

Біль у стопі: на межі спеціальностей

Випадки болю в стопі часто зустрічаються в практиці лікарів різних спеціальностей. Такий біль, як правило, супроводжується суттєвим дискомфортом, значно ускладнюючи здатність пацієнта до пересування. За первинною діагностикою зазвичай такий пацієнт звертається до сімейного лікаря, невролога або травматолога-ортопеда, що свідчить про мультидисциплінарність цієї проблеми.

Больовий синдром — проблема, що знайома кожному. Міжнародна асоціація дослідження болю (International Association for the Study of Pain, IASP) запропонувала багатофакторну модель болю як «неприємного відчуття та емоційного переживання, що пов'язані з наявним або можливим ушкодженням тканин» (IASP, 1986). Це визначення акцентує на взаємозв'язку об'єктивних (фізіологічних) аспектів болю та його суб'єктивних (емоційних і психологічних) компонентів. За даними W.H. Cordell (2002), больовий синдром є причиною звернень пацієнтів у 52% усіх випадків надання невідкладної медичної допомоги, зокрема на первинному рівні. Попри різні причини виникнення, больовий синдром значно знижує якість життя пацієнтів, їхню соціальну адаптацію та працездатність, що свідчить про високу соціальну та медико-економічну значущість проблеми діагностики та лікування болю.

Особливості анатомічної будови стопи

Для найкращого розуміння причин механічного болю у стопі необхідно пам'ятати про особливості її анатомічної будови. Скелет стопи налічує до 26 кісток, які з'єднані за допомогою великої кількості зв'язок, формуючи у такий спосіб міцну опору, адже стопа переносить весь тягар тіла людини. Задня частина плесна виконує амортизувальну функцію та є стабілізатором тіла, а передня — залучена до руху через передачу енергії від плеча безпосередньо до плесни. Причинами, що зумовлюють біль у стопі, можуть бути ураження кісток, запальні та дегенеративні захворювання опорно-рухового апарату стопи та м'язів тканин. Зазвичай біль у стопі є наслідком змін біомеханіки руху і зміщення суглобових поверхонь, що призводить до підвивихів суглобів, здавлювання їхніх капсул, надривів сухожиль, дегенерації суглобових хрящів і запальних процесів.

Можливі причини болю в стопі

Лікуванням пацієнтів, що мають деформувальні або травматичні ураження кісток, суглобів, м'язів, зв'язок (елементів опорно-рухової системи), займається ортопед. Проте «маршрут» пацієнта, у якого виявлено ураження м'язів тканин, у кожному клінічному випадку є індивідуальним. Наприклад, хронічний біль внаслідок шкірних тріщин або наростів потребуватиме консультації дерматолога. Пацієнта із цукровим діабетом насамперед потрібно скерувати на консультацію до ендокринолога, а з порушенням кровообігу і трофіки тканин — до флеболога. Ревматолог призначає терапію захворювань, пов'язаних із хронічним ураженням сполучної тканини, однією з ознак якої може бути біль у стопі. У разі наявності симптомів, що нагадують клінічну картину врослого нігтя, остеомієліту або панарицію, пацієнт потребуватиме втручання хірурга. Лікування тарзального тунельного синдрому, невралгії Мортона та інших нейропатичних причин болю у стопі відбувається під спостереженням невролога. За характером біль у стопі може бути локальним або дифузним. Останній найчастіше пов'язаний із перенапруженням — при цьому біль у стопі виникає під час ходьби, але також може бути в умовах, коли людина вимушена тривало перебувати в нерухомому стані. У такому випадку причина болю може бути пов'язана з атрофією опорно-рухового апарату стопи. Серед інших причин виникнення болю в стопах — їхні деформації (плоскостопість, вальгусна деформація, вроджена аномалія стопи), надлишкова маса тіла, неправильно підібране взуття (високі підбори, вузький носок та ін.), травми стоп в анамнезі пацієнта. Найпоширенішим серед метатарзалгій є хронічний підшовний фасциїт. Його етіологічний чинник — надмірна пронація стопи та вкорочення підшовної фасції, що зумовлює відчуття болю у склепінні стопи. Окрім цього, такі пацієнти скаржаться на біль у ділянці підшовної поверхні п'яти під час навантаження на ногу, особливо вранці, під час вставання з ліжка. Після цього зазвичай біль зменшується, але може знову виникати впродовж дня. Гострий сильний біль, особливо з невеликою локальною припухлістю у п'яті, може свідчити про розрив фасції. Доволі поширеним є стан кальцинації фасції в ділянці прикріплення підшовної фасції до п'яtkового горбика — він має назву «п'яtkова шпора»

і на рентгенограмі виглядає як шип. П'яtkова шпора формується внаслідок тривалого запалення і дегенеративно-дистрофічних процесів у підшовній фасції. Симптоми п'яtkової шпори пов'язані з подразненням тканин шипом і з порушенням функцій підшовної фасції. Серед них: біль у п'яті, який турбує вранці, а після того, як пацієнт починає ходити, інтенсивність його знижується або затихає. Найчастіше такий біль локалізований у центрі п'яти, але пацієнт може скаржитися на больові відчуття по боках, рідше — у центрі стопи. Інтенсивніший біль у плеснофалангових суглобах, на рівні подушечок стопи, може бути наслідком поперечної плоскостопості, внаслідок якої знижується поперечне склепіння стопи і збільшується навантаження на підшовну фасцію. Через больовий синдром у хворого порушується хода, рухи у кінцівці обмежені та шадні до болю, виникає оніміння ніг. Лікування болю в стопі не може бути ізольованим від ортопедичної корекції і гігієни руху. Наприклад, іншою причиною больового синдрому є тенденція ахіллового сухожилля. Серед ознак ахіллодинії — гострий біль в ахілловому сухожиллі на початку руху або тренування. Проте за умови, що під час самого тренування біль у стопі минає, ахіллове сухожилля однаково піддається навантаженню і стає вразливішим, що рано чи пізно призведе до його ураження. Біль у стопі лише під час навантаження є ознакою ранньої стадії ахілліту; на пізніх етапах формування ураження біль у стопі виникає в стані спокою та має постійний характер. Власне, формується патологічне замкнене коло: біль обмежує опорну функцію стопи, це призводить до порушення біомеханіки руху та надмірного навантаження на стопу, що, своєю чергою, посилює больовий синдром.

Діагностування причини болю в стопі

У разі скарги пацієнта на біль у стопі діагностичні підходи передбачають ретельний збір анамнезу, клінічний огляд і пальпацію (для локалізації болю та виявлення очевидних порушень шкірного покриву), рентгенографію стопи (для виключення патології кісток стопи — переломів, деформацій, — що можуть зумовлювати симптоми) та ультразвукове дослідження (УЗД) суглобів стопи і гомілки. УЗД допомагає виявити надлишкову рідину в суглобах стопи та сухожильних піхвах, з'ясувати цілісність сухожиль і зв'язок та їхні функціональні можливості. В окремих випадках додатково обстежити з використанням магнітно-резонансної і комп'ютерної томографії стопи для отримання зображення кісток, м'язів тканин, сухожиль, зв'язкового апарату, а також виявлення запалення анатомічних структур стопи.

Підходи до лікування

На початкових стадіях захворювання ефективним засобом є зменшення навантаження на стопу впродовж декількох днів, прикладання сухого холоду на зону болю. Крім того, слід використовувати спеціальні ортопедичні пристрої для зменшення навантаження на стопу (ортопедичні устілки та ін.), рекомендувати пацієнту заняття з фізичним терапевтом, виконання спеціальних вправ і підбір правильного взуття. У разі розвитку запалення лікування розпочинають із призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), які зменшуватимуть його і полегшуватимуть больовий синдром. Зважаючи на те, що до групи ризику розвитку болю в стопі входять молоді та активні пацієнти, особливо чоловіки, зокрема спортсмени, швидка знеболювальна і протизапальна дія є важливими для якнайшвидшого повернення їх до звичайної активності. Рационально призначити НПЗП із потужною та довготривалою дією, як-от етодолак. Це похідне індолоцтової кислоти, яка має швидке відмінне від інших НПЗП фармакохімічне ядро, що сприяє швидкому аналгетичному ефекту (уже за 30 хв після застосування), та тривало знеболювальну дію. Швидка й потужна знеболювальна дія етодолаку пояснюється тим, що це ліпогідрофільний НПЗП. Він швидко всмоктується і проникає як у вогнище запалення, так і в центральну нервову систему, сповільнюючи проходження больового імпульсу провідними нервовими шляхами спинного мозку від периферії до больового аналізатора. Етодолак пригнічує селективні



М.М. Орос

інгібітори циклооксигенази (ЦОГ)-2 не лише на периферії (у вогнищі запалення), а й у центральній ланці ноцицепції — у висхідних нервових шляхах спинного мозку. Завдяки блокаді центральних і периферичних шляхів передачі болю такий подвійний вплив забезпечує швидкий і потужний знеболювальний ефект.

Нині на фармацевтичному ринку України єдиними засобами з діючою речовиною етодолак є рецептурні препарати під брендовими назвами **Етол Форт** (одна таблетка містить 400 мг етодолаку) і **Етол SR** (одна таблетка містить 600 мг етодолаку). Після приймання будь-який із цих препаратів починає діяти вже через 30 хв, а знеболювальний ефект зберігається до 12 год (якщо це Етол Форт) або до 24 год (якщо це Етол SR — завдяки технології поступового вивільнення активної речовини). Ці препарати мають високий профіль безпеки щодо шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної системи. Потужна дія та хороша переносимість препаратів етодолаку дають змогу знайти гармонію між ефективністю та безпекою без зайвих компромісів щодо організму пацієнта загально.

Для лікування гострого болю у коморбідних пацієнтів варто розглянути препарати з діючою речовиною мелоксикам, зокрема лікарський засіб **Мелбек®** (у формі таблеток і розчину для ін'єкцій) виробництва міжнародної фармацевтичної компанії «Нобель», що відома високою якістю своїх продуктів, замкненим циклом виробництва та голограмним захистом кожної упаковки. Біоеквівалентність препарату Мелбек® доведено відповідним сертифікатом, виданим французькою компанією Bio-Inova від 16 серпня 2008 р. Мелоксикам належить до інгібіторів ЦОГ-2, що забезпечує протизапальну, аналгетичну та жарознижувальну дію препарату Мелбек®. Завдяки механізму дії мелоксикаму та його здатності інгібувати біосинтез простагландинів у клінічних дослідженнях підтверджено значно меншу його токсичність порівняно з іншими НПЗП, що пригнічують ЦОГ-1 і ЦОГ-2 та можуть спричинити ураження шлунково-кишкового тракту. Мелоксикам чинить анаболічну дію на метаболізм хряща, інгібує продукцію ІЛ-1, ІЛ-6 і ФНП-α, пригнічує вивільнення лізосомальних ферментів і вільних радикалів, зупиняє апоптоз хондроцитів, а також стимулює синтез протеогліканів і гіалуронової кислоти. Мелоксикам не має побічних ефектів із боку серцево-судинної системи, рекомендований для пацієнтів старшої вікової групи та для довготривалої терапії. За даними клінічних досліджень, аналгетичний ефект мелоксикаму настає вже через годину після першої ін'єкції, збільшується впродовж трьох днів і продовжує зростати за переходу на таблетовану форму.

Препарат Мелбек® має три форми випуску (ампули по 15 мг № 3; таблетки по 7,5 та 15 мг № 30), що дає змогу індивідуально підбирати відповідну дозу й забезпечувати якісну ступеневу терапію. Мелоксикам у складі препарату Мелбек® сприяє значущому зниженню порушень функціонування, а отже, за комплексного підходу до лікування можливе повне відновлення функції стопи після завершення курсу приймання препарату. Реабілітаційний період для повного відновлення функції стопи передбачає дозовані навантаження і відповідні фізичні вправи. Для пацієнтів, які не отримали відповіді на медикаментозну терапію та застосування інших допоміжних засобів, а також для осіб із новоутвореннями або переломами слід розглянути хірургічне лікування.