Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00432&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00432. Біль у п'ятці

Автор: Editors
Редактор оригінального тексту: Jukkapekka Jousimaa
Дата останнього оновлення: 2017-07-24

Основні положення

- Причини болю у п'ятці можна загалом диференціювати за місцем болю, клінічними проявами та станом пацієнта (зображення [зображення 01281|Heel pain]).
- У рідкісних випадках, може бути проведено рентгенологічне дослідження або взято зразки крові, якщо є підозра, що симптоми пов’язані із запальними захворюваннями суглобів (спондилоартропатії) чи діагноз неясний.

Етіологія

- Дегенеративні зміни підошовного апоневрозу (плантарний фасціїт) — найбільш поширена причина болю в п’ятці в дорослих.
- Інші причини включають, наприклад, біль у п’ятковій жировій подушці, переломи (стресові або остеопоротичні переломи), запальні стани, пов'язані з ревматичними захворюваннями або спондилоартропатіями, бурситами, невропатії, проблеми з ахілловим сухожиллям та перевантаження п’ятки через невідповідне взуття, ходу по твердій поверхні або надмірне навантаження.

Дегенеративні зміни підошовного апоневрозу (плантарний фасціїт)

Епідеміологія та етіологія

- Дегенеративний стан
- Найбільш поширена причина болю в п’ятці (у 80% випадків)
- Виникає у молодшій віковій групі серед осіб, що займаються бігом або іншим спортом, перевантажуючи підошву стопи, а також є типовим для людей середнього віку, чий рід занять передбачає тривале стояння.
- Часто виникає через перенапруження, іноді через запальне ревматичне захворювання.
- Неправильна позиція стопи та перевантаження можуть провокувати фасціїт.
- Надмірна вага збільшує ризик розвитку фасціїту.

Симптоми та ознаки

- Біль зазвичай виникає безпосередньо після вставання з ліжка.
- Стояння чи хода можуть погіршити стан.
- Біль може стихати протягом дня та знову посилюватися до вечора, коли зростає навантаження на стопу.
- Ділянка, болюча під час пальпації, розташована знизу п’яткової кістки, медіально в місці прикріплення підошвової фасції.

Діагноз

- Типових симптомів та клінічного обстеження зазвичай достатньо, щоб поставити діагноз.
- Чи присутні аномалії стопи, висоти підошовного склепіння, пошкодження шкіри?
- Тест лебідки: тримаючи гомілковостопний суглоб під кутом 90 градусів, пасивно розігніть перший або всі плесно-фалангові суглоби. Тест позитивний, якщо розгинання викликає біль у місці прикріплення підошвової фасції.

- Рентгенологічне дослідження може бути проведене, якщо симптоми тривають довго або діагноз неясний. Половина пацієнтів з типовими симптомами мають п’яткову шпору на рентгенограмі. Подібні кісткові нарости, сформовані в місці прикріплення підошовної фасції, також часто спостерігаються у асимптоматичних осіб (15–25%).
- Невелика частина пацієнтів має спондилоартропатію [настанова 00443|Анкілозивний спондиліт т…]. Якщо у пацієнта спостерігається ранкова скутість, болі в спині та сідничній області, болючість в місці прикріплення сухожилків до кінцівок, обстежте його суглоби та візьміть зразки крові для визначення ШОЕ та СРБ.

Лікування [доказ 06108|B]

- Пацієнтам з надлишковою вагою слід рекомендувати схуднути.
- Слід тимчасово знайти легшу роботу замість тієї, що перенапружує підошви, також пацієнти мають взяти перерву від видів діяльності, що включають біг чи стрибки.
- Нічна шина, яка утримує стопу під кутом 90° і розтягує підошовну фасцію. Готові нічні шини доступні в магазинах, де продаються допоміжні засоби для реабілітації.
- Можна спробувати використовувати силіконові підкладки всередині взуття, індивідуальні підтримуючі устілки, холодні та теплі компреси.
- Зручне взуття (з не надто низькими підборами), що забезпечує достатню опору для підошви, не ходити босоніж.
- Розтягування та зміцнення м’язів литки і стопи
    - У сидячому положенні стопу кладуть на протилежне коліно, а пальці ноги пасивно тильно згинають, щоб розтягнути підошвову фасцію. Десять повторів вправ на розтягування треба виконувати тричі на день, перший підхід вранці, перед тим, як стати на ноги.
- Тейпування п’яткової ділянки.
- Анальгетики (парацетамол, а також топічні або пероральні НПЗЗ) підходять для допоміжної терапії.
- Ін’єкції глюкокортикоїдів/місцевих анестетиків [доказ 01332|C] можна вводити з медіальної сторони п'ятки на глибину 2,5–3 см при болю в місці прикріплення підошвової фасції. Ін'єкції можна повторити з інтервалом у 3 тижні, максимум 2–3 рази, якщо це необхідно. Як побічний ефект можуть виникнути дегенеративні зміни п’яткової

жирової подушки. Ліки слід вводити досить глибоко, не в жирову подушку. Довгострокові переваги ін'єкційного лікування є сумнівними.

- Хірургічне втручання може розглядатися у випадках сильного болю, стійкого до консервативної терапії, але існує ризик недостатнього результату лікування та виникнення ускладнень.

Біль у п’ятковій подушці

- Біль локалізується більше позаду, ніж біль при підошовному фасціїті.
- Лікування включає тимчасове зменшення навантаження на п’ятку з використанням підкладок або п’яткових устілок.
- Біль також може бути спричинений бурситом в ділянці п'ятки. Його важко диференціювати від інших причин болю без ультразвукового дослідження. Можна застосовувати лікування глюкокортикоїдами/місцевими анестетиками (відео [відео 00060|Steroid injection for re…]).

Защемлення нерва (заднього великогомілкового нерва)

- Дифузний біль, що іррадіює: біль локалізується з медіального боку стопи та гомілковостопного суглоба, защемлення виникає позаду медіальної кісточки
- Провокується вальгусним положенням п’яткової кістки та плоскостопістю
- Діагностика за допомогою ЕНМГ не є вирішальною.

Стресові переломи п’яткової кістки

- Виявлені у солдатів строкової служби, як наслідок напруженого бігу або ходи
- Часом спостерігаються у вагітних жінок
- П’яткова кістка чутлива до бічного тиску.
- Через приблизно три тижні після появи перших симптомів рентгенологічне дослідження може показати незначне збільшення щільності кісткової тканини, що свідчить про склероз.

П’ятковий апофізит (хвороба Севера)

- Найчастіше виникає у хлопчиків-підлітків (8–12 років)
- Болюче місце локалізоване в місці прикріплення ахіллового сухожилля, де часто можна пропальпувати виступ. Рентгенологічне дослідження зазвичай не потрібне.
- Див. [настанова 00431|Болісні стани в ділянці …].

Біль у місці прикріплення ахіллового сухожилля

- Тендинопатії [настанова 00430|Тендинопатії Ахіллового …]
- Тендинози
- Часткові розриви (не вводити глюкокортикоїди!)
- Ретрокальканеальний бурсит (бурсит ахіллового сухожилка)
- Деформація Хаглунда: кутове потовщення п’яткової кістки в місці прикріплення ахіллового сухожилля; подразнює навколишні тканини і викликає п’ятковий бурсит

Інші рідкісні причини

- Кіста
- Остеоїд-остеома та остеосаркома
- Остеомієліт
- Перелом остеопоротичної кістки
- Таранно-п’ятковий артроз (часто вторинний)

Пов’язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00587|Heel pain – Related reso…]

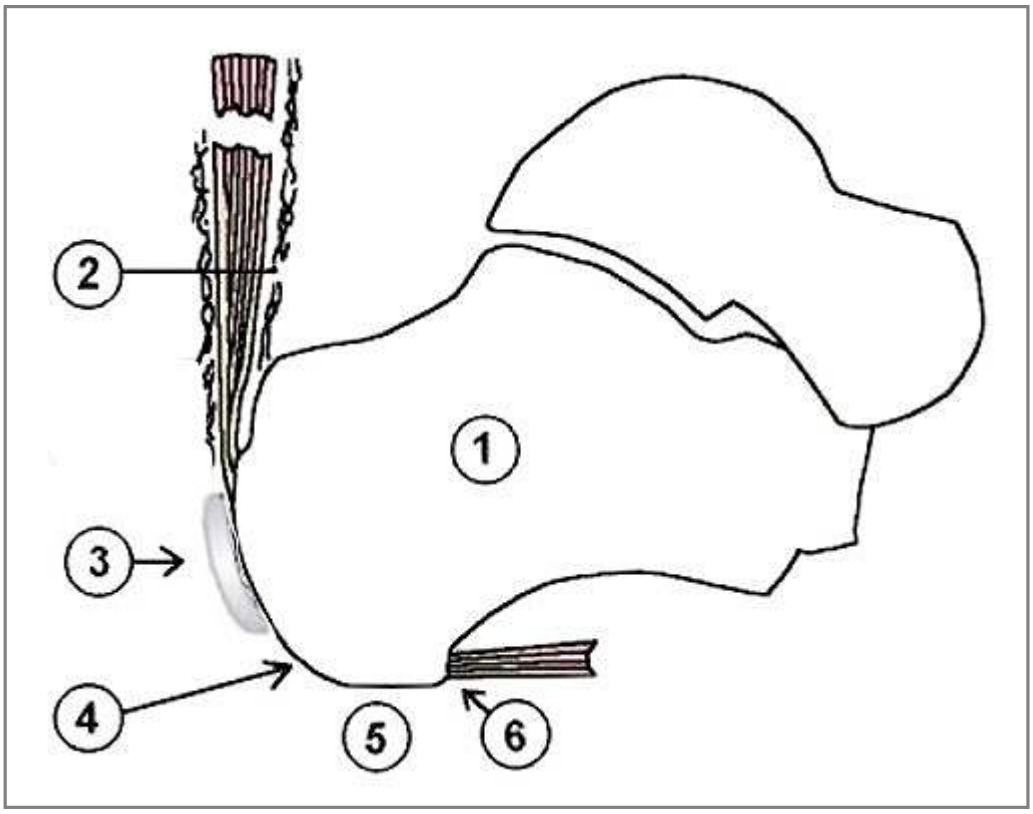
Настанови

- Настанова 00443. Анкілозивний спондиліт та аксіальний спондилоартрит.
- Настанова 00431. Болісні стани в ділянці щиколотки і стопи у дітей та підлітків.

- Настанова 00430. Тендинопатії Ахіллового сухожилля та розрив сухожилля.

Зображення

- Зображення 01281. Heel pain.



Автори та власники авторських прав: Markku Ellonen Duodecim Medical Publications Ltd

Відео

- Відео 00060. Steroid injection for retrocalcanear bursitis.

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 06108. Custom-made foot orthoses for plantar fasciitis.
  Дата оновлення: 2008-08-01
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Custom-made foot orthoses appear to be not more effective than sham orthoses, non-custom orthoses, night splints or different physical therapy modes for reducing foot pain in patients with plantar fasciitis. They may, however, increase the effectiveness of night splints.

- Доказовий огляд 01332. Interventions for treating plantar heel pain.
  Дата оновлення: 2006-04-13
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Local corticosteroids may have some effect for heel pain in the short term.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00432 Ключ сортування: 020.051 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-07-24

Автор(и): Editors Редактор(и): Jukkapekka Jousimaa Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Hilkka Salmén
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Physical medicine Surgery Orthopaedics Rheumatology

Ключові слова індексу
icpc-2: L17 icpc-2: L74 icpc-2: L87 icpc-2: L99 mesh: Fasciitis, Plantar Fasciopathy Heel pain plantar fasciitis Plantar fasciopathy mesh: Heel mesh: Pain mesh: Achilles Tendon mesh: Calcaneus mesh: fat pad mesh: Fractures, Stress mesh: Nerve Compression Syndromes mesh: Sever's disease speciality: Orthopaedics speciality: Physical medicine speciality: Rheumatology speciality: Surgery