

## Принципи та результати консервативного лікування ризартрозу

Тимошенко С.В. <sup>✉</sup>

**Реферат.** Значна розповсюдженість ризартрозу і великий арсенал засобів консервативного лікування вимагає кількісного визначення його ефективності. **Мета:** Кількісно оцінити ефективність комплексу заходів консервативного лікування артрозу зап'ястно-п'ястного суглоба великого пальця кисті. **Матеріали і методи.** Проведена оцінка результатів консервативного лікування 270 пацієнтів з ризартрозом, серед них 224 жінки та 36 чоловіків, середній вік яких становив 59 років (діапазон 36–84; IQR 12 років). Комплекс лікування включав модифікацію навантажень, ортезування, прийом НПЗП, хондропротекторів, фізіотерапію та спеціалізовану ЛФК. Оцінювались показники qDASH в динаміці та рівень повернення пацієнтів до хірургічного лікування після курсу консервативного лікування в залежності від стадії ризартрозу за Ітоном – Літтлером. **Результати.** Консервативне лікування дозволяє знизити рівень недієздатності верхньої кінцівки для першої стадії на 7 (діапазон 4,5-9,1) IQR 4 балів qDASH; другої стадії 6,8 (діапазон 0 – 9,1) IQR 4,6; для третьої стадії 5,7 (діапазон 4,5-13,7) IQR 4,6; і для четвертої стадії 6,9 (діапазон 4,5-11) IQR 4,6 балів. Високі залишкові показники недієздатності кінцівки мали 52 пацієнти (19%), і, відповідно, потребували хірургічного лікування. Таким чином, призначення хірургічного лікування лише після курсу комплексного консервативного лікування демонструє високу ефективність такого підходу.

**Ключові слова:** ризартроз, консервативне лікування, стадії

### Вступ

Деформуючий остеоартроз суглобів кисті, зокрема зап'ястно-п'ястного суглоба великого пальця кисті (ризартроз), за зведеними статистичними даними посідає третє місце за поширеністю в загальній популяції, поступаючись гонартрозу та коксартрозу. На сьогодні існує значна різноманітність як консервативних, так і хірургічних методів лікування цього захворювання.

Через великий спектр лікувальних підходів потребує уточнення роль і місце іммобілізації суглобів великого пальця [1], застосування нестероїдних протизапальних засобів (НПЗП) [2], різних хондропротекторів [3], фізіотерапевтичних методів [4], спеціальної лікувальної фізкультури [5] та модифікації функціональних навантажень [6].

Значна поширеність ризартрозу та наявність великого арсеналу засобів консервативного лікування зумовлюють необхідність кількісної оцінки їх ефективності, оскільки наразі остаточно не визначено пріоритетність консервативного чи хірургічного

лікування пацієнтів з первинним зверненням залежно від стадії захворювання [7]. Тривають дискусії щодо ефективності як різних методів, компонентів консервативного лікування, так і їх комбінацій [1,3,5].

Клінічне значення чотириступеневої класифікації ризартрозу за Ітоном – Літтлером (Eaton – Littler), що ґрунтується на рентгенологічних ознаках [8], потребує подальшого уточнення, насамперед у контексті вибору тактики лікування залежно від стадії захворювання, що й надалі залишається предметом активних наукових дискусій [6,7].

Відомо, що навіть виражені клінічні прояви на фоні дегенеративних змін у зап'ястно-п'ястному суглобі великого пальця кисті, які відповідають III–IV стадіям артрозу, можуть демонструвати позитивну відповідь на консервативне лікування, зумовлюючи суттєве суб'єктивне покращення. Водночас нерідко спостерігаються випадки недостатньої ефективності комплексної консервативної терапії у пацієнтів з I–II стадіями захворювання, що стимулює хворих до вибору хірургічного втручання.

Це дещо змінює сталу ортопедичну парадигму формування показань до хірургічного лікування,

✉ Тимошенко С.В., [setym@ukr.net](mailto:setym@ukr.net)

<sup>1</sup>ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ, Україна

яке ґрунтується на ступені клініко-рентгенологічних змін, що і зумовлює науковий інтерес, з якого випливає мета нашого дослідження.

**Мета:** Кількісно оцінити ефективність комплексу заходів з консервативного лікування артрозу зап'ястно-п'ястного суглоба великого пальця кисті, в тому числі в залежності від стадії захворювання.

## Матеріали і методи

За первинної консультацією з діагнозом первинний ідіопатичний ризартроз звернулись 270 пацієнтів – 224 жінки та 36 чоловіків, середній вік – 59 років (діапазон 36–84; IQR 12 років) У таблиці наведено розподіл пацієнтів за класифікацією Ітона – Літтлера, які в процесі діагностики та лікування з'явилися на повторний огляд та тих пацієнтів, які врешті потребували хірургічного лікування ризартрозу (таблиця 1).

Під час первинного огляду всім пацієнтам було призначено комплекс консервативного лікування, який включав низку обов'язкових компонентів, що мають опубліковану доказову базу ефективності при лікуванні ризартрозу. **Модифікація навантажень** передбачала надання пацієнтам ілюстрованих рекомендацій щодо уникнення типових провокативних дій, насамперед силових опозиційних та «ключових» захватів (відкривання банок і пляшок зі щільно закритими гвинтовими кришками). Також рекомендувалося використання спеціалізованих допоміжних пристроїв, а також інструментів і побутових предметів із ширшими або модифікованими рукоятками. Для **ортезування** пацієнти застосовували спеціалізований індивідуально виготовлений (рис. 1а) або серійний ортез, який стабілізував зап'ястно-п'ястний та частково п'ястно-фаланговий суглоби великого пальця кисті без обмеження функції кистьового та міжфалангового суглобів. Ортез призначався для постійного використання протягом 3–4 тижнів, за винятком часу гігієни рук та фізіотерапевтичних процедур.

У подальшому його застосування рекомендувалося лише у разі рецидиву больового синдрому, або при підвищених функціональних навантаженнях. **Нестероїдні протизапальні засоби** призначалися місцево у формі мазей тричі на добу на ділянку зап'ястка, кисті та нижню третину передпліччя протягом трьох тижнів. **Фізіотерапевтичне лікування** включало комбіноване застосування фонофорезу з гідрокортизоном та магнітолазерної терапії (по 10 сеансів), а також теплові процедури. **Хондропротекторна терапія** проводилася із застосуванням хондроїтину сульфату натрію у дозі 500 мг двічі на добу протягом трьох місяців. **Лікувальна фізкультура** спеціально адаптована для пацієнтів із ризартрозом, включала спеціальні вправи (рис. 1б), спрямовані на зміцнення першого тильного міжкісткового м'яза, який є активним стабілізатором зап'ястно-п'ястного суглоба великого пальця кисті. Локальні ін'єкції в структури суглоба у даної групи пацієнтів не застосовувалися.

Пацієнтам призначався повторний огляд через 3 місяці після первинного огляду на початку лікування з повторним тестуванням за шкалою qDASH у прямому українському перекладі.

На повторний огляд звернулась лише частина пацієнтів (див. таблицю 1), як правило із залишковими скаргами на стан кисті того чи іншого рівня. Серед них і хворі, які у подальшому звернулись до хірургічного лікування, можливість якого окреслювалась ще на первинній консультації.

Ефективність консервативного лікування оцінювалась за динамікою показників недієздатності верхньої кінцівки за шкалою qDASH [9] та чисельністю повторних звернень пацієнтів для хірургічного лікування.

## Результати

Результати консервативного лікування пацієнтів, які звернулись на повторний огляд з ризартрозом різної стадії за класифікацією Ітона – Літтлера

Таблиця №1

### Кількісний розподіл пацієнтів дослідження за стадіями, які в процесі лікування з'явилися на повторний огляд, та які врешті потребували хірургічного лікування ризартрозу

	Пацієнти/ кількість та %	1 стадія	2 стадія	3 стадія	4 стадія
<b>Первинний огляд</b> кількість	270(100%)	21	65	117	67
<b>Повторний огляд</b> кількість та % від первинного звернення	101(37%)	4(33%)	29(44%)	44(38%)	24(36%)
<b>Хірургічне лікування;</b> кількість та % від первинного звернення	52 (19%)	0(0%)	9(14%)	24 (21%)	19(28%)



**Рис. 1.** А. Спеціалізований кастомний ортез  
 Б. Лікувальна фізкультура передбачала вправи, скеровані на зміцнення першого тильного міжкісткового м'яза

представлені в таблиці 2. Переважній частині пацієнтів комплексне консервативне лікування приносило значне, а іноді й суттєве покращення.

У групах пацієнтів, стратифікованих за стадіями ризартрозу, динаміка функціональної недієздатності верхньої кінцівки за шкалою qDASH статистично достовірно не відрізнялася ( $p \geq 0,05$ ) ані від показників, розрахованих для всієї вибірки, ані між окремими групами.

Високі залишкові показники функціональної недієздатності верхньої кінцівки після консервативного лікування відзначено у 52 пацієнтів (19% від числа осіб з первинним зверненням), що зумовило необхідність подальшого хірургічного лікування. У більшості випадків оперативне втручання виконувалося в обсязі трапезектомії з пластиком зв'язкового апарату суглоба за одним із загальноприйнятих методів. У поодиноких випадках у пацієнтів, зайнятих тяжкою фізичною працею, застосовувався артрорез зап'ястно-п'ястного суглоба великого пальця кисті.

Пацієнти з I стадією ризартрозу хірургічному лікуванню не підлягали. У групі з II стадією оперативне лікування знадобилося 9 пацієнтам (14%), при III стадії – 24 пацієнтам (21%), а при IV стадії – 19 пацієнтам (28%).

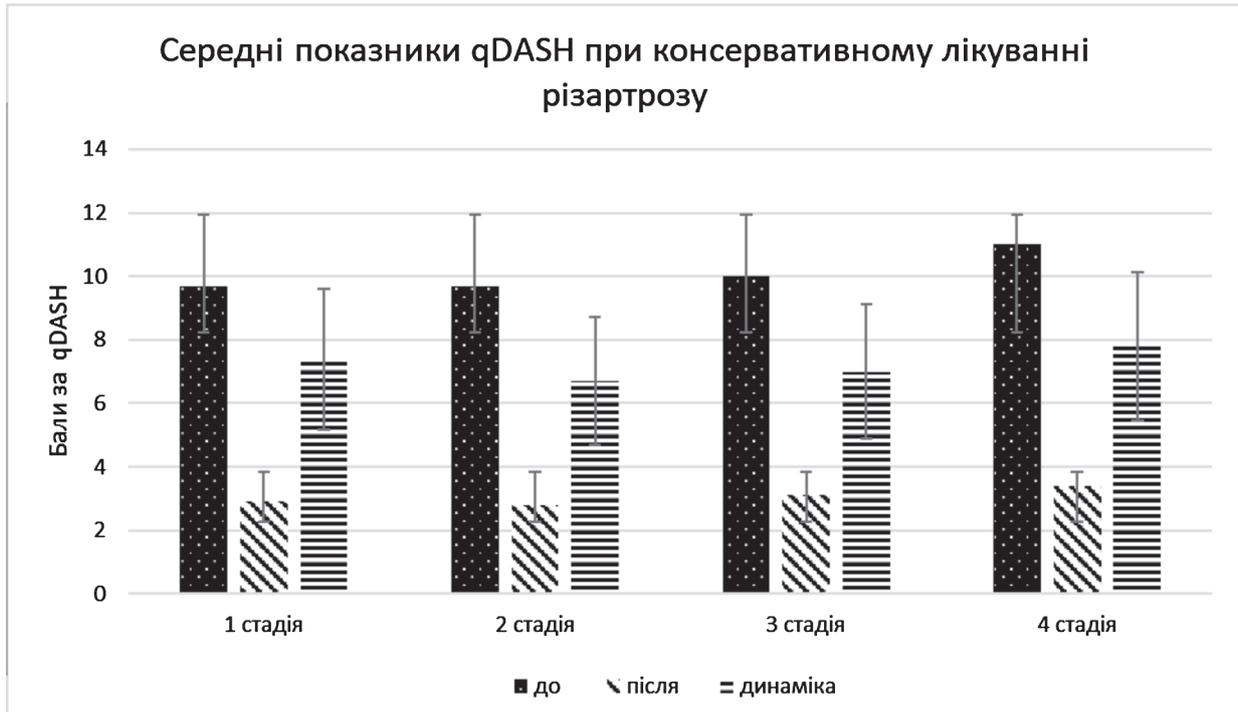
Окрім показників медіани, діапазону та міжквартильного розмаху (IQR), були також обчислені середні значення балів функціональної недієздатності за шкалою qDASH до та після консервативного лікування, а також оцінена їх динаміка, що представлено у вигляді порівняльної гістограми на **рисунку 2**.

Наочно встановлено, що ані за абсолютними показниками функціональної недієздатності верхньої кінцівки до та після проведення комплексного консервативного лікування, ані за показниками їх динаміки в межах середнього стандартного відхилення, статистично значущих відмінностей між групами пацієнтів, стратифікованими за стадіями ризартрозу, не виявлено.

Таблиця №2

**Результати консервативного лікування пацієнтів, які звернулись на повторний огляд з ризартрозом різної стадії за класифікацією Ітона – Літлера**

Стадії	До лікування Бали за qDASH	Після лікування Бали за qDASH	Динаміка Бали за qDASH
1 стадія медіана (діапазон) IQR	9,1 (6,8-13,6) 6,3	2,3 (0-4,5) 3,4	7 (4,5-9,1) 4
2 стадія медіана (діапазон) IQR	11,4 (6,8-13,6) 4,6	2,3 (2,3-6,8) 2,2	6,8 (0-9,1) 4,6
3 стадія медіана (діапазон) IQR	11,4 (6,8-18,2) 5,7	3,4 (2,3-4,5) 2,2	5,7 (4,5-13,7) 4,6
4 стадія медіана (діапазон) IQR	12,5 (6,8-18,2) 6,8	3,4 (2,3-6,8) 2,2	6,9 (4,5-11) 4,6
Всі стадії медіана (діапазон) IQR	11,4 (6,8-18,2) 6,8	2,3 (0-6,8) 2,2	8 (0-15,9) 4,6



**Рис. 2.** Середні показники балів неіездатності за qDASH, до консервативного лікування, після нього та динаміка показників

## Обговорення

Отримані результати свідчать про доцільність тактики призначення хірургічного лікування виключно після завершення повного курсу комплексної консервативної терапії. Такий підхід демонструє високу клінічну ефективність, оскільки у значної частини пацієнтів досягається істотне зменшення основних клінічних проявів різартрозу без необхідності оперативного втручання.

Після проведення консервативного лікування у більшості пацієнтів відзначалося зниження інтенсивності больового синдрому, покращення функціональної спроможності кисті та зростання сили основних типів захватів. Важливим механізмом такого покращення, імовірно, є редукція набряково-анталгічного компонента ураження, що у свою чергу, сприяє збільшенню амплітуди рухів у зап'ястно-п'ястному суглобі великого пальця кисті. Ці клінічні зміни закономірно відображалися у зниженні кількісних показників функціональної неіездатності верхньої кінцівки за шкалою qDASH.

Особливу увагу привертає відносна однорідність показників функціональної неіездатності як при первинному, так і при повторному зверненні пацієнтів, незалежно від рентгенологічної стадії захворювання. Така закономірність пояснюється суб'єктивними особливостями перебігу різартрозу: пацієнти, як правило, звертаються за медичною

допомогою лише після досягнення певного «порогового» рівня болю, функціональних обмежень та зниження якості життя, незалежно від ступеня структурних змін у суглобі.

З іншого боку, отримані дані можуть свідчити про обмежену кореляцію між клінічною симптоматикою та стадійною класифікацією різартрозу за Ітоном – Літлером, яка ґрунтується переважно на рентгенологічних ознаках дегенеративно-дистрофічних змін у зап'ястно-п'ястному суглобі великого пальця кисті. Це узгоджується з даними літератури, які вказують на те, що вираженість больового синдрому та функціональних порушень не завжди прямо відповідає ступеню рентгенологічних змін [5,6,7].

Ймовірно, вагому роль у клінічній декомпенсації різартрозу відіграють запальні компоненти, зокрема синовіт та капсуліт, які можуть виникати або загострюватися внаслідок гострого перевантаження, мікротравматизації чи додаткової травми суглоба. Такі процеси здатні суттєво погіршувати функцію та посилювати больовий синдром незалежно від стадії структурних змін, зафіксованих рентгенологічно.

У сукупності наведені спостереження підтверджують необхідність комплексної клініко-функціональної оцінки пацієнтів із різартрозом, яка повинна включати не лише рентгенологічну стадію захворювання, але й інтенсивність больового синдрому, функціональні обмеження, наявність запальних проявів та індивідуальні вимоги до

функції кисті. Саме такий підхід дозволяє обґрунтовано визначати показання до хірургічного лікування та уникати передчасних оперативних втручань.

**Обмеження дослідження.** Дослідження має низку обмежень, зокрема одноцентровий та ретроспективний дизайн, що може впливати на узагальненість отриманих результатів. У межах дослідження не проводилася об'єктивна оцінка амплітуди рухів та сили захватів кисті. Відтак аналіз ефективності лікування ґрунтувався переважно на суб'єктивній, хоча й валідованій, шкалі qDASH. Подальші проспективні багатоцентрові дослідження з використанням об'єктивних функціональних показників є доцільними.

**Конфлікт інтересів** – відсутній.

## Висновки

1. Консервативне комплексне консервативне лікування показало свою високу ефективність для всіх стадій ризартрозу у межах зменшення недієздатності кінцівки на медіана 8 (діапазон 0-15,9) IQR 4,6 балів за qDASH.

2. За показниками динаміка функціональних показників та остаточні результати комплексного консервативного лікування суттєво не відрізнялись по між собою у пацієнтів з різними стадіями ризартрозу за Ітоном – Літлером.

3. Високі залишкові показники недієздатності кінцівки після комплексного консервативного лікування мали 52 пацієнта (19%), і, відповідно, потребували хірургічного втручання. Таким чином призначення хірургічного лікування лише після курсу комплексного консервативного лікування демонструє високу ефективність такого підходу.

## References

1. Wells A, Sangiacomo F, Brown L, Hollins N. The effectiveness of orthoses as a conservative treatment in treating carpometacarpal joint osteoarthritis: a systematic review. *Med Res Arch.* 2024;12(4):5176. doi:10.18103/mra.v12i4.5176.
2. Mi H, Oh C, Towheed T. Systematic review of non-surgical therapies for osteoarthritis of the hand. *Eur J Rheumatol.* 2024;11(Suppl 1):S53-S67. DOI: 10.5152/eurjrheum.2023.21197
3. Fuggle N, Bere N, Bruyère O, Rannou F, Uebelhart D, Veronese N, et al. Management of hand osteoarthritis: from an US evidence-based medicine guideline to a European patient-centric approach. *Aging Clin Exp Res.* 2022;34(9):1985–1995. doi:10.1007/s40520-022-02176-y.
4. Jeevrajani JM, Sheth M. Physiotherapeutic approaches in thumb carpometacarpal joint arthritis for pain, function, and grip strength. *J Integr Health Sci.* 2023;11(2):89-91. doi:10.4103/jihs.jihs\_38\_23.
5. Karanasios S, Mertyri D, Karydis F, Gioftsos G. Exercise-based interventions are effective in the management of patients with thumb carpometacarpal osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Healthcare (Basel).* 2024;12(8):823. doi:10.3390/healthcare12080823.
6. Leigheb M, Artiles-Sánchez J, Alonso-Perez JL, Sosa-Reina MD, Valdes K, Villafañe JH. An update of the effectiveness of conservative interventions on function in patients with thumb carpometacarpal osteoarthritis: a systematic review. *Minerva Orthop.* 2024;75(3):233-242. doi:10.23736/S2784-8469.24.04423-7.
7. Tsehaie J, Porsius JT, Rizopoulos D, Slijper HP, Feitz R, Hovius SER, et al. Response to conservative treatment for thumb carpometacarpal osteoarthritis is associated with conversion to surgery: a prospective cohort study. *Phys Ther.* 2019;99(5):570–576. doi:10.1093/ptj/pzz009.
8. Eaton RG, Littler JW. Ligament reconstruction for the painful thumb carpometacarpal joint. *J Bone Joint Surg Am.* 1973;55(8):1655–1666. doi:10.2106/00004623-197355080-00002 (як приклад першоджерела класичної класифікації).
9. Gummesson C, Ward MM, Atroshi I. The shortened Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire (Quick-DASH): validity and reliability based on responses within the full-length DASH. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006;7:44. doi:10.1186/1471-2474-7-44.

## Principles and Outcomes of Conservative Treatment for Thumb Carpometacarpal Osteoarthritis

Tymoshenko S.V.<sup>1</sup>✉

<sup>1</sup>SI «Institute of Traumatology and Orthopedics of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Summary.** The high prevalence of thumb carpometacarpal (CMC) osteoarthritis and the wide range of available conservative treatment options highlight the need for quantitative assessment of their effectiveness. **Objective.** This study aimed to quantitatively evaluate the effectiveness of a multimodal conservative treatment program for thumb CMC osteoarthritis. **Materials and Methods.** The outcomes of conservative treatment were evaluated in 270 patients with thumb CMC osteoarthritis (224 females and 36 males; median age 59 years, range 36–84, IQR 12). The treatment program included load modification, orthosis use, NSAIDs, physiotherapy, chondroprotective agents, and targeted therapeutic exercises. Changes in qDASH scores over time were

assessed, as well as the rate of subsequent conversion to surgical treatment depending on the Eaton–Little stage. **c** Conservative treatment resulted in a reduction in upper-limb disability across all stages of the disease. In patients with stage I, median improvement in qDASH score was 7 points (range 4.5–9.1), with an interquartile range (IQR) of 4 points. For stage II, median improvement was 6.8 points (range 0–9.1), with an IQR of 4.6. Stage III demonstrated 5.7 points (range 4.5–13.7), with an IQR of 4.6, while stage IV showed 6.9 points (range 4.5–11), with an IQR of 4.6. High residual disability persisted in 52 patients (19%), requiring surgical intervention. Thus, initiating surgical treatment only after completing a structured conservative program demonstrates high effectiveness of this staged approach.

**Key words:** thumb CMC osteoarthritis; conservative treatment; Eaton–Little stages.