

# Синдром хронічного пахвинного болю: знайти причину та вилікувати

**Питання синдрому хронічного пахвинного болю недостатньо висвітлено в літературі, проте його актуальність за останнє десятиріччя зросла, адже сучасний рівень розвитку ігрових видів спорту характеризується наростанням інтенсивності фізичних навантажень, наслідком чого є висока частота уражень пахвинної ділянки. Особливістю цього патологічного стану є те, що він виникає переважно в осіб молодого працездатного віку – спортсменів і фізично активних людей. Постійний (персистуючий) пахвинний біль знижує якість життя, може становити серйозну загрозу кар'єрі. У розвинених країнах ця патологія завдає значних фінансових збитків, оскільки спричиняє непрацездатність осіб молодого й середнього віку, а футбольні та хокейні команди вищих дивізіонів втрачають ключових гравців.**

Хронічний біль у пахвинній ділянці обов'язково має морфологічний субстрат, тобто анатомічні зміни, які призводять до його виникнення. Якщо у хворого наявна пахвинна чи стегнова грижа, ліпома або запалення лімфатичних вузлів, то, як правило, під час огляду та пальпації (іноді за допомогою додаткових методів обстеження) можна чітко встановити діагноз.

Інша справа, коли до лікаря звертається пацієнт, який скаржиться на біль у пахвинній ділянці протягом тривалого часу, а при об'єктивному обстеженні не вдається виявити жодних патологічних змін. Яка ж подальша доля такого хворого? Як правило, призначаються консультації суміжних спеціалістів (ортопеда, уролога, невролога, гінеколога у жінок), додаткові методи обстеження (ультразвукове дослідження (УЗД) пахвинної ділянки, рентгенографія кісток таза та ін.). Але врешті-решт пацієнт знову повертається до лікаря з висновками: «на рентгенограмі кісток таза патології не виявлено», «УЗД ознак патології не виявлено», «неврологічної патології не виявлено», «урологічної, гінекологічної, ортопедичної... патології не виявлено». І що далі? Як допомогти цій людині? Лікаря нічого не залишається, окрім як проводити симптоматичне лікування. Призначаються нестероїдні протизапальні препарати, місцеві зігріваючі та протизапальні засоби, фізіотерапевтичні методи і т.д. Однак таке лікування ефективне не більше ніж у 18% хворих, а решта 82% повертаються до лікаря або зневіряються і продовжують страждати.

Що робити в такій ситуації? Річ у тім, що синдром хронічного пахвинного болю (невпинний біль у пахвинній ділянці, що триває не менше 3 міс) вимагає з'ясування причини його виникнення, яких налічується близько 50, а тактика лікування кожної з них різна.

У літературі синдром хронічного пахвинного болю зустрічається під різними назвами: хронічний пахвинний біль атлетів, пах спортсмена, синдром пахвинних уражень, спортивна грижа, пах Гілмора, хронічна інгвінодинія та ін.

Персистуючий біль у пахвинній ділянці найчастіше виникає у спортсменів-професіоналів та аматорів: футболістів, хокеїстів, легкоатлетів, регбістів, тенісистів, а також професійних хореографів – тих атлетів, які здійснюють різкі рухи, удари та махи ногами, змушені швидко прискорюватися і сповільнюватися.

Тазові кістки, перш за все кістки лона – це зона кріплення масивних м'язових комплексів передньої черевної стінки та м'язів стегна, точка перетину дії сил, які спрямовані в протилежні сторони. Вони створюють так званий розриваючий момент з епіцентром у пахвинній ділянці. Якщо ці сили збалансовані, то навіть у разі вираженого розвитку мускулатури патологічних змін не виявляють. Якщо ж сила м'язів з одного боку переважає силу м'язів з іншого, виникає так званий м'язовий дисбаланс (синдром м'язового дисбалансу) – патогенетична основа формування синдрому хронічного пахвинного болю.

Таке порушення біомеханіки таза спостерігається в атлетів, що тренують м'язи стегна і не приділяють уваги розвитку м'язів черевного пресу. Як наслідок, гіпертрофовані, переважно довгий привідний м'яз стегна відтягує донизу зв'язково-сухожильно-

м'язові структури пахвинної ділянки, а порівняно слабкі прямий і косі м'язи живота не можуть йому адекватно протидіяти. У згаданих анатомічних утвореннях виникають надриви, розриви, хронічні запальні та дегенеративні процеси, стонщується задня стінка пахвинного каналу.

Іншим патогенетичним механізмом появи синдрому хронічного пахвинного болю є мікротравматизація. Вона формується внаслідок недостатньої розминки, надмірних зусиль, різких рухів, неякісного або погано закріпленого спорядження та прямої травми пахвинної ділянки.

Найбільш частими причинами виникнення хронічного пахвинного болю є такі патологічні стани: слабкість задньої стінки пахвинного каналу, синдром паху хокеїста, лобковий остейт (запалення окістя кісток лона), тенонатія (травма чи запальний процес) сухожилка довгого привідного м'яза стегна, відривний, або стрес-перелом лобкової кістки, нейропатії (запалення чи стиснення) пахвинних нервів. Рідше синдром хронічного пахвинного болю може бути зумовлений істинними пахвинними чи стегоновими грижами, які через виражений жировий прошарок складно ідентифікувати, асептичним некрозом головки стеговної кістки, бурситом, артритом та артритом кульшового суглоба, розтягненням м'язів, що кріпляться до кісток таза, грижею міжхребцевого диска попереково-крижового відділу хребта, міозитом, патологією клубово-крижового зчленування, хронічним простатитом, запальними захворюваннями органів малого таза, кістками яєчників, лімфаденопатіями, запальним процесом чи пошкодженням головки стеговної кістки та ін.

**Слабкість задньої стінки пахвинного каналу (спортивна грижа)** являє собою невелике випинання стоншеної (внаслідок вищеописаних причин) задньої стінки пахвинного каналу, яка тисне на статево-стеговий нерв, викликаючи хронічний біль у пахвинній ділянці.

**Синдром паху хокеїста** отримав свою назву через поширеність у атлетів, які займаються цим видом спорту, хоча він зустрічається і у футболістів, легкоатлетів, тенісистів та ін. Анатомічним субстратом цього виду патології є розрив апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, через який проникає та защемляється судинно-нервовий пучок, що містить гілочку клубово-пахвинного нерва.

**Лобковий остейт** – це хронічний запально-дегенеративний процес в окісті лобкової кістки, який з часом поширюється на глибокі шари кістки та сполучнотканинні структури симфізу (зони з'єднання кісток лона).

**Тенонатія довгого привідного м'яза стегна** включають низку патологічних станів, таких як тендиніт – запалення згаданого сухожилка, тендиноз – дегенеративна трансформація останнього, паратендиніт та паратендиноз – те саме, але з переважним ураженням навколишніх тканин, ентезит – запально-дегенеративний процес у сухожилку, в ділянці прикріплення останнього до кістки.

**Відривний перелом лобкової кістки** – відрив фрагмента кістки, що виникає при різкому скороченні привідних м'язів стегна, частіше у разі недостатньої попередньої розминки.

**Стрес-перелом** (перелом від перевтоми) лобкової кістки – мікротріщина, причиною якої є часті повторні виснажливі тренування на межі фізичної витривалості або остеопороз. Регенераторні процеси просто не встигають відновити дефекти. Повного порушення цілісності кістки при цьому немає.

**Пахвинна нейропатія** – це стійке ураження одного або декількох пахвинних нервів (таких нервів існує п'ять – клубово-пахвинний, клубово-нижньочеревний, статево-стеговий, бокова гілка стегового нерва та затульний нерв) з руховими, чутливими й вегетативними розладами в зоні їх іннервації.

Ми виділяємо первинні та вторинні пахвинні нейропатії. Первинні виникають унаслідок постійної мікротравматизації пахвинних нервів під час інтенсивних виснажливих тренувань, затищення їх у м'язово-фасціальних футлярах при стрімко наростаючій гіпертрофії прямих і косих м'язів живота (особливо від дію анаболічних стероїдів), прямої травми пахвинної ділянки та запальних процесів її м'язових тканин.

Вторинні нейропатії пахвинних нервів є наслідком залучення їх до рубцевого процесу або у шви чи сітку-ендопротез після оперативних втручань у нижніх відділах живота. Найчастіше така ситуація спостерігається після операцій з приводу пахвинних гриж.

**Діагностика синдрому хронічного пахвинного болю** передбачає використання низки об'єктивних і додаткових методів обстеження: збір анамнезу (з обов'язковим з'ясуванням початку захворювання – гострий чи поступовий); огляд (виявлення візуальних змін пахвинної ділянки та суміжних ділянок – гриж, деформацій, рубців, м'язового дисбалансу та ін.); пальпація – виявлення зони максимальної болочості, грижі, кашльового поштовху, розширення зовнішнього пахвинного кільця, болочості лобкового горбика, болочості сухожилка довгого привідного м'яза стегна, виявлення збільшених пахвинних лімфатичних вузлів та ін.; привідні тести – власне привідний тест, привідний тест на стиснення; обстеження кульшових суглобів; вимірювання довжини нижніх кінцівок; обстеження кісток таза і їх зчленувань; неврологічне обстеження пахвинної ділянки; рентгенографія таза в прямій проекції та фламінго-тест; УЗД пахвинної ділянки в положенні стоячи, лежачи та на висоті проби Вальсальви; діагностичні блокади пахвинних нервів; електроміографія пахвинної ділянки; радіоізотопне сканування кісток таза з технецієм-99; герніографія (рентгенологічне обстеження та УЗД з метою визначення наявності грижі); етапна пневмоперитонеохромографія – запропоноване нами обстеження для визначення слабкості задньої стінки пахвинного каналу. За показаннями проводять магнітно-резонансну томографію (МРТ) пахвинної ділянки, зчленувань кісток таза, кульшового суглоба, верхньої третини стегна, органів малого таза; комп'ютерну томографію (КТ) таза з 3D-реконструкцією тазових кісток; УЗД органів малого таза, яєчок; загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, за Зімницьким; лапароскопію.

За особливими показаннями виконують: рентгенографію всієї довжини кінцівок; КТ-томографію нижніх кінцівок і таза; діагностичне введення кортикостероїдів у кульшовий суглоб, лобковий симфіз та інші структури пахвинної ділянки, МРТ-артрографію кульшового суглоба.



Л.С. Білянський

Жоден з методів діагностики, навіть такі сучасні, як КТ і МРТ, не можуть виявити кожен з описаних вище морфологічних субстратів синдрому хронічного пахвинного болю. Якщо при одних патологічних станах окремий діагностичний метод має високу чутливість і специфічність, то при інших він може бути взагалі не інформативним. Таким чином, не існує «золотого стандарту» діагностики синдрому хронічного пахвинного болю. Поясненням цього є велике різноманіття причин, що можуть викликати його появу. **Чітко встановити діагноз можливо лише за умови дотримання послідовності дій під час обстеження хворого – розробленого діагностичного алгоритму.** Проте, за нашими даними, у 1,5% хворих не вдається верифікувати діагноз. У таких випадках показана хірургічна ревізія пахвинного каналу з ідентифікацією причини хронічного пахвинного болю й одночасним її усуненням.

Лікування синдрому хронічного пахвинного болю може бути як консервативним, так і оперативним. Перший підхід передбачає обмеження фізичних навантажень, застосування протизапальних препаратів (нейротропних при нейропатіях), фізіотерапію, масаж і лікувальну фізкультуру. Якщо протягом 6-8 тижнів консервативне лікування не дає ефекту, показане хірургічне втручання. Проте в цьому правилі є винятки. Якщо у пацієнта діагностовано слабкість задньої стінки пахвинного каналу, не слід витрачати час на спроби консервативного лікування, оскільки воно рідко є ефективним. У такій ситуації необхідна операція, яка полягає в укріпленні задньої стінки пахвинного каналу. Це можна зробити за допомогою власних тканин організму або з використанням спеціальних синтетичних матеріалів. Операцію виконують як відкрито, так і лапароскопічно. Якщо причиною хронічного пахвинного болю є лобковий остейт, то необхідне тривале консервативне лікування – від 6 міс до 2 років.

У зв'язку з тим, що питання синдрому хронічного пахвинного болю недостатньо висвітлено в літературі, не проводилися масштабні багаточентрові рандомізовані дослідження з високим рівнем доказової бази, на сьогодні немає чітких рекомендацій щодо діагностики та лікування цієї патології.

Післяопераційна реабілітація представлена низкою програм, що передбачають поступове збільшення інтенсивності навантажень з максимально швидким поверненням до спорту або звичного способу життя.

Профілактика синдрому хронічного пахвинного болю полягає насамперед в обізнаності щодо проблеми спортсменів і їх тренерів, спортивних лікарів, виявленні груп ризику та правильній побудові тренувальних програм.

Важливою є хороша розминка, особливо в міжсезоння. Спорядження (у хокеїстів, футболістів) має бути індивідуально підібраним і правильно закріпленням.

Ключовим моментом є профілактика виникнення м'язового дисбалансу між м'язами черевного пресу та привідними м'язами стегна.

При перших проявах дискомфорту й появи больових відчуттів у пахвинній ділянці необхідно звернутися до профільних спеціалістів.