

И.Ю. Головач¹, Е.Д. Егудина²

¹ Клиническая больница
«Феофания» Государственного
управления делами, г. Киев

² Государственное учреждение
«Днепропетровская медицинская
академия Министерства охраны
здоровья Украины», г. Днепр

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И УРОКИ РЕКОМЕНДАЦИЙ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИГИ (EULAR) 2018 Г. ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КИСТИ

Резюме

Остеоартрит кистей (ОАК) является распространенным заболеванием, однако количество клинических испытаний, посвященных ОАК, ограничено, поэтому рекомендации по менеджменту пациентов с ОАК основаны в большей степени на мнении экспертов, а не на доказательных данных. При этом в прошлом «забытое» заболевание привлекает все большее внимание. Так, на протяжении последних нескольких лет были выполнены или продолжаются ряд высококачественных клинических испытаний. Эксперты EULAR провели систематический обзор литературы по ОАК, собрали доказательные базы относительно нефармакологических, фармакологических и хирургических вариантов лечения ОАК и опубликовали обновленные рекомендации в 2018 г. Предложено 5 основных принципов и 10 рекомендаций. Основные принципы охватывают цели лечения, предоставление информации, индивидуализацию лечения, совместное принятие решений и необходимость рассмотрения междисциплинарных и мультимодальных подходов к лечению ОАК. Принципы 1-3 рекомендаций предлагают различные нефармакологические варианты лечения (обучение, вспомогательные реабилитационные аппараты, упражнения и ортезы). В рекомендациях 4-8 описана роль различных фармакологических методов лечения, включая местное лечение, которое предпочтительнее системного. Топические нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются препаратами первой линии, оральные анальгетики (особенно НПВП) следует назначать для облегчения симптомов в течение ограниченного периода времени, хондроитин сульфат — для облегчения симптомов, внутрисуставные глюкокортикоиды обычно не рекомендуются, но могут быть рассмотрены для уменьшения боли в случае межфалангового ОА. Отсутствуют рекомендации по применению базисных болезнь-модифицирующих препаратов (синтетических и биологических). Описаны принципы оперативного лечения, а также диспансерное наблюдение за пациентами с ОАК. Представленные рекомендации EULAR обеспечивают современное руководство по ведению пациентов с ОАК, основанное на мнении экспертов и исследовательских данных. Необходимы дальнейшие качественные исследования роли противовоспалительных препаратов, таких как кортикостероиды, симптоматических препаратов медленного действия и биологических агентов, так как в настоящий момент данные об их эффективности являются спорными, кроме того, продолжаются исследования по оценке остеоартрит-модифицирующих препаратов.

Ключевые слова

Остеоартрит, кисть, межфаланговые суставы, запястно-пястный сустав I пальца, эрозивный остеоартрит, воспаление, боль, функция, нефармакологическое лечение, фармакологическое лечение, рекомендации, EULAR.

Вступление

Остеоартрит суставов кисти (ОАК) является часто встречающимся заболеванием опорно-двигательного аппарата, распространенность которого резко возрастает с возрастом [1]. Заболевание характеризуется болями в суставах кистей, их скованностью, ограничением функции, снижением силы в кистях, затруднением сжатия, невозможностью выполнять повседневные манипуляции, что в конечном итоге приводит к снижению качества жизни [2]. Такие симпто-

© И.Ю. Головач, Е.Д. Егудина

мы, как боль, скованность и снижение функции кистей, являются отличительными признаками заболевания и способствуют нарушению качества жизни [3, 4]. Клиническими признаками заболевания являются разрастания костной ткани (остеофитоз) и деформация суставов кисти, иногда сопровождающиеся отеком мягких тканей [5]. Принято выделять три основных варианта ОА суставов кистей: ОА межфаланговых суставов кистей (проксимальных — ПМФС и дистальных — ДМФС), который может сопровождаться или не сопровождаться формиро-

ванием узелков; ОА запястно-пястного сустава I пальца (I ЗППС) и эрозивный ОА (ЭОА) [6]. Реже встречаются поражения пястно-фаланговых суставов кистей. Наиболее типичным объективным признаком ОА межфаланговых суставов кистей является формирование плотных наощупь узелков, связанное с пролиферацией тканей в области ДМФС (узелки Гебердена) и ПМФС (узелки Бушара). Они могут длительное время оставаться безболезненными, но часто сопровождаются болью, скованностью и функциональной недостаточностью, а также вызывают косметические проблемы, особенно у женщин.

Первые Рекомендации Европейской противоревматической лиги (EULAR) по менеджменту ОАК были опубликованы в 2007 г. [7], позднее Американский колледж ревматологов (ACR) опубликовал рекомендации по менеджменту пациентов с ОА кисти, бедренного и коленного суставов в 2012 г. [8]. А в 1990 г. были опубликованы классификационные критерии ОАК, разработанные ACR, которые являются актуальными и сегодня. Выделяются две группы суставов (по 10 суставов в каждой), вовлечение которых наиболее типично для ОАК. Первая группа обозначается как «10 избранных суставов». В нее входят ДМФС и ПМФС II и III пальцев, а также I ЗППС обеих кистей. Вторая группа включает все ДМФС. При этом ДМФС II и III пальцев входят как в первую, так и во вторую группу. В качестве признака, позволяющего исключить наличие воспалительного заболевания суставов, используется число припухших ПФС. Оно должно быть >3 . Диагноз ОАК может быть подтвержден при выявлении у больного 3 обязательных и 1 дополнительного критерия. *Обязательными критериями* являются наличие боли или скованности в суставах кисти, плотных узелков в области ≥ 2 из 10 избранных суставов, число припухших ПФС <3 . *Дополнительными критериями* являются наличие плотных узелков в области ДМФС (узелки Гебердена) и деформация ≥ 2 из 10 избранных суставов. Выявление узелков Гебердена в области II и III ДМФС позволяет зафиксировать наличие сразу 2 критериев (одного обязательного и одного дополнительного).

Долгое время ОАК был «забытым заболеванием», что приводило к нехватке клинических исследований для создания указаний, и поэтому многие из предложенных предыдущих рекомендаций были основаны главным образом на мнении экспертов. Однако в последние годы ОАК привлекает все больше внимания, появились новые данные по нескольким фармакологическим и нефармакологическим методам лечения: самообучению, образовательным программам, самопомощи, применению ортезов, прежде всего на основании большого

пальца, местным нестероидным противовоспалительным препаратами (НПВП), пероральным глюкокортикоидами, различным типам внутрисуставной терапии и лечению с помощью синтетических и биологических болезнью-модифицирующих противоревматических препаратов (sDMARDs, bDMARDs), например гидроксихлорохин и ингибиторы фактора некроза опухоли (ФНО). Эти более свежие данные предложили новое понимание болезни и открыли новые возможности лечения. Как результат представлены обновленные рекомендаций EULAR 2018 г. для менеджмента ОАК.

Общие принципы

Основная цель менеджмента пациентов с ОАК — это контроль симптомов, таких как боль и скованность, оптимизирование функции суставов кистей с целью увеличения активности и улучшения качества жизни. Лечение должно быть направлено на максимальное увеличение возможной активности пациентов, оптимизирование ее производительности и увеличение возможности участия во всех сферах жизни. Формулировки «оптимизирование» и «максимизирование» были выбраны, чтобы отразить, что менеджмент ОАК должен быть более масштабным, чем просто стремление к приемлемому для пациента состоянию симптомов.

Всем пациентам должна быть предоставлена информация о характере, диагностике и течении заболевания, о принципах самоконтроля и самопомощи, о целях и возможностях лечения, принципах защиты суставов и менеджмента хронической боли. Образование считается одним из основных методов лечения пациентов с ОАК и должно быть предложено всем пациентам [4]. Пациент должен получить информацию о характере своего заболевания, существующих на сегодняшний день медикаментозных и немедикаментозных методах лечения, факторах риска и способах их коррекции. Пациентам с хроническими жалобами, которые регулярно обращаются к врачу, предоставление информации и образование должно быть непрерывным процессом, включающим стимулирование, подкрепление и расширение знаний [9]. Врач должен объяснить, что ОА не является результатом исключительно старения и износа суставов, и, следовательно, «ничего не поделаешь», и что симптомы могут быть уменьшены, и важно противодействовать заболеванию [10]. Стратегии самоконтроля, используемые пациентами с ОАК, продемонстрировали свою эффективность в ряде исследований. Результаты подтверждены несколькими систематическими обзорами, обобщающие данные которых касаются различных хронических скелетно-мышечных болевых синдромов, в том

числе и при ОАК [11-13]. Тем не менее явные доказательства, подтверждающие эффективность и содержание предоставленной информации в образовательных программах именно по ОАК, имеют незначительный вес.

Менеджмент ОАК должен быть индивидуализирован с учетом локализации и тяжести течения заболевания, а также наличия коморбидностей. В предварительном опросе >75% медицинских работников было отмечено, что важными характеристиками пациента с ОАК являются: возраст, тип ведущих жалоб (боль или нарушение функции), механические факторы, пожелания и ожидания пациента, воспаление, тяжесть структурных повреждений и наличие эрозий [14]. В ходе опроса большинство медицинских работников также поддерживали различные подходы к лечению в зависимости от локализации заболевания (особенно ОА I ЗППС) или подгруппы ОАК (особенно эрозивного или «воспалительного» ОА). Хотя многие из этих факторов, как известно, являются детерминантами худшего исхода (например, известно, что наличие воспаления связано с прогрессированием заболевания) [15], доказательные данные эффективности лечения от модификации большинства из этих факторов отсутствуют [16].

К числу факторов, способствующих возникновению и прогрессированию ОАК, относятся профессиональная нагрузка на кисть, наследственная предрасположенность, ожирение и гипермобильность. Действие некоторых из этих факторов может быть модифицировано. Однако пока нет убедительных данных о том, в какой степени такое вмешательство может повлиять на течение болезни. На сегодняшний день существует дискуссия относительно того, изменит ли влияние и лечебное воздействие на модифицируемые факторы на исходы заболевания. Так, например, нет доказательств, что лечение воспаления снижает прогрессирование заболевания. Локализация ОАК (ОА II-IV пальцев по сравнению с большим пальцем), степень тяжести ОАК (количество вовлеченных в патологический процесс суставов или острое воспаление суставов вследствие ОАК) и наличие сопутствующих заболеваний были единственными аспектами, которые в настоящее время могут влиять на принятие решения о тактике лечения.

Принципы менеджмента ОАК должны быть основаны на совместном решении пациента и медицинского работника. Совместное принятие решений, подход, при котором медицинские работники и пациенты обмениваются информацией для достижения консенсуса относительно предпочтительной стратегии лечения, должны быть основой менеджмента ОАК [17]. Этот всеобъемлющий принцип подразумевает,

что при принятии решений по лечению заболевания важно учитывать не только наилучшие имеющиеся доказательные данные, но также пожелания и ожидания пациентов. Достижение совместного принятия решений зависит от установления и поддержания взаимоотношений между пациентом и медицинским работником, так называемый «комплаенс», обмена лучшими фактическими и доказательными данными для принятия обоснованного решения. Это относится ко всем этапам лечения, включая, например, постановку цели лечения, выбор наилучшей стратегии для ее достижения или рассмотрение других стратегий, когда цель лечения не достигнута.

Оптимальный менеджмент ОАК требует междисциплинарного подхода. ОАК является гетерогенным и хроническим заболеванием, приводящим к различным признакам и симптомам, в связи с чем таким пациентам часто требуется многопрофильная помощь. Кроме того, в дополнение к нефармакологическим и фармакологическим методам лечения должны быть рассмотрены и оперативные вмешательства.

Медицинские специальности, занимающиеся менеджментом пациентов с ОАК, охватывают семейного врача, ревматолога, специалиста по реабилитации, физиотерапевта, хирурга, ортопеда, что позволяет формировать так называемую «междисциплинарную помощь» [18]. В некоторых клиниках уже предоставлены структурированные междисциплинарные программы или интегрированные пути оказания помощи таким пациентам.

Однако доказательные данные в отношении положительного эффекта от комбинированных программ, включая образование, в настоящий момент отсутствуют [18, 19].

Рекомендации.

Нефармакологические методы лечения

Каждому пациенту должны быть предложены обучение и тренинги в рамках эргономических принципов, стимуляция физической активности и использование вспомогательных устройств. Эти принципы являются важным аспектом менеджмента пациентов с ОАК, эффективность которых была доказана в исследованиях [19]. Ранее часто используемый термин «защита суставов», подразумевающий воздержание от движения и иммобилизацию суставов, в настоящих рекомендациях EULAR'2018 рассматривался целевой группой как устаревшая концепция и был заменен более четким указанием, что образование, обучение и движение с использованием вспомогательных устройств является важной и широко используемой стратегией для улучшения состояния пациента с ОАК. При этом акцентируется, что эта помощь

может быть оказана любым специалистом в области здравоохранения (например, физиотерапевтом или квалифицированной медсестрой).

Для каждого пациента должны быть рассмотрены упражнения для улучшения функции и мышечной силы, а также для уменьшения боли. Хотя определенная физическая активность была одобрена в предыдущих рекомендации EULAR'2007, однако в то время не было никаких подтверждающих доказательных исследований этого нефармакологического подхода. За последние 10 лет проведено несколько исследований, их результаты были обобщены в Кокрановском обзоре [20]. Продемонстрировано, что упражнения для суставов кисти оказывают положительное влияние на самооценку боли, увеличение функции, уменьшение скованности и ригидности суставов и увеличение силы захвата. Обнаруженные эффекты характеризовались клинически значимым улучшением в отсутствие серьезных побочных эффектов. Тем не менее изученные вмешательства были гетерогенными, их эффективность варьировала в зависимости от упражнений в домашних условиях после одного сеанса обучения с инструктором до нескольких контролируемых занятий в неделю в течение нескольких недель, а также различалась частота занятий, количество повторений и подходов в упражнениях и их типа (например, укрепление или растяжения). Кроме того, авторы обзора акцентировали, что положительные эффекты лечебной физкультуры и упражнений не удерживались при прекращении занятий.

Упражнения должны быть направлены на улучшение подвижности суставов, увеличение мышечной силы и стабильности основания большого пальца. Режимы упражнений, нацеленные на первый пястно-запястный сустав, отличаются от режимов для межфаланговых суставов. Показаны упражнения, направленные на повышение силы мышц предплечий и увеличение объема движений в суставах кисти. Они позволяют улучшить пинцетный захват и увеличить силу сжатия кисти, а также способствуют стабилизации I ЗППС и увеличению объема движений в нем.

Для пациентов с ОА основания большого пальца (*thumb base OA*, I ЗППС) должны быть рассмотрены ортезы с целью облегчения симптомов. Существуют ортезы для кисти, позволяющие стабилизировать пораженные суставы и существенно уменьшить интенсивность боли. Наиболее широко применяются разные модификации ортезов для I ЗППС. После опубликования рекомендаций EULAR'2007 были проведены многочисленные исследования, посвященные эффективности ортезов, сравнению эффективности ортезов с обычным уходом или

немедикаментозными видами лечения [21-25]. Эти исследования предоставили доказательства положительных эффектов использования ортезов на основание большого пальца в течение длительного периода (не менее 3 месяцев), в большей степени для уменьшения боли, в меньшей — для увеличения функции, не было отмечено увеличения мышечной силы сжатия и не отмечалось улучшения при использовании ортезов в течение более коротких периодов. Таким образом, рекомендуется долгосрочное использование ортезов.

В EULAR'2007 рекомендовалось использовать ортезы для «предотвращения/коррекции латеральной девиации и сгибательной контрактуры у пациентов с ОА основания большого пальца», но на сегодняшний день доказательства, подтверждающие влияние ортезов на эти деформации, отсутствуют. Нет рекомендаций и в отношении более эффективных типов ортезов (короткий или длинный, изготовленный на заказ или заводской, из неопрена, термопласта или другого материала) и по длительности применения (например, во время повседневной жизни, ночью или постоянно). Есть единичные исследования, демонстрирующие долгосрочные благоприятные эффекты при использовании длинных ортезов, изготовленных индивидуально из термопласта, которые пациенты носили во время повседневной жизни днем [23], и изготовленных на заказ длинных ортезов из неопрена, которые необходимо носить ночью [25].

Важно обращать внимание на применение именно правильно подобранного ортеза, предпочтительно на заказ, выполненного в специализированных медицинских центрах. Это улучшает приверженность пациентов и увеличивает шанс долгосрочного использования. Большинство исследований проводилось на пациентах с ОА основания большого пальца, и только в одном из них были исследованы ночные ортезы для дистальных межфаланговых суставов, которые оказались неэффективными и поэтому не рекомендовались [26].

Таким образом, первый шаг при проведении менеджмента ОАК — это сосредоточение на нефармакологической терапии, которая может дополняться фармакологической и/или хирургической, хотя и не обязательно для всех пациентов с ОА, а в зависимости от уровня выраженности симптомов.

Фармакологические методы лечения

Местные методы лечения предпочтительнее системных по причинам безопасности. Локальные НПВП рекомендуются в качестве фармакологического лечения первой линии благодаря их достаточно высокому профилю

безопасности по сравнению с пероральными анальгетиками, а также благоприятному влиянию на боль и функции [27-29]. Местное применение геля на основе диклофенака продемонстрировало уменьшение боли и улучшение функции через 8 недель применения по сравнению с плацебо [29]. Кроме того, местные НПВП демонстрируют облегчение боли, аналогичное приему пероральных НПВП [27]. Объединенные данные по безопасности согласно рандомизированным клиническим исследованиям, сравнивающих местный гель диклофенак с плацебо у пациентов с ОА кисти и коленного сустава, показали одинаково низкую частоту побочных эффектов в подгруппах пациентов с низким и высоким риском (возраст ≥ 65 лет, при коморбидной гипертензии, сахарном диабете 2-го типа, цереброваскулярных или сердечно-сосудистых заболеваниях) [30]. В настоящее время нет убедительных данных о долгосрочных эффектах местных НПВП [31].

При поражении большого количества суставов системное фармакологическое воздействие является предпочтительным.

Еще одним рекомендуемым средством для местного применения является капсаицин. Это алкалоид, содержащийся в различных видах стручкового перца *Capsicum*; он обеспечивает облегчение боли за счет раздражения, вызывая возбуждение сенсонейронов и повышая чувствительность (воспринимается как жжение или зуд), что приводит к обратимой дегенерации нерва с последующим понижением его чувствительности. Однако применение этого местного лечения связано с частыми местными побочными эффектами (ощущение жжения и покалывания) [32]. Результаты рандомизированного плацебо-контролируемого исследования 59 пациентов с ОА показывают, что местный капсаицин (0,025%) превосходит плацебо после 3 и 9 недель лечения [33]. Систематический обзор исследований, проведенный у пациентов, страдающих от боли вследствие ОА и ревматоидного артрита, указывает на среднюю частоту ответа на лечение (~50% уменьшение боли) через 38 недель в группе с капсаицином по сравнению со средней частотой ответа на плацебо (25%) [34].

Местное применение тепла целевая группа EULAR рассматривала как стратегию самопомощи, которую пациенты могут применять дома со слабыми и противоречивыми данными о возможном положительном эффекте [35, 36]. Поэтому применение тепла не было включено в отдельную рекомендацию. Холодные компрессы, в случае воспаления во время обострения ОА, могут также дать симптоматическое облегчение, хотя исследования для ОА не проводились [37].

Оральные анальгетики, особенно НПВП, следует рассматривать для лечения ОА в течение ограниченного периода времени для облегчения симптомов. В трех высококачественных исследованиях пероральные НПВП эффективно уменьшали боль и увеличивали функцию через 2-4 недели приема при ОА [38-40]. Однако хорошо известны побочные эффекты этих препаратов, особенно у пожилых людей. Рекомендовано назначать НПВП в наименьшей эффективной дозе в течение ограниченного периода времени (предпочтительно по требованию), с особым вниманием на соотношение риск-польза, особенно у пациентов с высоким риском побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы или почек.

Пациентам с ОА часто назначается парацетамол, однако, согласно данным исследований, эффективность его достаточно переменная. И если ранее применение парацетамола считали безопасным вариантом лечения, то в последнее время, исходя из профиля риска и пользы, это утверждение было оспорено и привело к полемике о включении его в рекомендации по ОА [41]. В трех исследованиях изучалась эффективность парацетамола в дозе (1000-3900 мг/сут) при ОА [42-44]. В этих испытаниях парацетамол не показал превосходство над плацебо или препаратом сравнения. Два больших метаанализа с пациентами с ОА коленного и тазобедренного суставов обнаружили небольшое влияние на боль с сомнительной клинической значимостью: применение парацетамола было связано с повышенным риском нарушения функции печени и сердечно-сосудистых событий [45, 46]. Наблюдательные исследования в общей взрослой популяции обнаружили дозозависимый повышенный риск смертности, развитие сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и почечных побочных эффектов при приеме парацетамола [47]. Парацетамол также является наиболее частой причиной лекарственного поражения печени, связанного в основном с непреднамеренной передозировкой.

Таким образом, эффективность парацетамола при ОА по-прежнему остается неопределенной и, вероятно, крайне сомнительной, кроме того, этот препарат также имеет ряд побочных эффектов. Назначение парацетамола предпочтительно в течение ограниченного периода времени у отдельных пациентов при ОА, например, когда противопоказаны пероральные НПВП.

Трамадол (с парацетамолом или без него) также рассматривался целевой группой в качестве альтернативного орального анальгетика, но

в настоящее время нет никаких доказательств о целесообразности его приема пациентами с ОАК.

Хондроитин сульфат может использоваться у пациентов с ОАК для облегчения боли и улучшения функции. В комплексной терапии ОА также могут быть использованы медленнодействующие симптоматические средства — глюкозамин и хондроитин сульфат. По данным контролируемых исследований, они достоверно превосходили по эффективности плацебо. Хондроитин сульфат и глюкозамин являются одними из наиболее широко используемых безрецептурных нутрицевтических препаратов для лечения ОА. В ряде исследований показано, что хондроитин сульфат проявляет достаточную эффективность в улучшении клинических симптомов при ОАК [48-50]. Согласно плацебо-контролируемым исследованиям, есть доказательные данные о структурно-модифицирующих эффектах хондроитин сульфата при ОАК [51].

Хондроитин сульфат не предотвращал появление ОА в ранее интактных суставах, но у пациентов, получающих препарат, наблюдалось меньшее рентгенографическое прогрессирование во время наблюдения [51], уменьшение симптомов и прогрессирования эрозий в течение 2 лет приема [52], улучшение функции суставов кисти и силы сжатия по истечении 6 месяцев непрерывного приема [53].

Таким образом, данные указывают на то, что хондроитин сульфат может быть эффективен в облегчении симптомов и снижении прогрессии патологического процесса при ОАК, в частности эрозий, хотя для окончательного заключения о его эффективности необходимы более качественные исследования. Плацебо-контролируемых исследований глюкозамина у пациентов с ОАК проведено не было.

К симптоматическим лекарственным средствам медленного действия при остеоартрозе (SYSADOAs) также относят неомыляемые соединения авокадо и сои, диацерин и внутрисуставную гиалуроновую кислоту (ВСГК). Однако доказательная база для этих препаратов пока довольно ограничена [54].

Девять исследований, которые были инициированы для изучения эффективности ВСГК при ОА I ЗППС, суммировались в систематическом обзоре [55]. Число инъекций в исследованиях варьировало от 1 до 5 в неделю; в большинстве исследований лечение продолжалось 6 месяцев. Пять открытых исследований установили значительное уменьшение боли, четыре — улучшение функции и одно — улучшение силы захвата. В целом существует недостаточно данных для заключения об эффективности ВСГК для ОА основания большого пальца. Це-

левая группа согласилась с тем, что в настоящее время нет лекарственных препаратов с модифицирующим заболеванием свойствами при ОАК, и, следовательно, эти вещества также не должны рассматриваться как таковые для лечения.

Внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов (ГК), как правило, не должны использоваться у пациентов с ОАК, но могут рассматриваться у пациентов с болезненными межфаланговыми суставами. Данные, подтверждающие положительный эффект внутрисуставных ГК по сравнению с плацебо у пациентов с ОА I ЗППС, отсутствуют [56]. Однако в исследовании пациентов с болезненным ОА межфаланговых суставов внутрисуставные инъекции ГК были более эффективны, чем плацебо, для облегчения боли, увеличения движения и уменьшения периартикулярного отека [57], однако динамика воспаления, по данным МРТ, была минимальной [58]. Результаты не подтвердились и при сонографии: положительного эффекта такой терапии в отношении гипертрофии синови и воспаления не зафиксировано [59]. По мнению исследователей, необходимо уточнение противовоспалительного действия внутрисуставного использования ГК при ОАК, особенно учитывая их влияние на развитие сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний.

Целевая группа EULAR отметила, что в конкретных случаях, например при наличии явного воспаления суставов и выраженного болевого синдрома, инъекции ГК могут быть единственным терапевтическим вариантом. Однако доказательства, касающиеся конкретных подгрупп, которые могли бы извлечь пользу из внутрисуставного введения ГК, например, у пациентов с активным воспалением суставов вследствие обострения заболевания, отсутствуют. Таким образом, на сегодняшний день существует недостаточно данных для заключения об эффективности внутрисуставного введения ГК для пациентов с ОАК.

Пациенты с ОАК не должны лечиться болезнь-модифицирующими антиревматическими препаратами. Эта рекомендация была добавлена после нескольких исследований, демонстрирующих недостаточную эффективность sDMARD/bDMARD. Есть данные о применении этой группы препаратов в клинической практике при тяжелых случаях воспалительного и эрозивного ОАК. Исследования, изучающие эффективность гидроксихлорохина [60-62], различных ингибиторов фактора некроза опухоли (ФНО) [63-65], антител к интерлейкину-1 [66], не продемонстрировали эффективность этих препаратов у пациентов с ОАК. Рандомизиро-

ванные исследования по оценке эффективности метотрексата, сульфасалазина или колхицина не проводились.

В нескольких работах изучались низкие дозы пероральных ГК (3-5 мг в день), но их результаты достаточно противоречивы [58, 67]. В основной группе по сравнению с плацебо отмечали уменьшение боли и значительное улучшение функции, но, как и при внутрисуставном введении ГК, при проведении инструментальных методов исследования (МРТ и УЗИ) не выявлено какого-либо положительного влияния ГК на синовиальную гипертрофию и признаки воспаления [58, 59]. Таким образом, эффективность системных ГК в качестве анальгетиков для пациентов с ОАК неясна. Более того, воспалительные процессы как цель для лечения ГК требуют дальнейшего изучения.

Хирургическое лечение должно рассматриваться для пациентов с ОАК с постоянными симптомами, структурными нарушениями, если другие методы лечения, включая нефармакологическую и фармакологическую терапию, не были достаточно эффективны для уменьшения боли и улучшения функции. Для пациентов с ОА основания большого пальца используют трапециэктомию, для пациентов с ОА межфаланговых суставов — артродез или артропластику. Плацебо-контролируемые исследования этих методов лечения не проводились, и эта рекомендация основана на экспертном мнении. Обновленный Кокрановский обзор доказательств хирургического вмешательства при ОА I ЗППС не выявил последовательных преимуществ определенной хирургической операции [68]. Осложнения, о которых сообщалось в исследованиях, включали боль, нестабильность, нервную дисфункцию, поверхностные раневые инфекции, ощущение натяжения сухожилия и хронический регионарный болевой синдром. Артропластика (как правило, силиконовые имплантаты) является предпочтительной хирургической техникой для проксимальных межфаланговых (ПМФ) суставов, за исключением второго ПМФ сустава, для которого лучше рассмотреть артродез. Артродез является рекомендуемым подходом при ОА дистальных межфаланговых суставов. Важно, чтобы пациенты получали реабилитацию после операции. Остеотомия была исключена из рекомендации как устаревший метод лечения ОА.

Долгосрочное врачебное наблюдение за пациентами с ОАК должно быть адаптировано к индивидуальным потребностям пациента. Из-за отсутствия доказательств экономической эффективности долгосрочного последующего наблюдения обоснованное заявление сделать невозможно. ОАК является гетерогенным забо-

леванием, спектр симптомов и сопутствующих заболеваний у таких пациентов широко варьирует. Поэтому «индивидуальные потребности» пациентов, которые должны быть приняты во внимание при оценке необходимости последующего наблюдения, включают серьезность симптомов, наличие эрозий, использование фармакологической терапии, которая требует переоценки пожеланий и ожиданий пациента.

Обсуждалось, всегда ли длительное и непрерывное наблюдение показано для пациентов с эрозивным ОАК. Несмотря на доказательства того, что эти пациенты имеют значительное клиническое и структурное прогрессирование [69, 70], целевая группа считает, что в настоящее время непрерывное диспансерное наблюдение не добавляет преимуществ в ведении таких пациентов. В отсутствие модифицирующего болезнью лечения цель наблюдения отличается от таковой при многих других ревматических заболеваниях. Диспансерное наблюдение, вероятно, увеличит приверженность к нефармакологическим методам лечения, таким как физические упражнения или ортезы, и обеспечит возможность коррекции лечения (например, коррекция лечения ортезами или изменения режима дозирования или препаратов при фармакологическом лечении). Для большинства пациентов с ОАК стандартное рентгенологическое наблюдение бесполезно. Диспансерное наблюдение необязательно должно проводиться только ревматологами, семейные врачи также должны участвовать в ведении пациентов с ОАК. Семейные врачи в определенный момент болезни могут направить пациента обратно к ревматологу для дополнительных консультаций, однако этот пункт необходимо рассматривать индивидуально у каждого отдельного пациента.

В таблице просуммированы общие принципы и рекомендации EULAR'2018 по менеджменту пациентов с ОАК.

Выводы

Руководящие принципы других крупных (международных) обществ, включая рекомендации ACR'2012 и рекомендации NICE по менеджменту ОА, в основном, фокусируются на ОА крупных суставов (коленные и бедренные). Однако эти рекомендации нельзя экстраполировать на ОАК из-за уникальной функциональности мелких суставов кистей по сравнению с крупными суставами, данных об отличающихся факторах риска и даже патофизиологических механизмах ОАК в отличие от ОА крупных суставов.

Рекомендации EULAR'2018 по ОАК предназначены для всех медицинских работников, которые ведут пациентов с ОА. Так как ОАК — распространенная патология, с которой стал-

Таблица. Обновление рекомендаций EULAR'2018 для менеджмента пациентов с остеоартритом кисти

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ				
		Уровень доказательности*	Класс рекомендации†	Уровень согласия
A.	Основная задача лечения ОА заключается в том, чтобы контролировать такие симптомы болезни, как боль и тугоподвижность, оптимизировать функцию рук, чтобы обеспечить максимальную физическую активность и лучшее качество жизни			9,7 (0,7)
B.	Всем пациентам должна быть представлена информация о характере и течении заболевания, а также о принципах самоуправления и возможных вариантах лечения			9,8 (0,8)
C.	Тактика ведения пациентов с остеоартритом при поражении суставов рук должна быть индивидуализирована с учетом локализации и тяжести поражения, а также наличия и особенностей сопутствующих заболеваний			9,9 (0,2)
D.	Решения по выбору методов лечения должны основываться на совместном решении между пациентом и специалистом			9,6 (1,1)
E.	Оптимальный менеджмент ОАК требует междисциплинарного подхода. В дополнение к нефармакологическим и фармакологическим методам лечения должно быть рассмотрено оперативное лечение			9,3 (1,2)
РЕКОМЕНДАЦИИ				
1	Каждому пациенту следует предлагать пройти обучение и программу тренировки по эргономическим принципам, стимуляции активности и использованию вспомогательных устройств	1b	A	9,3 (1,1)
2	Всем пациентам следует рекомендовать физические упражнения для улучшения функции и мышечной силы, а также для уменьшения боли	1a	A	9,1 (1,6)
3	Ортезы следует рекомендовать для облегчения симптомов при остеоартрозе суставов большого пальца. Рекомендуется их долгосрочное использование	1b	A	9,3 (1,0)
4	Локальные методы лечения предпочтительнее системного лечения по соображениям безопасности. Местное применение НПВП является методом выбора фармакологического лечения	1b	A	8,6 (1,8)
5	Оральные анальгетики, особенно НПВП, рекомендуются для применения в течение ограниченного периода времени для облегчения симптомов	1f	A	9,4 (0,9)
6	Хондроитин сульфат может использоваться для облегчения боли и улучшения функции суставов	1b	A	7,3 (2,7)
7	Внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов обычно не должны использоваться у пациентов с остеоартритом в области суставов рук, но при болях в области межфаланговых суставов их можно рассматривать в качестве метода лечения. Была выбрана формулировка «обычно не должны использоваться», поскольку эксперты признали, что в конкретных случаях, когда, например, явно имеются признаки воспаления, инъекция глюкокортикоида может быть разумным методом лечения. Неизвестно, являются ли инъекции под контролем визуализации более полезными или безопасными, чем «слепые» инъекции. Предпочтительно, чтобы инъекции в межфаланговые суставы выполнял ревматолог	1a-1b	A	7,9 (2,4)
8	Пациентам с ОА не следует назначать болезнь-модифицирующие антиревматические препараты (базисные или биологические)	1a	A	8,8 (1,8)
9	Хирургические методы могут быть рекомендованы пациентам со структурными изменениями суставов, когда другие методы лечения недостаточно эффективны для облегчения боли. Трапециэктомия следует рассматривать как метод лечения при остеоартрозе базального сустава большого пальца; при поражении межфаланговых суставов может быть рекомендован артродез или артропластика	5	D	9,4 (1,4)
10	Долгосрочное наблюдение за пациентами следует адаптировать к индивидуальным потребностям пациента	5	D	9,5 (1,7)

Примечание: * 1a: систематический обзор РКИ; 1b: индивидуальное РКИ; 2a: систематический обзор когортных исследований; 2b: индивидуальное когортное исследование (включая низкокачественное РКИ; например, <80% наблюдения); 3a: систематический обзор исследований типа «случай-контроль»; 3b: индивидуальное исследование «случай-контроль»; 4: серия случаев (и некачественные когортные и контрольные исследования); 5: экспертное заключение (мнение) без явной критической оценки или основанное на физиологии, стендовых исследованиях или «первых принципах».

† A: на основе последовательных данных уровня 1; B: основано на последовательных доказательствах уровня 2 или 3 или экстраполяции данных уровня 1; C: основано на доказательствах уровня 4 или экстраполяции из доказательства уровня 2 или 3; D: основано на доказательствах уровня 5 или непоследовательных или неокончательных исследованиях любого уровня.

НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ОА — остеоартрит, ОАК — остеоартрит кисти.

квиваются различные поставщики медицинских услуг в сфере первичной и вторичной медицинской помощи, эти рекомендации актуальны не только для ревматологов, но и для семейных врачей, травматологов, хирургов-ортопедов, пластических хирургов, физиотерапевтов, а также реабилитационных врачей. Кроме того, эти рекомендации направлены на информирование пациентов об их заболевании для поддержки принятия общих решений с врачом. Другими целевыми заинтересованными сторонами являются фармацевтическая промышленность и компании медицинского страхования. Отсут-

ствуют доказательства оптимальной систематической реализации, и это было подчеркнуто в программе исследований. Хотя между первым набором рекомендаций и текущим обновлением прошел относительно большой период, ожидается, что следующее обновление рекомендаций может потребоваться раньше, так как данные о менеджменте пациентов с ОАК расширяются. Достижения в исследовании патофизиологии ОАК, а также получение результатов рандомизированных клинических исследований методов лечения увеличивают вероятность поиска новых терапевтических вариантов.

Список использованной литературы

1. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey / J.C. Branco, A.M. Rodrigues, N. Gouveia, et al. // *RMD Open*. — 2016. — Vol. 2. — P. 000166.
2. Michon M. Assessing health-related quality of life in hand osteoarthritis: a literature review / M. Michon, E. Maheu, F. Berenbaum // *Ann. Rheum. Dis.* — 2011. — Vol. 70. — P. 921-8.
3. Health-related quality of life in women with symptomatic hand osteoarthritis: a comparison with rheumatoid arthritis patients, healthy controls, and normative data / B. Slatkowsky-Christensen, P. Mowinckel, J.H. Loge, et al. // *Arthritis Rheum.* — 2007. — Vol. 57. — P. 1404-9.
4. Limitations in daily activities are the major determinant of reduced health-related quality of life in patients with hand osteoarthritis / W.Y. Kwok, T.P. Vliet Vlieland, F.R. Rosendaal, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2011. — Vol. 70. — P. 334-6.
5. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT / W. Zhang, M. Doherty, B.F. Leeb, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2009. — Vol. 68. — P. 8-17.
6. Clinical and radiographic disease course of hand osteoarthritis and determinants of outcome after 6 years / J. Bijsterbosch, I. Watt, I. Meulenbelt, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2011. — Vol. 70. — P. 68-73.
7. EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis: report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT) / W. Zhang, M. Doherty, B.F. Leeb, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2007. — Vol. 66. — P. 377-88.
8. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee / M.C. Hochberg, R.D. Altman, K.T. April, et al. // *Arthritis Care Res.* — 2012. — Vol. 64. — P. 465-74.
9. No evidence for the effectiveness of a multidisciplinary group based treatment program in patients with osteoarthritis of hands on the short term; results of a randomized controlled trial. / M.J. Stukstette, J. Dekker, A.A. den Broeder, et al. // *Osteoarthritis Cartilage*. — 2013. — Vol. 21. — P. 901-10.
10. Joint protection and hand exercises for hand osteoarthritis: an economic evaluation comparing methods for the analysis of factorial trials / R. Oppong, S. Jowett, E. Nicholls, et al. // *Rheumatology*. — 2015. — Vol. 54. — P. 876-83.
11. Hand management osteoarthritis / I. Kjeker, S. Darre, B. Slatkowsky-Christensen, et al. // *Scand. J. Occup. Ther.* — 2013. — Vol. 20. — P. 29-36.
12. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. / J. Chodosh, S.C. Morton, W. Mojica, et al. // *Ann. Intern. Med.* — 2005. — Vol. 143. — P. 427-438.
13. Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis / S. Du, C. Yuan, X. Xiao, et al. // *Patient Educ. Couns.* — 2011. — Vol. 85. — P. 299-310.
14. Research in hand osteoarthritis: time for reappraisal and demand for new strategies. An opinion paper / M. Kloppenburg, T. Stamm, I. Watt, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2007. — Vol. 66. — P. 1157-61.
15. Bone marrow lesions and synovitis on MRI associate with radiographic progression after 2 years in hand osteoarthritis / W. Damman, R. Liu, J.L. Bloem, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2017. — Vol. 76. — P. 214-7.
16. Report from the OMERACT Hand Osteoarthritis Working Group: set of core domains and preliminary set of instruments for use in clinical trials and observational studies / M. Kloppenburg, P. Byesen, A.W. Visser, et al. // *J. Rheumatol.* — 2015. — Vol. 42. — P. 2190-7.
17. Legare F. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice / F. Legare, H.O. Wittman // *Health Aff.* — 2013. — Vol. 32. — P. 276-84.
18. No evidence for the effectiveness of a multidisciplinary group based treatment program in patients with osteoarthritis of hands on the short term; results of a randomized controlled trial. / M.J. Stukstette, J. Dekker, A.A. den Broeder, et al. // *Osteoarthritis Cartilage*. — 2013. — Vol. 21. — P. 901-10.
19. Self-management approaches for osteoarthritis in the hand: a 2A~2 factorial randomised trial / K. Dziedzic, E. Nicholls, S. Hill, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2015. — Vol. 74. — P. 108-18.
20. Exercise for hand osteoarthritis / N. Osteres, I. Kjeker, G. Smedslund, et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2017. — Vol. 1. — P. 010388.
21. The effectiveness and efficacy of splints for thumb base osteoarthritis: a pilot randomized controlled trial / J. Adams, S.B. Boueas, K. Hislop, et al. // *Rheumatology*. — 2014. — Vol. 53. — P. 41-42.
22. The effect of thumb splinting on thenar muscles atrophy, pain, and function in subjects with thumb carpometacarpal joint osteoarthritis / M. Arazpour, M. Soflaei, M. Ahmadi Bani, et al. // *Prosthet. Orthot. Int.* — 2017. — Vol. 41. — P. 379-386.
23. Gomes Carreira A.C. Assessment of the effectiveness of a functional splint for osteoarthritis of the trapeziometacarpal joint on the dominant hand: a randomized controlled study / A.C. Gomes Carreira, A. Jones, J. Natour // *J. Rehabil. Med.* — 2010. — Vol. 42. — P. 469-74.
24. Effects of a soft prefabricated thumb orthosis in carpometacarpal osteoarthritis / M. Hermann, T. Nilsen, C.S. Eriksen, et al. // *Scand. J. Occup. Ther.* — 2014. — Vol. 21. — P. 31-9.
25. Splint for base-of-thumb osteoarthritis: a randomized trial / F. Rannou, J. Dimet, I. Boutron, et al. // *Ann. Intern. Med.* — 2009. — Vol. 150. — P. 661-9.
26. Night-time immobilization of the distal interphalangeal joint reduces pain and extension deformity in hand osteoarthritis / F.E. Watt, D.L. Kennedy, K.E. Carlisle, et al. // *Rheumatology*. — 2014. — Vol. 53. — P. 1142-9.
27. Talke M. Treatment of heberden and bouchard types of finger osteoarthritis. Comparison between local etofenamate and oral indomethacin / M. Talke // *Therapiewoche*. — 1985. — Vol. 35. — P. 3948-54.
28. Topical diclofenac versus oral ibuprofen: A double blind, randomized clinical trial to demonstrate efficacy and tolerability in patients with activated osteoarthritis of the finger joints (Heberden and/or Bouchard arthritis) / J. Zacher, K.J. Burger, L. Farber, et al. // *Aktuelle Rheumatologie*. — 2001. — Vol. 26. — P. 7-14.
29. Diclofenac sodium gel in patients with primary hand osteoarthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial / R.D. Altman, R.L. Dreiser, C.L. Fisher, et al. // *J. Rheumatol.* — 2009. — Vol. 36. — P. 1991-9.
30. Tolerability of topical diclofenac sodium 1% gel for osteoarthritis in seniors and patients with comorbidities / H.S. Baraf, M.S. Gold, R.A. Petruschke, et al. // *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* — 2012. — Vol. 10. — P. 47-60.
31. Relative efficacy and safety of topical non-steroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis: a systematic review and network metaanalysis of randomised controlled trials and observational studies / C. Zeng, J. Wei, M.S. Persson, et al. // *Br. J. Sports Med.* — 2018. — Vol. 52. — P. 642-50.
32. Altman R.D. Topical therapies for osteoarthritis / R.D. Altman, H.R. Barthel // *Drugs*. — 2011. — Vol. 71. — P. 1259-1279.
33. Schnitzer T.J. High strength capsaicin cream for osteoarthritis pain: rapid and rapid efficacy with twice daily dosing / T.J. Schnitzer, M. Posner, I.D. Lawrence // *J. Clin. Rheumatol.* — 1995. — Vol. 1. — P. 268-273.
34. Systematic review of topical capsaicin for the treatment of chronic pain / L. Mason, R.A. Moore, S. Derry, et al. // *BMJ*. — 2004. — Vol. 328. — P. 991.
35. Efficacy of paraffin bath therapy in hand osteoarthritis: a single-blinded randomized controlled trial / B. Dilek, M. Gezüm, E. Şahin, et al. // *Arch. Phys Med. Rehabil.* — 2013. — Vol. 94. — P. 642-9.
36. Clinical study on the effect of infrared radiation of a tiled stove on patients with hand osteoarthritis / L. Stange-Rezende, T.A. Stamm, T. Schiffert, et al. // *Scand. J. Rheumatol.* — 2006. — Vol. 35. — P. 476-80.
37. Aciksoz S. The effect of self-administered superficial local hot and cold application methods on pain, functional status and quality of life in primary knee osteoarthritis patients / S. Aciksoz, A. Akyuz, S. Tunay // *J. Clin. Nurs.* — 2017. — Vol. 26. — P. 5179-90.
38. Ibuprofen 800 mg in the treatment of arthrosis of the fingers or rhizarthrosis / R.L. Dreiser, M. Gersberg, F. Thomas, et al. // *Rev. Rhum. Ed. Fr.* — 1993. — Vol. 60. — P. 836-41.
39. Efficacy and tolerability of lumiracoxib versus placebo in patients with osteoarthritis of the hand / J.K. Grifka, J. Zacher, J.P. Brown, et al. // *Clin. Exp. Rheumatol.* — 2004. — Vol. 22. — P. 589-96.
40. Seiler V. Meclofenamate sodium in the treatment of degenerative joint disease of the hand (Heberden nodes) / V. Seiler // *Arzneimittelforschung*. — 1983. — Vol. 33. — P. 656-9.
41. Wise J. NICE keeps paracetamol in UK guidelines on osteoarthritis / J. Wise // *BMJ*. — 2014. — Vol. 348. — P. 1545.
42. Hydroxychloroquine (HCQ) versus acetaminophen (ACM) versus placebo (PL) in the treatment of nodal osteoarthritis (NOA) of the hands / R. McKendry, C. Thome, M. Weisman, et al. // *J. Rheumatol.* — 2001. — Vol. 28. — P. 1421.
43. Efficacy of glucosamine sulfate (GS) in hand osteoarthritis / S. Patru, I.R. Marcu, A.C. Bighea, et al. // *Osteoporosis Int.* — 2012. — Vol. 23. — P. 169.

44. Rovetta G. Dexametopropfen-trometamol in patients with osteoarthritis of the hands / G. Rovetta, P. Monteforte // *Minerva Ortop. Traumatol.* — 2001. — Vol. 52. — P. 27-30.
45. Comparative effectiveness of pharmacologic interventions for knee osteoarthritis: a systematic review and network meta-analysis / R.R. Bannuru, C.H. Schmid, D.M. Kent, et al. // *Ann. Intern. Med.* — 2015. — Vol. 162. — P. 46-54.
46. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomized placebo controlled trials / G.C. Machado, C.G. Maher, P.H. Ferreira, et al. // *BMJ.* — 2015. — Vol. 350. — P. 1225.
47. Paracetamol: not as safe as we thought? A systematic literature review of observational studies / E. Roberts, V. Delgado Nunes, S. Buckner, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2016. — Vol. 75. — P. 552-9.
48. Symptomatic effects of chondroitin 4 and chondroitin 6 sulfate on hand osteoarthritis: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial at a single center / C. Gabay, C. Medinger-Sadowski, D. Gascon, et al. // *Arthritis Rheum.* — 2011. — Vol. 63. — P. 3383-91.
49. Chondroitin for osteoarthritis / J.A. Singh, S. Noorbaloochi, R. MacDonald, et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2015. — Vol. 1. — P. 005614.
50. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis / S. Wandel, P. Jüni, B. Tendam, et al. // *BMJ.* — 2010. — Vol. 341. — P. 4675.
51. Verbruggen G. Systems to assess the progression of finger joint osteoarthritis and the effects of disease modifying osteoarthritis drugs / G. Verbruggen, S. Goemaere, E.M. Veys // *Clin. Rheumatol.* — 2002. — Vol. 21. — P. 231-43.
52. A two-year study of chondroitin sulfate in erosive osteoarthritis of the hands: behavior of erosions, osteophytes, pain and hand dysfunction / G. Rovetta, P. Monteforte, G. Molletta, V. Balestra // *Drugs Exp. Clin. Res.* — 2004. — Vol. 30. — P. 11-16.
53. Symptomatic effects of chondroitin 4 and chondroitin 6 sulfate on hand trial at a single center / C. Gabay, C. Medinger-Sadowski, D. Gascon, et al. // *Arthritis Rheum.* — 2011. — Vol. 63. — P. 3383-3391.
54. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. / M. Kloppenburg, F.P. Kroon, F.J. Blanco et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2019. — Vol. 78. — P. 16-24.
55. Hyaluronic acid treatment / S. Colen, D. Haverkamp, M. Mulier, M.P. Van Den Bekerom // *BioDrugs.* — 2012. — Vol. 26. — P. 101-112.
56. Hyaluron versus corticosteroid versus placebo for treatment of basal joint arthritis: a prospective, randomized, double-blinded clinical trial / B.E. Heyworth, J.H. Lee, P.D. Kim, et al. // *J. Hand Surg. Am.* — 2008. — Vol. 33. — P. 40-48.
57. Effectiveness of Triamcinolone Hexacetonide Intraarticular Injection in Interphalangeal Joints: A 12-week Randomized Controlled Trial in Patients with Hand Osteoarthritis / N.O. Spolidoro Paschoal, J. Natour, F.S. Machado, et al. // *J. Rheumatol.* — 2015. — Vol. 42. — P. 1869-77.
58. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of low-dose oral prednisolone for treating painful hand osteoarthritis / C.Y. Wenham, E.M. Hensor, A.J. Grainger, et al. // *Rheumatology (Oxford).* — 2012. — Vol. 51. — P. 2286-94.
59. Response of symptoms and synovitis to intramuscular methylprednisolone in osteoarthritis of the hand: an ultrasonographic study / H.I. Keen, R.J. Wakefield, E.M. Hensor, et al. // *Heumatology (Oxford).* — 2010. — Vol. 49. — P. 1093-100.
60. Hydroxychloroquine (HCQ) versus acetaminophen (ACM) versus placebo (PL) in the treatment of nodal osteoarthritis (NOA) of the hands / R. McKendry, C. Thome, M. Weisman, et al. // *J. Rheumatol.* — 2001. — Vol. 28. — P. 1421.
61. Efficacy of hydroxychloroquine in hand osteoarthritis: a randomized, double blind, placebo-controlled trial / W. Lee, L. Ruijgrok, B. Boxma-de Klerk, et al. // *Arthritis Care Res.* — 2017. — Vol. 74. — P. 181-188.
62. Hydroxychloroquine is not effective in reducing symptoms of hand osteoarthritis: Results from a placebo-controlled andomised trial / S.R. Kingsbury, P. Tharmanathan, A. Keding, et al. // *Arthritis Rheumatol.* — 2016. — Vol. 68. — P. 4189-91.
63. A randomised double-blind placebo-controlled crossover trial of HUMira (adalimumab) for erosive hand Osteoarthritis — the HUMOR trial / D. Aitken, L.L. Laslett, F. Pan, et al. // *Osteoarthritis Cartilage.* — 2018. — Vol. 26. — P. 9.
64. Adalimumab in patients with hand osteoarthritis refractory to analgesics and NSAIDs: a randomised, multicentre, doubleblind, placebo-controlled trial / X. Chevalier, P. Ravaud, E. Maheu, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2015. — Vol. 74. — P. 1697-705.
65. OP0095 Randomized, placebocontrolled trial to evaluate clinical efficacy and structure modifying properties of subcutaneous etanercept (ETN) in patients with erosive inflammatory hand osteoarthritis (OA) / M. Kloppenburg, R. Ramonda, W.Y. Kwok, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2016. — Vol. 75. — P. 90.
66. A phase 2a, placebo-controlled, randomized study of ABT-981, an anti-interleukin-1alpha and -1beta dual variable domain immunoglobulin, to treat Erosive Hand Osteoarthritis (EHOA) / M. Kloppenburg, C. Peterfy, I. Haugen, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2017. — Vol. 76. — P. 122.
67. Efficacy and safety of a novel synergistic drug candidate, CRx-102, in hand osteoarthritis / T.K. Kvien, E. Fjeld, B. Slatkowsky-Christensen, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2008. — Vol. 67. — P. 942.
68. Surgery for thumb (trapeziometacarpal joint) osteoarthritis / A. Wajon, T. Vinycomb, E. Carr, et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2015. — Vol. 2. — P. 004631.
69. Synovitis and radiographic progression in non-erosive and erosive hand osteoarthritis: is erosive hand osteoarthritis a separate inflammatory phenotype? / I.K. Haugen, A. Mathiessen, B. Slatkowsky-Christensen, et al. // *Osteoarthritis Cartilage.* — 2016. — Vol. 24. — P. 647-54.
70. Erosive hand osteoarthritis: its prevalence and clinical impact in the general population and symptomatic hand osteoarthritis / W.Y. Kwok, M. Kloppenburg, F.R. Rosendaal, et al. // *Ann. Rheum. Dis.* — 2011. — Vol. 70. — P. 1238-42.

Надійшла до редакції 29.07.2019 р.

THE MAIN LESSONS AND CONCLUSIONS OF THE 2018 EULAR RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HAND OSTEOARTHRITIS

I.Yu. Golovach, Ye.D. Yehudina

Abstract

Hand osteoarthritis (OAH) is a common disease, however, the number of clinical trials on OAH is limited, and therefore recommendations for the management of patients with OAH are based more on expert opinion than on evidence. However, this «forgotten» disease in the past has attracted increasing attention; a number of high-quality clinical trials have been performed or are continuing over the past few years. EULAR experts conducted a systematic review of the literature published to date on the OAH, collected evidence on non-pharmacological, pharmacological and surgical treatment options for OAH and released updated recommendations in 2018. Five basic principles and 10 recommendations are proposed. The basic principles cover treatment objectives, information provision, individualized treatment, cooperative decision making and the necessity to consider interdisciplinary and multimodal treatment approaches. The 1-3th guideline recommendations cover various non-pharmacological treatment options (training, assistive rehabilitation devices, exercises and orthoses). The 4-8th recommendations describe the role of various pharmacological treatments, including topical treatment, which is preferable to systemic, topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), being first-line drug of choice, oral analgesics (especially NSAIDs, which should be prescribed to relieve symptoms for a limited period of time), chondroitin sulfate (to relieve symptoms), intra-articular glucocorticoids (usually not recommended, but may be considered to reduce the pain of interphalangeal OA), synthetic and biological disease modifying antirheumatic drugs are not recommended. Principles of surgical treatment are described in 9th recommendations. The last 10th recommendation characterizes clinical follow-up of patients with OAH. The presented EULAR recommendations provide up-to-date guidance for the management of patients with OAH, based on expert opinion and research data. Further qualitative studies are needed on the role of anti-inflammatory drugs, such as corticosteroids, symptomatic slow-acting drugs and biological agents, since at present the data on their effectiveness are controversial, and further studies are underway to evaluate osteoarthritis modifying drugs.

Keywords: osteoarthritis, hand, interphalangeal joints, thumb base, erosive osteoarthritis, inflammation, pain, function, non-pharmacological treatment, pharmacological treatment, recommendations, EULAR.