

*Сарапулова А.В., Теплякова О.В.*

## Эстетические проблемы у женщин с остеоартрозом суставов кистей как реалии клинической практики

ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава РФ, г. Екатеринбург

*Sarapulova A.V., Teplyakova O.V.*

### Aesthetic problems in women with hand osteoarthritis as the realities of clinical practice

#### Резюме

Введение: остеоартроз (ОА) – одна из наиболее частых причин болей в кистях, приводящая к снижению качества жизни, в том числе из-за развития у пациентов эстетической неудовлетворённости. Цель: оценить уровень эстетического дискомфорта у пациентов с остеоартрозом суставов кистей и возможные взаимосвязи с другими клиническими проявлениями. Материалы и методы: 75 женщин 45-75 лет с остеоартрозом суставов кистей обследованы с подсчётом числа болезненных и деформированных суставов и оценкой функции с помощью опросника AUSCAN. Далее они заполняли анкету с вопросами об уровне их неудовлетворённости внешним видом кистей и стресс-тест Эллиса. Результаты: у пациенток с остеоартрозом кистей выявлен значительный уровень эстетического дискомфорта, сопоставимый с уровнем боли в суставах. Наиболее выраженной была боязнь деформации в будущем и внешнее неудобство из-за деформации кистей; наименее выраженной – желание хирургической коррекции. При этом изменения превалировали у более молодых пациенток. Значимой связи между уровнем эстетического дискомфорта и выраженностью боли и нарушением функции не выявлено. Заключение: эстетический дискомфорт – значимая составляющая сниженного качества жизни у пациенток с остеоартрозом кистей.

**Ключевые слова:** остеоартроз суставов кистей, качество жизни, эстетический дискомфорт

#### Summary

Background: osteoarthritis (OA) is one of the most common causes of pain in the hands, resulting in poor health-related quality of life (HRQoL) also due to the development of aesthetic dissatisfaction. Objectives: To evaluate the level of aesthetic discomfort in patients with hand osteoarthritis (HOA) and its possible correlations with clinical manifestations. Materials and Methods: 75 women 45-75 years with HOA were examined in terms of number of painful and nodulus joints and evaluating functions using a questionnaire AUSCAN (Australian/Canadian Osteoarthritis Hand Index). Next, they filled a standard questionnaire about their level of dissatisfaction with the appearance of the hands and Ellis's stress test. Results: Patients with HOA revealed a significant level of aesthetic discomfort, comparable with the level of pain in the joints. The most pronounced was the fear of deformation in the future and external incommodity because of the hand deformity; less pronounced was the desire to surgical correction. The changes were more pronounced in younger women. We haven't been identified significant relationship between the level of aesthetic discomfort and severity of pain and dysfunction. Conclusion: aesthetic discomfort is a significant component of the reduced HRQoL in patients with HOA.

**Key words:** hand osteoarthritis, health-related quality of life, aesthetic discomfort

#### Введение

Остеоартроз (ОА) суставов кистей – одна из наиболее частых патологий, встречающихся в популяции. По данным исследований поражение кистей наблюдается у 55-70% людей старше 55 лет с распределением по полу 10:1 в пользу женщин [1]. Возраст начала заболевания может составлять 40-45 лет, что ведёт к значительному ограничению трудоспособности и экономическим потерям. Обычно ОА суставов кистей носит множественный характер: поражаются дистальные и проксимальные меж-

фаланговые суставы (ДМФС и ПМФС), карпometакarpальный (КМК) и 1 пястнофаланговый сустав (1ПМФС).

По современным представлениям ОА – это комплексное дегенеративное поражение хряща и субхондральной кости в сочетании с синовиальным воспалением [2,3]. Его провоцирующими факторами могут быть механический стресс, биохимические и генетические факторы, результатом действия которых является локальное повреждение суставного хряща, сопровождающееся ремоделированием субхондральной кости с ее

гипертрофической реакцией (склероз) либо атрофией (субхондральные кисты), а также образованием новой костной формации (остеофиты)[4]. В этом процессе участвует множество провоспалительных агентов, таких как металлопротеиназы, провоспалительные цитокины (интерлейкин-1 $\beta$ , фактор некроза опухоли- $\alpha$ , интерлейкин-6), катепсин, окись азота, эйкозаноиды и др. [5]

К наиболее частым жалобам пациентов относится боль, утренняя скованность, функциональная недостаточность и деформация – изменение внешнего вида кистей[6]. Для оценки боли функциональных нарушений существует несколько опросников – HAQ (Health Assessment Questionnaire), AUSCAN (Australian/Canadian Osteoarthritis Hand Index), FHOA (Functional Index of Hand Osteoarthritis), SACRAH (Score for Assessment and Quantification of Chronic Rheumatoid Affections of the Hands), AIMS-2SF (Arthritis Impact Measurement 2 Short Form)[7,8,9,10]. Большинство из них сосредоточено на выявлении степени боли и нарушения функции, в некоторых также оцениваются отдельные аспекты качества жизни, такие как ментальное здоровье.

По данным некоторых работ, уровень самооценки психического и физического здоровья у пациентов с ОА кистей сопоставим с показателями пациентов с тяжёлыми ревматологическими заболеваниями, такими как ревматоидный артрит [11]. Однако тяжесть этих заболеваний в большинстве случаев несопоставима, как по уровню боли, так и по функциональной недостаточности. Возникает вопрос – почему пациенты с ОА суставов кистей так низко оценивают своё качество жизни? Одним из предполагаемых вариантов ответа является наличие при ОА выраженной деформации пальцев, которая постоянно напоминает пациентам, большинство из которых женщины, об их болезни. Формирующееся ощущение эстетического дискомфорта вносит свой вклад в низкую оценку качества жизни. Подтверждением этого может служить тот факт, что жалобы на внешние деформации кистей – одни из наиболее частых в реальной клинической практике. Интересным представляется и вопрос зависимости эстетического дискомфорта от таких показателей как боль, нарушение функции, возраст, социально-экономические показатели.

В последние годы многочисленные европейские эксперты заявляют о необходимости определения и разработки стандартизованных методов оценки эстетической неудовлетворённости [12,13], но что входит в данное понятие и как оценивать эстетический дискомфорт неясно.

В настоящее время существует лишь один опросник, определяющий отношение пациентов к внешнему виду кистей – MHQ (Michigan Hand Outcomes Questionnaire)[14], но он не переведён на большинство европейских языков (в т.ч. на русский) и недостаточно точно определяет ощущения пациента (используются только четыре утверждения с вариантом ответа по 5-балльной шкале). В связи с этим данный опросник не нашел широкого применения.

*Целью* данной работы явилась оценка уровня эстетической неудовлетворённости (дискомфорта) у пациентов с ОА кистей и его взаимосвязи с другими клиническими проявлениями.

## Материалы и методы

В исследование были включены 75 женщин в возрасте 45-75 лет с симптоматическим ОА кистей по критериям Американской ревматологической ассоциации (АКР)[15], которые были разделены на три равные группы в зависимости от возраста (45-55, 56-65 и 66-75 лет). Группу сравнения составили 30 женщин соответствующего возраста без симптоматического ОА кистей. Критерии исключения – наличие любых воспалительных артропатий с поражением суставов кистей, а также невозможность проведения анкетирования. Все пациенты дали информированное согласие на участие.

Стандартизованная анкета содержала сведения о возрасте, времени появления симптомов ОА и наступления менопаузы, индексе массы тела (ИМТ), работе, образовании, семейном положении и пользовании интернетом.

Клиническое обследование включало в себя подсчёт числа болезненных и деформированных суставов из 22 исследуемых (ДМФС, ПМФС, КМК, 1ПМФС и 1МФС). Также пациентки указывали уровень боли в суставах кистей в целом и в самом болезненном суставе по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), и оценивали состояние своего здоровья по ВАШ.

Наибольшие сложности возникли с восприятием эстетической неудовлетворённости. Ввиду отсутствия стандартизованных опросников исследуемым было предложено ответить на несколько вопросов с использованием шкалы ВАШ:

1. Испытываете ли Вы беспокойство от того, что Ваши руки деформированы? 0 – нет, 100 – это моя главная проблема.
2. Ощущаете ли Вы неудобство, если Ваши руки оказываются на виду (в центре внимания)? 0 – нет, 100 – очень сильное.
3. Вы ухаживаете за руками? 0 – нет, 100 – я делаю всё возможное.
4. Вы задумывались о возможности хирургической коррекции деформации пальцев? 0 – нет, 100 – если бы такие операции проводились, я бы сделала её немедленно.
5. Вы боитесь, что деформация будет прогрессировать? 0 – нет, 100 – очень сильно боюсь.

Функциональная недостаточность измерялась с помощью опросника

AUSCAN, по шкале ВАШ оценивалась боль в кистях рук, утренняя скованность и функциональная недостаточность. Суммарный показатель подсчитывался для каждой категории отдельно и составил 0-500 баллов для показателя боли, 0-100 баллов для показателя скованности и 0-900 баллов для оценки нарушения функции.

Психологическое состояние пациенток оценивалось путём заполнения теста Эллиса[16], выявляющего

влияние негативных (иррациональных) установок на возникновение стресса. Тест состоит из 50 утверждений и 6 оценочных шкал, 4 из которых позволяют оценить основные группы иррациональных установок и еще 2 шкалы оценивают стрессоустойчивость и рациональность мышления. Шкала катастрофизации показывает отношение человека к неблагоприятным ситуациям, «долженствованием отношению себя» - завышенные требования к себе, «долженствованием отношении других» - завышенные требования к другим, шкала фрустрационной толерантности – степень стрессоустойчивости и оценочная установка – то, как человек оценивает себя и других. Подсчет производится путём суммирования баллов за каждое утверждение, результат менее 30 баллов по каждой шкале свидетельствует о наличии ярко выраженных иррациональных установок и высокой вероятности развития стресса, от 31 до 45 баллов – средняя вероятность возникновения и развития стресса, более 45 баллов – отсутствие иррациональной установки. Других психологических тестов пациенткам не проводилось, поскольку детализация психологического статуса не входила в задачи исследования.

Для выявления возможной связи между социально-экономическими факторами и уровнем эстетического дискомфорта все пациентки были разделены на три группы в зависимости от уровня беспокойства по шкале ВАШ: 1 группа – от 0 до 33 баллов (условно низкая степень дискомфорта), 2 группа – 34-66 баллов (средняя степень дискомфорта) и 3 группа – от 67 до 100 баллов (высокая степень дискомфорта). Далее показатели сравнивались между собой в зависимости от наличия у пациенток работы, высшего образования, замужества и пользования интернетом.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc. USA). Результаты представлены в виде среднего (стандартного отклонения). Различия между группами определялись с помощью t-критерия и  $\chi^2$ . Оценка степени корреляции проводилась с помощью коэффициента Пирсона. При  $p < 0,05$  различия принимались как статистически значимые.

## Результаты и обсуждение

Значимых различий анamnестических и антропометрических характеристик пациенток с ОА и группой сравнения не выявлено (табл.1). Длительность ОА на момент исследования составила в среднем 8.3(7.6) лет. Число болезненных и деформированных суставов было достоверно выше у женщин с ОА. Следует отметить, что в группе сравнения у исследуемых встречались деформированные суставы: в 2 случаях имели место посттравматические изменения (перелом в анамнезе), в 1 – врожденная деформация, в 2 – гигромы в области ПМФС, что не позволяло адекватно оценить наличие узелков.

Уровень боли в суставах кистей в целом и в самом болезненном суставе у пациенток с ОА и группой сравнения достоверно отличался, составив 43.5(23.3) и 14.3(21.1) соответственно (табл.2).

Мы обратили внимание на то, что пациентки группы сравнения указали на боль в суставах кистей, хотя при клиническом обследовании значимой костно-суставно-мышечной патологии у них выявлено не было. Не исключено, что болевые ощущения могли быть связаны с субклиническим тендинозом (например, при длительной работе на компьютере). При этом у пациенток основной группы и женщин группы сравнения оценка общего со-

Таблица 1. Антропометрические и анamnестические данные пациенток с остеоартрозом суставов кистей, M(StD)

Показатель	Основная группа n=60	Группа сравнения n=30	p
Возраст, лет	62.3(8.0)	60.7(8.1)	0.34
Давность ОА кистей, лет	8.3(7.6)	0	<0.001
Менопауза, лет	50.2(4,2)	49.6(3.9)	0.5
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	27.7(4.9)	28,0(5,6)	0.6
Среднее число болезненных суставов	2.5(3.3)	0.0	0.0007
Среднее число деформированных суставов	7.5(4.5)	0.22(0,45)	<0.001

Таблица 2. Особенности восприятия боли и эстетического дискомфорта у пациенток с остеоартрозом суставов кистей, M(StD)

Показатель	Основная группа N=60	Группа сравнения, n=30	p
Уровень боли в суставах кистей, мм ВАШ	43.5(23.3)	14.3(21.1)	<0.001
Боль в наиболее пораженном суставе	56.4(26.2)	16.0(22.1)	<0.001
Общий уровень здоровья, мм ВАШ	46.5(21.4)	45.7(23.2)	0.84
Беспокойство из-за деформации, мм ВАШ	47.3(28.8)	1.3(3.9)	<0.001
Внешнее неудобство, вызванное деформацией, мм ВАШ	49.2(32.3)	13.1(24.1)	<0.001
Постоянство ухода за руками, мм ВАШ	55.5(31.4)	47.5(31.3)	0.36
Желание хирургической коррекции, мм ВАШ	9.8(19.9)	0.2(0.9)	0.002
Боязнь прогрессирования деформации в будущем, мм ВАШ	68.9(20.9)	12.1(24.0)	<0.001

Таблица 3. Функциональные характеристики пациентов с остеоартрозом суставов кистей, M(StD)

Показатель	Основная группа (n=60)	Группа сравнения (n=30)	p
Боль по AUSCAN, баллы	225(128)	48(60)	<0.001
Боль по AUSCAN, % от максимума	45 (25,6)	9,6 (29,8)	<0.001
Скованность по AUSCAN, баллы	50(32)	9(16)	<0.001
Скованность по AUSCAN, % от максимума	50(32)	9(16)	<0.001
Функция по AUSCAN, баллы	334(190)	43(42)	<0.001
Функция по AUSCAN, % от максимума	37,1 (21,1)	4,8(4,7)	<0.001

Таблица 4. Особенности стресс теста Эллиса у пациенток с остеоартрозом суставов кистей, M(StD)

Показатель	Основная группа (n=60)	Группа сравнения (n=30)	p
Катастрофизация, баллы	29.3(6.3)	28.8(4.5)	0.53
Долженствование по отношению к себе, баллы	25.7(6.0)	25.8(4.2)	0.83
Долженствование по отношению к другим, баллы	30.4(5.3)	28.9(3.9)	0.29
Фрустрационная толерантность, баллы	33.4(5.8)	33.2(5.4)	0.48
Оценочная установка, баллы	31.1(4.5)	31.4(4.2)	0.48

стояния здоровья полностью совпала, что, вероятно, можно объяснить наличием практически одинакового статуса по сопутствующей патологии в обеих группах и малозначимым вкладом ОА кистей в формирование показателя «общее здоровье».

Уровень эстетического дискомфорта в целом был достоверно выше у пациенток с ОА. По отдельным показателям, в частности, по желанию хирургической коррекции существующих деформаций и по уровню беспокойства из-за деформации различия оказались особенно значимыми. При этом постоянство ухода за руками женщины обеих групп оценили примерно одинаково.

Характеристики функциональной недостаточности пациенток с ОА значительно отличались от здоровых лиц по всем показателям. Из приведенных в табл. 3 данных следует, что показатели боли, скованности и функциональной недостаточности были выше у женщин с ОА в 4,7; в 5,5 и в 7,7 раз соответственно.

Результаты стресс теста Эллиса совпали в обеих группах (табл. 4). Оказалось, что все исследуемые склонны предъявлять завышенные требования к себе и окружающим людям и воспринимать негативные события как катастрофичные и ужасные. Увеличение среднего балла в графе «фрустрационная толерантность» свидетельствовало о лучшей стрессоустойчивости. Следует, однако, признать, что результаты одного теста не могут служить исчерпывающим показателем психологического состояния женщин обеих групп.

При анализе показателей в разных возрастных группах уровень эстетического дискомфорта имел тенденцию к увеличению в группе молодых женщин (45-55 лет), хотя он не всегда достигал статистически значимых величин при данном объеме выборки (табл. 5). Показательным является желание пациенток 45-55 лет избавиться от деформаций хирургическим методом. Также ожидаемо с увеличением возраста происходило ухудшение показателя общего здоровья, что, с нашей точки зрения, не зависело от наличия и длительности ОА, поскольку не выявля-

но каких-либо существенных различий между группами по числу болезненных и деформированных суставов и по оценке боли с использованием различных шкал и опросников.

По другим показателям, в т.ч. по боязни деформации в будущем, значению AUSCAN и тесту Эллиса, отражающего психологическое состояние женщин, группы пациенток были идентичны между собой.

Как уже отмечалось ранее, интересен вопрос о взаимосвязи эстетических показателей, функциональных характеристик и социально-экономических факторов. Из данных, представленных в табл.6, следует, что боязнь деформации напрямую связана с уже имеющимся числом деформированных суставов, с нарушением таких характеристик как боль, скованность и изменения функции суставов кисти. Самая сильная коррелятивная связь ( $k=0,78$ ) была выявлена между боязнью деформации и внешними неудобствами, возникающими в случае, когда руки оказываются в центре постороннего внимания. Внешнее неудобство также зависело от числа болезненных суставов и выраженности боли в суставах. Подтвердилась уже выявленная ранее готовность молодых женщин к оперативному лечению ( $k=-0,52$ ).

При оценке зависимости между социально-экономическими факторами и уровнем эстетического дискомфорта по показателю беспокойства из-за деформации и внешнего неудобства установлено, что наличие трудовой занятости резко повышало шансы развития средней степени дискомфорта, а активное пользование интернетом, напротив, существенно уменьшало шансы средней степени дискомфорта и увеличивало шансы низкой степени, т.е. удовлетворенности внешним видом кистей (табл.7). Наличие высшего образования и замужества существенно не влияло на степень эстетической неудовлетворенности.

Данное исследование - это попытка ответить на вопрос о реальности существования понятия «эстетический дискомфорт» и измерить его. Подобные работы практи-

Таблица 5. Клинические, эстетические и функциональные особенности пациенток с остеоартрозом с учетом возраста, M(StD)

Показатель	1 группа (возраст 45-55лет, n=20)	2 группа (возраст 56-65лет, n=20)	3 группа (возраст 66-75лет, n=20)	p1-2	p2-3	p1-3
Длительность симптомов ОА, лет	3.1(2.0)	7.3(5.9)	11.8(9.2)	0.05	0.1	0.01
Число болезненных суставов	3.3(3.8)	1.8(2.2)	2.9(4.2)	0.82	0.33	0.25
Число деформированных суставов	7.5(4.8)	6.5(4.6)	7.8(4.1)	0.98	0.4	0.52
Уровень боли в суставах, ВАШ	37.4(23.8)	47.1(18.7)	43.4(27.1)	0.6	0.66	0.28
Боль в самом болезненном суставе, ВАШ	48.4(29.7)	62.1(27.6)	58.4(26.0)	0.38	0.71	0.26
Общий уровень здоровья, ВАШ	59.3(22.6)	43.4(22.8)	37.6(21.4)	0.05	0.46	0.02
Беспокойство из-за деформации, ВАШ	59.3(31.1)	45.9(25.6)	50.4(30.2)	0.26	0.6	0.5
Внешнее неудобство, ВАШ	59.8(34.0)	40.6(29.7)	44.6(34.0)	0.05	0.73	0.29
Уход за руками, ВАШ	65.5(25.4)	53.2(37.1)	52.7(26.6)	0.39	0.97	0.25
Желание хирургической коррекции, ВАШ	36.8(31.5)	5.8(9.1)	2.5(4.9)	0.002	0.25	0.0005
Боязнь деформации в будущем, ВАШ	75.6(16.9)	73.5(27.2)	71.2(22.9)	0.9	0.7	0.6
Боль по AUSCAN, баллы	220(163)	198(116)	221(102)	0.69	0.48	0.92
Скованность по AUSCAN, баллы	48.6(39.4)	47.5(35.6)	48.2(25.2)	0.96	0.95	0.99
Функция по AUSCAN, баллы	329(237)	293(179)	351(211)	0.68	0.45	0.84
Катастрофизация, баллы	28.8(2.5)	29.2(4.4)	29.3(7.3)	0.66	0.81	0.93
Долженствование в отношении себя, баллы	26.1(3.9)	26.5(6.3)	31.9(5.3)	0.87	0.34	0.009
Долженствование по отношению к другим, баллы	32.1(3.8)	30.5(3.8)	29.0(6.7)	0.29	0.51	0.21
Фрустрационная толерантность, баллы	33.9(4.3)	34.2(4.3)	31.2(3.2)	0.97	0.21	0.06
Оценочная установка, баллы	30.9(3.4)	30.8(5.5)	31.2(3.1)	0.94	0.77	0.82

Таблица 6. Взаимосвязь между основными эстетическими и функциональными характеристиками у пациенток с остеоартрозом суставов кистей (представлены коэффициенты корреляции с уровнем значимости  $p < 0,05$ )

Показатель	Беспокойство из-за деформации	Внешнее неудобство	Желание хирургического лечения
Возраст	-	-	-0.52
Число болезненных суставов	-	0.4	-
Число деформированных суставов	0.32	-	-
Боль в суставах	0.67	0.64	-
Беспокойство из-за деформации	-	0.78	-
Внешнее неудобство	0.76	-	-
Боль по AUSCAN	0.44	-	-
Скованность по AUSCAN	0.41	-	-
Нарушение функции по AUSCAN	0.47	-	-

Примечание: в таблице приведены только значимые ( $p < 0,05$ ) коэффициенты корреляции

Таблица 7. Влияние социально-экономических факторов на наличие эстетического дискомфорта

Уровень эстетического дискомфорта	Odds ratio (95% ДИ)			
	Трудовая занятость	Наличие высшего образования	Наличие замужества	Пользование интернетом
0-33 балла	0.58(0.16-2.1)	1.2(0.4-4.4)	1.2(0.3-4.2)	7.5(1.5-41.3)
34-66 баллов	11.1(2.1-58.4)	0.7(0.2-2.4)	1.1(0.3-3.8)	0.1(0.04-0.6)
67-100 баллов	0.2(0.05-0.7)	1.1(0.3-4.0)	0.7(0.2-2.7)	1.12(0.3-4.1)

чески не проводились в России и очень немногочисленны в мире, несмотря на указания международных экспертов о необходимости его изучения [12,17]. Затрудняет проведение исследований неопределённость терминов: что следует понимать под «эстетическим дискомфортом» или «эстетической неудовлетворённостью»? В нашей работе мы попытались выделить некоторые составляющие самого понятия – беспокоество из-за деформации, неудобство или стеснение из-за внешнего вида кистей, желание радикального лечения и боязнь прогрессирования деформации. Все эти показатели достигали значительных величин и были сопоставимы с уровнем боли в кистях, что подтверждает значимость эстетического дискомфорта и совпадает с данными других авторов [18]. Из вышеперечисленного наиболее выраженной оказалась боязнь деформации в будущем, хотя мы не можем исключить наличие других, не изученных нами, показателей, обуславливающих эстетический дискомфорт.

Значимость внешнего вида кистей подчёркивали практически все пациентки: лишь пятеро из 60 отметили отсутствие у них такой проблемы, в то же время трое поставили максимальные 100 баллов. При этом ожидаемо большую обеспокоенность высказывали более молодые и работающие пациентки. В то же время, информированность, сопряженная с активным использованием интернета, напротив, снижала риск формирования эстетической неудовлетворённости.

Что касается психологических характеристик пациенток, то мы не выявили каких-либо существенных

особенностей у женщин, страдающих ОА, как в целом, так и с учетом возрастных особенностей. Все женщины продемонстрировали преимущественно иррациональное мышление; наиболее низкие показатели установлены по шкалам «долженствования себя» и «катастрофизация», а лучшие показатели – по шкале «фрустрационная толерантность».

### Заключение

Таким образом, можно сделать вывод, что эстетический дискомфорт является значимым фактором, определяющим качество жизни и восприятие болезни у пациенток с ОА кистей. Необходимо дальнейшее изучение этой составляющей ОА, и, прежде всего, разработка определения самого понятия «эстетический дискомфорт» и критериев его диагностики. Следует указать на целесообразность обязательной оценки эстетической неудовлетворённости у всех пациенток с ОА кистей, а также на необходимость разработки методов ее коррекции и профилактики. В этом направлении необходима единая работа не только ревматологов, но также психологов и специалистов по реабилитации. ■

*А.В. Саранулова, д.м.н. О.В. Теплякова, ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава РФ, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку – Саранулова Анастасия Викторовна, anastasya\_pap@inbox.ru*

### Литература:

- Dahaghin S, Bierma-Zeinstra SM, Ginai AZ, et al. Prevalence and pattern of radiographic hand osteoarthritis and association with pain and disability (the Rotterdam study). *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 682 – 7.
- Fife RS. Osteoarthritis - epidemiology, pathology, and pathogenesis. In: Klippel J, Weyand C, Wortmann R, eds. *Primer on the rheumatic diseases*. 11th ed. Atlanta, Georgia: Arthritis Foundation; 1997. p. 216–7.
- Hochberg MC. Osteoarthritis – clinical features and treatment. In: Klippel J, Weyand C, Wortmann R, eds. *Primer on the rheumatic diseases*. 11th ed. Atlanta, Georgia, Arthritis Foundation; 1997. p. 218–21.
- Steven C. Vlad, Tuhina Neogi, Piran Aliabadi, Fontes et al. No Association Between Markers of Inflammation and Osteoarthritis of the Hands and Knees. *J Rheumatol* 2011; August 38(8): 1665–1670.
- Wang M, Shen J, Jin H, Im HJ, Sandy J, Chen D. Recent progress in understanding molecular mechanisms of cartilage degeneration during osteoarthritis. *Ann N Y Acad Sci* 2011; Dec 1240: 61–9.
- Kjeken I, Dagfinrud H, Slatkowsky-Christensen B. Activity limitations and participation restrictions in women with hand osteoarthritis: patients' descriptions and associations between dimensions of functioning. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 1633–1638.
- Bellamy N, Campbell J, Haraoui B, Buchbinder R, Hobby K, Roth JH, et al. Dimensionality and clinical importance of pain and disability in hand osteoarthritis: Development of the Australian/Canadian (AUSCAN) Osteoarthritis Hand Index. *Osteoarthritis Cartilage* 2002; 10: 855–62.
- Leeb BF, Sautner J, Anzel I, Rintelen B. SACRAH: a score for assessment and quantification of chronic rheumatic affections of the hands. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42: 1173–8.
- Maheu E, Altman RD, Bloch DA, Doherty M, Hochberg M, Mannoni A, et al. Design and conduct of clinical trials in patients with osteoarthritis of the hand: recommendations from a task force of the Osteoarthritis Research Society International. *Osteoarthritis Cartilage* 2006; 14: 303–322.

10. Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ, Guccione AA, Kazis LE. AIMS2. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 1-10.
11. Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Loge JH, Kvien TK. Health-related quality of life in women with symptomatic hand osteoarthritis: a comparison with rheumatoid arthritis patients, healthy controls, and normative data. *Arthritis Rheum* 2007, Dec 15;57(8):1404-9.
12. Kloppenburg M, Stamm T, Watt I. Research in hand osteoarthritis: time for reappraisal and demand for new strategies. An opinion paper. *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 1157-1161.
13. T Stamm, F van der Giesen, C Thorstenson, E Steen, F Birrell et al. Patient perspective of hand osteoarthritis in relation to concepts covered by instruments measuring functioning: a qualitative European multicentre study. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1453-1460.
14. Chung KC, Pillsbury M S, Walters MR, et al. Reliability and validity testing of the Michigan Hand Outcomes Questionnaire. *J Hand Surg Am* 1998; 23: 575 - 87.
15. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum* 1990;33:1601-10.
16. Ellis, A. Rational Psychotherapy and Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology* 13, 38-44. 1957.
17. Pham T, Heijde van der HD, Lassere M, Altman RD, Anderson JJ, Bellamy N, et al. Outcome variables for osteoarthritis clinical trials: The OMERACT-OARSI set of responder criteria. *J Rheumatol* 2003;30:1648-54.
18. Bridget Hodgkinson, Emmanuel Maheu, Mathilde Michon, Fabrice Carrat, Francis Berenbaum. Assessment and determinants of aesthetic discomfort in hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2012;71:45-49.