



Хроническая паховая боль у спортсменов. Трудности терминологии. Литературный обзор

Юрий А.В.¹, Орлов Б.Б.¹, Шпагин К.Ю.^{1,*}, Кащенко В.А.^{2,3}, Коптеев Н.Р.^{3,4},
Буданов Д.С.¹, Карлов Т.Д.¹

¹ ГБУЗ города Москвы «Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

² Клиника высоких технологий «Белоостров» (ООО «ММЦ ВТ»), Санкт-Петербург, Россия

³ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

⁴ ФГБУ «Северо-Западный окружной научно-клинический центр имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

Введение: несмотря на несколько консенсусных заявлений, предложенных экспертными группами, в том числе об использовании терминологии, до сих пор множество авторов используют различные термины по отношению к одним и тем же патологиям, связанным с болью в паховой области у спортсменов. Разнообразие определений и причин паховой боли у спортсменов может приводить к различной стратегии диагностики и лечения спортсменов с синдромом паховой боли.

Цель: рассмотреть и проанализировать современную литературу для определения терминологии хронической паховой боли у спортсменов в клинической практике. Дать определение термину «спортивная грыжа» согласно последнему консенсусу по паховой боли у спортсменов.

Материалы и методы. В базах данных Pubmed, Springer, Scopus и Google Scholar был произведен поиск статей на английском языке, в которых описывалась терминология хронической паховой боли у спортсменов. Для поиска использовались следующие словосочетания: «sports hernia», «athletic pubalgia», «groin pain syndrome» и «sportsman's groin». Дизайн исследования — повествовательный обзор.

Результаты. Было обнаружено четыре консенсусных заявления, предложенных различными экспертными группами, начиная с 2014 г. Боль в паховой области у спортсменов относится к категории, которую в большинстве случаев называют «спортивной грыжей». Наиболее частыми терминами являются «спортивная грыжа», «грыжа спортсмена», «спортивная пубалгия» и «травма мышц кора».

Заключение. В настоящее время под термином «спортивная грыжа» понимается изолированная слабость задней стенки пахового канала без наличия настоящей анатомической грыжи, приводящая к хронической паховой боли у спортсменов. Так как боль не связана с грыжей в привычном ее понимании, это вносит путаницу среди врачей. Сообщества практикующих специалистов должны оценивать многообразие симптомов паховой боли у спортсменов при постановке диагноза, а также использовать одну и ту же терминологию, основанную на анатомической, клинической и патогенетической составляющей паховой боли.

Ключевые слова: спортивная грыжа, пах спортсмена, паховая боль, пубалгия, паховая грыжа

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Юрий А.В., Орлов Б.Б., Шпагин К.Ю., Кащенко В.А., Коптеев Н.Р., Буданов Д.С., Карлов Т.Д. Хроническая паховая боль у спортсменов. Трудности терминологии. Литературный обзор. *Спортивная медицина: наука и практика*. 2026;16(1):43–49. <https://doi.org/10.47529/2223-2524.2026.1.8>

Поступила в редакцию: 13.11.2025

Принята к публикации: 01.03.2026

Online first: 17.06.2026

Опубликована: 20.06.2026

* Автор, ответственный за переписку

Chronic Groin Pain in Athletes. Terminology Challenges. A Literature Review

Aleksey V. Yuri¹, Bogdan B. Orlov¹, Konstantin Yu. Shpagin^{1*}, Viktor A. Kashchenko^{2,3}, Nikita R. Kopteyev^{3,4}, Dmitry S. Budanov¹, Timofey D. Karlov¹

¹ *Moscow Clinical Research Center named after A.S. Loginov of Department of Health of Moscow, Moscow, Russia*

² *Beloostrov High-Tech Clinic, Saint Petersburg, Russia*

³ *Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia*

⁴ *L.G. Sokolov Northwestern Regional Clinical Hospital of the Federal Medical and Biological Agency, Saint Petersburg, Russia*

ABSTRACT

Background. Despite several consensus statements proposed by expert groups, including those addressing terminology, numerous authors still use different terms to describe the same pathologies associated with groin pain in athletes. The diversity of definitions and etiologies of groin pain in athletes may lead to inconsistencies in diagnostic and therapeutic strategies for athletes with groin pain syndrome.

Objective. To review and analyze current literature in order to clarify the terminology of chronic groin pain in athletes used in clinical practice, and to define the term «sports hernia» in accordance with the most recent consensus on groin pain in athletes.

Materials and methods. A narrative review was conducted using PubMed, Springer, Scopus, and Google Scholar databases to identify English-language articles describing the terminology related to chronic groin pain in athletes. The following search terms were used: «sports hernia», «athletic pubalgia», «groin pain syndrome» and «sportsman's groin».

Results. Four consensus statements proposed by various expert groups since 2014 were identified. Groin pain in athletes is most commonly classified within the category referred to as «sports hernia». The most frequently used terms include «sports hernia», «athletic pubalgia», «sportsman's hernia» and «core muscle injury».

Conclusion. Currently, the term «sports hernia» refers to an isolated weakness of the posterior wall of the inguinal canal, without the presence of a true anatomical hernia, leading to chronic groin pain in athletes. Because the pain is not associated with a hernia in the conventional sense, this terminology can be confusing for clinicians. Professional communities should recognize the spectrum of symptoms associated with athletic groin pain and adopt a unified terminology based on anatomical, clinical, and pathophysiological principles.

Keywords: sports hernia, athletic groin pain, groin pain, pubalgia, inguinal hernia

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Yuri A.V., Orlov B.B., Shpagin K.Yu., Kashchenko V.A., Kopteyev N.R., Budanov D.S., Karlov T.D. Chronic groin pain in athletes. Difficulties in terminology. Literature review. *Sportivnaya meditsina: nauka i praktika (Sports medicine: research and practice)*. 2026;16(1):43–49. <https://doi.org/10.47529/2223-2524.2026.1.8>

Received: 13 November 2025

Accepted: 01 March 2026

Online first: 17 June 2026

Published: 20 June 2026

*Corresponding author

1. Введение

Боль в паховой области может служить причиной обращения к врачу у всех групп населения. Частота паховой боли среди населения в целом неизвестна. Вне спортивного контекста чаще используется более обобщающий термин — «тазовая боль», включающий широкий спектр заболеваний (гинекологических, урологических, неврологических и др.), которые также могут рассматриваться в рамках паховой боли согласно данным международного консенсуса. Многие пациенты не получают адекватного диагноза, поскольку в национальных регистрах отсутствует дифференцированный диагностический код данной нозологии.

Согласно четвертому итальянскому консенсусу от 2023 г., существует 12 категорий, включающих в себя 66 патологий, способных вызывать симптомы паховой

боли [1]. Данная проблема наиболее актуальна у профессиональных спортсменов. Боль, связанная с паховой областью, часто возникает у спортсменов, занимающихся видами спорта, которые характеризуются изменениями направления движения, ускорения и ударов ногами, например футбол, американский футбол, хоккей, бег и баскетбол [2, 3, 4, 5]. В своем обзоре 2015 г. Waldén и соавт. показали, что от 7 до 13% всех травм в мужском и женском футболе старшего возраста приходится на травмы паховой области [6]. У футболистов-мужчин частота травм паховой области встречается более чем в два раза чаще, чем у женщин [6]. При изучении литературы было установлено, что 4–19% всех травм в профессиональном футболе приходится на травмы паховой области [6–10]. Jonas Werner и соавт. в своем 15-летнем проспективном исследовании, в котором были отслежены 47 европейских

элитных футбольных клуба УЕФА, показывают, что 14% травм относятся к паховой области [7]. Это состояние может быть изнурительным и способно привести к окончанию карьеры профессионального спортсмена.

Термин «спортивная грыжа» был впервые введен спортивным врачом Греггом Ловеллом в 1992 г. для описания хронического болевого синдрома в паховой области у спортсменов, который был связан со слабостью задней стенки пахового канала при отсутствии сформированного грыжевого мешка. В исследование были включены 50 спортсменов с хронической недиагностированной паховой болью, которым выполнены хирургическое обследование и пластика пахового канала. Интраоперационно у 40 пациентов выявлялась выраженная слабость задней стенки пахового канала, однако признаков истинной паховой грыжи обнаружено не было [11]. Таким образом, уже в исходной работе подчеркивалось отсутствие классической грыжи как таковой, что впоследствии поставило под сомнение корректность использования терминов, содержащих слово «грыжа», и обусловило их постепенный пересмотр и отказ от них в профессиональном сообществе.

Несмотря на проведенные консенсусы, в клинической практике по-прежнему используются устаревшие и отвергнутые профессиональным сообществом термины для обозначения хронической паховой боли у спортсменов. К числу таких терминов относятся: спортивная грыжа, атлетическая пубалгия, синдром тонкой мышцы, паховая боль Гилмора, паховая боль у хоккеистов, паховая боль у футболистов, начальная грыжа, повреждение пахового канала, паховый разрыв, дефицит задней брюшной стенки и травма мышц кора [12–16].

Цель: рассмотреть и проанализировать современную литературу для определения терминологии хронической паховой боли у спортсменов в клинической практике. Дать определение термину «спортивная грыжа» согласно последнему консенсусу по паховой боли у спортсменов.

2. Материалы и методы

Дизайн исследования — повествовательный обзор. В базах данных Pubmed, Springer, Scopus и Google Scholar был произведен поиск статей на английском языке, в которых описывалась терминология хронической паховой боли у спортсменов. Для поиска использовались следующие словосочетания: «sports hernia», «athletic pubalgia», «groin pain syndrome» и «sportsman's groin».

3. Результаты

За последние десять лет было опубликовано четыре основных консенсусных заявления, в том числе чтобы помочь специалистам утвердить терминологию паховой боли.

I. 2014 г. «Лечение паха спортсмена»: заявление Британского общества грыж, основанное на Манчестерской консенсусной конференции [17].

II. 2015 г. Дохийская встреча по соглашению о терминологии и определениях боли в паху у спортсменов [18].

III. 2016 г. Синдром паховой боли. Конференция по достижению консенсуса в Италии по терминологии, клинической оценке и визуализационной оценке паховой боли у спортсменов [19].

IV. 2023 г. Синдром боли в паху. Обновление итальянской консенсусной конференции [1].

По результатам консенсусной встречи в Дохе в 2015 г. было достигнуто согласие о том, что имеет смысл выделять четыре клинические категории боли в паховой области, связанной с физической активностью:

- 1) боль, связанная с приводящими мышцами бедра;
- 2) боль, связанная с подвздошно-поясничной мышцей;
- 3) боль, связанная лобковым симфизом;
- 4) боль, связанная с паховой областью [18].

В заявлении Британской ассоциации герниологов от 2014 г., основанном на Манчестерской консенсусной конференции 2012 г., термин «грыжа спортсмена» или «пах спортсмена» был отклонен, поскольку в данном случае истинной грыжи не существует [17].

В современной литературе все еще присутствуют различные терминологические вариации. В 2015 г. Serner и соавт. подчеркнули необходимость стандартизации терминологии для облегчения сравнения результатов различных исследований. Во многих исследованиях диагностические критерии и терминология в большинстве случаев неспецифичны или неправильно используются по отношению к патологиям. В своем обзоре авторы рассмотрели 72 исследования по паховой боли у спортсменов и обнаружили, что 33 различных состояния упоминаются как «боль в паховой области» [20].

Отсутствие согласия относительно терминологии можно объяснить, но не оправдать тем фактом, что симптомы паховой боли могут быть результатом проблем опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, неврологических и гинекологических заболеваний [21, 22].

Одной из основных проблем в этой области является отсутствие консенсуса относительно диагностических критериев и таксономии [22]. Четкая диагностическая классификация позволила бы более точно интерпретировать и сравнивать различные исследования, тем самым облегчая процесс принятия решений. По этой причине первый документ Консенсусной конференции в Италии 2016 г. был полностью сосредоточен на таксономии. В этом документе первое голосование касалось использования термина «синдром паховой боли» по отношению к пациентам, которым можно было бы поставить диагноз «спортивная грыжа». Использование термина «синдром» оправдано частым совпадением различных клинических проявлений и возможным причинно-следственным взаимодействием, которое характеризует четко определенную структуру клиники паховой боли [19]. На этом же консенсусе этиология боли в паховой области была разделена на 11 категорий многопрофильной группой медицинских работников: (1) суставные причины, (2) висцеральные причины, (3) костные

причины, (4) мышечно-сухожильные причины, (5) причины, связанные с лобковым симфизом, (6) неврологические причины, (7) причины, связанные с развитием, (8) причины, связанные с заболеваниями мочеполовой системы, (9) неопластические причины, (10) инфекционные причины и, наконец, (11) системные причины, суммирующие дифференциальную диагностику боли в паху [19]. Также в этом консенсусе были признаны три основные категории синдрома паховой боли: 1) синдром паховой боли травматического происхождения: появление боли следует за острой травмой, подтвержденной анамнезом, клиническим обследованием и визуализацией; 2) синдром паховой боли от функциональной перегрузки: характеризуется незаметным и прогрессирующим началом без острой травмы; 3) давний синдром паховой боли или хронический синдром паховой боли: совокупность симптомов, о которых сообщает пациент, сохраняется в течение периода более 12 недель и не поддается никакой консервативной терапии [19]. Очевидно, что термин «синдром паховой боли» является обобщающим термином, который должен быть дополнен описанием клинической структуры. Тогда у пациента, согласно Дохийскому консенсусу от 2015 г., может быть, например, синдром паховой боли, связанный с паховой областью, вызванный слабостью задней стенки пахового канала, или синдром паховой боли, связанный с приводящими мышцами, вызванный тендинопатией приводящей мышцы. Только путем принятия всеобъемлющего описательного термина, такого как «синдром паховой боли», и связывания его с анатомической зоной и таксономическим описанием заболевания (или заболеваний), ответственных за симптоматику, мы можем иметь четкую и рациональную классификацию проблемы. Следовательно, было предложено и одобрено следующее определение «синдрома паховой боли»: любой клинический симптом, отмеченный пациентом, локализующийся в пахово-лобково-приводящей области, влияющий на занятия спортом и/или мешающий повседневной активности и требующий медицинской помощи [19].

В 2023 г. состоялся очередной обновленный итальянский консенсус. Согласно заявлению экспертов, под спортивной грыжей следует понимать изолированную слабость задней стенки пахового канала, приводящую к хроническому болевому синдрому у спортсменов [1]. В этой текущей версии консенсуса группа экспертов согласилась ввести новую категорию: 12-ю этиологию синдрома паховой боли, названную «внесуставные причины». И задокументировала 4 новые патологии как вероятные причины синдрома паховой боли: 1) травмы препублического апоневротического комплекса (PPAC — prepubic aponeurotic complex); 2) синдром подвздошно-бедренного сдавления (IFIS — ischio-femoral impingement syndrome); 3) синдром сдавления передней нижней подвздошной кости (AISI — anterior inferior iliac spine impingement); 4) синдром ущемления переднего кожного нерва (ACNES — anterior cutaneous nerve entrapment syndrome) [1].

4. Обсуждение

Обращая внимание на то, как авторы используют термины, легко понять, что определения «спортивная грыжа/грыжа спортсмена» и «спортивная пубалгия» являются наиболее запутанными. В своем исследовании 2023 г. V. Mitrousias и соавт. показывают, что термин «спортивная грыжа» был идентифицирован в 33 статьях, из них в 52 % описывается слабость задней стенки пахового канала, в 24 % этот термин используется для описания патологии прямой мышцы живота и длинной приводящей мышцы, в 15 % — для описания обеих вышеперечисленных патологий и в 9 % — для описания симптома боли в паховой области. Термин «атлетическая пубалгия» был выявлен в 45 статьях, из них в 11 % авторы использовали этот термин для описания слабости задней стенки пахового канала, в 47 % — для описания патологии прямой мышцы живота и длинной приводящей мышцы, в 27 % — для описания обеих вышеперечисленных патологий, в 15 % — для описания симптома боли в паховой области [23]. Термин «пах спортсмена» был обозначен в шести статьях. Во всех шести статьях (100 %) авторы использовали этот термин для описания слабости задней стенки пахового канала. Термин «травма мышц кора» был идентифицирован в 15 статьях. В 73 % статей авторы использовали термин для описания патологии прямой мышцы живота и длинной приводящей мышцы, а в 27 % — для описания как слабости задней стенки пахового канала, так и патологии прямой мышцы живота и длинной приводящей мышцы [23]. Можно сделать вывод, что до сих пор проблема терминологии хронической паховой боли у спортсменов остается актуальной, несмотря на проведенные консенсусы [1, 17, 18, 19]. Авторы не могут достигнуть единого согласия об использовании терминов, касающихся паховой боли у спортсменов. Решение этой проблемы требует мультидисциплинарного подхода. Многие врачи, авторы или рецензенты продолжают использовать некорректные термины, что приводит к заблуждениям. На наш взгляд, в диагнозе важно отражать дифференциальную анатомическую и клиническую составляющую боли для корректного понимания патогенеза.

На основании анализа современной литературы и собственного клинического опыта мы считаем целесообразным формулировать диагноз при паховой боли у спортсменов с обязательным указанием:

- 1) основного клинического источника боли;
- 2) стороны поражения;
- 3) характера и длительности течения заболевания;
- 4) сопутствующих патологических изменений с указанием их клинической значимости.

В клинической практике рекомендуется использовать классификацию Doña consensus, выделяющую четыре основные клинические формы паховой боли:

- 1) боль, связанную с приводящими мышцами бедра;
- 2) боль, связанную с подвздошно-поясничной мышцей;
- 3) боль, связанную лобковым симфизом;
- 4) боль, связанную с паховой областью [18].

Дополнительно целесообразно учитывать характер течения патологического процесса, подразделяя синдром паховой боли на:

- травматический;
- связанный с функциональной перегрузкой (менее 3 месяцев);
- хронический (более 3 месяцев).

Принципиально важным является то, что первичным должен оставаться именно клинический диагноз, основанный на анализе жалоб пациента, механизма возникновения боли, данных физикального обследования и провокационных тестов. Методы визуализации должны рассматриваться как уточняющие и подтверждающие методы исследования, поскольку структурные изменения по данным МРТ и ультразвукового исследования нередко выявляются и у бессимптомных спортсменов.

Примеры формулировки диагноза.

1. Синдром хронической паховой боли справа, связанный с паховой областью, вызванный слабостью задней стенки правого пахового канала; (подтверждено динамическим ультразвуковым исследованием).

2. Синдром хронической паховой боли слева, связанный с приводящими мышцами, вызванный тендинопатией левой длинной приводящей мышцы (подтверждено магнитно-резонансной томографией).

3. Синдром паховой боли слева, связанный с подвздошно-поясничной мышцей, вызванный тендинопатией левой подвздошно-поясничной мышцы (длительность симптомов менее 12 недель; подтверждено МРТ и ультразвуковым исследованием).

4. Синдром хронической паховой боли, связанный с лобковым симфизом, вызванный остеоитом лобковой кости и нестабильностью лобкового симфиза.

Вклад авторов:

Юрий Алексей Викторович — концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание и редактирование текста, утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Орлов Богдан Борисович — концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание и редактирование текста, утверждение окончательного варианта статьи.

Шпагин Константин Юрьевич — написание и редактирование текста, связь с редакцией, сбор и обработка материала, коммуникация с редакцией, утверждение окончательного варианта статьи.

Кашенко Виктор Анатольевич — концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание и редактирование текста, утверждение окончательного варианта статьи.

Коптеев Никита Романович — написание и редактирование текста, сбор и обработка материала, утверждение окончательного варианта статьи.

Буданов Дмитрий Сергеевич — написание и редактирование текста, сбор и обработка материала, утверждение окончательного варианта статьи.

Карлов Тимофей Дмитриевич — сбор и обработка материала.

5. Синдром хронической паховой боли слева смешанного генеза: связанный с паховой областью в сочетании с приводящими мышцами бедра слева, вызванный слабостью задней стенки левого пахового канала и тендинопатией левой длинной приводящей мышцы бедра.

Следует учитывать, что у одного спортсмена возможно сочетание нескольких клинических форм паховой боли. В подобных случаях необходимо определение ведущего источника болевого синдрома, который должен быть отражен в окончательной формулировке диагноза на первом месте.

Предлагаемый подход к формулировке диагноза позволяет стандартизировать клиническую практику, улучшить взаимодействие между специалистами и создать основу для дальнейшей унификации научных исследований и клинических рекомендаций в области хронической паховой боли у спортсменов.

5. Заключение

Терминология паховой боли у спортсменов остается одной из наиболее сложных и дискуссионных проблем спортивной медицины. Использование различных терминов для описания сходных клинических состояний приводит к затруднению междисциплинарного взаимодействия, снижает сопоставимость научных исследований и осложняет выбор оптимальной лечебной тактики.

Принятие международных консенсусных соглашений, прежде всего Doha Agreement Meeting on Terminology and Definitions in Groin Pain in Athletes (2015), стало важным этапом стандартизации подходов к диагностике и классификации паховой боли у спортсменов. Использование единой терминологии позволяет унифицировать клиническую практику и формировать более точные диагностические и лечебные алгоритмы.

Author's contribution:

Aleksey V. Yuri — study concept and design, data collection and processing, writing and editing, approval of the final version of the article, and responsibility for the integrity of all sections of the article.

Bogdan B. Orlov — study concept and design, data collection and processing, writing and editing, approval of the final version of the article.

Konstantin Yu. Shpagin — writing and editing, editorial liaison, data collection and processing, communication with the editorial board, approval of the final version of the article.

Viktor A. Kashchenko — study concept and design, data collection and processing, writing and editing, approval of the final version of the article.

Nikita R. Kopteyev — text writing and editing, data collection and processing, approval of the final version of the article.

Dmitry S. Budanov — text writing and editing, data collection and processing, approval of the final version of the article.

Timofey D. Karlov — collection and processing of material.

Список литературы / References

1. Bisciotti G.N., Zini R., Aluigi M., Aprato A., Auci A., Bellinzona E., et al. Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference update 2023. *J. Sports Med. Phys. Fitness.* 2024;64(4):402–414. <https://doi.org/10.23736/S0022-4707.23.15517-4>
2. Thorborg K., Reiman M.P., Weir A., Kemp J.L., Serner A., Mosler A.B., Hölmich P. Clinical Examination, Diagnostic Imaging, and Testing of Athletes With Groin Pain: An Evidence-Based Approach to Effective Management. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* 2018;48(4):239–249. <https://doi.org/10.2519/jospt.2018.7850>
3. Hauge C.I., Jorgensen L.N. Sportman's hernia. *Ugeskrift for Læger.* 2010;172(49):3394–3399. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21129315>
4. Ahumada L.A., Ashruf S., Espinosa-de-los-Monteros A., Long J.N., de la Torre J.I., Garth W.P., Vasconez L.O. Athletic pubalgia: definition and surgical treatment. *Ann. Plast. Surg.* 2005;55(4):393–396. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000181344.22386.fa>
5. Orchard J.W. Men at higher risk of groin injuries in elite team sports: a systematic review. *Br. J. Sports Med.* 2015;49(12):798–802. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094272>
6. Waldén M., Hägglund M., Ekstrand J. The epidemiology of groin injury in senior football: a systematic review of prospective studies. *Br. J. Sports Med.* 2015;49(12):792–797. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094705>
7. Werner J., Hägglund M., Ekstrand J., Waldén M. Hip and groin time-loss injuries decreased slightly but injury burden remained constant in men's professional football: the 15-year prospective UEFA Elite Club Injury Study. *Br. J. Sports Med.* 2019;53(9):539–546. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-097796>
8. Mosler A.B., Weir A., Eirale C., Farooq A., Thorborg K., Whiteley R.J., Hölmich P., Crossley K.M. Epidemiology of time loss groin injuries in a men's professional football league: a 2-year prospective study of 17 clubs and 606 players. *Br. J. Sports Med.* 2018;52(5):292–297. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-097277>
9. Безуглов Э.Н., Малякин Г.И., Этемад О.А., Баранова Д.С., Виноградов М.А., Гончаров Е.Н. Эпидемиология травматизма в ведущей футбольной команде Российской премьер-лиги в соревновательных сезонах 2021–2022 и 2023–2024. *Спортивная медицина: наука и практика.* 2024;14(4):13–20. [Bezuglov E.N., Malyakin G.I., Etemad O.A., Baranova D.S., Vinogradov M.A., Goncharov E.N. Injury Epidemiology in the Leading Football Team of the Russian Premier League in the 2021–2022 and 2023–2024 Competition Seasons. *Sports Medicine: Science and Practice.* 2024; 14(4):13–20. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.47529/2223-2524.2024.4.5>
10. Санькова М.В., Николенко В.Н., Гридин Л.А., Ачкасов Е.Е. Дифференцированный подход в диагностике предрасположенности к спортивным травмам опорно-двигательного аппарата. *Спортивная медицина: наука и практика.* [Sankova M.V., Nikolenko V.N., Gridin L.A., Achkasov E.E. A Differentiated Approach to Diagnosing Predisposition to Sports Injuries of the Musculoskeletal System. *Sports Medicine: Science and Practice.* (In Russ.)]. <https://doi.org/10.47529/2223-2524.2026.1.5>
11. Malycha P., Lovell G. Inguinal surgery in athletes with chronic groin pain: the 'sportsman's' hernia. *Aust. N. Z. J. Surg.* 1992;62(2):123–125. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.1992.tb00009.x>
12. Garvey J.F., Read J.W., Turner A. Sportsman hernia: what can we do? *Hernia.* 2010;14(1):17–25. <https://doi.org/10.1007/s10029-009-0611-1>
13. Mandelbaum M., Mora S. Osteitis Pubis. *Operative Techniques in Sports Medicine.* 2005;13:62–67. <https://doi.org/10.1053/j.otsm.2004.09.011>
14. Orchard J.W., Read J.W., Neophyton J., Garlick D. Groin pain associated with ultrasound finding of inguinal canal posterior wall deficiency in Australian Rules footballers. *Br. J. Sports Med.* 1998;32(2):134–139. <https://doi.org/10.1136/bjsm.32.2.134>
15. Moeller J.L. Sportsman's hernia. *Curr. Sports Med. Rep.* 2007;6(2):111–114. <https://doi.org/10.1007/BF02941151>
16. LeBlanc K.E., LeBlanc K.A. Groin pain in athletes. *Hernia.* 2003;7(2):68–71. <https://doi.org/10.1007/s10029-002-0105-x>
17. Sheen A.J., Stephenson B.M., Lloyd D.M., Robinson P., Fevre D., Paajanen H., et al. 'Treatment of the sportsman's groin': British Hernia Society's 2014 position statement based on the Manchester Consensus Conference. *Br. J. Sports Med.* 2014;48(14):1079–1087. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092872>
18. Weir A., Brukner P., Delahunt E., Ekstrand J., Griffin D., Khan K.M., et al. Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes. *Br. J. Sports Med.* 2015;49(12):768–774. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094869>
19. Bisciotti G.N., Volpi P., Zini R., Auci A., Aprato A., Belli A., et al. Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference on terminology, clinical evaluation and imaging assessment in groin pain in athlete. *BMJ Open Sport Exerc. Med.* 2016;2(1):e000142. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2016-000142>; Erratum in: *BMJ Open Sport Exerc. Med.* 2017;2(1):e000142corr1. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2016-00014>
20. Serner A., van Eijck C.H., Beumer B.R., Hölmich P., Weir A., de Vos R.J. Study quality on groin injury management remains low: a systematic review on treatment of groin pain in athletes. *Br. J. Sports Med.* 2015;49(12):813. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094256>
21. Ekberg O., Persson N.H., Abrahamsson P.A., Westlin N.E., Lilja B. Longstanding groin pain in athletes. A multidisciplinary approach. *Sports Med.* 1988;6(1):56–61. <https://doi.org/10.2165/00007256-198806010-00006>
22. Weir A. From disruption to consensus: the thousand mile journey. *Br. J. Sports Med.* 2014;48(14):1075–1077. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092958>
23. Mitrousi V., Chytas D., Banios K., Fyllos A., Raoulis V., Chalatsis G., Baxevanidou K., Zibis A. Anatomy and terminology of groin pain: Current concepts. *J. ISAKOS.* 2023;8(5):381–386. <https://doi.org/10.1016/j.jisako.2023.05.006>

Информация об авторах:

Юрий Алексей Викторович, к.м.н., заведующий 1-м хирургическим отделением ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, 111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1 (alexeydoctor.moscow@gmail.com)

Орлов Богдан Борисович, к.м.н., заместитель главного врача по контролю качества медицинской деятельности и организации хирургической службы ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, 111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1 (bborlov@mail.ru)

Шпагин Константин Юрьевич*, врач-хирург 1-го хирургического отделения ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, 111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1 (doc.shpagin@gmail.com)

Кащенко Виктор Анатольевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9; заместитель главного врача по хирургии Клиники высоких технологий «Белоостров», Россия, 188640, Ленинградская область, м. р-н Всеволожский, с.п. Юкковское, зд. 1, к. 1 (surg122@yandex.ru)

Коптеев Никита Романович, к.м.н., врач-хирург 1-го хирургического отделения ФГБУ «СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России», Россия, 194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4; ассистент кафедры факультетской хирургии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, 199034, Россия Университетская наб., д. 7–9 (nikitakopteyev@mail.ru)

Буданов Дмитрий Сергеевич, врач-хирург 1-го хирургического отделения ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинава» Департамента здравоохранения города Москвы, Россия, 111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1 (doc.budanov@gmail.com)

Карлов Тимофей Дмитриевич, клинический ординатор 1-го хирургического отделения ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинава» Департамента здравоохранения города Москвы, Россия, 111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, кор. 1 (doc.karlov@mail.ru)

Information about the authors:

Aleksey V. Yuri, Cand. Sci. (Med.), Head of the 1st Surgical Department of the Moscow Clinical Research Center named after A.S. Loginova, Department of Health of Moscow, Russia, 111123, Moscow, Novogireevskaya str., 1–1 (alexeydoctor.moscow@gmail.com)

Bogdan B. Orlov, Cand. Sci. (Med.), Deputy Chief Physician for Quality Control of Medical Activities and Organization of Surgical Service, Moscow Clinical Research Center named after A.S. Loginova” Department of Health of Moscow, Russia, 111123, Moscow, Novogireevskaya str., 1–1 (bborlov@mail.ru)

Konstantin Yu. Shpagin*, surgeon of the 1st surgical department of the Moscow Clinical Research Center named after A.S. Loginov, Moscow Department of Healthcare, Russia, 111123, Moscow, Novogireevskaya str., bldg. 1 (doc.shpagin@gmail.com)

Viktor A. Kashchenko, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Faculty Surgery, Saint Petersburg State University, Russia, 199034, Saint Petersburg, Universitetskaya Nab., bldg. 7–9; Deputy Chief Physician for Surgery, Beloostrov High-Tech Clinic, Russia, 188640, Leningrad Region, Vsevolzhsky Metropolitan District, Yukkovskoye Rural Settlement, bldg. 1 (surg122@yandex.ru)

Nikita R. Kopteyev, Cand. Sci. (Med.), Surgeon, 1st Surgical Department, L.G. Sokolov Northwestern Regional Clinical Hospital of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, 4 Kultury ave., St. Petersburg, 194291, Russia; Saint Petersburg State University, Assistant Professor, Department of Faculty Surgery, Saint Petersburg, 199034, Russia, Universitetskaya Embankment, bldg. 7–9 (nikitakopteyev@mail.ru)

Dmitry S. Budanov, Surgeon, 1st Surgical Department, A.S. Loginov Moscow Clinical Research Center, Moscow Department of Healthcare, Russia, 111123, Moscow, Novogireevskaya str., bldg. 1 (doc.budanov@gmail.com)

Timofey D. Karlov, Clinical Resident, 1st Surgical Department, A.S. Loginov Moscow Clinical Research Center, Moscow Department of Healthcare, Russia, 111123, Moscow, Novogireevskaya str., bldg. 1 (doc.karlov@mail.ru)

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author