

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПАХОВОЇ БОЛІ У СПОРТСМЕНІВ

Коструб О.О., Блонський Р. І., Засць В.Б., Засаднюк І.А., Смірнов Д.О., Бруско А.Т.,
Блінова О.М.

ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, м. Київ

Синдром пахової болі у спортсменів (СПБС) складає від 5 – 11.2% в структурі всього спортивного травматизму, їх частота та локалізація безпосередньо залежить від виду спортивної діяльності і найбільш притаманна спортсменам ігрових видів спорту таких як футбол, хокей та регбі. Провівши детальний аналіз 361 хворого з СПБС ми вирішили систематизувати і розділити даних хворих в залежності від анатомічної локалізації осередку патологічного процесу на:

1. Тендогенні – ушкодження сухожилків привідних м’язів стегна, косого та прямого м’яза живота тощо;
2. Міогенні – часткові або повні ушкодження *m. ilioasoas*, *m. mm. adductor longus et brevis*, *m. gracilis*, дистальної частини *m. rectus abdominis*, передньої частини *m. adductor magnus*, а також проксимальної частини *m. rectus femoris*;
3. Артrogenні – травматичні ушкодження суглобової губи кульшового суглоба, травматичні дефекти суглобового хряща вертлюжної западини та голівки стегнової кістки, вільні кістковохрящові тіла, ушкодження капсульно-зв’язкового апарату кульшового суглоба;
4. Остеогенні – травматичні та стресові переломи проксимального відділу стегнової кістки та кісток тазу;
5. Симфізогенні – лонний симфізит, нестабільність лонного зчленування тощо; 6. Інгвінальні – грижа спортсмена;
7. Нейрогенні – посттравматичні нейропатії *n. ilioinguinalis*, *iliohypogastricus*, *genitofemoralis* тощо;

Діагноз СПБС встановлюється на основі анамнезу, результатів клінічних та інструментальних методів дослідження, а також диференціальної діагностики з іншими синдромами та захворюваннями. Тактика лікування хворих з СПБС безпосередньо залежала від локалізації та тривалості патологічного процесу. Розрізняють консервативні та оперативні методи лікування пошкоджень сухожилків та м’язів, застосування яких залежить від стадії захворювання та ступеня ураження тканини сухожилля патологічним процесом. Так консервативне лікування яке включає:

1. Медикаментозне лікування (використання збагаченої тромбоцитами плазми, а також протизапальна, загальнозміцнююча, ферментативна та антигомеотоксична терапія).
2. Фізіотерапевтичне лікування (УВЧ, фонофорез, магнітотерапія, електрофорез, ударнохвильова терапія тощо).
3. Лікувальна фізкультура (розвантаження кінцівки, масаж, застосування дозованих локальних навантажень тощо).

Оперативне лікування (реліз сухожилків та м’язів, його відновлення та рефіксація у випадку його розриву) проводиться в разі неефективності консервативного лікування. Лікування кили спортсмена (*sportsman’s hernia*) проводиться виключно оперативним шляхом, в літературі існують ряд методик оперативного лікування даної патології, проте всі вони зводяться до ревізії пахового каналу, невролізу поруч розташованих нервів, а також укріплення задньої стінки пахового каналу Лікування ушкоджень внутрішньосуглобових структур проводиться за допомогою артроскопічної техніки.

Показами для артроскопії кульшового суглоба є:

- 1).ушкодження суглобової губи вертлюжної западини;
- 2) ушкодження суглобового хряща вертлюжної западини;
- 3).ушкодження суглобового хряща голівки стегнової кістки;
- 4). ушкодження круглої зв’язки голівки стегнової кістки;

5). вільні кістково-хрящові тіла;

6). інородні тіла та ін..

Отже, на сьогоднішній день, найперспективнішим шляхом вирішення проблеми СПБС є чітка діагностика осередку виникнення патологічного процесу та своєчасно розпочате адекватне, патогенетично-обґрунтоване мініінвазивне лікування хворих з залученням ендоскопічної техніки та досягнень сучасної клітинної терапії (застосування аутологічної плазми багаті факторами росту, аутологічних фібробластів, а також аутологічних мезенхімальних стовбурових клітин). Все вищевказане дозволить покращити ефективність лікування спортсменів з травмами пахової області та прискорить їх повернення до професійної діяльності.