

Ответ Г

Ответ ИИ-системы на клиническую ситуационную задачу. Оформление всех ответов приведено к единому виду; содержание не изменялось.

Клиническое заключение · Механизм: приземление после верхового единоборства, 85-я минута · Невозможность опоры на ногу, замена

Резюме

Три ответа коротко:

- Первые часы и дни.** Ключевой факт в описании — **невозможность опоры сразу после травмы**. Это не «сильное растяжение», это **красный флаг** и положительный критерий Оттавских правил. Протокол: pitch-side оценка → защита и разгрузка → **обязательная рентгенография** → **PEACE** (без рутинных НПВП) → **ранняя мобилизация с 48–72 ч** по переносимости, а не иммобилизация.
- Обследование.** Ступенчато, а не «всё сразу»: **рентген немедленно** (голеностоп + стопа, плюс пальпация проксимальной малоберцовой — Maisonneuve) → **УЗИ** (динамика малоберцовых сухожилий) → **МРТ на 3–7-е сутки** → **КТ** при подозрении на рентген-негативный перелом. **Критическая поправка: находка на МРТ ≠ диагноз.** По данным Bezuglov et al. (OJSM, 2021), у **бессимптомных** элитных футболистов остеохондральные изменения голеностопа встречаются примерно в **42%** случаев. Лечить нужно пациента, а не картинку.
- Патология и сроки.** Спектр — от изолированного повреждения ATFL (≈2 недели) до перелома Джонса или остеохондрального повреждения тарана (3–6 месяцев). Полная таблица — в разделе 4. **Сроки задают не календарь и не МРТ, а функциональные критерии.**

1. Что уже говорит нам сама фабула

Прежде чем перейти к вопросам — три детали в описании несут диагностическую нагрузку.

Деталь	Что из неё следует
Приземление после единоборства в воздухе	Высокоэнергетический механизм. Часто — приземление на стопу соперника, то есть инверсия на «неровной опоре» с высоты. Энергия существенно выше, чем при обычном подворачивании на бегу → выше вероятность перелома и остеохондрального повреждения
Невозможность опоры сразу	Главный красный флаг. Изолированное повреждение ATFL I–II степени обычно позволяет ковылять; полная невозможность опоры смещает вероятность в сторону перелома, тяжёлого связочного повреждения, синдесмоза или подвывиха сухожилий. Точность формулировки: Оттавские правила требуют боли в маллеолярной (или среднего отдела стопы) зоне И одного из: костная болезненность в указанных точках ИЛИ невозможность опоры и сразу после травмы, и при осмотре (4 шага). Из скриншота известен только первый временной срез — критерий подлежит перепроверке при осмотре, а не считается автоматически выполненным

Деталь	Что из неё следует
85-я минута	Накопленная усталость → снижение нейромышечного контроля и проприоцептивной защиты. Это не влияет на тактику лечения, но важно для последующей профилактики и анализа нагрузок

Замечание по механизму. «Инверсия» — рабочая гипотеза со слов игрока, а не установленный факт. Игрок в момент травмы редко корректно ощущает плоскость движения. Чистая инверсия бьёт по латеральному связочному комплексу; добавление **наружной ротации и дорсифлексии** переводит нас в синдесмоз, а это принципиально другие сроки. Механизм уточняется осмотром и видеоанализом эпизода, а не только опросом.

2. Вопрос 1 — протокол первых часов и дней

1.1. На поле (первые минуты)

- **Не форсировать опору и «разминку».** Классическая ошибка — попытка «размяться и продолжить» при невозможности опоры.
- **Быстрый осмотр:** явная деформация, положение стопы, состояние кожи, **нейроваскулярный статус** (пульсация, чувствительность, капиллярный ответ).
- **При деформации/подозрении на вывих или перелом** — иммобилизация в положении находки, транспортировка, немедленная визуализация.
- **Пальпация целенаправленно по зонам Оттавских правил** — уже на поле или в подтрибунном помещении: обе лодыжки (задний край, дистальные 6 см), ладьевидная кость, **основание 5-й плюсневой**.
- **Обязательно пальпировать проксимальную треть малоберцовой кости** — исключение перелома Maisonneuve. Эту точку пропускают чаще всего.
- Замена выполнена правильно.

1.2. Первые 0–72 часа: протокол PEACE

Современный стандарт (Dubois & Esculier, BJSM, 2020) — **PEACE & LOVE**, заменивший RICE/PRICE.

Компонент	Практика
P — Protection	Разгрузка и защита в первые 1–3 дня. Костыли при невозможности опоры; при подозрении на перелом или тяжёлое повреждение — ортез/walker до получения снимков. Не полный покой дольше необходимого
E — Elevation	Возвышенное положение выше уровня сердца, максимально часто
A — Avoid anti-inflammatories	Не назначать НПВП рутинно. Воспалительная фаза необходима для заживления связки; её подавление в первые дни может ухудшить качество восстановления ткани. Для контроля боли — парацетамол. Это же касается льда как самоцели: анальгезия — да, «лечение» — доказательств нет
C — Compression	Компрессионное бинтование/бандаж для контроля отёка и гематомы
E — Education	Установка игрока на активное восстановление; объяснение, что раннее движение — часть лечения, а не риск

Чего не делать в первые 48–72 ч: тепловые процедуры, агрессивный массаж зоны, форсированные стресс-тесты неустойчивости (отёк и защитное напряжение делают их

недостовверными — их корректно повторить на 4–5-е сутки), инъекции кортикостероидов, локальные анестетики «чтобы доиграть».

1.3. С 48–72 часов: LOVE и ранняя мобилизация

- **Ранняя мобилизация превосходит иммобилизацию** — это устоявшийся вывод. Раньше возврат к активности, лучше контроль отёка, меньше остаточной нестабильности. Гипс/жёсткая иммобилизация оправданы только при переломе или подтверждённой нестабильности, требующей защиты.
- **Дозированная осевая нагрузка по переносимости боли** — как только это возможно.
- **Функциональный ортез или тейп на 5–10 дней** в качестве внешней поддержки (полужёсткий брейс, lace-up).
- Ранние безболевые движения в голеностопе, изометрия малоберцовых мышц (эверторов), работа с отёком.
- **Раннее подключение проприоцептивной работы** — дефицит проприоцепции сохраняется дольше, чем боль, и именно он определяет риск рецидива.
- Поддержание общей физической формы: велоэргометр, работа на верх тела, безопасные кардио-опции.

1.4. Что важно решить именно в первые дни

Первые 72 часа — это в первую очередь **диагностическое окно**, а не «лечебное». Тактика на 3 месяца вперёд определяется тем, что будет найдено, а не тем, какой протокол применён в первый вечер. Отсюда логичный переход ко второму вопросу.

3. Вопрос 2 — аппаратные исследования

2.1. Принцип: ступенчатый алгоритм

Не «сразу МРТ». Последовательность определяется тем, какой вопрос мы задаём на каждом шаге.

Шаг	Метод	Когда	Что отвечает
1	Рентгенография	Немедленно (Ottawa+)	Голеностоп в 3 проекциях + стопа отдельно. Исключение перелома лодыжек, тарана, основания 5-й плюсневой, ладьевидной. Оценка соотношений в вилке
1b	Рентген голени	При болезненности проксимальной малоберцовой	Перелом Maisonneuve
2	УЗИ	1–5-е сутки	Доступно, быстро, повторяемо. Динамическая оценка малоберцовых сухожилий (подвывих при активной эверсии/дорсифлексии — то, что МРТ в покое пропускает). Оценка ATFL/CFL, гематомы
3	МРТ	Оптимально 3–7-е сутки	Золотой стандарт: связки (ATFL, CFL, синдесмоз, дельтовидная), костный отёк , остеохондральные повреждения, сухожилия, скрытые переломы
4	КТ	При подозрении на рентген-негативный перелом	Латеральный отросток тарана, передний отросток пяточной кости, остеохондральный фрагмент, детализация перелома для планирования операции

Почему МРТ не в первые часы: массивный отёк и гематома в остром периоде снижают специфичность — «всё светится». Исключение — обоснованное подозрение на перелом или остеохондральное повреждение при негативном рентгене: тогда визуализация не откладывается.

Почему не пропускать УЗИ в пользу МРТ: подвывих малоберцовых сухожилий — **динамический** феномен. Это один из самых часто пропускаемых диагнозов при инверсионной травме, и статичная МРТ его нередко не показывает.

2.2. Критическая поправка: находка ≠ диагноз

Здесь стоит опереться на собственную линию исследований Эдуарда Николаевича, поскольку она прямо адресует именно эту ловушку.

- **Bezuglov E. et al. «Asymptomatic Foot and Ankle Abnormalities in Elite Professional Soccer Players», Orthop J Sports Med, 2021.** У бессимптомных элитных футболистов при МРТ стоп и голеностопов обнаружена **высокая распространённость остеохондральных повреждений с субхондральным костным отёком**; в обзорной литературе эти данные цитируются как **~42% голеностопов бессимптомных футболистов** с остеохондральными изменениями. Отмечена значимая связь костного отёка тарана с доминантностью ноги.
- Аналогичная картина показана этой же группой для **коленного** (2019, 2020) и **тазобедренного** (2025) суставов.

Ограничения, которые честно назвать самим: работа 2021 г. — серия случаев (n = 37, уровень доказательности 4), сканеры 1,5 Тл. Цифра «42%» взята из вторичного цитирования в обзорной литературе, а не из абстракта. Направление вывода при этом воспроизведено независимыми группами на других видах спорта (сноуборд — до 100%, баскетбол NCAA/G-League — 98%), поэтому сам принцип устойчив, даже если конкретный процент обсуждаем.

Практический вывод для данного кейса: если МРТ на 5-й день покажет остеохондральное повреждение тарана или костный отёк — **это ещё не значит, что найдена причина невозможности опоры**. У 35-летнего игрока с многолетним стажем часть находок почти наверняка **преморбидна**.

Отсюда три требования:

1. **Строгая клинико-радиологическая корреляция** — совпадает ли находка с зоной болезненности и с механизмом.
2. **Baseline-сравнение**, если в клубе есть предсезонный скрининг или архивные исследования этого игрока. Это самый надёжный способ отличить старое от нового.
3. **Не оперировать находку** без клинического соответствия.

2.3. МРТ как критерий возврата — нет

Отдельно стоит отметить работу **Bezuglov E. et al., Research in Sports Medicine, 2025** (соавторы — медицинский штаб ПФК ЦСКА): элитные футболисты достигали **доигровых показателей беговой производительности после возврата в игру несмотря на сохраняющиеся МРТ-изменения, без повышения риска рецидива**. Работа выполнена на мышечных повреждениях, но методологический принцип переносим: **сохраняющаяся картина на МРТ не является самостоятельным основанием откладывать возврат**. Контрольная МРТ «для допуска» в большинстве случаев избыточна.

2.4. Что обычно не нужно

- **Стресс-рентгенография** в остром периоде — болезненна, зависит от защитного напряжения мышц, ограниченно информативна.
- **Рутинная контрольная МРТ** перед допуском — см. выше.
- **Сцинтиграфия** — вытеснена МРТ/КТ.

4. Клинический осмотр (что делает визуализацию осмысленной)

Аппаратура не заменяет осмотр — она отвечает на вопросы, которые ставит осмотр.

- **Пальпация по точкам:** ATFL, CFL, дельтовидная связка, передняя порция синдесмоза (AITFL), обе лодыжки, основание 5-й плюсневой, ладьевидная, латеральный отросток тарана, передний отросток пяточной, **проксимальная малоберцовая**.
- **Тесты нестабильности** (переднего выдвижного ящика, talar tilt) — достовернее на 4–5-е сутки, чем в первые часы.
- **Тесты на синдесмоз:** squeeze test, external rotation stress test, тест Клейгера.
- **Динамическая провокация малоберцовых сухожилий** — активная эверсия с дорсифлексией против сопротивления.
- **Дорсифлексия с опорой** (weight-bearing lunge test) — базовый показатель, который затем станет критерием возврата.

5. Вопрос 3 — возможная патология и сроки возврата

4.1. Сводная таблица

Сроки — ориентиры для профессионального футбола (медианы/средние по литературе), не гарантии.

Патология	Вероятность в этом сценарии	Ключ к распознаванию	Ориентировочный срок до матча
Повреждение латерального связочного комплекса (ATFL ± CFL), I–III ст.	Высокая — базовый сценарий. По UEFA Champions League Injury Study (Waldén, Hägglund, Ekstrand, BJSM 2013, 11 сезонов) составляет около половины всех травм голеностопа в мужском профессиональном футболе	Болезненность и отёк кпереди/книзу от латеральной лодыжки; положительный передний выдвижной ящик	I ст. — 5–10 дней; II — 2–4 нед; III — 4–8 нед. Средние по элитному футболу ≈ 2 недели
Повреждение синдесмоза (high ankle sprain)	Ниже, чем принято думать. По UEFA — лишь ≈ 3% всех травм голеностопа в элитном футболе. В общей спортивной литературе фигурируют оценки до 20% от растяжений — расхождение объясняется разными определениями (time-loss vs находка на МРТ). Вероятность растёт при ротационном компоненте	Болезненность выше уровня сустава, положительные squeeze / ext. rotation тесты	Консервативно: ≈ 39 ± 28 дней (Ekstrand et al., UEFA Elite Club Injury Study, 3677 игроков). При нестабильности с операцией: командные тренировки ≈ 72 ± 28 дней, первый матч ≈ 103 ± 28 дней (d'Hooghe et al., BJSM 2020, n=110)

Патология	Вероятность в этом сценарии	Ключ к распознаванию	Ориентировочный срок до матча
Перелом латеральной лодыжки	Средняя (объясняет невозможность опоры)	Костная болезненность по заднему краю/верхушке	Без смещения, стабильный: 6–10 нед. С фиксацией: 3–4 мес
Отрывной перелом основания 5-й плюсневой (зона 1)	Средняя — классика инверсии	Болезненность строго над основанием V плюсневой	4–8 нед. , обычно консервативно
Перелом Джонса (зона 2)	Низкая, но критично не пропустить	Та же зона; принципиально иной прогноз	Оперативно: сращение ≈9 нед, RTP ≈11 нед ; рефрактуры ≈8,6% — требует осторожного допуска
Остеохондральное повреждение тарана (OLT)	6–7% после растяжений ; выше при высокоэнергетическом механизме	Глубокая боль в суставе, блоки, стойкий выпот; часто выявляется отсроченно	Консервативно: 6–12 нед. Оперативно (BMS/артроскопия): 4–6 мес до соревновательного уровня
Перелом латерального отростка тарана	Низкая, но часто пропускается	Болезненность ниже вертушки латеральной лодыжки; рентген-негативен , нужна КТ	Без смещения: 6–8 нед. С фиксацией: 3–4 мес
Перелом переднего отростка пяточной кости	Низкая, часто пропускается	Болезненность кпереди от малоберцовых сухожилий	6–10 нед
Подвывих/вывих малоберцовых сухожилий	Низкая, но регулярно маскируется под растяжение	Позадилодыжечная боль, щелчок, ощущение «перескакивания»; выявляется динамически	У спортсменов ряд авторов рекомендует операцию даже при первом эпизоде ; RTP 3–4 мес
Перелом Maisonneuve	Низкая, но катастрофична при пропуске	Болезненность проксимальной малоберцовой при травме голеностопа	Оперативно: 3–4 мес
Повреждение дельтовидной связки / медиального комплекса	Низкая при чистой инверсии	Медиальная болезненность	3–8 нед в зависимости от степени и стабильности
Костная контузия / изолированный костный отёк	Средняя	Диффузная боль, находка на МРТ	2–6 нед , зависит от объёма отёка и переносимости нагрузки
Повреждение подтаранного сустава	Низкая	Боль в синусе тарзи, чувство неустойчивости при беге по дуге	4–10 нед

4.2. Наиболее вероятный расклад

При инверсии с приземления и невозможности опоры разумная априорная разбивка:

- **Изолированное латеральное связочное повреждение II–III ст.** — самый вероятный итог.
- **Связочное повреждение + костный отёк/контузия** — очень частая комбинация, объясняющая тяжесть острой картины.
- **Перелом** (лодыжка либо основание V плюсневой) — существенная вероятность именно из-за невозможности опоры.
- **Синдесмоз** — обязателен к исключению, поскольку меняет сроки втрое.
- «Редкие, но решающие» — латеральный отросток тарана, малоберцовые сухожилия, Maisonneuve, OLT. Их не пропускают только целенаправленным поиском.

4.3. Модификаторы именно этого игрока

Возраст 35 лет. В когорте профессиональных футболистов с оперативной стабилизацией синдесмоза **большой возраст был статистически значимо связан с более длительным возвратом** — наряду с тяжестью повреждения и сопутствующим повреждением хряща тарана. К этому добавляется накопленный «износ» ткани и более высокая априорная вероятность преморбидных изменений (см. 2.2). Планировать сроки стоит по **верхней границе** диапазона.

Позиция — центральный защитник. Работает в обе стороны:

- В плюс: объём высокоскоростного бега у ЦЗ ниже, чем у крайних защитников и вингеров. Требования к максимальной скорости мягче.
- В минус: ЦЗ — это **прыжки, приземления, верховые единоборства, короткие ускорения и торможения, смены направления в плотном контакте**. Травма получена ровно в его рабочей ситуации. Следовательно, **экспозиция к прыжкам и приземлениям, в том числе в контакте, обязательна до допуска** — возврат «умеющего бегать по прямой» игрока здесь недостаточен.

Карьерный контекст. В 35 лет расчёт «риск/польза» для операции и для агрессивности сроков отличается от такового у 22-летнего: цена длительного простоя выше, но и цена неудачного форсирования — тоже.

Контекст эпизода. По данным UEFA Champions League Injury Study, **около 40% матчевых повреждений голеностопа связаны с нарушением правил** со стороны соперника. Верховое единоборство с приземлением — типичный такой эпизод. Практический смысл: стоит поднять видео — оно уточняет плоскость движения (инверсия vs ротация) точнее, чем опрос игрока, и напрямую влияет на то, ищем мы латеральный комплекс или синдесмоз.

4.4. Отсроченные последствия, которые надо заложить в план сразу

Осложнение	Суть
Хроническая нестабильность голеностопа (CAI)	Основной среднесрочный риск после латерального повреждения — существенная доля пациентов не достигает полного восстановления и переходит в стойкую функциональную нестабильность. Именно её предотвращает нейромышечная работа, а не покой
Передний / задний импинджмент	Частая отсроченная проблема у футболистов. В проспективных когортах элитного футбола передний импинджмент встречается реже заднего, но даёт более длительное отсутствие и более высокую частоту повторов — то есть недооценивать его нельзя

Осложнение	Суть
Остеохондральное повреждение, проявившееся отсроченно	Может дебютировать через недели-месяцы стойкой глубокой болью и выпотом уже после «успешного» возврата. Повод для повторной визуализации при неожиданном плато
Посттравматический артроз	Отдалённая перспектива, значимая для игрока 35 лет с многолетней нагрузкой

Если подтверждён перелом — уместно оценить статус **витамина D** и общий костный метаболизм. Это самостоятельная линия исследований Э. Н. Безуглова у российских атлетов; при переломе у профессионального игрока это дешёвая и осмысленная проверка, влияющая на сращение.

6. Критерии возврата в игру

Возврат — **по критериям, а не по календарю**. Минимальный набор:

- Отсутствие боли и отёка при нагрузке.
- **Полная дорсифлексия** — weight-bearing lunge test, симметрия $\geq 90\%$.
- **Сила эверторов и инверторов** — LSI $\geq 90\%$.
- **Прыжковые тесты**: side hop, figure-of-8 hop, single-leg hop — LSI $\geq 90\%$ (абсолютный минимум по позиционным документам — 80%).
- **Баланс/постуральный контроль**: Y-Balance / SEBT.
- **Ankle-GO** — единственная на сегодня валидированная составная шкала после латерального повреждения. Не просто «структурирующий инструмент»: в проспективной когорте счёт **менее 8 баллов** через 2 месяца был связан с **многократно повышенным риском рецидива** (OR $\approx 8,6$; 95% ДИ 2–37,2).
- **Спорт-специфика для ЦЗ**: прыжки с приземлением на одну ногу, приземления в контакте, смены направления, единоборства.
- **Психологическая готовность** — уверенность в опоре при приземлении.
- **MPT-картинка в критерии не входит** (см. 2.3).

5.1. Возврат по беговым показателям, а не по картинке

Это прямое приложение методологии, которую группа Э. Н. Безуглова применяет в ПФК ЦСКА:

- Реабилитация выстраивается по каркасу **Control Chaos Continuum** (Taberner et al.) — поэтапное наращивание «хаоса»: от контролируемой линейной нагрузки к непредсказуемой соревновательной. Именно эта рамка указана как используемая в их работе 2025 г.
- Критерием служит **достижение доигровых беговых показателей по GPS** (объём высокоскоростного бега, число ускорений/торможений, пиковая скорость) в сравнении с индивидуальным baseline игрока — а не заключение рентгенолога.
- Их же вывод 2025 г.: игроки достигали доигровой беговой производительности **при сохраняющихся изменениях на MPT и без роста частоты рецидива**. То есть беговой/функциональный критерий не только достаточен — он и есть релевантный.

Для нашего ЦЗ к беговым метрикам обязательно добавляется **прыжково-посадочный блок**, поскольку травма получена при приземлении, а GPS сам по себе прыжки и приземления не описывает.

7. Профилактика рецидива

Голеностоп — травма с одним из самых высоких показателей повторности, поэтому этот раздел не факультативен.

- **Внешняя поддержка (брейс или тейп) при возвращении в игру.** Эффект доказан, но точечные оценки в обзорах расходятся: **RR примерно 0,3–0,7** в зависимости от популяции, типа поддержки и дизайна (для рецидивов приводится RR 0,30, 95% ДИ 0,21–0,43; для первичных — RR 0,69, 95% ДИ 0,49–0,96). Единой «канонической» цифры нет, и заявлять одно конкретное число некорректно. Устойчив другой вывод: **эффект отчётливо больше у тех, кто уже травмировался** — то есть ровно у нашего игрока.
- **Нейромышечная и баланс-тренировка** — доказанно эффективна именно для **вторичной** профилактики (у тех, кто уже травмировался). Для первичной профилактики у неповреждённых эффект не подтверждён. Наш случай — ровно целевая группа.
- **Продолжение программы после допуска**, а не прекращение в день возврата.
- **Управление нагрузкой** и мониторинг (GPS), особенно объём прыжков/приземлений и игровых минут в первые недели.
- Учёт того, что травма произошла **на 85-й минуте**: анализ переносимости игрового объёма и утомления в концовках.

8. Чего избегать (по текущим данным)

Практика	Проблема
Рутинные НПВП в острой фазе	Подавление необходимой фазы заживления; не влияют на исход лучше парацетамола по контролю боли
Длительная иммобилизация	Уступает функциональному ведению по срокам возврата и остаточной симптоматике
PRP как рутина	Собственные данные группы (Bezuglov et al., JFMK, 2022): снижение частоты рецидивов ассоциировано со спорт-специфической реабилитацией, а не с инъекциями PRP . При связочной травме голеностопа доказательная база тем более отсутствует
Контрольная МРТ «для допуска»	Не является валидным критерием возврата; ведёт к необоснованным задержкам
Лечение находки вместо пациента	~42% бессимптомных футболистов уже имеют остеохондральные изменения голеностопа
Возврат по календарю	Игнорирует функциональный дефицит; проприоцептивный дефицит переживает исчезновение боли
Допуск без экспозиции к прыжкам и приземлениям	Не воспроизводит механизм травмы и рабочие требования ЦЗ

9. Практический алгоритм по дням

Срок	Действие
0–2 ч	Pitch-side осмотр, нейроваскулярный статус, пальпация по Ottawa + проксимальная малоберцовая. Защита, разгрузка, костыли, компрессия, возвышение
В день травмы	Рентген голеностопа (3 проекции) + стопы; при показаниях — голени. Парацетамол. Ортез/walker при подозрении на перелом
1–3 сут	PEACE. Контроль отёка. Изометрия. Общая форма (велоэргометр, верх тела). УЗИ с динамической оценкой малоберцовых сухожилий
3–7 сут	МРТ . Повтор тестов нестабильности на фоне спавшего отёка. Начало дозированной нагрузки и мобилизации. При рентген-негативном подозрении на перелом — КТ
После постановки диагноза	Развилка тактики по таблице раздела 4. Формирование программы под конкретный диагноз
Далее	Прогрессия: нагрузка → сила эверторов → проприоцепция → бег → смены направления → прыжки и приземления → контакт → командные тренировки → допуск по критериям раздела 5

10. Границы применимости

- Это **клиническая справка (decision support)**, а не назначение и не замена очному осмотру и решению лечащего врача.
- Точный диагноз в данном случае **не может быть установлен по описанию** — фабула допускает не менее десяти различных исходов с разбросом сроков от 2 недель до 4 месяцев.
- Все сроки — популяционные ориентиры для профессионального футбола, а не прогноз для конкретного игрока.

Ключевые источники

Работы группы Э. Н. Безуглова (прямо релевантные вопросу):

- Bezuglov E., Khaitin V., Lazarev A., et al. Asymptomatic Foot and Ankle Abnormalities in Elite Professional Soccer Players. **Orthop J Sports Med**, 2021;9(1):2325967120979994.
- Bezuglov E., Izmailov S., Goncharov E., et al. Elite football players achieve pre-injury running performance despite MRI lesions after return to play without increased risk of recurrence. **Research in Sports Medicine**, 2025;33(6).
- Bezuglov E., Khaitin V., Shoshorina M., et al. Sport-Specific Rehabilitation, but Not PRP Injections, Might Reduce the Re-Injury Rate of Muscle Injuries in Professional Soccer Players. **J Funct Morphol Kinesiol**, 2022;7(4):72.
- Bezuglov E., Malyakin G., Sereda A., et al. Prevalence of Asymptomatic Hip Joint Abnormalities Among Adult Professional Soccer Players. **Arthrosc Sports Med Rehabil**, 2025.

Диагностика и острое ведение:

- Stiell I. et al. Ottawa Ankle Rules; Bachmann L.M. et al. — метаанализ 27 исследований: объединённая чувствительность **97,6%**.
- Dubois B., Esculier J.F. Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE. **BJSM**, 2020;54:72–73.

- Martin R.L. et al. Ankle Stability and Movement Coordination Impairments: Lateral Ankle Ligament Sprains Revision. **JOSPT** CPG, 2021;51(4):CPG1–CPG80.
- Delahunt E. et al. ROAST — Rehabilitation-Oriented ASsessment, International Ankle Consortium.
- Kaminski T.W. et al. NATA Position Statement: Conservative Management and Prevention of Ankle Sprains in Athletes.

Сроки возврата:

- Waldén M., Hägglund M., Ekstrand J. Time-trends and circumstances surrounding ankle injuries in men's professional football: an 11-year follow-up of the UEFA Champions League injury study. **BJSM**, 2013;47(12):748–753. — латеральное повреждение ≈ половина всех травм голеностопа; синдесмоз ≈ 3%; 40% матчевых повреждений связаны с нарушением правил.
- Ekstrand J. et al. Epidemiology and return to play following isolated syndesmotic injuries of the ankle: prospective cohort of 3677 male professional footballers, UEFA Elite Club Injury Study. **BJSM**, 2018. — средний пропуск ≈ 39 ± 28 дней.
- d'Hooghe P. et al. Return to play after surgery for isolated unstable syndesmotic ankle injuries (West Point ≥ IIB) in 110 male professional football players. **BJSM/PMC**, 2020.
- Osbahr D.C. et al. Syndesmosis and lateral ankle sprains in the National Football League.
- Систематический обзор оперативного лечения переломов проксимального отдела V плюсневой у элитных атлетов: время сращения **9,19 нед**, RTP **11,15 нед**, рефрактуры **8,6%**.
- Dahmen J., Kerkhoffs G.M.M.J. et al. — исходы bone marrow stimulation при остеохондральных повреждениях тарана.

Профилактика и возврат:

- Zwiers R. et al. Taping and bracing in the prevention of ankle sprains: current concepts. **J ISAKOS**, 2016;1:304–310. — эффект больше у спортсменов с предшествующим повреждением; оценки RR расходятся между обзорами (ориентировочно 0,3–0,7).
- Kerkhoffs G.M. et al. Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: an evidence-based clinical guideline. **BJSM**, 2012;46.
- Picot B. et al. — прогностическая ценность шкалы **Ankle-GO**: счёт <8 баллов через 2 месяца связан с многократно повышенным риском рецидива.
- Taberner M. et al. Control Chaos Continuum — каркас прогрессии нагрузки при возврате в игру.

Оговорка о доказательности: рамка **PEACE & LOVE** — экспертный консенсус, а не результат РКИ. В частности, рекомендация избегать НПВП опирается на биологическое обоснование и данные о заживлении, тогда как по контролю боли парацетамол, НПВП и опиоиды в острой фазе сопоставимы. Это стоит держать в уме, если аргумент будет оспорен.