERENTIATED TREATMENT OF DISTAL TIBIOFIBULAR SYNDESMOSIS RUPTURES ACCORDING TO INJURY SEVERITY

Najmiddinov Shukhrat Amrillokhonovich

<https://orcid.org/0009-0009-3037-5835>

najmidinovshukhrat532@gmail.com, Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

Abstract.

Treatment outcomes were analyzed in 90 patients with distal tibiofibular syndesmosis injuries. Stable Grade I injuries were managed conservatively, Grade II injuries with dynamic instability were stabilized using TightRope, and Grade III injuries with complete rupture and marked diastasis were treated with a positional syndesmotomic screw. Among surgically treated patients, full weight-bearing was restored earlier after TightRope fixation: 6.2 ± 1.0 versus 8.4 ± 1.3 weeks after screw fixation. At 12 months, mean AOFAS scores were 94.1 ± 4.8 and 87.3 ± 6.4 points, respectively. These findings support selecting the stabilization method according to the initial severity of injury.

Keywords:

tibiofibular syndesmosis; TightRope; syndesmotomic screw; instability; ankle joint; differentiated treatment.