

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(3)-33

УДК: 617.557-007.43-08-039.36

РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ КОМПОНЕНТ АЛГОРИТМУ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГРИЖЕЮ ГІЛМОРА

Герич Г.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79000)

Відповідальний за листування:
e-mail: hnatok@gmail.com

Статтю отримано 4 липня 2018 р.; прийнято до друку 28 серпня 2018 р.

Анотація. Мета роботи - розпрацювати спосіб відновлення пацієнтів з грижею Гіллора у післяопераційному періоді, який включає оригінальну схему медикаментозного лікування больового синдрому та проведення лікувальної фізкультури із застосуванням власного протоколу реабілітації. У статті наведений огляд програм післяопераційної реабілітації пацієнтів з грижею Гіллора. Доведено, що наявні в літературі серії програм післяопераційної реабілітації різняться між собою, хоча лише деякі з них наведені докладно і комплексно. Розпрацьовано власну схему післяопераційного лікування грижі Гіллора. Медикаментозну терапію здійснюють у поєднанні з оригінальним протоколом реабілітації хворих. Доведено, що комплексна фізична реабілітація запобігає рецидивам больового синдрому у пацієнтів з грижею Гіллора і сприяє форсованому відновленню спортивної діяльності. Позитивні результати комплексного лікування грижі Гіллора із застосуванням власної схеми реабілітації і консервативної терапії дає підстави рекомендувати його для впровадження в широку медичну практику.
Ключові слова: грижа Гіллора, реабілітація, консервативна терапія.

Вступ

Відомо, що кожна хірургічна патологія має післяопераційний період, який передбачає застосування різноманітних реабілітаційних заходів. Стосовно грижі Гіллора у професійних спортсменів це набуває великого значення і є рівнозначним компонентом оперативного втручання і медикаментозної терапії, спрямованої на подолання больового синдрому.

Оптимізація консервативного лікування пацієнтів з грижею Гіллора залишається актуальною з огляду на тривалість і вираженість больового синдрому в пахвинній ділянці у професійних спортсменів. По-перше, постійно зростає кількість пацієнтів з вираженим больовим синдромом, який важко піддається лікуванню із застосуванням стандартної знеболюючої та протизапальної терапії, по-друге, ступінь вираженості больового синдрому є різним і залежить від інтенсивності фізичного навантаження, його тривалості, індивідуальних характеристик пацієнтів (в основному спортсменів) [2, 5, 7, 11, 17, 19, 25, 32].

З іншого боку післяопераційне спостереження за такими пацієнтами є складним, оскільки спортсмени часто живуть в інших містах. Це ускладнює можливість отримати інформацію шляхом особистого контакту з персональним тренером та спортсменами, які були проінформовані про клінічну ситуацію і ознаки рецидиву пахвинних болей у післяопераційному періоді. Хоча методика особистого спілкування на відстані не ідеально підходить для об'єктивної оцінки ранніх незначних симптомів рецидиву, цей метод дозволяє корегувати процеси відновлення для подальшого повернення до професійних занять спортом [9, 15].

Наведені в літературі серії програм післяопераційної реабілітації різняться між собою, хоча лише деякі з них наведені докладно і комплексно. Зрозуміло, що

більшість з них має комерційне спрямування, особливо в приватних клініках, які є дотичні до професійних спортсменів вищого дивізіону. Метою будь-якого лікування професійного спортсмена є мінімізація загального терміну відновлення, задля як найшвидшого повернення до повноцінної спортивної діяльності [8, 11, 13, 14, 15]. На підставі світового досвіду застосування реабілітаційних програм і завдяки покращеному розумінню механізмів виникнення травм і патологічних процесів у пахвинній ділянці, зв'язковому апараті стегна, миски, кульшового суглобу, за останні 20 років потреба у хірургічному втручанні зменшується (офіційно не підтверджено).

Скринінг спортсменів має життєво важливе значення, особливо для виявлення відхилень від норми щодо ходи, постави та гнучкості. Важливість будь-якої програми скринінгу полягає в тому, що вона є повторюваною, функціональною і запобігає появі нових або рецидиву старих травм. Для загального хірурга в амбулаторних умовах важливо вміти оцінити мобільність ділянки кульшового суглоба, м'язів аддукторів, повноцінність нахилу вперед-назад, симетричність сідниць та лордоз у поперековому відділі хребта. Потім приступають до визначення реабілітаційної програми, індивідуально розробленої для кожного спортсмена [9]. Це рання частина програми "функціональної реабілітації", якої слід навчати пацієнта перед будь-яким хірургічним втручанням для того, щоби спортсмен мав повне уявлення про те, що слід очікувати впродовж тижнів після операції.

У багатьох випадках більшість спортсменів буде розуміти на що звертати особливу увагу за ходом реабілітації (зміцнення м'язів черевної стінки, кількості вправ з присідань, підняття ноги, які вони можуть виконувати). Акцент наголошується на рухи в кульшовому суглобі

та небажане навантаження на хребет. Особливу увагу слід приділити стабілізуючій ролі окремих м'язів живота, сідниць, стегна, поперекової ділянки, які відіграють роль у функціональних рухах при ходьбі і поставі. Дослідження довели стабілізуючий ефект ізометричного скорочення м'язів черевної стінки у ефективному відновленні після травматичних порушень, що є обов'язковим компонентом до відновлення повноцінної спортивної активності. У ранній післяопераційній фазі, акцент слід робити на постійну підтримку нейтральної позиції хребта. Це вимагає часу, а ретельне пояснення того, що потрібно під час реабілітації, як видається на перший погляд, може бути дуже простим, але вимагає певних зусиль і дисципліни від спортсмена, в подальшому віддзеркалюється на швидкому поверненні до звичного спортивного життя [26].

Відповідні передопераційна та післяопераційна допомога має за мету повне повернення до активності впродовж 4-8 тижнів від дати операції [8, 12]. Назагал, ходьба рекомендується відразу після операції, пробіжки і біг - на початку третього тижня. Протягом цього часу проводиться фізіотерапія для зміцнення та підвищення гнучкості м'язів стегна та живота. Велоспорт може бути використаний для загальної підготовки. Спринт, бігові вправи й удари по м'ячу починаються, коли біг не призводить до появи болю. На цьому етапі починається спеціальна підготовка до спортивних змагань і участь у змаганнях, а реабілітація вважається завершеною, коли це може бути виконано безболісно [19].

Наголос має бути поставлений на необхідності тісного зв'язку між лікуючими лікарями і фізіотерапевтами під час реабілітації, оскільки існує визнана розбіжність і різноманіття у підходах до методів відновлення і медикаментозного лікування больового синдрому. Всіма спеціалістами, хто працює в царині спортивної травми, визнається необхідність більш глибокого обговорення оптимізації варіантів консервативного лікування з використанням анальгетиків та протизапальних препаратів і методик реабілітації [26].

Мета роботи - розпрацювати спосіб відновлення пацієнтів з грижею Гілмора у післяопераційному періоді, який включає оригінальну схему медикаментозного лікування больового синдрому та проведення лікувальної фізкультури із застосуванням власного протоколу реабілітації.

Матеріали та методи

До дослідження залучено 52 пацієнта, всі чоловічої статі, середній вік становив 23,5 роки (17-32), які знаходились на лікуванні в КЛШМД м. Львова в 2014-2027 рр. Основна частка пацієнтів займалась футболом (48 хворих) і 4 пацієнти - легкою атлетикою, 37 гравців займалися спортом на професійному рівні, відповідно 15 - були аматорами. Усім пацієнтам виконано оперативне втручання за власною методикою (патент України на корисну модель: "Спосіб хірургічного лікування грижі

Гілмора - 63538 U A61B 17/00"). Реабілітаційні заходи починали відразу після проведеного хірургічного втручання згідно власного способу, з використанням нестероїдних протизапальних препаратів та комплексу вправ, спрямованих на відновлення фізичної активності [1]. З першої доби післяопераційного періоду здійснювали знеболення із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів (Кетонал та Кетонал Дуо) у комплексі з анальгетиком-антипіретиком (Інфулган), одночасно починали реабілітаційну програму впродовж 6 тижнів згідно розпрацьованого оригінального протоколу (табл. 1). Схема консервативної терапії була наступною: в 1-3 добу внутрішньом'язово вводили Кетонал по 100 мг два рази на добу і внутрішньовенно Інфулган по 1000 мг два рази на добу; з 4 доби переходили на пероральне застосування Кетоналу у дозі 0,15 г один раз на добу впродовж п'яти днів. Увагу пацієнтів звертали на те, що, виконуючи вправи, важливим моментом є активізація групи м'язів, які тримають тулуб. До них належать стабілізуючі м'язи черевної стінки та деякі м'язи попереку.

Результати. Обговорення

Результати реабілітації спортсменів після операції з приводу пахвинного болю наведені у таблиці 1.

Виходячи з даних таблиці 1, слід зазначити, що під час виконання вправ (або якийсь час після їх виконання) можливий помірний дискомфорт у рані або по краю лонної кістки; слід ретельно дотримуватися програми та уникати різких рухів, що у подальшому профілактують нові ушкодження; іноді можуть виникати важкість і дискомфорт на наступний день після важких вправ, тому деякі вправи рекомендовані 7 днів на тиждень; незначний набряк або ущільнення у місці операції може відзначатися від 8 до 12 тижнів.

З першої доби хворому рекомендували дозовану повільну ходьбу тривалістю 20 хвилин, яку слід повторювати 4 рази на добу. Водночас, пацієнти виконувати вправи в положенні лежачи, з відповідними рухами руками до колін та колінами до грудної клітки. Комплекс вправ рекомендували з частотою повторів 6 разів на добу. На другу-п'яту доби пацієнти виконували аналогічний комплекс вправ, збільшуючи щоденну частоту (20 вправ) до 3-х разів на день та кількість повторень до 8 разів. Пацієнти здійснювали ходьбу по прямій лінії (бігова доріжка в режимі повільної ходьби, велотренажер) тривалістю 20 хв. з частотою 1 раз на день. На шосту добу рекомендували збільшити частоту фізичного навантаження до 3 разів на день та кількість повторень до 10 разів. З шостої доби пацієнти розпочинали виконувати силові вправи із швейцарським м'ячем 1 раз на день. На сьому-дванадцяті добу припиняли виконання вправ у ліжку і продовжували тільки силові вправи із м'ячем з частотою двічі на день та кількістю повторів 8 разів.

Від дев'ятої доби кількість повторів збільшували до 10 разів. Пацієнти починали виконувати легкий біг по

Таблиця 1. Протокол реабілітації після операції з приводу пахвинного болю спортсменів.

Тиждень 1	<p>Перший день після операції: важливо випрямитися та походити 20 хвилин. Відтак ходити поволі 4 рази на добу. Можна виконувати легкі вправи, які передбачають напруження м'язів черевної стінки та м'язів попереку.</p> <p>Ізометричне напруження черевного пресу:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Приляжте на спину з зігнутими і зведеними разом колінами. - Покладіть руки на передню поверхню стегон. - Повільно, не напружуючи надмірно прес, досягніть руками колін і затримайтесь у цьому положенні чотири секунди (6 повторів). <p>Колові рухи колінами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Перебуваючи у попередній позиції, поверніть обидва колін вліво, потім вправо (6 повторів). - Лежачи на спині, приведіть ліве коліно до груднини, а праву ногу випрямте. - Повторити для іншої сторони (6 повторів).
Тиждень 2	<ul style="list-style-type: none"> - Ходьба і легкий біг по прямій лінії - Легкі присідання зі зведеними разом колінами. - Вправи на привідні (внутрішні) м'язи стегна: <p>Лежачи на боці припідняти випрямлену ногу і зафіксувати у такому положенні декілька секунд, розслабити. Повторити для кожної сторони.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Кроки по сходах догори
Тиждень 3-4	<ul style="list-style-type: none"> - Збільшувати швидкість бігу та починати прискорення-сповільнення бігу. - Посилити вправи на привідні м'язи та присідання. - Їзда на велосипеді - Плавання (повзання)
Тиждень 5-6	<ul style="list-style-type: none"> - Спринт - Обертальні та спіральні рухи - Удари по м'ячу - Гра

прямий у басейні (аквабіг), тривалість якого становила 20 хв. На тринадцяту-двадцятую добу виконували основні силові вправи із швейцарським м'ячем з частотою 3 рази на день та кількістю повторів 8 разів. Після 15-ої доби інтенсивність повторів збільшували до 10 разів на добу і продовжували аквабіг тривалістю 20 хв. З 15-ої доби розпочинали біг з повільною швидкістю на біговій доріжці чи велотренажері впродовж 20 хв. З 18-ої доби пацієнти виконували такі силові вправи, як присідання, підйоми на пальцях стоп. На двадцять першу-сорок другу добу продовжували основні силові вправи із застосуванням набивного м'яча з частотою 4 рази на день та кількістю повторів 10-12 для кожного комплексу, аквабіг тривалістю 20 хв. і біг на біговій доріжці/велотренажері тривалістю 20 хв., поступово збільшуючи інтенсивність навантаження, силові вправи (присідання, підйоми на пальцях стоп). Після проведеного комплексу медикаментозної терапії і реабілітації через 5-6 тижнів усі пацієнти розпочинали повноцінну спортивну активність. За період спостереження (консультації по телефону, особистий огляд) у середньому 16-18 (від 7 до 35 міс.) місяців усі пацієнти активно продовжували займатись спортом і приймати участь у змаганнях без появи больового синдрому в пахвинній ділянці. Лише 7 спортсменів відзначали в перші 2 тижні активного спортивного навантаження незначний дискомфорт у пахвинній ділянці,

який згодом самостійно припинився.

Згідно даних літератури, лише одне традиційне консервативне лікування грижі Гілмора має низький рівень успішності [9, 17, 30]. Зазвичай, консервативне лікування включає 6-8 тижнів відпочинку, після чого відбувається повноцінне тренування з навантаженнями і вправи на розтягнення, згодом відновлюються спортивні специфічні функціональні завдання з поступовим поверненням до повної спортивної активності [17, 28, 29, 30]. Приблизно через 10-12 тижнів після початку консервативного лікування та відсутності больового синдрому, спортсмени здійснюють спроби повернутись до спортивних змагань [7, 9].

Консервативне лікування

Як і більшість інших хронічних спортивних травм у паху, грижі Гілмора також спочатку намагаються лікувати із застосуванням нестероїдних протизапальних засобів, стероїдів, анальгетиків-антипіретиків, аутологічної плазми, збагаченої факторами росту, холоду, а потім теплових процедур, масажу й ін. [3, 24, 30]. Електрофізіо процедури, такі як транскутанна електрична стимуляція нерва або інтерференційний струм, можуть бути використані для контролю больового синдрому за ходом консервативного лікування. Активна програма, призначена для підвищення сили, витривалості, координації та відповідного синергічного балансу м'язів стегна та живота (у тому числі спрямовані на покращення стійкості у кульшовому суглобі: приведення та відведення стегна, згинання, вправи на розтягнення, присідання, стрибки з дошки, розсувні дошки та інші вправи), досягає кращих результатів, ніж звичайне лікування більше пасивного спрямування [14]. Постійно публікуються в літературі різноманітні програми з консервативного реабілітаційного лікування, спрямовані на відновлення сили, витривалості, стабілізації та координації м'язів тулуба та стегна, що свідчить про актуальність проблеми та наявності низки не вирішених питань [6, 13, 28, 29]. Автори зазначають, що акцент у програмах реабілітації повинен бути спрямований на розв'язання питань з оптимального та швидкого відновлення стійкості, витривалості, координації, усунення дисфункції кульшового суглоба, дисбалансу роботи м'язів стегна та черевної стінки, стабілізації динамічної функції тазового кільця [6, 10, 22, 28, 29]. У роботі Т.Ф. Tyler і співавт. (1993) повідомили, що сила привідних м'язів стегна до початку сезону досягала 95% міцності для хокеїстів без травми і лише 78% для травмованих гравців [29]. Розробка програми запобігання пошкодженню привідних м'язів стегна, включаючи вправи на розтягнення, стабілізацію в кульшовому суглобі, присідання подібні у боротьбі сумо, ротаційні вправи, нахили корпусу, згинання в колінних, кульшових суглобах, застосування розсувних тренажерів, вправи на льоду, катання на ковзанах і інші специфічні для хокею навантаження асоціюються зі значним зменшенням ймовірності травми стегна і пахвинної ділянки серед спортсменів цієї групи [22, 29].

Комплексне лікування, яке спрямоване на ліквідацію больового синдрому, має впливати на різні патоморфологічні зміни у пахвинній ділянці, оскільки поряд з анальгетичним ефектом слід також звернути увагу на ліквідацію мікроциркуляторних порушень, які виникають при травмі пахвинної ділянки. Поставлені завдання вимагають адекватного вирішення, як шляхом хірургічного лікування, так і консервативної терапії і реабілітації у післяопераційному періоді. Проблема ліквідації болю у пацієнтів з Грижею Гілмора базуються на загальноприйнятих методиках та вирішуються шляхом поєднаного застосування наркотичних і ненаркотичних анальгетиків та/або комбінації ненаркотичних анальгетиків і нестероїдних протизапальних середників [10, 19, 21, 33].

Больовий синдром у хворих з грижею Гілмора є домінуючим у клінічній картині, а до передумов його формування належать: наявність генетичної схильності, специфічність фізичного навантаження, м'язовий дисбаланс у пахвинно-стегнової ділянці. На ґрунті ушкодження м'язово-апоневротичних структур, рубцевих змін і деформації пахвинно-клубового нерва, під час фізичного навантаження постійно виникає інтенсивний больовий синдром, який власне і вимагає адекватного знеболення. Ліквідація больового синдрому у таких пацієнтів є першочерговим завданням і потребує додаткового вивчення та опрацювання, а пошук ефективних шляхів її вирішення є вкрай необхідним особливо на етапі післяопераційної реабілітації [9, 26, 34].

Одна з методик подолання больового синдрому у паху наведена Ashby E.C. у 49 спортсменів. Пацієнтам локально вводили стероїдний препарат пролонгованої дії (1% триамцінолон) у комбінації з місцевим анестетиком (2% лігнокаїн) і повідомили про зникнення болю впродовж 3-15 місяців після ін'єкції [9].

Проліферативна ін'єкційна терапія (пролотерапія) з 12,5% розчином декстрози, введеним у зв'язковий апарат кульшового суглоба і симфізу, може полегшити процес природної регенерації. Одноразове введення бупівакаїну (3 мл 0,5%-ний розчин) у суміші з триамцінолоном ацетатом (80 мг в 2 мл) значно полегшує больовий синдром у паху як мінімум впродовж одного року у гравців регбі та футболістів [19, 25]. Назагал, консервативне лікування, яке стосується власне грижі Гілмора, недостатньо висвітлено в літературних джерелах, немає доказової бази успішного лікування у даного контингенту пацієнтів [9, 10, 14, 21, 27].

На сучасному етапі з метою знеболення застосовується широкий комплекс медикаментозних препаратів в т.ч. наркотичних анальгетиків для ліквідації больового синдрому. Однак, даний підхід має низку побічних дій, оскільки супроводжується негативним впливом на стан дихальної та серцево-судинної системи пацієнта, і може призвести до численних ускладнень і погіршення стану пацієнта [2]. Медикаментозні середники, які часто застосовуються при лікуванні грижі Гілмора (кетанов, кетамін, баралгетакс, максіган, диклофе-

нак та інші) не є селективними для усунення больового синдрому, оскільки впливають лише на периферичні рецептори та переривають передачу больового імпульсу. Застосування їх не дозволяє досягти тривалого анальгетичного ефекту у ранньому післяопераційному періоді.

У роботі В.І. Ороховського (2009) пропонується для ліквідації больового синдрому застосовувати середники типу Кетанов (група нестероїдних протизапальних середників з анальгетичним ефектом) внутрішньом'язово по 1,0 г кожні 4 години та диклофенак внутрішньом'язово по 75 мг 2 рази на добу і комплекс фізичної реабілітації, масажу та лікувальної фізкультури за загальними принципами [4]. На нашу думку наведений спосіб не враховує усіх патогенетичних чинників і не є специфічним для такої патології, як грижа Гілмора. Схема, яка передбачає застосування препаратів кетанов + диклофенак, не дозволяє отримати повноцінного анальгетичного ефекту, оскільки ці препарати належать до однієї фармакологічної групи. Водночас, тривале їх застосування може призвести до виникнення ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту. Запропонований нами метод медикаментозної терапії є перспективним і може залучатися до схем лікування, спрямованих на усунення больового синдрому при грижі Гілмора.

Реабілітація

Післяопераційна реабілітація наведена у більшості робіт, які дотичні алгоритму лікування грижі Гілмора, але, зазвичай, відсутні детальні описи самих програм [5, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 31, 32, 34]. Основні постулати програм рекомендують уникати ранніх, різких, раптових рухів (особливо ротаційних) після операції. На початковому етапі післяопераційного періоду дозволяються прогулянки з переходом до бігу або бігом через 3-4 тижні [12, 16, 18]. Біг з прискоренням, уникаючи різких рухів та інші специфічні вправи залежно від виду спорту можна розпочинати після 21-го дня від дати операції. Спринт без різких зупинок можна починати на третьому тижні реабілітації, а повноцінна спортивна активність дозволяється впродовж 2-4 місяців [9, 17].

Назагал, термін, який потребують пацієнти на відновлення після відкритого хірургічного втручання (на основі повернення до спортивної активності) становить 17,7 (13,1) тижнів, у порівнянні з 6,1 (4,5) тижнями для малоінвазивних операцій. Більшість дослідників наполягають на необхідності подальших науково обґрунтованих пошуках і розробки післяопераційної реабілітації та умов їх проведення, а також на стандартизації оцінки їх результатів та рівня активності пацієнтів. Сценарії майбутніх досліджень повинні містити ключові чіткі критерії оцінки, такі як, больовий синдром, сила і рівень відновлення функції травмованої ділянки і ін., а не тільки, інколи некоректно трактованим чинником - "повернення до гри" [10, 21, 23, 30, 33].

За ходом відновлення у післяопераційному періоді

Таблиця 2. Протокол післяопераційної реабілітації (наведено за А.Е. Brannigan, 2000).

Тижні 1-10	Графік тренувань
Тиждень 1-2	Стояти прямо та гуляти 20 хвилин 1-ий день після операції. Після цього повільно ходити 4 рази на день, плюс обережно розтягуватися (наприклад, стояти і доторкатися пучками пальців до ніг) (згинання в стегнах); стояти і по черзі піднімати коліна до грудей.
Тиждень 3-4	Гуляти по 30 хвилин 4 рази на день протягом 4 днів. Потім пробігати в повільному неквапливому темпі протягом наступних 3 днів.
Тиждень 5-6	Бігати прямими лініями. Повільно присідати та робити м'ячеві вправи (наприклад, сидючи піднімати ногу до середини грудей проти зростаючого опору) (виконується в парі з членом команди).
Тиждень 7-8	Спринт по прямій лінії. Збільшити кількість присідань. Почати плавання (повзання).
Тиждень 9-10	Грати в будь-який вид спорту.

кожний пацієнт отримує протокол реабілітації, в якому міститься жорсткий графік тренувань впродовж перших 10 післяопераційних тижнів (табл. 1), а результат аналізується на 4 і 10 тижнів після операції лікуючим хірургом. Якщо реабілітація проведена згідно протоколу безперервно, тоді пацієнтові дозволяється відновити спортивну діяльність через 10 тижнів. Наприклад, спочатку А.Е. Brannigan (2000) взяв за основу наведену Гілмором 5-тижневу програму. Згодом її модифікував на власну з розподілом на п'ять етапів з відповідними навантаженнями, які змінювали що 2 тижні (табл. 2). На відміну від пацієнтів Гілмора, більшість з яких були професійними спортсменами і грали або тренувалися до операції, більше 25% пацієнтів взагалі не виконували вправи, 65% не змогли тренуватися між матчами і 75% пацієнтів були аматорами спорту. Передопераційний рівень реабілітаційної підготовки у пацієнтів був на невисокому рівні, тому рекомендована програма реабілітації має тривати довше, ніж подібна до програми, запропонованої Гілмором [8].

Аналогічну власну програму реабілітації рекомендують К. Irshad і співавт. (2001) у професійних гравців у хокей, яка починається від 48 год. після операції і розподілена на етапи по днях і тижнях. Загальна тривалість - 8 тижнів. Результати лікування оцінювали за наступними критеріями: біль відновлення функції, рецидиви [15].

Навпаки, U. Muschawesk і співавт. (2010) у своєму дослідженні навели короткотермінову програму реабілітації спортсменів після малоінвазивних втручань із застосуванням нестероїдних протизапальних засобів для купування больового синдрому у післяопераційному періоді. Пацієнтам дозволяли піднімати тягар до 20 кг відразу після операції, пробіжки і велотренажери на 2-гу добу, розпочинати спеціальні тренування на 3-4 добу, з повноцінною підготовкою на 5-ту добу після операції. Усі пацієнти контактували по телефону, для оцінки післяопераційних ускладнень, терміну повернен-

ня до спорту, рівень болю (з використанням аналогових шкал болю) та загальний результат операції. Основними кінцевими точками оцінки були терміни відновлення від низького рівня підготовки до повноцінного тренування і участі в змаганнях і зникнення больового синдрому. Автори довели, що в групі професійних спортсменів 83,7% пацієнтів повернулися до необмеженої спортивної діяльності в середньому за 14 днів (10-28 днів). У цій підгрупі відсутність больового синдрому констатували також у межах 14 днів (6-28 днів) [20].

Водночас, згідно даних інших дослідників, відновлення після хірургічних втручань в середньому має тривати 6-8 тижнів до повного відновлення і дозволу починати повноцінне тренування й участь у спортивних змаганнях [5, 9, 12, 13, 16, 32]. Висловлюється думка, що раннє повернення до спортивної діяльності призводить до рецидивів з повторними хірургічними маніпуляціями (особисті дані комунікації між лікарями і спортивними клубами, які вони патронують). Тому, більшістю дослідників рекомендується здійснювати повернення до активної діяльності поступово, починати з найменшого навантаження, а саме плавання і велоспорт (уникати підняття вантажу) впродовж 3-4-х тижнів. Біг розпочинати на 4-5 тижні з повноцінним спеціальним тренуванням з 6-го тижня. Частина атлетів повідомляла про наявність проблеми в паху впродовж реабілітаційного періоду, які згодом зникли. Не рекомендується здійснювати вправи з присідання впродовж декількох місяців, позаяк подібні навантаження часто спричиняли рецидиви симптомів. Згідно даних, відмінні і хороші результати за наведеної тактики відзначали у понад 90% випадків [12].

Таким чином, розпрацьована програма реабілітації + медикаментозна терапія спрямована на подолання больового синдрому, і разом з оперативним втручанням - рівноцінні компоненти сучасного алгоритму лікування пацієнтів з грижею Гілмора. Вона дозволяє досягнути адекватного знеболення, без негативного впливу на шлунково-кишковий тракт, а комплекс фізичної реабілітації пацієнтів сприяє швидкому відновленню фізичної активності. Наведений нами комплекс вправ дозволяє здійснити повноцінне відновлення пацієнта після операційного втручання та сприяє швидкому поверненню до повсякденного життя та спортивної діяльності і може стати методом вибору у програмі лікуванні грижі Гілмора.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Проблема оптимальної реабілітації і комплексного консервативного лікування пацієнтів з грижею Гілмора залишається актуальною з огляду на маніфестний синдром пахвинного болю, який є стійким до стандартної консервативної знеболюючої та протизапальної терапії, і не має тенденції до зниження серед професійних спортсменів.

2. Застосування запропонованого способу реабілітації у поєднанні з медикаментозною терапією хірургічних пацієнтів з грижею Гілмора у післяопераційному періоді дозволяє ліквідувати больовий синдром та має виражений протинабряковий ефект.

Показана нами рання активізація хворих згідно оп-

рацьованого оригінального протоколу реабілітації зменшує вірогідність рецидиву больового синдрому і прискорює процес відновлення активної спортивної діяльності, що може стати підґрунтям для подальшої розробки методичних вказів для лікарів спортивного профілю та спортсменів.

Список посилань

- Герич, Г. І., Андрущенко, Д. В., Куновський, В. В. & Калинович, Н. Р. (2017). Патент України №121501. Київ: Державне патентне відомство України.
- Юффе, О. Ю., Тарасюк, Т. В., Швець, І. М., Стеценко, О. П. & Цюра, Ю. П. (2014). Оцінка післяопераційного больового синдрому при різних видах герніопластики пупкових гриж. *Хірургія України*, 3, 67-70. Взято з http://nbuv.gov.ua/UJRN/KhU_2014_3_15.
- Коструб, О. О., Блонський, Р. І., Лучко, Р. В. & Смірнов, Д. О. (2016). Порівняльний аналіз оперативного лікування хворих із інгвінальною формою синдрому пахового болю у спортсмена. *Вісник ортопедії, травматології і протезування*, 3, 58-62.
- Ороховський, В. И. (2009). Физическая реабилитация больных с паховыми и бедренными грижами. Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта, 10, 164-167. Взято с <https://cyberleninka.ru/article/n/fizicheskaya-reabilitatsiya-bolnyh-s-pahovymi-i-bedrennymi-gryzhami>.
- Ahumada, L. A., Ashruf, S., Espinosa-de-los-Monteros, A., Long, J. N., de la Torre, J. I., Garth, W. P., & Vasconez, L. O. (2005). Athletic pubalgia: Definition and surgical treatment. *Ann. Plast. Surg.*, 55, 393-6. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16186706>.
- Anderson, K., Strickland, S. M. & Warren, R. (2001). Hip and groin injuries in athletes. *Am. J. Sports Med.*, 29, 521-33. DOI:10.1177/03635465010290042501.
- Biedert, R. M., Warnke, K. & Meyer, S. R. P. (2003). Symphysis syndrome in athletes: Surgical treatment for chronic lower abdominal, groin and adductor pain in athletes. *Clin. J. Sport. Med.*, 13, 278-84. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14501310>.
- Brannigan, A. E., Kerin, M. J. & McEntee, G. P. (2000). Gilmore's groin repair in athletes. *J. Orthopaed. Sports Physical Therap.*, 30 (6), 329-332. DOI: 10.2519/jospt.2000.30.6.329.
- Caudill, P., Nyland, J., Smith, C., Yerasimides, J. & Lach, J. (2008). Sports hernias: a systematic literature review. *Br. J. Sports Med.*, 42, 954-964. doi: 10.1136/bjism.2008.047373.
- Farber, A. J. & Wilckens, J. H. (2007). Sports hernia: Diagnosis and therapeutic approach. *J. Am. Acad. Surg.*, 15, 507-14. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17664370>.
- Gilmore, O. J. A. (1998). Groin pain in the soccer athlete: fact, fiction and treatment. *Clin. Sports. Med.*, 17, 787-93. DOI: 10.1016/S0278-5919(05)70119-8.
- Hackney, R. G. (1997). The sports hernia. *Sports medicine and Arthroscopy Review*, 5 (4), 320-325. DOI: 10.1136/bjism.27.1.58.
- Hemingway, A. E., Herrington, L. & Blower, A. L. (2003). Changes in muscle strength and pain in response to surgical repair of posterior abdominal wall disruption followed by rehabilitation. *Br. J. Sports. Med.*, 37, 54-8. doi: [10.1136/bjism.37.1.54].
- Holmich, P., Uhrskou, P., Unitis, L., Kanstrup, I. L., Nielsen, M. B., Bjerg, A. M. & Krosgaard, K. (1999). Effectiveness of active physical training as treatment for long-standing adductor-related groin pain in athletes: Randomised trial. *Lancet*, 353, 439-43. DOI:10.1016/S0140-6736(98)03340-6.
- Irshad, K., Feldman, L.S., Lavoie, C., Lacroix, V. J., Mulder, D. S. & Brown, R. (2001). A. Operative management of "hockey groin syndrome": 12 years of experience in national hockey league players. *Surgery*, 130 (4), 759-766. DOI: 10.1067/msy.2001.118093.
- Kumar, A., Doran, J., Batt, M. E., Nguyen-Van-Tam, J. S. & Beekingham, I. J. (2002). Results of inguinal canal repair in athletes with sports hernia. *J. R. Coll. Edinb.*, 47, 561-5. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12109611>.
- LeBlanc, K. E. & LeBlanc, K. A. (2003). Groin pain in athletes. *Hernia*, 7, 68-71. DOI: 10.1007/s10029-002-0105-x.
- Malycha, P. & Lovell, G. (1992). Inguinal surgery in athletes with chronic groin pain: "Sportsman's" hernia. *Aust. NZ J Surg.*, 62, 123-5. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1586300>.
- Mann, C. D. & Lloyd, D. M. (2010). Groin Pain in the Athlete: Non-Bony Pathology Including Sportsman's Groin. *The Open Sports Medicine Journal*, 4, 81-92. ISSN: 1874-3870.
- Muschaweck, U. & Berger, L. M. (2010). Sportsmen's Groin-Diagnostic Approach and Treatment With the Minimal Repair Technique: A Single-Center Uncontrolled Clinical Review. *Sports Health*; 2 (3), 216-221. DOI: 10.1177/1941738110367623.
- Nam, A. & Brody, F. (2008). Management and therapy for sports hernia. *Am. Coll. Surg.*, 206 (1), 154-64. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.07.037.
- Nicholas, S. J. & Tyler, T. F. (2002). Adductor muscle strains in sport. *Sports Med.*, 32, 339-44. DOI: 10.2165/00007256-200232050-00005.
- Paajanen, H., Heikkinen, J., Hermunen, H. & Airo, I. (2005). Successful treatment of osteitis pubis by using totally extraperitoneal endoscopic technique. *Int. J. Sports Med.*, 26, 303-6. DOI: 10.1055/s-2004-820975.
- Paksoy, M. & Sekmen U. (2016). Sportsman hernia; the review of current diagnosis and treatment modalities. *Ulus Cerrahi Derg.*, 32, 122-129. doi: 10.5152/UCD.2015.3132.
- Schilders, E., Bismil, Q. & Robinson, P., O'Connor, P. J., Gibbon, W. W. & Talbot, J. C. (2007). Adductor-related groin pain in competitive athletes. *J. Bone Joint Surg. Am.*, 89, 2173-8. DOI:10.2106/JBJS.F.00567.
- Sheen, A. J., Stephenson, B. M., Lloyd, D. M., Robinson, P., Fevre, D., Paajanen, H. ... Kurzer, M. (2014). Treatment of the Sportsman's groin': British Hernia Society's 2014 position statement based on the Manchester Consensus Conference. *Br. J. Sports. Med.*, 48 (14), 1079-87. doi:10.1136/bjsports-2013-092872.
- Swan, K.G. & Wolcott, M. (2006). The athletic hernia. A systematic review. *Clin. Orthop. Relat. Res.*, 455, 78-87. DOI: 10.1097/BLO.0b013e31802eb3ea.
- Tyler, T. F., Nicholas, S. J., Campbell, R. J. & McHugh, M. P. (2001). The association of hip strength and flexibility with the incidence of adductor muscle strains in professional ice hockey players. *Am. J. Sports Med.*, 29, 124-8. DOI: 10.1177/03635465010290020301.
- Tyler, T. F., Nicholas, S. J., Campbell, R. J., Donellan, S. & McHugh, M. P. (2002). The effectiveness of a preseason exercise program on prevent adductor muscle strains in professional ice hockey players. *Am. J. Sports Med.*, 30, 680-3. DOI: 10.1177/03635465020300050801.

30. Unverzagt, C. A., Schuemann, T. & Mathisen, J. (2008). Differential diagnosis of a sports hernia in a high-school athlete. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.*, 38 (2), 63-70. doi: 10.2519/jospt.2008.2626.
31. Van Der Donckt, K., Steenbrugge, F., Van Den Abbeele, K., Verdonk, R. & Verhelst, M. (2003). Bassini's hernial repair and adductor longus tenotomy in the treatment of chronic groin pain in athletes. *Acta Orthop. Belg.*, 69, 35-41. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12666289>.
32. van Veen, R. N., de Baat, P., Heijboer, M. P., Kazemier, G., Punt, B. J., Dwarkasing, R. S., ... van Eijck, C. H. (2007). Successful endoscopic treatment of chronic groin pain in athletes. *Surg. Endosc.*, 21, 189-93. DOI:10.1007/s00464-005-0781-6.
33. Verrall, G. M., Slavotinek, J. P., Fon, G. T. & Barnes, P. G. (2007). Outcome of conservative management of athletic chronic groin injury diagnosed as pubic bone stress injury. *Am. J. Sports Med.*, 35, 467-74. DOI: 10.1177/0363546506295180.
34. Ziprin, P., Williams, P. & Foster, E. (1999). External oblique aponeurosis nerve entrapment as a cause of groin pain in the athlete. *Br. J. Surg.*, 86, 566-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10215838>.
9. Caudill, P., Nyland, J., Smith, C., Yerasimides, J. & Lach, J. (2008). Sports hernias: a systematic literature review. *Br. J. Sports Med.*, 42, 954-964. doi: 10.1136/bjism.2008.047373.
10. Farber, A. J. & Wilckens, J. H. (2007). Sports hernia: Diagnosis and therapeutic approach. *J. Am. Acad. Surg.*, 15, 507-14. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17664370>.
11. Gilmore, O. J. A. (1998). Groin pain in the soccer athlete: fact, fiction and treatment. *Clin. Sports. Med.*, 17, 787-93. DOI: 10.1016/S0278-5919(05)70119-8.
12. Hackney, R. G. (1997). The sports hernia. *Sports medicine and Arthroscopy Review*, 5 (4), 320-325. DOI: 10.1136/bjism.27.1.58.
13. Hemingway, A. E., Herrington, L. & Blower, A. L. (2003). Changes in muscle strength and pain in response to surgical repair of posterior abdominal wall disruption followed by rehabilitation. *Br. J. Sports. Med.*, 37, 54-8. doi: [10.1136/bjism.37.1.54].
14. Holmich, P., Uhrskou, P., Ulnits, L., Kanstrup, I. L., Nielsen, M. B., Bjerg, A. M. & Krogsgaard, K. (1999). Effectiveness of active physical training as treatment for long-standing adductor-related groin pain in athletes: Randomised trial. *Lancet*, 353, 439-43. DOI:10.1016/S0140-6736(98)03340-6.
15. Irshad, K., Feldman, L.S., Lavoie, C., Lacroix, V. J., Mulder, D. S. & Brown, R. (2001). A. Operative management of "hockey groin syndrome": 12 years of experience in national hockey league players. *Surgery*, 130 (4), 759-766. DOI: 10.1067/msy.2001.118093.
16. Kumar, A., Doran, J., Batt, M. E., Nguyen-Van-Tam, J. S. & Beckingham, I. J. (2002). Results of inguinal canal repair in athletes with sports hernia. *J. R. Coll. Edinb.*, 47, 561-5. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12109611>.
17. LeBlanc, K. E. & LeBlanc, K. A. (2003). Groin pain in athletes. *Hernia*, 7, 68-71. DOI: 10.1007/s10029-002-0105-x.
18. Malycha, P. & Lovell, G. (1992). Inguinal surgery in athletes with chronic groin pain: "Sportsman's" hernia. *Aust. NZ J Surg.*, 62, 123-5. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1586300>.
19. Mann, C. D. & Lloyd, D. M. (2010). Groin Pain in the Athlete: Non-Bony Pathology Including Sportsman's Groin. *The Open Sports Medicine Journal*, 4, 81-92. ISSN: 1874-3870.
20. Muschawek, U. & Berger, L. M. (2010). Sportsmen's Groin-Diagnostic Approach and Treatment With the Minimal Repair Technique: A Single-Center Uncontrolled Clinical Review. *Sports Health*; 2 (3), 216-221. DOI: 10.1177/1941738110367623.
21. Nam, A. & Brody, F. (2008). Management and therapy for sports hernia. *Am. Coll. Surg.*, 206 (1), 154-64. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.07.037.
22. Nicholas, S. J. & Tyler, T. F. (2002). Adductor muscle strains in sport. *Sports Med.*, 32, 339-44. DOI: 10.2165/00007256-200232050-00005.
23. Paajanen, H., Heikkinen, J., Hermunen, H. & Airo, I. (2005). Successful treatment of osteitis pubis by using totally extraperitoneal endoscopic technique. *Int. J. Sports Med.*, 26, 303-6. DOI: 10.1055/s-2004-820975.
24. Paksoy, M. & Sekmen U. (2016). Sportsman hernia; the review of current diagnosis and treatment modalities. *Ulus Cerrahi Derg.*, 32, 122-129. doi: 10.5152/UCD.2015.3132.
25. Schilders, E., Bismil, Q. & Robinson, P., O'Connor, P. J., Gibbon, W. W. & Talbot, J. C. (2007). Adductor-related groin pain in competitive athletes. *J. Bone Joint Surg. Am.*, 89, 2173-8. DOI:10.2106/JBJS.F.00567.
26. Sheen, A. J., Stephenson, B. M., Lloyd, D. M., Robinson, P., Fevre, D., Paajanen, H. ... Kurzer, M. (2014). Treatment of the Sportsman's groin: British Hernia Society's 2014 position statement based on the Manchester Consensus Conference. *Br. J. Sports. Med.*, 48 (14), 1079-87. doi:10.1136/bjsports-

- 2013-092872.
27. Swan, K.G. & Wolcott, M. (2006). The athletic hernia. A systematic review. *Clin. Orthop. Relat. Res.*, 455, 78-87. DOI: 10.1097/BLO.0b013e31802eb3ea.
28. Tyler, T. F., Nicholas, S. J., Campbell, R. J. & McHugh, M. P. (2001). The association of hip strength and flexibility with the incidence of adductor muscle strains in professional ice hockey players. *Am. J. Sports Med.*, 29, 124-8. DOI: 10.1177/03635465010290020301.
29. Tyler, T. F., Nicholas, S. J., Campbell, R. J., Donellan, S. & McHugh, M. P. (2002). The effectiveness of a preseason exercise program on prevent adductor muscle strains in professional ice hockey players. *Am. J. Sports Med.*, 30, 680-3. DOI: 10.1177/03635465020300050801.
30. Unverzagt, C. A., Schuemann, T. & Mathisen, J. (2008). Differential diagnosis of a sports hernia in a high-school athlete. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.*, 38 (2), 63-70. doi: 10.2519/jospt.2008.2626.
31. Van Der Donckt, K., Steenbrugge, F., Van Den Abbeele, K., Verdonk, R. & Verhelst, M. (2003). Bassini's hernial repair and adductor longus tenotomy in the treatment of chronic groin pain in athletes. *Acta Orthop. Belg.*, 69, 35-41. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12666289>.
32. van Veen, R. N., de Baat, P., Heijboer, M. P., Kazemier, G., Punt, B. J., Dwarkasing, R. S., ... van Eijck, C. H. (2007). Successful endoscopic treatment of chronic groin pain in athletes. *Surg. Endosc.*, 21, 189-93. DOI:10.1007/s00464-005-0781-6.
33. Verrall, G. M., Slavotinek, J. P., Fon, G. T. & Barnes, P. G. (2007). Outcome of conservative management of athletic chronic groin injury diagnosed as pubic bone stress injury. *Am. J. Sports Med.*, 35, 467-74. DOI: 10.1177/0363546506295180.
34. Ziprin, P., Williams, P. & Foster, E. (1999). External oblique aponeurosis nerve entrapment as a cause of groin pain in the athlete. *Br. J. Surg.*, 86, 566-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10215838>.

Герич Г.І.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ГИЛМОРА

Аннотация. Цель работы - разработать способ восстановления пациентов с грыжей Гилмора в послеоперационном периоде, включающий оригинальную схему медикаментозного лечения болевого синдрома и проведения лечебной физкультуры с применением собственного протокола реабилитации. В статье приведен обзор программ послеоперационной реабилитации пациентов с грыжами Гилмора. Доказано, что имеющиеся в литературе серии программ послеоперационной реабилитации различаются между собой, хотя только некоторые из них приведены подробно и комплексно. Разработана собственная схема послеоперационного лечения грыжи Гилмора. Медикаментозную терапию осуществляют в сочетании с оригинальным протоколом реабилитации больных. Доказано, что комплексная физическая реабилитация предотвращает рецидив болевого синдрома у пациентов с грыжей Гилмора и способствует форсированному восстановлению спортивной деятельности. Положительные результаты комплексного лечения грыжи Гилмора с применением собственной схемы реабилитации и консервативной терапии дает основания рекомендовать его для внедрения в широкую медицинскую практику.

Ключевые слова: грыжа Гилмора, реабилитация, консервативная терапия.

Gerych G.I.

REHABILITATION AS AN IMPORTANT COMPONENT OF THE ALGORITHM FOR TREATING PATIENTS WITH GILMORE'S HERNIA

Annotation. The purpose of the work is to develop a method for the restoration of patients with Gilmore hernia in the postoperative period, which includes the original scheme of medical treatment of pain syndrome and conducting physical therapy with the use of its own protocol of rehabilitation. In the article an overview of postoperative rehabilitation programs for patients with Gilmore's hernia is given. In the literature available of the series of post-operative rehabilitation programs varies among themselves, although only some of them are detailed and comprehensive it is proved. The own scheme of postoperative treatment of Gilmore's hernia has been developed. Drug therapy in conjunction with the original protocol for the rehabilitation of patients is carried out. The complex physical rehabilitation prevents relapse of pain syndrome in patients with glycemic hernia and contributes to the forced restoration of sports activities it has been proved. The positive outcomes of complex treatment of Gilmore hernia using its own rehabilitation and conservative treatment scheme provide grounds for recommending it for implementation in broad medical practice.

Keywords: Gilmore's hernia, rehabilitation, conservative therapy.