

Лікування пацієнтів з остеоартрозом колінних, кульшових та кистьових суглобів

Остеоартроз (ОА) – найпоширеніша форма артриту, яка вражає понад 300 млн людей у всьому світі та є провідною причиною інвалідності серед літніх осіб. ОА супроводжується деградацією хряща, ремоделюванням кісток, утворенням остеофітів та запаленням синовіальної оболонки, що призводить до розвитку болю, ригідності, набрякlostі та порушення функції суглоба. Від ОА найчастіше страждають суглоби кінцівок, а терапія недуги передбачає застосування медикаментозних та немедикаментозних стратегій, часто в комбінації. Американська колегія ревматології (ACR) та Фонд боротьби з артритом (AF) 2019 р. розробили рекомендації щодо комплексного лікування ОА кистьових, кульшових та колінних суглобів на підставі оновлених даних доказової медицини. Настанова містить положення, що мають допомогти лікарям та пацієнтам обирати оптимальні серед доступних нині методів терапії. Представляємо до вашої уваги огляд рекомендацій з акцентом на медикаментозному лікуванні.

МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ

Рекомендації ACR/AF (2019) щодо лікування ОА ґрунтуються на найкращих доступних доказах користі, безпеки та переносимості фізичних, освітніх, поведінкових, психосоціальних, психосоматичних та фармакологічних стратегій. Також під час роботи над документом брали до уваги консенсусне судження клінічних експертів. При розробці настанови автори спиралися на систему оцінки доказовості та сили клінічних даних (GRADE). Відповідно до неї рекомендація може підтримувати чи не підтримувати зазначене втручання і бути настійною або умовною (Guyatt et al., 2008). В основу рекомендацій 2019 р. покладений систематичний огляд даних рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), виконаний авторами S.L. Kolasinski et al., на відміну від документа 2012 р., що базувався на результатах метааналізів інших науковців (Hochberg et al., 2012). До оновлених настанов включені систематичні огляди незалежних дослідників, що містять важливу додаткову інформацію, наприклад, щодо віддалених несприятливих подій, які не можна зафіксувати у короткочасних РКД.

Автори проводили пошук англomовних публікацій, які вийшли до серпня 2018 р. Загалом над створенням настанов працювали: керівна група, що контролювала та координувала проєкт на основі принципів PICO (популяція, втручання, порівняння, наслідки); команда, яка займалася оглядом джерел літератури та узагальненням даних; експертна колегія, що брала участь у формуванні клінічних питань; консенсусна група (лікарі-ревматологи, терапевти, фізіотерапевти, фахівці з трудотерапії та пацієнти), яка оцінювала переваги та недоліки доступних лікувальних тактик; окрема незалежна група пацієнтів.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Комплексний підхід до ведення осіб з ОА може включати освітні, поведінкові, психосоціальні, фізичні, психологічні та фармакологічні методи лікування (топічна, пероральна форма препаратів, внутрішньосуглобові засоби). Певні терапевтичні аспекти підходять для всіх хворих на ОА для контролю симптомів. В окремих пацієнтів з цією метою може бути достатньо застосування однієї з зазначених стратегій, інші ж потребуватимуть використання низки методів послідовно або в комбінації, що є суто індивідуальним.

Деякі рекомендації стосуються конкретного суглоба, наприклад кульшового, колінного, над-колінно-стегнового, зап'ястно-п'ястного суглоба (ЗПС) великого пальця, або окремої групи пацієнтів (наприклад, з ерозивним ОА). Алгоритм комплексного підходу до ведення осіб з ОА наведено на рисунку 1 на основі сили рекомендацій. На рисунку 2 узагальнено лікувальні тактики, які призначати недоцільно.

Автори зауважують, що при прийнятті рішень стосовно лікування клініцист має враховувати індивідуальні характеристики, клінічний стан та побажання пацієнта. Дану настанову призначено для осіб з ОА, які не мають специфічних протипоказань до рекомендованої терапії. Однак у кожному випадку слід оцінювати аспекти, які можуть вплинути на вибір оптимального лікувального підходу:

- наявність супутніх захворювань, таких як артеріальна гіпертензія, серцево-судинні патології, серцева недостатність, ризик шлунково-кишкової кровотечі, хронічна хвороба нирок тощо, які можуть збільшувати ризик виникнення побічних ефектів при використанні певних фармакологічних засобів;

- наявність травм;
- тяжкість захворювання;
- хірургічні втручання в анамнезі;

- доступність медичних послуг (можливість відвідувати медзаклад та суміщати лікування з роботою, вартість терапії, страхове покриття).

Таку оцінку слід проводити до призначення індивідуального режиму терапії. При визначенні фармакологічних методів лікування варто розпочинати із застосування препаратів, що мають найменшу системну токсичність.

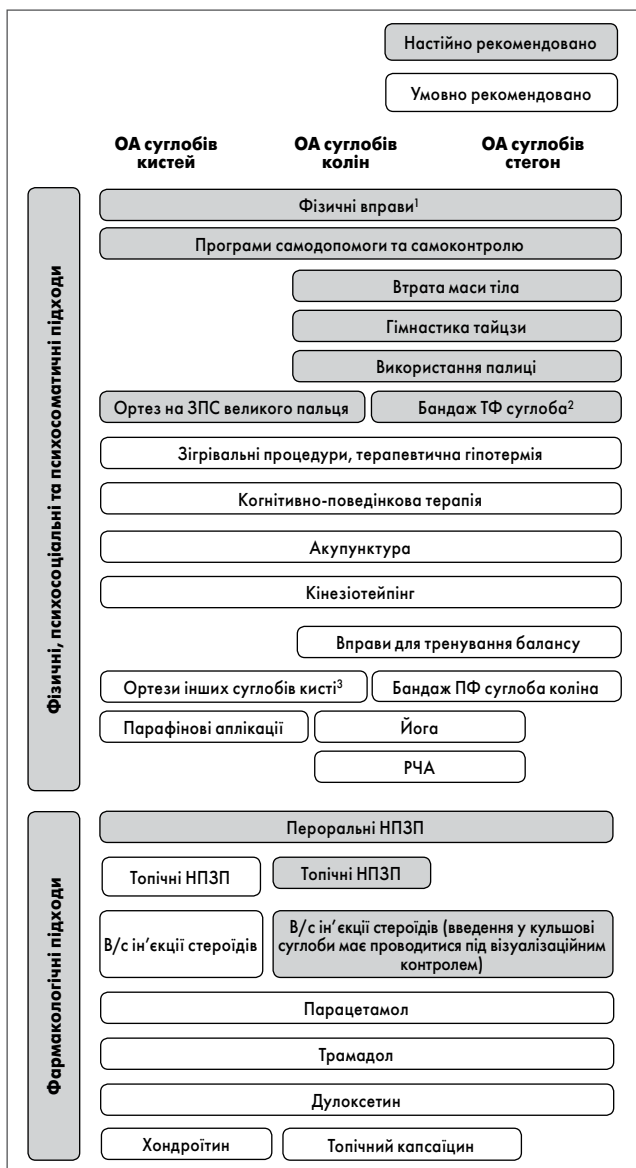


Рис. 1. Рекомендовані методи лікування ОА колінних, кульшових та кистевих суглобів

Примітки: РЧА – радіочастотна абляція; НПЗП – нестероїдні протизапальні препарати; в/с – внутрішньосуглобовий.

¹ Вправи для колінного та кульшового суглобів можуть включати ходьбу, силові навантаження, зміцнення нервово-м'язового апарату та водні вправи; при належному нагляді можливо отримати позитивний результат; ² рекомендації щодо носіння бандажу для колінного суглоба: при ОА тибіофemorального (ТФ) суглоба (настійно рекомендовано), пателофemorального (ПФ) суглоба (умовно рекомендовано); ³ рекомендації щодо носіння ортезу на кисті: неопрезовий або жорсткий орtez на ЗПС великого пальця (настійно рекомендовано), ортези для суглобів кисті, крім ЗПС великого пальця (умовно рекомендовано).

Адаптовано за Kalasinski et al., 2019.

У пацієнтів можуть бути наявні різноманітні додаткові симптоми, пов'язані з болем та функціональними обмеженнями, зумовленими ОА та/або коморбідними захворюваннями. До них належать розлади настрою, як-от депресія і тривога, порушення сну, хронічний генералізований біль, неможливість впоратися із проблемною ситуацією тощо. Заходи, спрямовані на поліпшення настрою та фізичної форми, зменшення стресу, боротьбу з безсонням, корекцію маси тіла, здатні покращити загальне самопочуття та успішність лікування хворого. Як зазначили А.С. Skelly et al. (2018), втручання, користь яких було продемонстровано при терапії хронічного болю, можуть бути дієвими при ОА, навіть якщо дані щодо цієї групи пацієнтів обмежені.

На думку авторів, рекомендації стосовно фізичного, психосоціального та психосоматичного підходів передбачають, що пацієнт додаватиме подібні втручання до стандартного лікування, якщо не вказано інше. Відповідно до настанови, стандартна терапія включає використання безрецептурних пероральних нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) та/або парацетамолу в максимальних рекомендованих дозах або таких, які найліпше переносяться, про що зазвичай свідчать дані клінічних досліджень нефармакологічних методів терапії.

Фармакологічне лікування

Рекомендації щодо медикаментозного лікування у пацієнтів з ОА колінних, кульшових та кистевих суглобів наведені у таблиці.

Застосування топічних НПЗП настійно рекомендоване пацієнтам з ОА колінного суглоба та умовно рекомендоване особам з ОА суглобів кисті

Відповідно до принципу, за яким слід віддавати перевагу лікам із найменшою системною дією, пріоритетним вибором мають бути НПЗП для місцевого використання, а не пероральні форми.

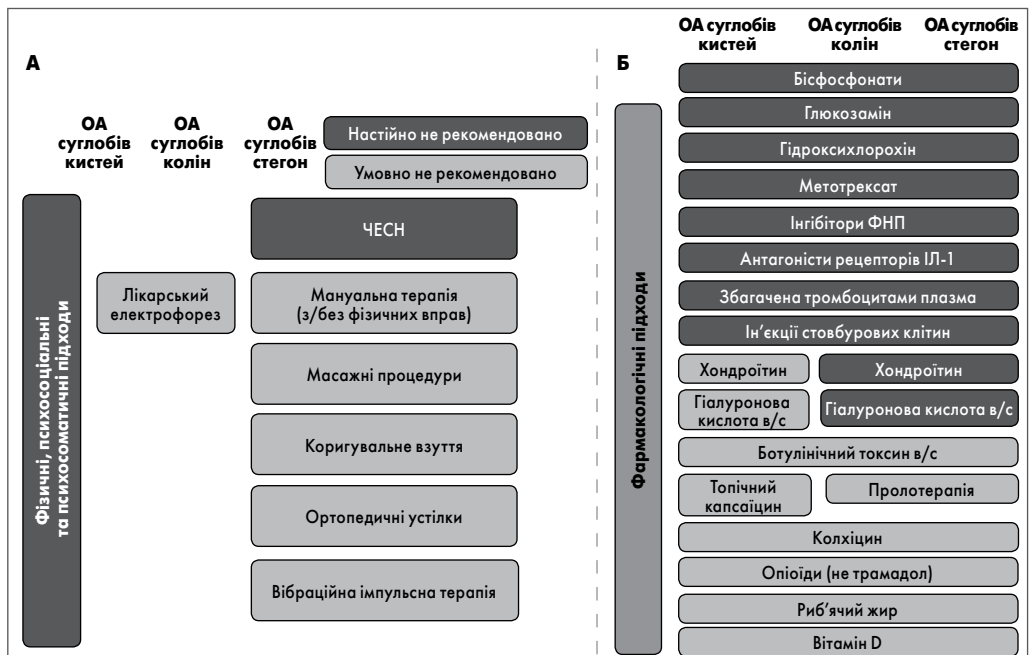


Рис. 2. Нерекондовані методи лікування ОА суглобів колінних, кульшових та кистевих суглобів

Примітки: ЧЕСН – черезшкірна електрична стимуляція нерва; ФНП – фактор некрозу пухлини; ІЛ-1 – інтерлейкін 1; в/с – внутрішньосуглобово.

Адаптовано за Kolasinski et al., 2019.

Через відсутність прямих доказів ефективності призначенню топічних форм НПЗП при ОА суглоба кисті надано умовну рекомендацію. Застосування даних препаратів при ОА кульшового суглоба не вивчали у зв'язку з сумнівною користю, адже він знаходиться досить глибоко відносно поверхні шкіри.

Призначення топічної форми капсаїцину умовно рекомендоване пацієнтам з ОА колінних і кистьових суглобів та умовно не рекомендоване особам з ОА суглобів кисті

Присудження такої сили рекомендації щодо лікування ОА колінного суглоба пов'язане з незначними розмірами ефекту й широкими довірчими інтервалами у доступній літературі. Також автори настанов умовно не рекомендують використовувати топічну форму капсаїцину при ОА кистьових суглобів через брак прямих доказів щодо позитивного результату та підвищений ризик потрапляння препарату в очі.

Таблиця. Рекомендації щодо фармакоterapiї у пацієнтів з ОА колінних, кульшових та кистьових суглобів

Терапевтичні стратегії	Суглоби		
	кистьові	колінні	кульшові
Топічні форми НПЗП			
Топічна форма капсаїцину			
Пероральні НПЗП			
Внутрішньосуглобові ін'єкції глюкокортикоїдів			
Внутрішньосуглобові ін'єкції глюкокортикоїдів під ультразвуковим контролем			
Внутрішньосуглобові ін'єкції глюкокортикоїдів порівняно з іншими ін'єкціями			
Парацетамол			
Дулоксетин			
Трамадол			
Опіоїди (не трамадол)			
Колхіцин			
Риб'ячий жир			
Вітамін D			
Бісфосфонати			
Глюкозамін			
Хондроїтину сульфат			
Гідроксихлорохін			
Метотрексат			
Внутрішньосуглобові ін'єкції гіалуронової кислоти	Зап'ястно-п'ястний суглоб великого пальця		
Внутрішньосуглобові ін'єкції ботулотоксину			
Пролотерапія			
Збагачена тромбоцитами плазма			
Ін'єкції стовбурових клітин			
Біологічні препарати (інгібітори фактора некрозу пухлини, антагоністи рецепторів інтерлейкіну 1)			

Примітки: темно-сірим кольором позначено те, що настійно рекомендовано, сірим – умовно рекомендовано, світло-сірим – умовно не рекомендовано, чорним – настійно не рекомендовано, білим – рекомендацій немає. Адаптовано за Kolasinski et al., 2019.

Стосовно ОА кульшового суглоба, лікарський засіб навряд чи матиме значущу користь, тож його застосування не вивчали (з тієї ж причини, що й топічні форми НПЗП). Даних для надання рекомендацій щодо терапії місцевими препаратами лідокаїну при ОА недостатньо.

Використання пероральних НПЗП настійно рекомендоване пацієнтам з ОА суглобів коліна, стегна та/або кисті

Слід зауважити, що призначення пероральних НПЗП залишається основним принципом фармакотерапії ОА незалежно від анатомічного розташування. Короткочасну ефективність даних ліків встановлено у багатьох випробуваннях. Хоча у цій настанові не розглядаються відносні переваги окремих НПЗП, наявні дані дозволяють припустити, що деякі з них мають сприятливіший профіль безпеки, ніж інші (Chan et al., 2017; Nissen et al., 2016; Solomon et al., 2017). Із метою зниження ризику розвитку побічних ефектів, асоційованих із таким лікуванням, варто застосовувати препарати у найменших ефективних дозах та за можливості якомога менш тривало.

Внутрішньосуглобові ін'єкції глюкокортикоїдів настійно рекомендовано застосовувати пацієнтам із ОА колінних та/або кульшових суглобів та умовно рекомендовано – особам з ОА суглобів кисті

Результати досліджень, присвячених вивченню внутрішньосуглобових ін'єкцій глюкокортикоїдів, показали їхню короткочасну ефективність при ОА колінного суглоба. З огляду на брак доказів щодо використання при ОА кистьових суглобів, такої терапії надано умовну рекомендацію. Крім того, недостатньо даних, щоб віддати перевагу тому чи іншому препарату короткої або тривалої дії, а також застосуванню низьких чи високих доз. Як вважають Т.Е. McAlindon et al. (2017), застосування деяких стероїдів (або певна частота їхніх ін'єкцій) призводить до деградації хряща, але клінічну значущість цього висновку не було підтверджено, тим паче що зміна товщини хряща не асоціювалася з посиленням болю, погіршенням функціонування або іншими рентгенологічними ознаками.

Внутрішньосуглобові ін'єкції глюкокортикоїдів при ОА кульшових суглобів настійно рекомендовано використовувати під контролем ультразвукової візуалізації

Ультразвуковий контроль при введенні ін'єкцій стероїдів забезпечує точну доставку препарату в суглоб, але при ОА колінних та кистьових суглобів у цьому немає потреби. Однак візуальний контроль за допомогою ультразвукового апарата при застосуванні ін'єкцій у кульшові суглоби настійно рекомендований.

Застосування внутрішньосуглобових ін'єкцій саме глюкокортикоїдами, а не іншими препаратами умовно рекомендоване хворим на ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів

Зазвичай при ОА суглобів кінцівок умовно рекомендоване внутрішньосуглобове введення глюкокортикоїдів, а не інших засобів, зокрема препаратів гіалуронової кислоти. Проведено недостатньо прямих порівняльних досліджень, але докази щодо ефективності ін'єкцій глюкокортикоїдів є значно потужнішими, ніж інших препаратів.

Терапія парацетамолом умовно рекомендована пацієнтам з ОА суглобів колін, стегон та/або кистей

За результатами випробувань, розмір ефекту парацетамолу при ОА суглобів колін, стегон та/або кистей несуттєвий, а дані метааналізу свідчать, що монотерапія препаратом може бути недієвою.

Триваліше лікування не є ефективнішим за приймання плацебо для більшості хворих. Тож автори настанови дійшли висновку, що для переважної частки пацієнтів парацетамол не є ефективним. Проте через непереносимість або протипоказання до терапії НПЗП парацетамол може бути корисним для короткочасного та епізодичного застосування. Необхідний регулярний моніторинг гепатотоксичності у хворих, які отримують парацетамол на постійній основі, особливо при рекомендованій максимальній дозі 3 г/добу, розділений на частини.

Лікування дулоксетином умовно рекомендоване хворим на ОА суглобів колін, стегон та/або кистей

Незважаючи на те що ефективність дулоксетину переважно вивчали у пацієнтів з ОА колінних суглобів, найімовірніше, вона є зіставною і щодо ОА кульшових та кистьових суглобів. Для терапії хронічного болю використовували різні лікарські засоби центральної дії (як-от прегабалін, габапентин, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну, трициклічні антидепресанти), проте лише стосовно дулоксетину є належні докази для надання рекомендації щодо застосування при ОА. Однак при спільному прийнятті рішення лікарем та пацієнтом щодо індивідуального лікування мають бути розглянуті усі вищезазначені препарати.

Зважаючи на ефективність цих засобів щодо зменшення болю загалом, їхнє використання може стати прийнятною мішенню для вивчення впливу в осіб з ОА у майбутніх дослідженнях. За наявними даними, дулоксетин корисний при ОА у монотерапії або в поєднанні з НПЗП, однак необхідно контролювати переносимість та побічні реакції, пов'язані з його використанням. Рекомендації щодо ефективності інших препаратів центральної дії у хворих на ОА не сформовано через брак відповідних досліджень.

Застосування трамадолу умовно рекомендоване у пацієнтів з ОА колінного та/або кульшового суглоба

У дослідженні J.W. Busse et al. (2018) було продемонстровано незначний сприятливий ефект полегшення неракового болю при довгостроковому (від 3 місяців до 1 року) лікуванні опіоїдами. Проте за певних обставин застосування трамадолу та інших опіоїдів може бути доцільним при ОА, зокрема, за наявності у хворих протипоказань до НПЗП, неефективності інших терапевтичних підходів або неможливості хірургічних втручань. Визнано як потенційну можливість формування залежності при використанні цих препаратів, так і потребу в них за умови недієвості інших терапевтичних методів. Однак даних РКД щодо використання трамадолу та інших опіоїдів упродовж періоду, що перевищує рік, немає. У клінічних випробуваннях було показано деяку симптоматичну ефективність цих ліків, хоча побоювання відносно можливого розвитку небажаних явищ лишаються.

При розгляданні можливості призначення терапії опіоїдами слід віддавати перевагу трамадолу (умовно рекомендований) перед іншими препаратами даної групи.

Опіоїди (але не трамадол) умовно рекомендовано використовувати в осіб із ОА колінного, кистьового та/або кульшового суглоба з огляду на окремі обставини, особливо за умов, якщо альтернативні варіанти вичерпано

Як зазначалося вище, наявні дані свідчать про незначні переваги тривалої опіоїдної терапії та високий ризик токсичності й формування залежності від цих препаратів. Тож доцільно застосовувати опіоїди в найменших ефективних дозах упродовж якомога коротшого періоду. Це твердження підкріплене даними систематичного огляду та метааналізу, згідно з якими полегшення симптомів під час довгострокової опіоїдної терапії у пацієнтів із нераковим хронічним болем було несуттєвим (Busse et al., 2018).

Застосування колхіцину умовно рекомендоване у пацієнтів з ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів

У двох невеликих дослідженнях колхіцин продемонстрував анальгезивний ефект при ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів, але якість даних була низькою. Крім того, при лікуванні колхіцином можливе виникнення потенційних несприятливих явищ, а також взаємодія з іншими ліками.

Риб'ячий жир умовно рекомендований хворим на ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів

Риб'ячий жир – одна з найпоширеніших харчових добавок (Clarke et al., 2015). Проте лише в одному дослідженні вивчали його можливий ефект при ОА. Отримані дані не виявили ефективності вищої дози риб'ячого жиру порівняно з нижчою.

Вітамін D умовно рекомендовано застосовувати в осіб з ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів

У низці випробувань показано незначний розмір ефекту від лікування осіб з ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів вітаміном D, тоді як в інших – жодного, до того ж об'єднання даних дало нульові результати. У серії досліджень також було отримано обмежені й сумнівні переваги від приймання вітаміну D (Ong et al., 2018; Pilz et al., 2016).

Лікування бісфосфонатами настійно не рекомендоване в осіб із ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів

Результати невеликого дослідження ефективності використання пероральних бісфосфонатів показали ймовірну анальгетичну дію препаратів при ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів. Проте переважна більшість даних не свідчить про зменшення болю або поліпшення функціональних результатів у хворих на ОА при застосуванні цих засобів.

Застосування глюкозаміну настійно не рекомендоване у пацієнтів з ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів

Вплив препаратів глюкозаміну у хворих на ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів вивчали в багатьох випробуваннях. Однак розбіжності опублікованих результатів щодо дієвості лікарських засобів викликали серйозні занепокоєння дослідників (Runhaar et al., 2017; Wandel et al., 2010). Крім того, бракує чіткої біологічної основи розуміння того, як ефективність може варіювати залежно від типу солі глюкозаміну. До того ж результати з найменшою систематичною похибкою не виявили важливих переваг засобу перед плацебо. Якщо у попередній настанові лікування глюкозаміном було умовно рекомендоване, то сила оновлених доказів свідчить про брак дієвості та вищій ефект плацебо. Хоча потенційна токсичність глюкозаміну низька, у деяких пацієнтів, які його приймають, може спостерігатися підвищення рівня глюкози в сироватці крові (Biggee et al., 2007).

Хондроїтину сульфат настійно не рекомендовано застосовувати у пацієнтів із ОА колінного та/або кульшового суглоба, як і комбіновані засоби, що включають глюкозамін та хондроїтину сульфат, але зазвичай умовно рекомендовано особам з ОА суглобів кисти

В одному дослідженні показано анальгетичну ефективність хондроїтину сульфату при ОА кистьових суглобів без ознак шкоди.

Гідроксихлорохін настійно не рекомендовано призначати хворим на ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів

Результати добре спланованих РКД, в яких вивчали вплив гідроксихлорохіну в пацієнтів із ерозивною формою ОА, не продемонстрували ефективності препарату.

Використання метотрексату настійно не рекомендоване в осіб з ОА колінних, кульшових та/або кистьових суглобів

За даними добре спланованих РКД, присвячених вивченню ефекту метотрексату в пацієнтів із ерозивною формою ОА, препарат виявився недієвим.

Внутрішньосуглобові ін'єкції гіалуронової кислоти умовно не рекомендовано застосовувати у пацієнтів із ОА суглобів коліна та/або ЗПС великого пальця і настійно не рекомендовано – в осіб з ОА кульшового суглоба

У попередніх систематичних оглядах повідомлялося про очевидні переваги ін'єкцій гіалуронової кислоти при ОА. Проте в них не було враховано ризику систематичної похибки окремих первинних досліджень. Відповідно до оновлених даних, про користь гіалуронової кислоти при ОА повідомлялося за результатами випробувань із високою імовірністю викривлення результатів. На відміну від цього, метааналіз A.W. Rutjes et al. (2011) показав, що у роботах із низьким ризиком систематичної похибки розмір ефекту ін'єкцій гіалуронової кислоти порівняно з таким фізіологічного розчину наближався до нуля. Проте у клінічній практиці використання ін'єкцій гіалуронової кислоти в пацієнтів з ОА колінного суглоба за неадекватної відповіді на нефармакологічні методи терапії, НПЗП (для місцевого та перорального застосування) та стероїди (внутрішньосуглобово) зумовлює більші переваги, ніж відсутність будь-якого лікування (Zhang, Doherty, 2018). Таким чином, умовну рекомендацію проти використання ін'єкцій гіалуронової кислоти було надано в контексті необхідності спільного прийняття рішення лікарем та хворим. При цьому їм має бути відомо про обмежені докази користі такої терапії, коли інші альтернативи вичерпано або задовільних результатів, пов'язаних із ними, немає.

На противагу, дані щодо відсутності ефекту використання ін'єкцій гіалуронової кислоти при ОА кульшового суглоба є переконливими. Тому автори рекомендацій наполегливо не рекомендують призначення такої терапії.

Внутрішньосуглобові ін'єкції ботулотоксину умовно не рекомендовано застосовувати у пацієнтів з ОА колінних та/або кульшових суглобів

Результати невеликої кількості випробувань, присвячених вивченню внутрішньосуглобового використання ботулінічного токсину при ОА суглобів коліна чи стегна, свідчать про недостатню ефективність препарату. Таке лікування не оцінювали у хворих на ОА кистьових суглобів, відповідно, жодних рекомендацій не надано.

Проліфераційна терапія умовно не рекомендована в осіб з ОА колінних та/або кульшових суглобів

В обмеженій кількості випробувань за участю невеликої вибірки пацієнтів показано незначний розмір ефекту пролотерапії при ОА колінного або кульшового суглоба. Однак у дослідженнях були наявні суттєві розбіжності щодо режимів ін'єкцій, місць введення та препаратів порівняння. До того ж доцільність такого лікування не було оцінено при ОА суглобів кисті, отже, рекомендацій щодо його застосування немає.

ОБГОВОРЕННЯ

У контексті акцентування уваги на медикаментозних стратегіях при ОА в настанові ACR/AF (2019) були надані настійні рекомендації щодо ефективності застосування топічних форм НПЗП при ОА колінного суглоба та пероральних – при ОА кистьових, колінних та/або кульшових суглобів, а також внутрішньосуглобових ін'єкцій глюкокортикоїдів при ОА суглобів коліна та/або стегна. Умовні рекомендації автори надали щодо лікування НПЗП для місцевого застосування, внутрішньосуглобовими ін'єкціями стероїдів та хондроїтином сульфатом (при ОА кистьових суглобів), топічною формою капсаїцину (при ОА суглоба коліна), парацетамолом, дулоксетином і трамаолом. Для деяких пацієнтів із патологією помірного ступеня тяжкості, які потребують призначення фармакотерапії, топічні форми НПЗП є варіантом першого вибору. Для інших хворих, особливо тих, які страждають на ОА кульшового суглоба або поліартикулярні ураження, доцільнішим є застосування пероральних НПЗП. Доцільність використання інших пероральних засобів, зокрема парацетамолу та опіоїдів, надалі вивчатиметься у межах досліджень (Rubin, 2019; Zeng et al., 2019; Leopoldino et al., 2019).

Незважаючи на наявні терапевтичні методи при веденні осіб з ОА, деякі пацієнти можуть не досягти належного контролю симптомів, інші ж мають несприятливі наслідки, пов'язані з їхнім використанням. За цих умов клініцисти повинні обирати лікувальні тактики з найнижчим ризиком шкоди. Щодо тлумачення деяких отриманих доказів точаться суперечки, особливо це стосується застосування глюкозаміну та хондроїтину, а також внутрішньосуглобових ін'єкцій гіалуронової кислоти. Однак процес оновлення рекомендацій дозволяє перевірити актуальні дані літератури та виявити критичні прогалини в доступній інформації щодо найкращої клінічної практики.

Серед обмежень, що могли вплинути на результати, на думку авторів настанови, варто виділити використання результатів короточасних РКД. Адже в них неможливо отримати адекватні прогностичні дані щодо такого складного захворювання, як ОА, за якого патофізіологічні процеси повільно прогресують протягом десятиліть. Окрім того, на формулювання остаточних рекомендацій могли вплинути: систематична похибка, пов'язана з наданням переваги публікаціям із позитивними результатами випробувань перед такими з негативними результатами; неадекватне засліплення та недостатнє забезпечення активними препаратами порівняння та плацебо-альтернативами.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи, автори рекомендацій зазначають, що для надання оптимальної медичної допомоги потрібне застосування комплексного мультимодального підходу до терапії осіб з ОА кистьових, кульшових та/або колінних суглобів у контексті спільного прийняття рішень лікарем і хворим для вибору найбільш безпечного та ефективного лікування. Необхідне подальше проведення якісних клінічних досліджень із метою пошуку й розробки дієвих методів терапії, вдосконалення та індивідуалізації стратегій ведення пацієнтів з ОА. Важливі напрями випробувань мають включати, з-поміж іншого, оцінку належного використання пероральних, топічних та ін'єкційних форм препаратів, зокрема у поєднанні, та вивчення ефективності засобів для профілактики й лікування ОА, яким притаманні нові механізми дії.

Підготувала **Олена Коробка**

Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.onlinelibrary.wiley.com