

СИНДРОМ ПАХВИННОГО БОЛЮ У СПОРТСМЕНІВ. СИСТЕМА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

У роботі проведений аналіз результатів диференційованого лікування 94 пацієнтів із синдромом пахвинного болю спортсменів у залежності від форми та стадії згідно запропонованої нами його класифікації. Визначені переваги та недоліки різних методів лікування. Зокрема доведено ефективність додавання аутологічної плазми багатой тромбоцитарними факторами росту до схеми лікування більшості клінічних форм синдрому пахвинного болю спортсменів.

Ключові слова: Синдром пахвинного болю спортсменів, ARS-синдром, кила спортсмена, синдром внутрішнього клацаючого стегна, синдром зовнішнього клацаючого стегна, консервативне лікування, аутологічна плазма багата факторами росту.

ВСТУП

Синдром пахвинного болю у спортсменів (СПБС) – це група м'якотканинних ушкоджень, що виникають у спортсменів у результаті хронічного перенавантаження та супроводжуються больовими відчуттями в пахвинній ділянці та призводять до часткової або повної втрати спортсменом його професійної принадності. Тактика лікування спортсменів з синдромом пахвинного болю (СПБС) характеризується неузгодженістю застосування різноманітних методів лікування та їх низькою ефективністю. Це в свою чергу зумовлюється як несвоєчасною та неправильною діагностикою, так і відсутністю диференційованого підходу до лікування різних форм СПБС. Неадекватне лікування хворих (особливо спортсменів) призводить до зриву компенсаторних механізмів та спричиняє розвиток стійкого больового синдрому, що є частою причиною часткової або повної втрати спортсменом його працездатності [1-3].

Мета роботи. На підставі аналізу результатів лікування хворих із СПБС згідно розробленої класифікації СПБС обґрунтувати диференційовний вибір оптимальних методів та способів консервативного лікування.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Консервативне лікування проводилось 94 хворим із СПБС. У всіх хворих було діагностова-

но I-III стадії захворювання. Хворі були розподілені на 3 групи залежно від локалізації та стадії патологічного процесу: до групи № I увійшло 24 пацієнта з СПБС навколосуглобової форми Psoas-синдром, до групи № II увійшли 21 пацієнт СПБС навколосуглобової форми тендинопатії m. tensor fascia lata, а до групи № III – 49 хворих з СПБС, позасуглобова форма ARS-синдром (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих залежно від локалізації та стадії патологічного процесу

№ групи	Назва групи	Кількість пацієнтів
I	Psoas-синдром (всього)	24
	гостра стадія	7
	підгостра стадія	7
	хронічна стадія	10
II	Тендинопатії m. tensor fascia lata (всього)	21
	гостра стадія	7
	підгостра стадія	7
	хронічна стадія	7
III	ARS-синдром (всього)	49
	ARS-синдром 1 підгрупа	21
	гостра стадія	7
	підгостра стадія	7
	хронічна стадія	7
	ARS-синдром 2 підгрупа (всього)	21
	гостра стадія	7
	підгостра стадія	7
	хронічна стадія	7
	ARS-синдром 3 підгрупа (всього)	7
хронічна стадія	7	

Пацієнти групи № I та № II отримували лікування шляхом локального введення аутологічної плазми багатой факторами росту з інтервалом у 7 днів, пацієнти групи № III були розподілені залежно від отримуваного лікування на 3 підгрупи. До підгрупи № 1 увійшов 21 пацієнт, що отримував стандартне лікування нестероїдними протизапальними засобами, до підгрупи № 2 увійшов 21 пацієнт, що отримував лікування шляхом локального введення аутологічної плазми багатой факторами росту з інтервалом в 7 днів, а до підгрупи № 3 увійшли 7 пацієнтів на III стадії за-

хворювання, що отримували навколосухожильне введення препарату 1% гіалуронату натрію на 7 добу після 3-х кратного введення АПБФР в кількості 1,2 мл двічі з інтервалом у 7 діб.

Першій підгрупі хворих з ARS-синдромом проводилось лікування нестероїдними протизапальними засобами (диклофенак 3мл 75мг внутрішньом'язово 1 раз на добу). У другій підгрупі хворих з ARS-синдромом проводили лікування шляхом локального введення АПБФР тричі з інтервалом у 7 діб. Пацієнтам третьої підгрупи з ARS-синдромом при хронічній стадії проводили лікування комбінацією триразового введення АПБФР з дворазовим локальним введенням 1,2 мл препарату 1 % гіалуронату натрію у фосфатно-сольовому буферному розчині (патент № 114320 «Спосіб консервативного лікування тендинопатій привідних м'язів стегна»).

АПБФР отримували за технологією «Sanchez&Anitua» шляхом забору 40 мл цільної крові з ліктьової вени пацієнтів (забір крові проводився натще), після чого кров рівномірно розподіляли в 8 стерильних 5.0 мл вакутайнерах з розчином цитрату натрію та центрифугували протягом 8 хв (обертотва частота 1800 об/хв) з прискоренням 460 g на апараті Детендорфер (Німеччина). Після центрифугування цільної крові та наступної її пошарової стратифікації, у стерильних умовах за допомогою стерильного шприца проводили забір шара плазми багатьма факторами росту та вводили її в зону тендинопатії.

Усім пацієнтам було проведено клінічне та сонографічне дослідження, при цьому обстеження хворих проводилося перед лікуванням, на 21, 45 та 90 добу з моменту початку лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи результати консервативного лікування хворих з навколосуглобовими формами СПБС (тендинопатією *m. iliopsoas* та *m. tensor fascia lata*), що отримували як лікування локальне введення 2,0 мл АПБФР № 3, встановлено достовірно високу ефективність (у порівнянні з такими ж показниками до лікування ($p < 0,05$)) даного виду лікування на всіх термінах спостереження. При цьому ефективність лікування залежала від стадії захворювання. Так, при гострій та підгострій стадіях рецидивів виявлено не було, а при хронічній стадії це лікування було ефективним у 80 % хворих з тендинопатією *m. iliopsoas* та 71,4 % хворих з тендинопатією *m. tensor fascia lata*, що підтверджувалося, як даними клінічного дослідження, так і за допомогою сонографічного обстеження.

В результаті аналізу результатів консервативного лікування 1 підгрупи хворих з ARS-синдромом, що отримували як лікування нестероїдні протизапальні засоби (діклофенак 3,0 в.м 1 р.д), встановлено достовірно високу ($p < 0,05$) ефективність даного виду лікування лише на 21 добу спостереження, проте вже на 45 та 90 добу спостереження відмічався рецидив захворювання, при цьому частота рецидивів залежала від стадії захворювання, так при гострій стадії на 90 добу спостереження відсоток рецидивів складав 57,1 %, при підгострій стадії – 71,4 %, а при хронічній стадії – 85,7 %.

Провівши аналіз результатів консервативного лікування 2 підгрупи хворих з ARS-синдромом, що отримували як лікування АПБФР № 3 (Рис. 1), встановлено достовірно високу ($p < 0,05$) ефективність даного виду лікування на всіх термінах спостереження, при цьому ефективність лікування також залежала від стадії захворювання. Так при гострій та підгострій стадіях лікування було ефективним у всіх хворих, а при хронічній стадії у 71,4 %, тоді як у пацієнтів 3 підгрупи з ARS-синдромом при хронічній стадії, що отримували комбінацію 3-х кратного введення АПБФР з 2-х кратним локальним введенням 1,2 мл препарату 1 % гіалуронату натрію у фосфатно-сольовому буферному розчині, відсоток ефективного лікування хворих був вищий і складав 85,7 %, що підтверджувалося як даними клінічного, так і сонографічного дослідження.



Рис. 1. Введення АПБФР під ультрасонографічним контролем пацієнту з ARS-синдромом.

Таким чином, ми можемо припустити, що лікування тендинопатій при синдромі пахвинного болю спортсменів за допомогою АПБФР дозволяє не лише зменшити симптоми та прояви запалення, як це роблять нестероїдні протизапальні препарати, а й вплинути на власне перебіг захворювання, зменшуючи при цьому частоту рецидивів у віддаленому періоді після проведеного лікування.

ВИСНОВКИ

Консервативне лікування синдрому пахвинного болю спортсменів повинно проводитись диференційовано в залежності від його форми та стадії. Додавання АПБФР дозволяє покращити результати хірургічного лікування. Тенотомія m. adductor longus ефективний та раціональний для спортсменів старшої вікової групи метод хірургічного лікування ARS-синдрому при відсутності ефекту від консервативного лікування. Диференційовані підходи до лікування синдрому пахового болю з використанням нових способів консервативного та оперативного лікування з залученням артроскопічної техніки та досягнень сучасних біотехнологій, зокрема застосування аутологічної плазми багаті факторами росту, дозволяють підвищити ефективність лікування професійних спортсменів з синдромом пахового болю та прискорюють їх повернення до спортивної діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Zini R, Volpi P, Biscoti GN. Groin pain syndrome. Berlin: Springer; 2017;1–190.
2. Elattar O., Choi H.-R., Dills V.D., Busconi B. Groin Injuries (Athletic Pubalgia) and Return to Play. Sports Health. 2016 Jul; 8(4): 313–323. doi: 10.1177/2325967118771676.
3. Kerbel Y.E., Smith C.M., Prodromo J.P., Nzeogu M.I., Mulcahey M.K. Epidemiology of Hip and Groin Injuries in Collegiate Athletes in the United States. Orthop J Sports Med. 2018 May; 6(5) doi: 10.1177/2325967118771676.

*А.А. Коструб, Р. И. Блонский, В.В. Котюк,
И.А. Засаднюк, В.А. Подик
ГУ “Институт травматологии и ортопедии НАМН
Украины”, Украина*

Синдром паховой боли спортсменов. Система дифференцированного консервативного лечения

В работе проведен анализ результатов дифференцированного лечения 94 пациентов с синдромом паховой боли спортсменов в зависимости от формы и стадии согласно предложенной нами его классификации. Определены преимущества и недостатки различных методов лечения. В частности доказана эффективность добавления аутологической плазмы богатой тромбоцитарными факторами роста в схему лечения большинства клинических форм синдрома паховой боли спортсменов.

Ключевые слова: Синдром паховой боли спортсменов, ARS-синдром, грыжа спортсмена, синдром внутреннего щелкающего бедра, синдром внешнего щелкающего бедра, консервативное лечение, аутологическая плазма богатая факторами роста.

*O. Kostруб, R. Blonskiy, V. Kotiuk, I. Zasadniuk, V. Podik
SI “Institute of traumatology and orthopedics NAMS of Ukraine”,
Ukraine*

Syndrome of inguinal pain in athletes. System of differentiated conservative treatment

We analysed in this work the results of differentiated conservative treatment of 94 patients with groin pain syndrome of athletes depending on the form and stage according to the classification proposed by us. The advantages and disadvantages of different treatment methods are defined. In particular, the efficiency of autologous plasma rich with platelet growth factors as an addition to the treatment regimen of most clinical forms of groin pain in athletes has been proved.

Key words: Groin pain syndrome in sportsmen, ARS-syndrome, athlete's hernia, internal snapping hip syndrome, external snapping hip syndrome, conservative treatment, autologous plasma rich with growth factors, PRP.