

# Лечение ревматоидного артрита до достижения цели (Treat to Target): российская версия международных рекомендаций для пациентов

Е.В. Орлова<sup>1</sup>, Д.Е. Каратеев<sup>1</sup>, Н.А. Булгакова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва  
<sup>2</sup>Общероссийская общественная организация инвалидов «Российская ревматологическая ассоциация “Надежда”»

<sup>1</sup>V.A. Nasonova  
Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow  
<sup>2</sup>All-Russian Public Organization of the Disabled “Nadezhda” (Hope) Russian Rheumatology Association

**Контакты:** Евгения Владиславовна Орлова  
yevorlova@mail.ru

**Contact:** Evgenia Vladislavovna Orlova  
yevorlova@mail.ru

Поступила 17.01.13

**Цель** — оценить, насколько российская версия международных рекомендаций «Лечение до достижения цели» (Treat to Target — T2T) для пациентов понятна больным ревматоидным артритом (РА) и в какой степени они согласны с содержанием этих рекомендаций.

**Материал и методы.** На первом этапе принципы и рекомендации международной версии T2T для пациентов были переведены на русский язык и согласованы членами Руководящей группы экспертов T2T России и одним больным. На втором этапе проект был обсужден и отредактирован на однодневной конференции с участием 15 пациентов с РА (11 женщин и 4 мужчины в возрасте от 28 до 64 лет) из 6 регионов России. Был достигнут консенсус относительно окончательного варианта. На третьем этапе 86 больных РА (77 женщин и 9 мужчин в возрасте от 20 до 72 лет, с давностью заболевания от 3 мес до 18 лет) из 7 регионов России (в том числе 75,6% — из Центрального) оценили ясность «перевода» каждого принципа (A–D) и каждой рекомендации (1–10) на непрофессиональный язык и степень согласия с содержанием по 10-балльной шкале Лайкерта (0 — отсутствие согласия, 10 — полное согласие).

**Результаты.** Степень согласия с переводом и содержанием принципов и рекомендаций T2T среди пациентов превышала 8,7 балла. Средний уровень ясности «перевода» на непрофессиональный язык составил 9,41 балла (от 8,82 для рекомендации №6 до 9,88 для рекомендации №10), согласия с содержанием — 9,34 балла (от 8,76 для рекомендации №4 до 9,79 для рекомендации №10). Минимальный уровень согласия наблюдался для рекомендаций №3 (низкая активность — альтернатива ремиссии) и №4 (периодичность пересмотра лекарственной терапии) — 8,85 и 8,76 балла соответственно. Согласие с содержанием рекомендации №3 было ниже при очень ранней и ранней стадиях заболевания (7,93 балла) и повышалось при развернутой и поздней стадиях (9,6 балла). У больных молодого возраста (от 20 до 40 лет) согласие с рекомендацией №4 было выше (9,54 балла), а у пациентов в возрасте от 41 года до 72 лет — ниже (8,31 балла). Различий в восприятии рекомендаций в зависимости от уровня образования не было. Максимальный уровень согласия отмечался в отношении общего принципа №1 (совместное с больным принятие решений о лечении) и рекомендации №10 (информированность пациента о цели лечения и стратегии ее достижения) — 9,73 и 9,79 балла соответственно.

**Заключение.** Наблюдается высокий уровень согласия с содержанием принципов и рекомендаций российской версии T2T для пациентов. Согласие с рекомендацией №3 повышается с увеличением давности заболевания, а с рекомендацией №4 — снижается с возрастом. В дальнейшем необходимо оценить взаимосвязи между степенью согласия с рекомендациями T2T и географическими показателями, а также выявить взаимосвязи и различия в восприятии рекомендаций среди врачей и пациентов. Данный подход способен устранить препятствия к внедрению инициативы T2T в реальную клиническую практику и оптимизировать результаты лечения РА.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, лечение до достижения цели (Treat to Target), версия для пациентов.

## TREATING RHEUMATOID ARTHRITIS TO TARGET: RUSSIAN VERSION OF INTERNATIONAL GUIDELINES FOR PATIENTS

E.V. Orlova<sup>1</sup>, D.E. Karateev<sup>1</sup>, N.A. Bulgakova<sup>2</sup>

**Objective:** to assess how the Russian version of the international «treat-to-target» (T2T) recommendations can be understood by patients with rheumatoid arthritis (RA) and the extent to which they consent to their content.

**Material and methods.** At Stage 1, the principles and recommendations of the international T2T version for patients were translated into Russian and agreed upon by the Russian Federation's Working T2T Expert Group members and one patient. At stage 2, the project was discussed and edited at a one-day conference with the participation of 15 RA patients (11 women and 4 men at the age of 28 to 64 years) from 6 regions of Russia. Consensus on its final version was achieved. At stage 3, eighty-six RA patients (77 women and 9 men at the age of 20 to 72 years with a disease duration of 3 months to 18 years) from 7 Russian regions (including 75.6% from the Central Federal District) assessed the clarity of translation of each principle (A–D) and each recommendation (1–10) into an unprofessional language and the degree of consent to its content, by using the 10-point Likert scale (0 = strongly disagree; 10 = strongly agree).

**Results.** The consent of the patients to the translation and content of the T2T principles and recommendations was more than 8.7 scores. The mean level of translation clarity into the unprofessional language was 9.41 scores (from 8.82 scores for Recommendation No. 6 to 9.88 scores for Recommendation No. 10), that of consent to the content was 9.34% scores (from 8.76 scores for Recommendation No. 4 to 9.79 scores for Recommendation No. 10). The minimum level of consent was observed for Recommendations No. 3 (low disease activity as an alternative to remission) and No. 4 (drug therapy reconsideration frequency) was 8.85 and 8.76 scores, respectively. The consent to the content of Recommendation No. 3 was lower in the very early and early stages of the disease (7.93 scores) and higher in the extended and late stages (9.6 scores). In young patients aged 20 to 40 years, the consent to Recommendation No. 4 was higher (9.54 scores) and in those aged 41 to 72 years, that was lower (8.31 scores). There were no differences in the perception of the recommendations, depending on the level of education. The maximum level of consent to General Principle No. 1 (joint decision with a patient about treatment) and Recommendation No. 10 (patient awareness of the treatment goal and its achievement strategy) was 9.73 and 9.79 scores, respectively.

**Conclusion.** There is a high level of consent to the content of the principles and recommendations of the Russian T2T version for patients. The content to Recommendation No. 3 increases with longer disease duration and that to Recommendation No. 4 decreases with age. In the future, it is necessary to assess a relationship between the degree of consent and the T2T recommendations and geographical indications and to reveal associations and differences in the perception of the recommendations among physicians and patients. This approach is able to remove obstacles to introduce the T2T initiative in real clinical practice and to optimize the results of RA treatment.

**Key words:** rheumatoid arthritis; treat to target; version for patients.

Эффективная терапия ревматоидного артрита (РА) невозможна без активного и грамотного участия пациента в этом процессе. Успех в лечении РА возможен только в тесном и длительном союзе ревматолога и больного. Пациенту необходимо ясно представлять конечные цели лечения заболевания, иметь навыки управления его течением и лечебным процессом в активном сотрудничестве с врачом.

Больной должен содействовать соблюдению принципов тщательного контроля при РА и точно выполнять врачебные рекомендации. Для этого пациенту необходимо владеть информацией о своем заболевании, факторах, способствующих его прогрессированию, методах и периодичности оценки его активности, целях терапии и способах их достижения в каждом конкретном случае.

В 2008 г. международная группа ведущих экспертов-ревматологов и пациентов выступила с инициативой разработки рекомендаций для эффективного контроля над РА «Лечение до достижения цели» (Treat to Target – T2T) [1]. Целенаправленная терапия много лет с успехом используется в лечении артериальной гипертензии, сахарного диабета и гиперлипидемии. Поддерживая целевые уровни артериального давления, глюкозы, гликозилированного гемоглобина, липидных параметров крови путем адекватного подбора фармакологической терапии и немедикаментозных мероприятий, можно снизить риск поражения органов-мишеней [2–8]. При этом большинство пациентов знакомы с целевыми значениями данных параметров и принимают активное участие в поддержании их оптимального уровня.

При РА основным органом-мишенью условно можно считать сустав. Поражение суставов и функциональная недостаточность являются основными причинами ухудшения качества жизни [9–12]. В свою очередь активность заболевания, оцененная по числу припухших суставов, острофазовым лабораторным показателям или комплексным индексам, является предиктором повреждения и функциональной недостаточности суставов [13–21].

Появлению рекомендаций T2T способствовали клинические исследования последних десятилетий, которые показали, что тактика тщательного контроля при РА приводит к лучшим результатам лечения, чем традиционный способ ведения больных. Она предусматривает регулярную оценку активности заболевания с использованием суммарных валидированных индексов и коррекцию проводимой терапии с учетом достигнутого результата [22–29].

Рекомендации T2T были разработаны в соответствии со стандартными процедурами Европейской антиревматической лиги (European League Against Rheumatism – EULAR) на основе данных систематического обзора литературы и мнений экспертов [1, 30, 31]. В марте 2009 г. рекомендации были обсуждены в ходе двухдневного заседания комиссии, в которую вошли более 60 экспертов из стран Европы, Северной и Латинской Америки, а также Японии и Австралии, в том числе 6 представителей пациентов [1]. В результате были приняты 4 общих принципа и 10 рекомендаций.

В дальнейшем T2T становится международной программой, включающей 45 стран-участниц (<http://www.t2t-rs.com>). Россия также вошла в международную инициативу T2T [32]. В каждой стране, в том числе и в России, принципы и рекомендации T2T переведены на оригинальный язык, согласованы и приняты собственной Руководящей

группой экспертов [33, 34]. Данная международная инициатива призвана способствовать внедрению рекомендаций по ранней диагностике, тщательному контролю и лечению до достижения цели в стандартную рутинную клиническую практику и в итоге оптимизировать результаты терапии РА.

В октябре 2009 г. на международном совещании по программе T2T более 25 врачей из 22 стран и два пациента заявили о необходимости разработки версии рекомендаций для пациентов как логического следствия первого общего принципа, который подчеркивает важность совместного принятия решений врачом и больным [35]. В 2011 г. международной Руководящей группой экспертов T2T совместно с 9 пациентами из разных регионов Европы (Кипр, Чешская Республика, Дания, Ирландия, Норвегия, Португалия, Нидерланды, Румыния и Великобритания) была создана англоязычная версия T2T для пациентов как важный инструмент терапевтического обучения [35].

Данная версия важна по нескольким причинам. Обучение больных позволяет более корректно контролировать их состояние и улучшить результаты лечения путем формирования партнерских отношений врача и пациента. Больные РА должны быть в достаточной степени информированы о потенциальных преимуществах и недостатках современных препаратов [36–38]. Большим препятствием для понимания пациентами рекомендаций для многих является профессиональный «медицинский» язык [39, 40]. Медикаментозная терапия дает наилучшие результаты при соблюдении больными правильного режима приема и дозирования препаратов, понимании их потенциальной пользы и согласии с тем, что она превышает возможный вред [41–44]. Информация для пациентов, изложенная на понятном им языке, повышает приверженность лекарственной терапии и общую удовлетворенность процессом лечения [37, 45]. Наконец, если пациент знаком с рекомендациями T2T, соответствующими терапевтическими возможностями, особенностями мониторинга активности заболевания и эффективности терапии, он способен на равных вести диалог с ревматологом.

Руководящая группа экспертов T2T подчеркивает, что перевод рекомендаций для пациентов на другие языки и валидация их в разных странах являются важнейшим шагом к внедрению международной инициативы T2T и повышению качества медицинской помощи больным РА [35].

**Целью** настоящего исследования было оценить, насколько российская версия международных рекомендаций T2T для пациентов понятна больным РА и в какой степени они согласны с содержанием этих рекомендаций.

### Материал и методы

На первом этапе англоязычная версия T2T для пациентов была переведена на русский язык [35]. Проект российской версии рекомендаций был обсужден и одобрен членами Руководящей группы экспертов T2T Российской Федерации и одним больным – представителем Общероссийской общественной организации инвалидов «Российская ревматологическая ассоциация “Надежда”» (РРАН).

На втором этапе этот вариант был представлен для обсуждения, редактирования и внесения изменений на

однодневной конференции для пациентов, посвященной Всемирному дню борьбы с артритом (12 октября 2012 г.), которая была организована РРАН, проходила в ФГБУ «НИИР» РАМН и транслировалась на регионы России и Республику Беларусь. Вначале больным разъяснили смысл рекомендаций международной инициативы Т2Т. Затем были розданы опросники с проектом 4 общих принципов и 10 рекомендаций российской версии Т2Т для пациентов. Больные РА оценивали каждый пункт с помощью 10-балльной шкалы Лайкерта (Likert scale) по двум критериям: ясность «перевода» на непрофессиональный («немедицинский») язык и степень согласия с содержанием (0 — данная рекомендация совсем не понятна или пациент полностью с ней не согласен, 10 — полная ясность и согласие с содержанием). Больным было также предложено в письменной форме изложить свое мнение относительно данного проекта и представить пожелания по коррекции и внесению изменений. Особенно рекомендовалось отметить причины, по которым пациенты не соглашались с принципами и рекомендациями, а также пункты, которые были им совершенно неясны, включая отдельные слова или понятия. При этом подчеркивалось, что невозможно вносить какие-либо изменения в основной смысл и содержание принципов и рекомендаций.

При подготовке окончательного варианта русскоязычной версии рекомендаций Т2Т для пациентов были проанализированы результаты анкетирования 15 больных РА. Отбор пациентов происходил совместно с представителями РРАН. Целевая выборка осуществлялась с учетом географических различий, пола, возраста и уровня образования. Больные должны были свободно владеть русским языком. Группа состояла из 11 женщин и 4 мужчин в возрасте от 28 до 64 лет, из 6 различных регионов России: Центрального, Северо-Западного, Сибирского, Уральского, Северо-Кавказского и Южного. В итоге был достигнут консенсус относительно окончательного варианта российской версии международных рекомендаций Т2Т для пациентов.

На третьем этапе было проведено анкетирование пациентов с РА, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике и поликлинике ФГБУ «НИИР» РАМН. Критериями включения больных в исследование были: диагноз РА, соответствующий критериям EULAR/Американской коллегии ревматологов (ACR) 2010 г., отсутствие злоупотребления алкоголем, психических заболеваний, в том числе деменции и нарушения восприятия информации, свободное владение русским языком.

В третий этап исследования было включено 86 пациентов с РА, 77 женщин и 9 мужчин в возрасте от 20 до 72 лет, с давностью заболевания от 3 мес до 18 лет. У 6 (7%) больных наблюдалась очень ранняя стадия заболевания, у 16 (18,6%) — ранняя, у 47 (54,6%) — развернутая, у 17 (19,8%) — поздняя. 69 (80,2%) пациентов были серопозитивны по ревматоидному фактору. 1-я степень активности РА наблюдалась у 16 (18,6%) больных, 2-я — у 51 (59,3%), 3-я — у 19 (22,1%). I рентгенологическая стадия определялась у 21 (24,4%) пациента, II — у 43 (50%), III — у 19 (22,1%), IV — у 3 (3,5%). I функциональный класс был у 15 (17,4%) пациентов, II — у 61 (70,9%), III — у 6 (7%), IV — у 4 (4,7%). 65 (75,6%) больных были из Центрального региона России, в том числе 58 (67,4%) — из

Москвы и Московской области, 4 (4,7%) — из Северо-Западного, 3 (3,5%) — из Приволжского, 2 (2,3%) — из Уральского, 3 (3,5%) — из Сибирского, 5 (5,8%) — из Северо-Кавказского, 4 (4,6%) — из Южного региона. У 3 (3,5%) пациентов было начальное образование, у 41 (47,7%) — среднее, у 5 (5,8%) — неоконченное высшее, у 37 (43%) — высшее.

Больные оценивали ясность «перевода» каждого принципа и рекомендаций российской версии Т2Т на непрофессиональный («немедицинский») язык и степень согласия с содержанием по вышеописанной методике.

## Результаты

В табл. 1 представлена российская версия для пациентов и оригинальная версия международных рекомендаций Т2Т. Разработка варианта для больных была проведена в точном соответствии с принципами и рекомендациями оригинальной русскоязычной версии Т2Т [33]. После завершения второго этапа подготовки версии для пациентов длинные предложения были упрощены или разбиты на несколько более коротких, ряд слов были исключены или заменены на синонимы, были использованы более понятные для больных «немедицинские» термины. Для лучшего понимания смысла и содержания рекомендаций некоторые слова и понятия были объяснены в сопроводительном словаре (табл. 2).

Важным аспектом контроля над РА является использование унифицированных валидированных индексов активности заболевания. Применение разнообразных показателей для оценки активности РА усложняет обучение пациентов и диалог с ревматологом о цели лечения [35, 46]. При разработке рекомендаций Т2Т учитывались критерии высокой, средней, низкой активности и ремиссии РА, основанные на вычислении валидированных комплексных показателей активности болезни: индекс активности болезни (DAS44 и DAS28), упрощенный индекс активности болезни (SDAI) и клинический индекс активности болезни (CDAI) [23–25, 47–55].

Третий этап исследования показал важность принципов и рекомендаций Т2Т для больных РА. В целом наблюдался высокий уровень согласия с переводом и содержанием рекомендаций среди пациентов, превышающий 8,7 балла по 10-балльной шкале Лайкерта (см. рисунок). Средний уровень ясности «перевода» принципов и рекомендаций на «немедицинский» язык составил 9,41 балла (минимальный — 8,82 балла для рекомендации №6, максимальный — 9,88 для рекомендации №10), согласия с содержанием — 9,34 балла (минимальный — 8,76 балла для рекомендации №4, максимальный — 9,79 для рекомендации №10).

Наиболее низкий уровень согласия среди пациентов наблюдался для рекомендаций №3 (8,85 балла) и №4 (8,76 балла). При этом принятие больными рекомендаций №3 зависело от давности заболевания, а рекомендации №4 — от возраста. Согласие с содержанием рекомендации №3 было ниже при очень ранней и ранней стадиях заболевания (7,93 балла) и повышалось при развернутой и поздней стадиях (9,6 балла). У больных молодого возраста (от 20 до 40 лет) согласие с рекомендацией №4 было выше (9,54 балла), а у пациентов в возрасте от 41 года до 72 лет оно снижалось (8,31 балла). Максимальный уровень согласия наблюдался в отношении общего принципа №1 (9,73 балла) и рекомендации №10 (9,79 балла).

**Таблица 1** Российская версия для пациентов и оригинальная версия рекомендаций по лечению РА до достижения цели (T2T)

| Оригинальная версия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Версия для пациентов                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Общие принципы</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| А. Лечение РА следует проводить на основании <i>совместного решения</i> пациента и врача-ревматолога.                                                                                                                                                                                                                               | А. <i>Решения</i> , касающиеся лечения РА, должны <i>приниматься совместно</i> пациентом и ревматологом.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| В. Основная <i>цель</i> при лечении больного РА – обеспечить максимально продолжительное сохранение высокого качества жизни, <i>связанного с состоянием здоровья</i> , путем контроля над симптоматикой, предотвращения структурного поражения суставов, <i>нормализации функции</i> и увеличения социальных возможностей пациента. | В. Важнейшая <i>цель</i> лечения – обеспечить максимально долгое сохранение высокого качества жизни, <i>связанного с состоянием здоровья</i> . Она может быть достигнута путем: контроля над симптомами болезни, такими как боль, <i>воспаление</i> , скованность и утомляемость; предупреждения повреждения суставов и костей; восстановления <i>нормальной функции</i> и участия в повседневной жизнедеятельности. |
| С. Подавление <i>воспаления</i> – важнейший способ достижения этой <i>цели</i> .                                                                                                                                                                                                                                                    | С. Главный способ достижения этой <i>цели</i> – остановка <i>воспаления</i> в суставах.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Д. Лечение до достижения <i>цели</i> с помощью оценки <i>активности заболевания</i> и соответствующего подбора терапии способствует <i>оптимизации</i> исходов при РА.                                                                                                                                                              | Д. Лечение РА, направленное на достижение четкой <i>цели</i> , дает наилучшие результаты. Этого можно добиться путем оценки <i>активности болезни</i> и <i>пересмотра терапии</i> , если цель не достигнута.                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Рекомендации</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 1. Первичная <i>цель</i> лечения РА – достижение состояния <i>клинической ремиссии</i> .                                                                                                                                                                                                                                            | 1. Первичная <i>цель</i> лечения РА – достижение <i>клинической ремиссии</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2. <i>Клиническая ремиссия</i> определяется как отсутствие <i>признаков значимой</i> воспалительной активности.                                                                                                                                                                                                                     | 2. <i>Клиническая ремиссия</i> означает отсутствие <i>значимых признаков и симптомов</i> заболевания, вызванных <i>воспалением</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3. Хотя основной <i>целью</i> остается достижение <i>ремиссии</i> , на основании имеющихся научных данных допустимо считать приемлемой альтернативной <i>целью</i> лечения достижение низкой <i>активности</i> РА, особенно при стабильном состоянии и длительно протекающем заболевании.                                           | 3. Хотя <i>целью</i> лечения должно быть достижение <i>ремиссии</i> , у некоторых пациентов, особенно при длительно текущем заболевании, это невозможно. Поэтому низкая <i>активность</i> РА может быть приемлемой альтернативой.                                                                                                                                                                                    |
| 4. До тех пор, пока не будет достигнута <i>цель</i> лечения, <i>пересмотр лекарственной терапии</i> необходимо осуществлять не реже 1 раза в 3 мес.                                                                                                                                                                                 | 4. До тех пор, пока не будет достигнута <i>цель</i> лечения, <i>пересмотр лекарственной терапии</i> должен осуществляться не реже 1 раза в 3 мес.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5. Необходимо регулярно оценивать и документировать данные об <i>активности заболевания</i> : у пациентов с умеренной/высокой степенью активности – ежемесячно, у пациентов со стойко низкой <i>активностью</i> или в состоянии <i>ремиссии</i> – реже (1 раз в 3–6 мес).                                                           | 5. <i>Активность заболевания</i> должна регулярно оцениваться и документироваться. У пациентов с высокой или умеренной <i>активностью болезни</i> это необходимо проводить каждый месяц. У пациентов с <i>устойчивой</i> низкой <i>активностью болезни</i> или <i>ремиссией</i> это может быть сделано реже (например, каждые 36 мес).                                                                               |
| 6. В ежедневной клинической практике для принятия решений о лечении необходимо использовать <i>валидированные комплексные показатели активности заболевания</i> , включающие оценку состояния суставов.                                                                                                                             | 6. В ежедневной клинической практике для принятия решений о лечении необходимы <i>комплексные показатели активности заболевания</i> , включающие обследование суставов.                                                                                                                                                                                                                                              |
| 7. Помимо использования <i>комплексных показателей активности заболевания</i> , при принятии клинических решений необходимо учитывать <i>структурные изменения и нарушения функции</i> .                                                                                                                                            | 7. Кроме активности заболевания, при принятии решений о лечении в клинической практике должны также учитываться <i>поражения суставов</i> и ограничения в повседневной жизнедеятельности.                                                                                                                                                                                                                            |
| 8. К желаемой <i>цели</i> лечения необходимо стремиться в течение всего периода заболевания.                                                                                                                                                                                                                                        | 8. Желаемая <i>цель</i> лечения должна поддерживаться на протяжении всего периода заболевания.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 9. На выбор ( <i>комплексного</i> ) <i>показателя активности заболевания</i> и целевых параметров могут повлиять <i>сопутствующие заболевания, индивидуальные особенности пациента</i> и риски, связанные с приемом лекарственных препаратов.                                                                                       | 9. Выбор соответствующего <i>показателя активности заболевания</i> и <i>цели</i> может зависеть от конкретной ситуации: наличия других заболеваний, <i>индивидуальных особенностей пациента</i> и безопасности приема лекарственных препаратов.                                                                                                                                                                      |
| 10. Пациент должен быть в достаточной степени информирован о <i>цели</i> лечения и запланированной <i>стратегии</i> для <i>достижения</i> этой <i>цели</i> под наблюдением ревматолога.                                                                                                                                             | 10. Пациент должен быть в достаточной степени информирован о <i>цели</i> лечения и запланированной <i>стратегии</i> для <i>достижения</i> этой <i>цели</i> под наблюдением ревматолога.                                                                                                                                                                                                                              |

**Примечание.** Слова, выделенные курсивом, объяснены в словаре специальных терминов (табл. 2).

Каких-либо различий в восприятии рекомендаций в зависимости от уровня образования пациентов выявлено не было.

### Обсуждение

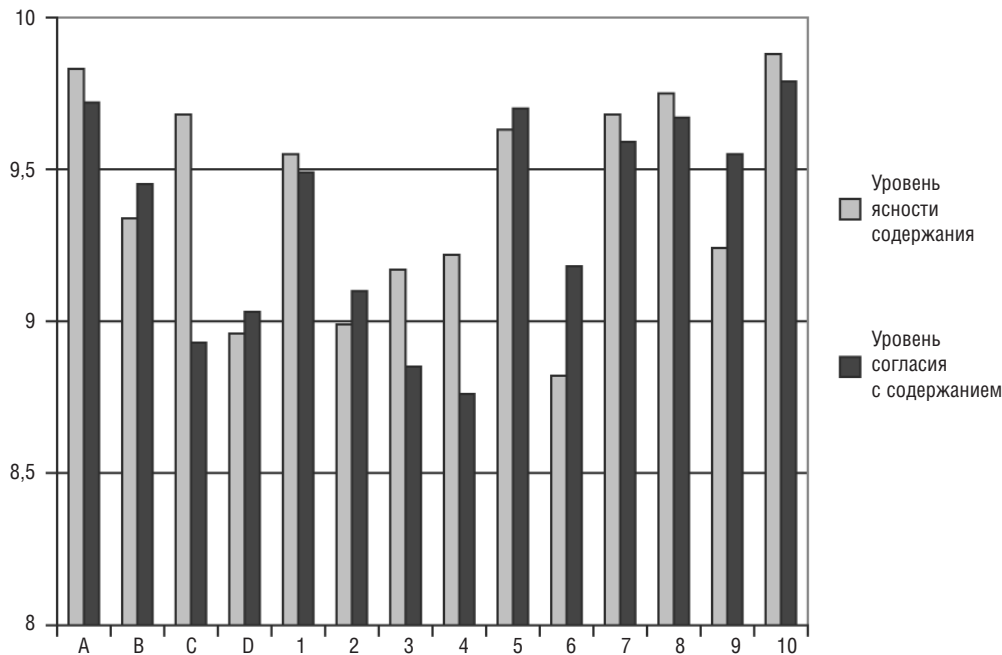
Лечение РА представляет собой комплексную, междисциплинарную проблему. Медикаментозная терапия является основным, но не единственным компонентом, определяющим исход заболевания. Пациенты нуждаются в психологической поддержке, наблюдении со стороны других специалистов, а также обучении, обеспечивающем возможность совместного с ревматологом принятия решений относительно стратегии лечения.

При РА крайне важным является раннее назначение агрессивной медикаментозной терапии непосредственно после установления диагноза [56–62]. Зачастую бывает достаточно сложно убедить больного с ранним РА в необходимости интенсивного медикаментозного лечения. Для повышения комплаентности пациенту необходимо предоставить информацию о рисках, связанных с заболеванием, стратегии лечения и ожидаемом его результате. Версия T2T для пациентов представляет собой важный инструмент решения данной задачи. Она может распространяться в виде брошюр, листовок, буклетов и др. Больной должен знать, что представляет собой концепция лечения до достижения цели, как часто ему необходимо посещать

**Таблица 2** Словарь специальных терминов на непрофессиональном языке в алфавитном порядке

| Термин                                           | Объяснение на непрофессиональном языке                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | №             |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Активность болезни                               | Определяется совокупностью признаков и симптомов, вызванных воспалением. Различают высокую, умеренную, низкую активность и ремиссию. Единых пограничных числовых значений для этих четырех степеней нет: они зависят от используемого комплексного показателя активности болезни.                                                                                                                                                                                                                                   | D, 3, 5, 6, 9 |
| Валидированный показатель активности заболевания | Инструмент (индекс, тест, анкетирование), достоверность которого для измерения активности данного заболевания обоснована и доказана научно.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 6             |
| Воспаление                                       | Основа патологического процесса при РА. Вызывается клетками иммунной системы и их продуктами (цитокинами), является непосредственной причиной возникновения симптомов заболевания, таких как боль, припухлость суставов и скованность. Остановив воспаление, возможно снизить или даже предотвратить повреждение суставов и ограничение их функции.                                                                                                                                                                 | B, C, 2       |
| Значимый                                         | Синонимы: важный, серьезный, главный, решающий, существенный. Значение слова зависит от контекста. Результат исследования считается статистически значимым, если маловероятно, что он был получен случайно (например, значимое изменение болевого синдрома от применения лекарственного препарата). Клинически значимое улучшение означает, что данное изменение важно для конкретного пациента.                                                                                                                    | 2             |
| Индивидуальные особенности пациента              | Личные предпочтения и характеристики пациента, такие как возраст, пол, профессия и др.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 9             |
| Исход                                            | Конечный результат болезни (патологического процесса) или эффект от лечения. Исходы, связанные с состоянием пациента, основаны на мнении больного и включают, например, боль, утомляемость и физические функции. Объективные исходы не зависят от субъективных ощущений пациента (например, данные рентгенографии суставов, острофазовые показатели крови: скорость оседания эритроцитов или уровень С-реактивного белка). Термин «оптимизация исходов» означает стремление добиться «лучших конечных результатов». | D             |
| Качество жизни, связанное с состоянием здоровья  | Качество жизни является ключевым понятием и зависит от целого ряда индивидуальных и социальных факторов. Качество жизни, связанное с состоянием здоровья, определяется непосредственным влиянием заболевания на повседневную жизнедеятельность. Оно не ограничивается только медицинскими проблемами и включает последствия болезни для психологического состояния, профессиональной деятельности, семейной жизни, социальных взаимоотношений и досуга.                                                             | B             |
| Клиническая ремиссия                             | Состояние клинической ремиссии устанавливает ревматолог на основании жалоб пациента, обследования суставов и результатов лабораторных исследований, используя комплексные индексы оценки активности болезни. Клиническая ремиссия не включает данные рентгенографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования и других методов визуализации.                                                                                                                                                   | 1, 2          |
| Комплексный показатель активности заболевания    | Инструмент измерения активности заболевания, который объединяет различные параметры болезни в единое числовое значение (индекс). Примеры комплексных показателей активности РА: индекс активности болезни (disease activity score – DAS44 и DAS28), упрощенный индекс активности (simplified disease activity index – SDAI), клинический индекс активности (clinical disease activity index – CDAI).                                                                                                                | 6, 7, 9       |
| Нарушения функции                                | Влияние болезни на выполнение различных задач в повседневной жизнедеятельности.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 7             |
| Нормальная функция                               | Функционирование при нормальной жизнедеятельности – состояние, в котором человек был до начала болезни.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B             |
| Пересмотр (лекарственной) терапии                | Это изменения в медикаментозном лечении, но не всегда смена лекарственного препарата. У пациентов, которые не достигли основной цели – ремиссии, но показали значительное улучшение в последние 3 мес, достаточным может быть только изменение дозы или продолжение терапии в течение нескольких недель. Пересмотр терапии зависит от применяемой стратегии и индивидуального ответа пациента на лечение.                                                                                                           | D, 4          |
| Признак                                          | Проявление болезни, которое выявляется при объективном медицинском осмотре (например, число припухших суставов).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2             |
| Ремиссия                                         | Степень активности заболевания без каких-либо существенных признаков воспаления.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1, 2, 3       |
| Симптом                                          | Проявление болезни, которое чувствует (испытывает) пациент (например, боль, скованность, утомляемость).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2             |
| Совместное принятие решений                      | Процесс, при котором врач и пациент принимают решение о лечении совместно, на основе диалога о предпочтениях больного и знаниях врача. Условием совместного принятия решений является равноправное партнерство в отношениях пациент–врач.                                                                                                                                                                                                                                                                           | A             |
| Сопутствующие заболевания                        | Наличие у одного человека одновременно двух или более хронических заболеваний (например, сахарного диабета и РА).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9             |
| Социальные возможности                           | Возможность вносить свой вклад в общественную жизнь и осуществлять социальные функции. Функциональные нарушения могут серьезно ограничить возможность участия в повседневной жизнедеятельности.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B             |
| Стратегия                                        | Определенный путь, по которому врач и пациент стремятся к достижению цели лечения.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 10            |
| Структурные поражения (изменения)                | Разрушение костей и суставов, вызванное воспалением и, в значительной степени, необратимое. Может быть обнаружено с помощью методов визуализации (рентгенографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования).                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B, 7          |
| Устойчивая ремиссия                              | Состояние ремиссии, которое сохраняется в течение длительного периода (например, более 6 мес).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 5             |
| Цель                                             | Окончательный результат, которого стремятся достичь при лечении РА.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Везде         |

**Примечание.** В третьей колонке буквой указан общий принцип, цифрой – рекомендация T2T, где используется оригинальный термин.



Уровни ясности «перевода» на непрофессиональный («немедицинский») язык и согласия с содержанием общих принципов (A–D) и рекомендаций (1–10) российской версии T2T для пациентов по 10-балльной шкале Лайкерта (0 – принцип или рекомендация совсем не понятны или больной полностью с ними не согласен, 10 – полная ясность и согласие с содержанием)

ревматолога, что он должен ожидать от консультации, какова его роль в процессе принятия решений, какие конечные результаты он должен получить от лечения [35]. Большое значение имеют также организации пациентов, которые могут обеспечить широкую доступность рекомендаций T2T для больных.

Для внедрения инициативы T2T в реальную клиническую практику необходимы регулярная оценка активности заболевания ревматологом и корректная регистрация ее результатов. Ключевую роль в накоплении и обработке полученной при этом информации играет создание Регистра больных РА. База данных Регистра позволяет производить автоматический подсчет комплексных показателей активности болезни и функционального статуса, собирать и структурировать всю информацию о ходе лечения и его исходах.

После инициирования международной программы T2T во многих странах были проведены исследования уровня согласия с содержанием принципов и рекомендаций среди врачей, а также степени их применения в реальной клинической практике. Был проведен опрос 1901 ревматолога из 34 стран (Восточная и Западная Европа, Латинская Америка, Австралия, Канада, Новая Зеландия, Япония, Корея и Средний Восток) [63]. Согласие с рекомендациями было высоким (более 8 баллов по 10-балльной шкале Лайкерта) во всех странах и регионах. Максимальный уровень поддержки наблюдался относительно рекомендаций №1 (9,2 балла) и №10 (9,3 балла), минимальный – относительно рекомендаций №5 (8,5 балла) и №3 (8,6 балла). Наибольшие различия в восприятии рекомендаций между странами существовали относительно рекомендаций №5 и №6 – от 9,6 до 6,9 балла. Степень применения каждой рекомендации в реальной клинической практике оценивали по 4-балльной шкале Лайкерта (никогда, не очень часто,

очень часто, всегда). В целом уровень использования рекомендаций T2T в 34 странах был высоким. Наибольшее число ответов «всегда» и «очень часто» получила рекомендация №2 (97,7%), а наименьшее – №5 (87,3%). Рекомендации №5 и №6 набрали максимальное число ответов «никогда» и «не очень часто» (12,7 и 10,0% соответственно). При этом большинство ревматологов были готовы изменить свою практику в соответствии с программой T2T.

Аналогичное исследование было проведено среди канадских ревматологов [64]. Анкетирование прошли 78 (24%) из 330 опрошенных врачей. Уровень согласия колебался от 6,9 балла по 10-балльной шкале Лайкерта для рекомендации №5 до 9,1 балла для рекомендации №10. Относительно применения в реальной клинической практике наибольшее число ответов «никогда» и «не очень часто» по 4-балльной шкале Лайкерта получили рекомендации, касающиеся частоты визитов к ревматологу (№5) и использования комплексных показателей активности заболевания (№6) – 33,3 и 32,1% соответственно. В качестве причин этого были указаны занятость в повседневной практике и сомнения в достоверности комплексных показателей для оценки активности заболевания. Несмотря на это большинство опрошенных врачей отметили, что они придерживаются рекомендаций T2T.

Таким образом, результаты этих двух исследований показали высокую поддержку инициативы T2T международным сообществом ревматологов. Авторы считают, что дополнительные усилия необходимо сосредоточить на преодолении нежелания отдельных врачей изменить свою практику в соответствии с рекомендациями T2T.

Восприятие рекомендаций T2T пациентами оценивалось в трех исследованиях. При разработке англоязычной версии оценивалась степень согласия с ними 10 боль-

ных РА из различных регионов Европы [35]. В целом средний уровень согласия с содержанием был высоким — 9,3 балла по 10-балльной шкале. Наибольшая степень согласия наблюдалась для общего принципа №1, а наименьшая — для рекомендации №4.

На ежегодном съезде ACR в ноябре 2012 г. были представлены данные канадской Руководящей группы экспертов T2T о восприятии канадцами с РА рекомендаций T2T для больных [65]. Оценивалась степень согласия с содержанием рекомендаций в зависимости от социально-демографических факторов и длительности заболевания. Было опрошено 959 пациентов (77% женщин) из шести провинций Канады (средний возраст 59,1 года, средняя продолжительность болезни 12,9 года), наблюдающихся у 22 ревматологов. У больных уровень согласия варьировал от 8,6 балла по 10-балльной шкале для рекомендации №4 до 9,5 балла для рекомендации №7. При этом степень согласия с рекомендацией №4 уменьшалась с увеличением возраста пациента (от 9,1 балла у больных в возрасте 43 лет до 7,9 в возрасте 74 лет). Принятие рекомендации №5 было значительно выше у больных РА из провинций Квебек (9,4 балла) и Нью-Брансуик (9,3 балла) по сравнению с Британской Колумбией (8,6 балла). В Канаде согласие с рекомендациями T2T среди пациентов было выше, чем среди ревматологов [64, 65].

На ежегодном конгрессе EULAR в июне 2012 г. были представлены данные анкетирования (27 вопросов) бразильских больных РА, оценивающего восприятие рекомендаций T2T, знания о болезни и стратегиях ее лечения, проведенного 12 ревматологами из 11 больниц всех регионов Бразилии [66]. В опросе приняли участие 230 пациентов (90,1% женщин, средний возраст 52 года, средняя продолжительность болезни 11 лет). Оказалось, что большинство больных (95%) хотели бы принимать решения относительно лечения совместно с врачом, а также быть в курсе целей лечения (98%) и стратегий их достижения (94%); 65% пациентов нуждались в более подробной информации о заболевании, а 93% хотели бы получать ее от медицинского персонала. Результаты анкетирования не зависели от давности заболевания и использования государственной или частной медицинской помощи. Хорошо восприняты больными (86%) были рекомендации относительно ежемесячных посещений ревматолога и регулярного контроля активности заболевания.

ния, пока не достигнута ремиссия, а также оценки состояния суставов (90%) при каждом визите (71%). Авторы считают, что большой проблемой является неудовлетворенная потребность пациентов в образовательных программах.

Данные европейского, канадского и бразильского исследований согласуются с результатами изучения степени согласия с принципами и рекомендациями T2T среди российских больных РА. Наблюдался высокий уровень согласия с содержанием российской версии T2T для пациентов (в среднем 9,34 балла по 10-балльной шкале). Максимальный уровень согласия среди больных отмечался для общего принципа №1 (совместное принятие решений по лечению РА между пациентом и ревматологом) и рекомендации №10 (информированность пациента о цели лечения и стратегии для ее достижения), минимальный — для рекомендаций №3 (низкая активность РА — приемлемая альтернатива ремиссии в ряде случаев) и №4 (пересмотр лекарственной терапии не реже 1 раза в 3 мес, пока не достигнута цель лечения). При этом согласие пациентов с рекомендацией №3 увеличивалось с повышением давности заболевания, а с рекомендацией №4 — снижалось с увеличением возраста больных. Уровень образования не влиял на восприятие рекомендаций T2T. Таким образом, большинство российских больных РА были убеждены, что должное информирование о цели лечения и совместное с ревматологом принятие решения о стратегии для достижения этой цели расширяют их возможности по эффективному контролю над заболеванием.

К сожалению, большая часть (75,6%) включенных в исследование пациентов были из Центрального региона России, и поэтому нам не удалось оценить взаимосвязь между уровнем согласия больных с рекомендациями T2T и географическими различиями. Это должно быть предметом дальнейших исследований. Кроме того, представляется целесообразным оценить степень согласия с содержанием рекомендаций T2T среди ревматологов различных регионов России и определить, насколько они руководствуются ими в реальной клинической практике, а также выявить взаимосвязи и различия в восприятии рекомендаций среди врачей и пациентов. Данный подход может способствовать устранению препятствий к широкому внедрению инициативы T2T в реальную клиническую практику и оптимизировать результаты терапии РА.

## ЛИТЕРАТУРА

- Smolen J.S., Aletaha D., Bijlsma J.W. et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2010;69:631–7.
- Rachmani R., Slavachski I., Berla M. et al. Treatment of high-risk patients with diabetes: motivation and teaching intervention: a randomized, prospective 8-year follow-up study. *J Am Soc Nephrol* 2005;16(Suppl 1):S22–S26.
- Eeg-Olofsson K., Cederholm J., Nilsson P.M. et al. Glycemic and risk factor control in type 1 diabetes: results from 13,612 patients in a national diabetes register. *Diabetes Care* 2007;30:496–502.
- Patel A., MacMahon S., Chalmers J. et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:829–40.
- Egan B.M., Lackland D.T., Cutler N.E. Awareness, knowledge, and attitudes of older americans about high blood pressure: implications for health care policy, education, and research. *Arch Intern Med* 2003;163:681–7.
- Pearson T.A. The epidemiologic basis for population-wide cholesterol reduction in the primary prevention of coronary artery disease. *Am J Cardiol* 2004;94:4F–8F.
- Ridker P.M., Danielson E., Fonseca F.A. et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med* 2008;359:2195–207.
- Российские рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. В сб.: Национальные клинические рекомендации. Под ред. Р.Г. Оганова. 2-е изд. М.: Силиция-Полиграф, 2009;292–332.
- Pincus T., Callahan L.F., Sale W.G. et al. Severe functional declines, work disability, and increased mortality in seventy-five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthr Rheum* 1984;27:864–72.
- Mitchell D.M., Spitz P.W., Young D.Y. et al. Survival prognosis

- and causes of death in rheumatoid arthritis. *Arthr Rheum* 1986;29:706–14.
11. Yelin E., Trupin L., Wong B. et al. The impact of functional status and change in functional status on mortality over 18 years among persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2002;29:1851–7.
  12. Wolfe F., Michaud K., Gefeller O. et al. Predicting mortality in patients with rheumatoid arthritis. *Arthr Rheum* 2003;48:1530–42.
  13. Dawes P.T., Fowler P.D., Clarke S. et al. Rheumatoid arthritis: treatment which controls the C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate reduces radiological progression. *Br J Rheumatol* 1986;25:44–9.
  14. Van der Heijde D.M., van Riel P.L., van Leeuwen M.A. et al. Prognostic factors for radiographic damage and physical disability in early rheumatoid arthritis. A prospective follow-up study of 147 patients. *Br J Rheumatol* 1992;31:519–25.
  15. Van Leeuwen M.A., van der Heijde D.M., van Rijswijk M.H. et al. Interrelationship of outcome measures and process variables in early rheumatoid arthritis. A comparison of radiologic damage, physical disability, joint counts, and acute phase reactants. *J Rheumatol* 1994;21:425–9.
  16. Drossaers-Bakker K.W., de Buck M., van Zeben D. et al. Long-term course and outcome of functional capacity in rheumatoid arthritis: the effect of disease activity and radiologic damage over time. *Arthr Rheum* 1999;42:1854–60.
  17. Combe B., Cantagrel A., Goupille P. et al. Predictive factors of 5-year health assessment questionnaire disability in early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2003;30:2344–9.
  18. Welsing P.M., Landewe R.B., van Riel P.L. et al. The relationship between disease activity and radiologic progression in patients with rheumatoid arthritis: a longitudinal analysis. *Arthr Rheum* 2004;50:2082–93.
  19. Aletaha D., Ward M.M., Machold K.P. et al. Remission and active disease in rheumatoid arthritis: defining criteria for disease activity states. *Arthr Rheum* 2005;52:2625–36.
  20. Smolen J.S., van der Heijde D.M., St Clair E.W. et al. Predictors of joint damage in patients with early rheumatoid arthritis treated with high-dose methotrexate with or without concomitant infliximab: results from the ASPIRE trial. *Arthr Rheum* 2006;54:702–10.
  21. Smolen J.S., Han C., van der Heijde D.M. et al. Radiographic changes in rheumatoid arthritis patients attaining different disease activity states with methotrexate monotherapy and infliximab plus methotrexate: the impacts of remission and tumour necrosis factor blockade. *Ann Rheum Dis* 2009;68:823–7.
  22. Smolen J.S., Aletaha D., Koeller M. et al. New therapies for treatment of rheumatoid arthritis. *Lancet* 2007;370:1861–74.
  23. Smolen J.S., Breedveld F.C., Schiff M.H. et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42:244–57.
  24. Felson D.T., Anderson J.J., Boers M. et al. The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. The Committee on Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials. *Arthr Rheum* 1993;36:729–40.
  25. Van der Heijde D.M., van't Hof M., van Riel P.L. et al. Development of a disease activity score based on judgment in clinical practice by rheumatologists. *J Rheumatol* 1993;20:579–81.
  26. Grigor C., Capell H., Stirling A. et al. Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study): a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:263–9.
  27. Verstappen S.M., Jacobs J.W., van der Veen M.J. et al. Intensive treatment with methotrexate in early rheumatoid arthritis: aiming for remission. Computer Assisted Management in Early Rheumatoid Arthritis (CAMERA, an open-label strategy trial). *Ann Rheum Dis* 2007;66:1443–9.
  28. Goekoop-Ruiterman Y.P., de Vries-Bouwstra J.K., Allaart C.F. et al. Comparison of treatment strategies in early rheumatoid arthritis: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007;146:406–15.
  29. Sokka T., Hetland M.L., Mäkinen H. et al. Remission and rheumatoid arthritis: Data on patients receiving usual care in twenty-four countries. *Arthr Rheum* 2008;58:2642–51.
  30. Dougados M., Betteridge N., Burmester G.R. et al. EULAR standardised operating procedures for the elaboration, evaluation, dissemination, and implementation of recommendations endorsed by the EULAR standing committees. *Ann Rheum Dis* 2004;63:1172–6.
  31. Schoels M., Knevel R., Aletaha D. et al. Evidence for treating rheumatoid arthritis to target: results of a systematic literature search. *Ann Rheum Dis* 2010;69:638–43.
  32. Каратеев Д.Е. Академия ревматологии на российской земле. *Cons med* 2010;Экстравыпуск:3–14.
  33. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л. Современная стратегия терапии ревматоидного артрита. *Рус мед журн* 2012;30:1504–9.
  34. Олюнин Ю.А. Целенаправленное лечение ревматоидного артрита: рекомендации международной комиссии (Treatment to target expert committee – Экспертная комиссия по целенаправленному лечению). *Совр ревматол* 2010;3:7–9.
  35. De Wit M.P.T., Smolen J.S., Gossec L. et al. Treating rheumatoid arthritis to target: the patient version of the international recommendations. *Ann Rheum Dis* 2011;70:891–5.
  36. Viller F., Guillemin F., Briancon S. et al. Compliance with drug therapy in rheumatoid arthritis. A longitudinal European study. *Joint Bone Spine* 2000;67:178–82.
  37. Kjekken I., Dagfinrud H., Mowinckel P. et al. Rheumatology care: involvement in medical decisions, received information, satisfaction with care, and unmet health care needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthr Rheum* 2006;55:394–401.
  38. Schildmann J., Grunke M., Kalden J.R. et al. Information and participation in decision-making about treatment: a qualitative study of the perceptions and preferences of patients with rheumatoid arthritis. *J Med Ethics* 2008;34:775–9.
  39. Fraenkel L., Bogardus S., Concato J. et al. Unwillingness of rheumatoid arthritis patients to risk adverse effects. *Rheumatology (Oxford)* 2002;41:253–61.
  40. Fraenkel L., Bogardus S., Concato J. et al. Risk communication in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2003;30:443–8.
  41. Neame R., Hammond A., Deighton C. Need for information and for involvement in decision making among patients with rheumatoid arthritis: a questionnaire survey. *Arthr Rheum* 2005;53:249–55.
  42. Ho M., Lavery B., Pullar T. The risk of treatment. A study of rheumatoid arthritis patients' attitudes. *Br J Rheumatol* 1998;37:459–60.
  43. Neame R., Hammond A. Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2005;44:762–7.
  44. Horne R., Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999;47:555–67.
  45. Hill J., Bird H., Johnson S. Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2001;60:869–75.
  46. Aletaha D., Smolen J.S. The definition and measurement of disease modification in inflammatory rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 2006;32:9–44.
  47. Van der Heijde D.M., van't Hof M.A., van Riel P.L. et al. Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis: first step in the development of a disease activity score. *Ann Rheum Dis* 1990;49:916–20.
  48. Van Riel P.L., van Gestel A.M. Clinical outcome measures in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2000;59(Suppl 1):i28–i31.
  49. Prevoo M.L., van't Hof M.A., Kuper H.H. et al. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthr Rheum* 1995;38:44–8.
  50. Aletaha D., Nell V.P., Stamm T. et al. Acute phase reactants add

- little to composite disease activity indices for rheumatoid arthritis: validation of a clinical activity score. *Arthr Res Ther* 2005;7:R796–R806.
51. Aletaha D., Smolen J. The Simplified Disease Activity Index (SDAI) and the Clinical Disease Activity Index (CDAI): a review of their usefulness and validity in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2005;23(Suppl 39):S100–S108.
  52. Felson D.T., Smolen J.S., Wells G. et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2011;70:404–13.
  53. Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А. О классификации ревматоидного артрита. *Науч-практич ревматол* 2008;1:5–16.
  54. Каратеев Д.Е. Низкая активность и ремиссия при ревматоидном артрите: клинические, иммунологические и морфологические аспекты. *Науч-практич ревматол* 2009;5:4–12.
  55. Олюнин Ю.А. Оценка статуса больных ревматоидным артритом. *Науч-практич ревматол* 2012;50(1):9–13.
  56. Lard L.R., Visser H., Speyer I. et al. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med* 2001;111:446–51.
  57. Nell V.P., Machold K.P., Eberl G. et al. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2004;43:906–14.
  58. Emery P., Salmon M. Early rheumatoid arthritis: time to aim for remission? *Ann Rheum Dis* 1995;54:944–7.
  59. Emery P. Therapeutic approaches for early rheumatoid arthritis. How early? How aggressive? *Br J Rheumatol* 1995;34:87–90.
  60. Emery P., Breedveld F.C., Hall S. et al. Comparison of methotrexate monotherapy with a combination of methotrexate and etanercept in active, early, moderate to severe rheumatoid arthritis (COMET): a randomised, double-blind, parallel treatment trial. *Lancet* 2008;372:375–82.
  61. Каратеев Д.Е. Ретроспективная оценка многолетней базисной терапии у больных ревматоидным артритом. *Науч-практич ревматол* 2003;3:32–6.
  62. Combe B., Landewe R., Lukas C. et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2007;66:34–45.
  63. Haraoui B., Smolen J.S., Aletaha D. et al. Treating Rheumatoid Arthritis to Target: Multinational recommendations assessment questionnaire. *Ann Rheum Dis* 2011;70:1999–2002.
  64. Haraoui B., Bensen W.G., Bessette L. et al. Treating Rheumatoid Arthritis to Target: A Canadian Physician Survey. *J Rheumatol* 2012;39:949–53.
  65. Haraoui B., Bensen W.G., Thorne J. C. et al. Treating Rheumatoid Arthritis to Target: A Canadian Patient Survey. *Arthr Rheum* 2012;64(Suppl):S168.
  66. Freitas M.V.C., Romeiro L.D., Torigoe D.Y.Y. et al. Brazilian RA patients agreement to fundamentals of Treat to Target (T2T) recommendations and knowledge of their disease and therapy: preliminary results of a structured questionnaire. *Ann Rheum Dis* 2012;71(Suppl 13):714.