

Структурированная программа обучения больных ревматоидным артритом самостоятельному мониторингу активности заболевания

Е.В. Лыгина, Е.В. Пронькина, С.С. Якушин

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия

Academician I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Ryazan, Russia

Контакты: Лыгина Елена Владимировна
lygina_ev@mail.ru

Contact: Elena Lygina
lygina_ev@mail.ru

Поступила 18.03.13

Цель — разработать структурированную программу обучения больных ревматоидным артритом (РА) для самостоятельного мониторинга активности заболевания и оценить ее эффективность.

Материал и методы. Включено 60 больных с достоверным диагнозом РА, соответствующим диагностическим критериям ACR/EULAR 2010 г., 52 женщины и 8 мужчин, средний возраст $58,8 \pm 10,4$ года, медиана продолжительности РА 5 [2,75; 12] лет. Проводилось обучение больных по разработанной оригинальной методике «Структурированная программа обучения больных РА самостоятельному мониторингу активности заболевания» на исходном визите и через месяц (второй визит). Для контроля освоения навыков проводилась параллельная оценка числа болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС) врачом и пациентом во время второго визита и через 2 мес от исходного визита (третий визит). Анализ статистической значимости проводился с помощью критерия Мак-Немара (различия достоверны при $p < 0,05$).

Результаты. При параллельной оценке врачом и пациентом ЧПС абсолютное совпадение во время второго визита было у 26 (43%) больных во время третьего — у 41 (68%) пациента ($p = 0,018$). Результаты определения ЧБС врачом и больным при втором визите совпадали в 20 (33%), при третьем — в 36 (60%) случаях ($p = 0,003$).

Заключение. Таким образом, применение структурированной программы позволяет больным РА правильно определять в 60% случаев болезненность и в 68% случаев припухлость суставов, что имеет важное значение для самоконтроля активности заболевания.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; образовательная программа; обучение самоконтролю.

Для ссылки: Лыгина ЕВ, Пронькина ЕВ, Якушин СС. Структурированная программа обучения больных ревматоидным артритом самостоятельному мониторингу активности заболевания. Научно-практическая ревматология. 2014;52(1):37–43.

A STRUCTURED TRAINING PROGRAM FOR PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS TO SELF-MONITOR DISEASE ACTIVITY E.V. Lygina, E.V. Pron'kina, S.S. Yakushin

Objective. To develop a structured training program for patients with rheumatoid arthritis (RA) to self-monitor disease activity and to assess effectiveness of this program.

Material and Methods. The study included 60 patients with definite diagnosis of RA according to the ACR/EULAR 2010 diagnostic criteria (52 females and 8 males, mean age 58.8 ± 10.4 years, the median duration of RA was 5 [2.75; 12] years). Patients were trained using the original method Structured Program of Training Patients with RA to Self-Monitor Disease Activity during the first visit and one month later (second visit). Skill acquisition was controlled by estimating the number of painful (NPJ) and swollen (NSJ) joints in parallel by a physician and the patient during the second visit and 2 months after the first visit (the third visit). Statistical significance was analyzed using the McNemar's test (differences are considered to be significant when $p < 0.05$).

Results. Absolute coincidence of NSJ as assessed in parallel by a physician and the patient was observed in 26 (43%) cases during the second visit and 41 (68%) cases during the third visit ($p = 0.018$). Results of NPJ assessment by a physician and the patient coincided in 20 (33%) cases during the second visit and 36 (60%) cases during the third visit ($p = 0.003$).

Conclusion. The structured program allows RA patients to correctly determine the painfulness of joints in 60% of cases and joint swelling in 68% of cases, which is important for self-control of the disease activity.

Keywords: rheumatoid arthritis; educational program; self-control training.

For references: Lygina EV, Pron'kina EV, Yakushin SS. A structured training program for patients with rheumatoid arthritis to self-monitor disease activity. Rheumatology Science and Practice. 2014;52(1):37–43.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-37-43>

Проблема ревматических заболеваний ввиду их широчайшей распространенности и разнообразия актуальна не только для России, она беспокоит медицинскую общественность во всем мире. Об этом свидетельствует проведение в 2000–2010 гг. по инициативе Всемирной организации здравоохранения Международной декады костей и суставов [1, 2]. В частности, 2010 г., завершающий год декады, ознаменовался большим количеством событий, касающихся

ревматоидного артрита (РА). Были опубликованы рекомендации по целевой терапии РА (Treat-to-Target Recommendations) [3], рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR) по лечению РА [4], новые классификационные критерии РА Американской коллегии ревматологов (ACR)/EULAR [5]. В 2011 г. были разработаны новые критерии EULAR/ACR определения ремиссии РА [6]. На настоящий момент использование новых классификационных

критериев РА (2010) позволяет установить диагноз на более ранних стадиях заболевания, нежели критерии ACR 1987 г. [7]. Ремиссия, которая является основной целью терапии РА, вполне достижима на современном этапе, поскольку ревматолог обладает достаточным арсеналом базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) и генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), способных эффективно подавлять активность болезни [8].

Помимо изменения диагностики и тактики лечения РА, поменялось отношение и к мониторингу болезни. Согласно современным рекомендациям в ходе терапии необходима регулярная оценка активности заболевания с использованием наиболее приемлемых в рутинной клинической практике международных индексов оценки активности РА с целью своевременной коррекции терапии [3, 4]. На настоящий момент существует несколько индексов для оценки активности РА: DAS (Disease Activity Score), DAS28 (Disease Activity Score 28) [9], ПВА (показатель воспалительной активности) [10, 11], упрощенный индекс активности заболевания SDAI (Simplified Disease Activity Index), клинический индекс активности заболевания CDAI (Clinical Disease Activity Index) [12–14] и др. В результате проведения нескольких многоцентровых международных исследований было выяснено, что частота выявления ремиссии РА у одних и тех же пациентов существенно различалась в зависимости от применявшихся критериев [15, 16]. Вопрос о наиболее приемлемом способе определения состояния клинической ремиссии при РА в настоящее время является открытым для обсуждения.

Обучающие программы (по изменению стереотипа двигательной и функциональной активности и др.) наряду с лечебной физкультурой, ортопедическими пособиями, достижением и поддержанием рекомендуемой массы тела, сбалансированной диетой, физиотерапией, санаторно-курортным лечением лежат в основе немедикаментозного лечения больных РА [17–20]. За рубежом широко используется термин «образовательные программы», в Российской Федерации данные программы традиционно называют «школами здоровья». Деятельность школ здоровья регламентирована приказом МЗ РФ от 16.07.2001 №269 «О введении в действие отраслевого стандарта “Сложные и комплексные медицинские услуги”» [21]. На протяжении десятилетий активно функционируют школы для больных хроническими терапевтическими заболеваниями [22–34]. В Российской Федерации несколькими группами ученых были разработаны и внедрены школы для больных РА [35–40]. Существует небольшое число зарубежных исследований, касающихся оценки эффективности образовательных программ для пациентов. В Кокрановском обзоре было показано, что обучение больных РА оказывает краткосрочное благоприятное воздействие на продолжительность нетрудоспособности, функциональный и психологический статус, суставной счет, оценку пациентами общего состояния и выраженность депрессии [19].

Однако не все образовательные программы направлены на освоение самоконтроля заболевания. Большинство обучающих программ сконцентрировано на предоставлении информации о заболевании и его лечении. Самоконтроль, по определению Института медицины (Institute of Medicine, IOM), это «регулярное обуче-

ние и проведение поддерживающих мероприятий медицинским персоналом для приобретения пациентом навыков и укрепления его уверенности в своей способности справиться с заболеванием» [41]. Обучение самоконтролю сосредоточено на развитии у пациента уверенности и навыков «управлять» заболеванием в повседневной жизни и, в конечном итоге, приводит к увеличению степени ответственности пациента. Наиболее известная программа для англоязычных пользователей по обучению самоконтролю при РА – это программа самопомощи Фонда артрита (ASMP), которая среди прочего обучает больных РА навыкам управления: решению задач, планированию действий, принятию решений [41]. Как показал метаанализ испытаний по обучению при болезнях суставов, образовательные программы, обучающие пациента стратегиям поведения при заболевании, более эффективно облегчают боль, улучшают функции и снижают число болезненных суставов (ЧБС), чем программы, только предоставляющие информацию [42].

Пациент в XXI в. уже может самостоятельно использовать физикальные, инструментальные и лабораторные методы для объективной оценки своего состояния. Например, больной может самостоятельно определить отеки, измерить артериальное давление, самостоятельно определить содержание глюкозы в крови при помощи портативного глюкометра и т. д. Овладев методиками самостоятельной «объективной» оценки клинических проявлений заболеваний, пациент научился в определенной степени и самостоятельно контролировать течение данных болезней. Закономерно возникает вопрос: возможно ли обучить пациентов с РА самостоятельно и «объективно» оценивать основные проявления их заболевания? G. Stucki в 1995 г. предложил индекс самооценки больными активности ревматоидного артрита (RADAI), включающий оценку по нескольким категориям, одна из которых – определение болезненности суставов [43]. А.А. Крель и соавт. [44] представили данные по изучению «счета боли» у пациентов с РА. Таким образом, ранее изучена самостоятельная оценка больными болезненности суставов; обучение больных самостоятельному определению припухлости суставов не проводилось.

Цель – разработать структурированную программу обучения больных РА самостоятельному мониторингу активности заболевания и оценить ее эффективность.

Материал и методы

В основу работы положены данные 60 больных с достоверным диагнозом РА, прошедших обучение самостоятельному мониторингу активности заболевания. Диагноз РА выставлялся на основании диагностических критериев ACR/EULAR 2010 г. При формулировке диагноза использовалась классификация РА 2007 г., принятая на заседании пленума Ассоциации ревматологов России 30.11.2007 г.

Активность РА оценивалась по индексу DAS28: $DAS28 > 5,1$ – III (высокая); $3,2 \leq DAS28 \leq 5,1$ – II (умеренная); $2,6 \leq DAS28 < 3,2$ – I (низкая), $DAS28 < 2,6$ – ремиссия. При осмотре оценивали конфигурацию суставов, определяли ЧБС и число припухших суставов (ЧПС). Индекс активности РА оценивали во время исходного визита.

Больным проводилось стандартное обследование, включая рентгенографию кистей и стоп, определялись

ревматоидный фактор (РФ) и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП). СОЭ оценивали по методу Вестергрена.

Тактика ведения больных РА была стандартной и соответствовала клиническим рекомендациям [18].

Пациентам, подписавшим согласие на участие в исследовании, проводилось обучение в течение 40 мин по «Структурированной программе обучения больных РА самостоятельному мониторингу активности заболевания» при исходном визите и в течение 20 мин во время второго визита.

Методика обучения пациентов. В ходе обучения врачу-ревматологу необходимо было изменить модель поведения пациента с РА. Для повышения эффективности мероприятий, направленных на изменение поведения, существует большое количество техник поведенческого консультирования. При разработке оригинальной методики обучения больных самоконтролю активности заболевания мы отдали предпочтение модели «пять А» по R.E. Glasgow и соавт. [45]. Исходно данная модель была разработана для помощи при прекращении курения, затем ее широко использовали для проведения обучения и поддержания самоконтроля [45–47].

Основные этапы структурированной программы обучения больных РА самостоятельному мониторингу активности заболевания

Assess (оценка). Оценка врачом понимания важности методики обучения пациентом, его намерений и способности посещать занятия в рамках структурированной программы.

Advise (совет). Информирование пациента о преимуществах методики обучения, создание мотивации для обучения самоконтролю.

Agree (согласие). Объяснение пациенту цели структурированной программы, обсуждение дизайна программы, получение информированного согласия больного на участие в данной программе.

Assist (помощь). Обучение пациентов навыкам самостоятельной оценки болезненности и припухлости суставов и помощь больным в развитии уверенности в достижении поставленной цели.

При обучении больных использовались следующие методики.

Во-первых, врач-ревматолог обучал больных самостоятельно оценивать припухшие и болезненные суставы.

Во-вторых, нами было создано наглядное пособие для больных РА с фотографиями по методике пальпаторной оценки болезненных и припухших суставов (рис. 1). М. Каагаинен и соавт. [48] показали, что качество образовательных программ при РА можно повысить, если использовать печатные материалы.

Обучение больных РА осуществлялось по унифицированной методике. Проводили глубокую пальпацию суставов в состоянии покоя двупальцевым методом. Болезненность определяли по ходу суставной щели. Пальпировали сначала здоровый, затем пораженный сустав. *Принципиально важным моментом явилось то, что сила, с которой кончиками пальцев проводили надавливание в области суставной щели при пальпации крупных, средних и мелких суставов, соответствовала пожеланию ногтевого ложа на 30%.* Для того чтобы пациенты могли разграничить припухлость и деформацию, они были проинструктированы об отличительных признаках этих видов изменения конфигурации суставов. Пациенты самостоятельно проводили определение болезненности и припухлости 28 суставов, включенных в основные индексы активности заболевания, поскольку все эти суставы хорошо доступны для пальпаторного исследования самим пациентом.

Обучение пациентов по данной программе проводилось индивидуально в амбулаторных условиях.

Arrange follow-up (организация повторного наблюдения). Повторное обучение врачом-ревматологом проводилось через месяц (второй визит). Наглядное пособие по методике пальпаторной оценки болезненных и припухших суставов выдавалось пациентам на весь срок обучения в качестве дополнительного иллюстративного материала для использования в режиме по требованию.

С целью контроля освоения навыков, полученных в процессе обучения, проводилась параллельная оценка ЧБС и ЧПС врачом и пациентом во время второго визита и через 2 мес от исходного визита (третий визит). За правильную оценку принимали совпадение суставного счета и локализации пораженных групп суставов по мнению врача и больного.

Для статистической обработки результатов исследования был использован пакет прикладных программ Statistica 7.0 фирмы StatSoft Inc. для персонального компьютера в системе Windows. Анализ статистической значимости изменения числа случаев абсолютного совпадения ЧПС и ЧБС для связанных групп проводился с помощью критерия Мак-Немара. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

При нормальном распределении признака использовали среднее значение и его средноквадратичное отклонение. Поскольку не все данные имели нормальное распределение, вычисляли медиану (Me), верхний и нижний квартили [25-й; 75-й перцентили].

Результаты

Общая клинико-демографическая и иммунологическая характеристика больных представлена в таблице.



Рис. 1. Наглядное пособие для больных РА по методике оценки болезненных и припухших суставов

Общая характеристика больных РА (n=60)

Показатель	Значение
Пол (м/ж), n	8/52
Возраст, годы*	58,8±10,4
Длительность РА, годы**	5 [2,75; 12]
Стадия РА, n (%):	
I	1 (2)
II	18 (30)
III	28 (47)
IV	13 (21)
Функциональный класс, n (%):	
I	2 (3)
II	25 (42)
III	33 (55)
Активность по DAS28, n (%):	
ремиссия	1 (2)
I	3 (5)
II	29 (48)
III	27 (45)
Терапия БПВП, n (%):	
все БПВП	52 (87)
метотрексат	47 (90)
лефлуномид	2 (4)
сульфасалазин	3 (6)
Прием ГК, n (%)	32 (53)
Прием НПВП, n (%)	52 (87)
РФ, n (%):	
обнаружен	52 (87)
не обнаружен	8 (13)
АЦЦП, n (%):	
обнаружены	37 (62)
не обнаружены	11 (18)
не определяли	12 (20)

Примечание. ГК – глюкокортикоиды, НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты. * – представлено среднее значение (M) ± среднее квадратичное отклонение (σ); ** – результаты представлены в виде медианы (Me) [25-й; 75-й перцентили].

Как следует из таблицы, большинство больных были женского пола, среднего возраста, с длительным течением заболевания, серопозитивные по РФ и АЦЦП, имели высокую активность воспалительного процесса, II или III рентгенологическую стадию, II или III функциональный класс, получали различные БПВП и НПВП.

В результате обучения больных отмечалось повышение качества оценки припухших суставов. При параллельной оценке врачом и пациентом ЧПС абсолютное совпадение во время второго визита было у 26 (43%), во время

третьего – у 41 (68%) пациента ($p=0,018$). Соответственно количество больных, которые некорректно оценивали этот показатель, уменьшилось с 34 (57%) при втором до 19 (32%) при третьем визите. Гипердиагностика имела у 21 (35%) больного во время второго и у 12 (20%) во время третьего визита, гиподиагностика – у 13 (22%) и 7 (12%) больных соответственно (рис. 2).

Результаты оценки ЧБС больным и врачом во время второго визита совпадали в 20 (33%), третьего – в 36 (60%) случаях ($p=0,003$; см. рис. 2). Гипердиагностика болезненности суставов наблюдалась у 16 (27%) больных при втором и у 9 (15%) при третьем визите, гиподиагностика – у 24 (40%) и у 15 (25%) больных соответственно (рис. 3).

Обсуждение

Ряд исследований, таких как CAMERA, TICORA и др., доказали, что при интенсивном контроле за пациентами с РА, а именно ежемесячном наблюдении и активной эскалации дозы БПВП, ремиссия достигается чаще, быстрее и длится дольше [49, 50]. Подобные результаты были получены Э.Н. Оттевой при сравнительной оценке клинических симптомов РА и индекса активности в условиях тщательного контроля и обычной клинической практики [51].

На настоящий момент есть четкая стратегия «тщательного контроля (tight control) за больными РА», одним из элементов которой является количественная оценка активности. Ее следует выполнять ежемесячно при высокой и умеренной, а также каждые 3–6 мес при стабильной активности РА, фиксируя результаты в медицинской документации [3]. Однако вследствие высокой нагрузки на врача-ревматолога в поликлиниках и недостаточной укомплектованности ревматологами во многих регионах Российской Федерации, где данную работу приходится выполнять участковым терапевтам, значительно возрастает значение самоконтроля при ревматических болезнях, в частности при РА.

Основными параметрами для вычисления любого индекса активности РА являются ЧПС и ЧБС. Мы попытались научить пациентов определять количественные показатели активности РА, которыми пользуется врач-ревматолог.

В результате обучения наблюдалось статистически значимое повышение качества самостоятельной оценки болезненности и припухлости суставов пациентами с РА. Соответственно повысилась их уверенность в использовании приобретенных принципиально новых навыков в повседневной жизни. Таким образом, можно говорить о том, что определенное количество больных РА после соот-

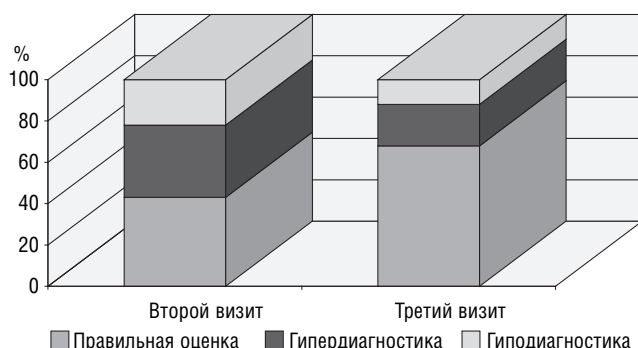


Рис. 2. Динамика распределения больных РА по оценке ЧПС

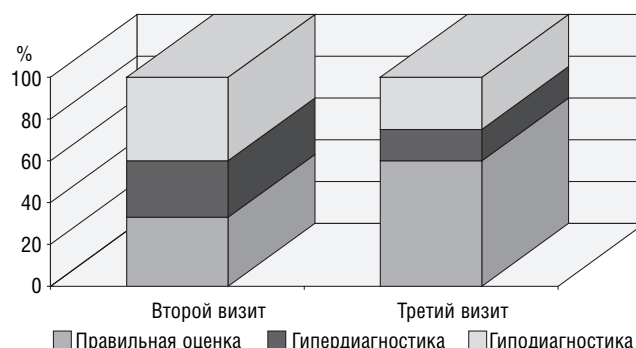


Рис. 3. Динамика распределения больных РА по оценке ЧБС

ветствующего обучения могут корректно определять ЧБС и ЧПС. Формирование правильного стереотипа самостоятельной оценки активности РА для большинства (>60%) больных является реально достижимой задачей.

Обучение самоконтролю активности заболевания — новое перспективное направление в тактике ведения больных РА. Не исключено, что использование такого контроля в рутинной клинической практике может благоприятно повлиять на результаты лечения РА.

Необходимо дальнейшее изучение «выживаемости» полученных навыков у пациентов, корреляции между самостоятельной оценкой больными активности РА и основными международными индексами активности заболевания. Доказательство практической значимости самостоятельного измерения пациентами в домашних условиях ЧБС и ЧПС, возможно, позволит рекомендовать данную методику для внедрения в практическую медицину.

ЛИТЕРАТУРА

- Брундтланд ГХ. Речь на открытии заседания научной группы ВОЗ по ущербу при мышечно-скелетных заболеваниях (The Bone and Joint Decade 2000–2010, 13 January 2000, Geneva). Научно-практическая ревматология. 2001;(1):5–7. [Dr. Brumitland Gro Harlem. Open session of who scientific group on thii burden of musculoskeletal diseases (The Bone and Joint Decade 2000–2010, 13.01.2000. Geneva). Rheumatology Science and Practice. 2001;(1):5–7.]
- Вялков АИ, Гусев ЕИ, Зборовский АБ, Насонова ВА. Основные задачи международной Декады (The Bone and Joint Decade 2000–2010) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России. Научно-практическая ревматология. 2001;(2):4–8. [Vyalkov AI, Gusev EI, Zborovsky AB, Nassonova VA. Basic objectives of international “The bone and joint decade 2000–2010” in improvement of the measures against the most prevalent diseases of locomotor system in Russia. Rheumatology Science and Practice. 2001;(2):4–8.] DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2001-391>.
- Smolen JS, Alethaha D, Bijlsma JW, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. Ann Rheum Dis. 2010;69(4):631–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2009.123919>.
- Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. Ann Rheum Dis. 2010;69(4):964–75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2009.126532>.
- Alethaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. Arthritis Rheum. 2010;62(9):2569–81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/art.27584>.
- Felson D, Smolen J, Wells G. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. Arthritis Rheum. 2011;63(3):573–86. DOI: [10.1002/art.30129](http://dx.doi.org/10.1002/art.30129).
- Arnett FC, Edworth SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1988;31(3):315–24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780310302>.
- Насонов ЕЛ. Фармакотерапия ревматоидного артрита — современные рекомендации. Врач. 2007;(1):38–42. [Nasonov EL. Farmakoterapiya revmatoidnogo artrita — sovremennye rekomendatsii. Vrach. 2007;(1):38–42.]
- Van der Heijde DMFM, van’t Hof MA, van Riel PLCM, 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(11):916–20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.49.11.916>.
- Олюнин ЮА. Определение активности воспалительного процесса и оценка эффективности системной и локальной терапии ревматоидного артрита. [Дис. ... д-ра мед. наук.] Москва; 2007. 224 с. [Olyunin YuA. Opredelenie aktivnosti vospalitel'nogo protsessa i otsenka effektivnosti sistemnoi i lokal'noi terapii revmatoidnogo artrita. [Dis. ... d-ra med. nauk.] Moscow; 2007. 224 p.]
- Олюнин ЮА, Балабанова РМ. Определение активности ревматоидного артрита в клинической практике. Терапевтический архив. 2005;(5):23–6. [Olyunin YuA, Balabanova RM. Evaluation of rheumatoid arthritis activity in clinical practice. Terapevticheskii arkhiv. 2005;(5):23–6.]
- Alethaha 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 Rheum. 2005;23(39):100–8.
- Smolen JS, Breedveld FC, Schiff MH, et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. Rheumatology (Oxford). 2003;42(2):244–57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keg072>.
- Чемерис НА, Каратеев ДЕ, Насонов ЕЛ. Новые подходы к оценке активности ревматоидного артрита: упрощенный индекс активности болезни SDAI (Simplified Disease Activity Index) при раннем артрите. Научно-практическая ревматология. 2005;(2):7–10. [Chemeris NA, Karateev DE, Nassonov EL. New approaches to the assessment of rheumatoid arthritis activity: Simplified Disease Activity Index (SDAI) in early arthritis. Rheumatology Science and Practice. 2005;(2):7–10.] DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2005-1516>.
- Sokka T, Hetland ML, Makinen H, et al. Remission and rheumatoid arthritis: Data on patients receiving usual care in twenty-four countries. Arthritis Rheum. 2008;58(9):2642–51. DOI: [10.1002/art.23794](http://dx.doi.org/10.1002/art.23794).
- Mierau M, Schoels M, Gonda G, et al. Assessing remission in clinical practice. Rheumatology (Oxford). 2007;46(6):975–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/kem007>.
- Насонов ЕЛ, Каратеев ДЕ, Балабанова РМ. Ревматоидный артрит. Насонов ЕЛ, Насонова ВА, редакторы. Ревматология. Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008. С. 290–331. [Nasonov EL, Karateev DE, Balabanova RM. Revmatoidnyi artrit. Nasonov EL, Nasonova VA, editors. Revmatologiya. Natsional'noe rukovodstvo. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. P. 290–331.]
- Насонов ЕЛ, редактор. Ревматология. Клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 752 с. [Nasonov EL, editor. Revmatologiya. Klinicheskie rekomendatsii. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 752 p.]

Прозрачность исследования

Исследование проводилось в рамках выполнения научной поисковой темы «Самооценка больными ревматоидным артритом активности заболевания». Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы не получали гонорар за исследование, лекции или гранты по теме исследования. Предварительные результаты исследования были опубликованы в виде тезисов и представлены устными докладами на российских конференциях.

19. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, et al. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;2:003688.
20. Warsi A, La Valley MP, Wang PS, et al. Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability. *Arthritis Rheum*. 2003;48(8):2207–13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/art.11210>.
21. О введении в действие отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги». Приказ МЗ РФ № 269 от 16.07.2001. Москва: МЗ РФ; 2001. [О vvedenii v deistvie otraslevogo standarta «Slozhnye i kompleksnye meditsinskie uslugi». Prikaz MZ RF № 269 ot 16.07.2001. Moscow: MZ RF; 2001.]
22. Балкаров ИМ, Шоничев ДГ, Козлова ВГ и др. Некоторые подходы к повышению качества лечения пациентов с артериальной гипертензией (опыт «школы» пациента с артериальной гипертензией). *Терапевтический архив*. 2000;(1):47–51. [Balkarov IM, Shonichev DG, Kozlova VG, et al. Nekotorye podkhody k povysheniyu kachestva lecheniya patsientov s arterial'noi gipertenziei (opyt «shkoly» patsienta s arterial'noi gipertenziei). *Terapevticheskii arkhiv*. 2000;(1):47–51.]
23. Замотаев ЮН, Косов ВА, Мандрыкин ЮВ. Опыт применения программы медицинской и психологической поддержки больных, перенесших кардиохирургические операции. *Терапевтический архив*. 2000;(1):25–8. [Zamotaev YuN, Kosov VA, Mandrykin YuV. Opyt primeneniya programmy meditsinskoi i psikhologicheskoi podderzhki bol'nykh, pereneskhkh kardiohirurgicheskie operatsii. *Terapevticheskii arkhiv*. 2000;(1):25–8.]
24. Бакшеев ВИ, Коломоец НМ. Гипертоническая болезнь. Как жить и выжить? Учебно-методическое пособие к занятиям в школе больного гипертонической болезнью (советы больному с повышенным артериальным давлением). Москва; 2002. 96 с. [Bakshiev VI, Kolomoets NM. Gipertonicheskaya bolezni'. Kak zhit' i vyzhit'? Uchebno-metodicheskoe posobie k zanyatiyam v shkole bol'nogo gipertonicheskoi bolezni'yu (sovery bol'nomu s povyshennym arterial'nym davleniem). Moscow; 2002. 96 s.]
25. Гиляревский СР, Орлов ВА, Боева ОА. Терапевтическое обучение больных с хронической сердечной недостаточностью: методические вопросы и практическое применение. *Российский кардиологический журнал*. 2000;(5):64–9. [Gilyarevskii SR, Orlov VA, Boeva OA. Terapevticheskoe obuchenie bol'nykh s khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu: metodicheskie voprosy i prakticheskoe primeneniye. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal*. 2000;(5):64–9.]
26. Гиляревский СР, Орлов ВА, Середенина ЕМ. Самоконтроль и самолечение больных с хронической сердечной недостаточностью: границы эффективности и безопасности. *Сердечная недостаточность*. 2002;(5):237–44. [Gilyarevskii SR, Orlov VA, Seredenina EM. Samokontrol' i samolechenie bol'nykh s khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu: granitsa effektivnosti i bezopasnosti. *Serdechnaya nedostatochnost'*. 2002;(5):237–44.]
27. Гнездилова ЕВ. Опыт работы «школы для больных хроническим обструктивным бронхитом». *Клиническая медицина*. 2002;80(12):57–60. [Gnezdilova EV. Opyt raboty «shkoly dlya bol'nykh khronicheskim obstruktivnym bronkhitom». *Klinicheskaya meditsina*. 2002;80(12):57–60.]
28. Данилов ЮА, Карташов ВТ, Бакшеев ВИ. Обучение больных ишемической болезнью сердца, перенесших операции на коронарных артериях, в «школе коронарных больных». *Клиническая медицина*. 2003;81(3):47–50. [Danilov YuA, Kartashov VT, Bakshiev VI. Learning of patients with coronary heart disease after operations on the coronary arteries at "School for Coronary Patients". *Klinicheskaya meditsina*. 2003;81(3):47–50.]
29. Дедов ИИ, Анциферов МБ, Галстян ГР и др. Обучение больных сахарным диабетом. Москва: Берг; 1999. 304 с. [Dedov II, Antsiferov MB, Galstyan GR, et al. Obuchenie bol'nykh sakharnym diabetom. Moscow: Berg; 1999. 304 p.]
30. Романова СЕ, Вахрушев ЯМ, Козлова ТЛ и др. Роль астмашколы в достижении комплаенса между больными бронхиальной астмой и медперсоналом. В кн.: Сборник тезисов XII национального конгресса по болезням органов дыхания. Москва; 2002. 186. [Romanova SE, Vakhrushev YaM, Kozlova TL, et al. Rol' astma-shkoly v dostizhenii komplensa mezhdu bol'nymi bronkhial'noi astmoi i medpersonalom. V kn.: Sbornik tezisev XII natsional'nogo kongressa po boleznyam organov dykhaniya. Moscow; 2002. 186.]
31. Оганов РГ, редактор. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией: Информационно-методическое пособие для врачей. Москва; 2002. 62 с. [Oganov RG, editor. Shkola zdorov'ya dlya patsientov s arterial'noi gipertoniei: Informatsionno-metodicheskoe posobie dlya vrachei. Moscow; 2002. 62 p.]
32. Лесняк ОМ, Пухтинская ПС. Школа здоровья. Лесняк ОМ, редактор. Остеоартрит: Руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008. 104 с. [Lesnyak OM, Pukhtinskaya PS. Shkola zdorov'ya. Lesnyak OM, editor. Osteoartrit: Rukovodstvo dlya vrachei. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. 104 p.]
33. Лесняк ОМ, Евстигнеева ЛП, Кузнецова НМ и др. Школа здоровья. Лесняк ОМ, редактор. Остеопороз: Руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008. 64 с. [Lesnyak OM, Evstigneeva LP, Kuznetsova NM, et al. Shkola zdorov'ya. Lesnyak OM, editor. Osteoporoz: Rukovodstvo dlya vrachei. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. 64 p.]
34. Михайлова НВ, Калинина АМ, Олейников ВГ и др. Школа здоровья для пациента – важнейший фактор качества медицинской помощи. Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. 2004;(2):3–10. [Mikhailova NV, Kalinina AM, Oleinikov VG, et al. Shkola zdorov'ya dlya patsienta – vazhneishii faktor kachestva meditsinskoi pomoshchi. *Profilaktika zabolevaniy i ukrepleniya zdorov'ya*. 2004;(2):3–10.]
35. Ребров АП, Белоусова ВГ, Инамова ОВ. Внедрение программы образования больных в ревматологическом стационаре. *Научно-практическая ревматология*. 2002;(4):121–8. [Rebrov AP, Belousova VG, Inamova OV. Vnedrenie programmy obrazovaniya bol'nykh v revmatologicheskome statsionare. *Rheumatology Science and Practice*. 2002;(4):121–8.]
36. Оттева ЭН. Структурированная обучающая программа для пациентов с ревматоидным артритом. *Научно-практическая ревматология*. 2009;(4):101–4. [Otteva EN. Structured teaching program for patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology Science and Practice*. 2009;(4):101–4. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2009-1158>.
37. Орлова ЕВ, Денисов ЛН, Арсеньев АО, Каратеев ДЕ. Оценка приверженности больных ревматоидным артритом фармакологическим и немедикаментозным методам лечения и ее динамика под влиянием образовательной программы. *Научно-практическая ревматология*. 2012;(3):68–74. [Orlova EV, Denisov LN, Arsenyev AO, Karateev DE. Assessment of adherence to drug and non-drug treatments and its changes under the influence of an education program in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology Science and Practice*. 2012;(3):68–74. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2012-712>.
38. Орлова ЕВ, Денисов ЛН, Арсеньев АО и др. Клиническая эффективность образовательной программы для больных ревматоидным артритом. *Научно-практическая ревматология*. 2012;(2):59–65. [Orlova EV, Denisov LN, Arsenyev AO, et al. Clinical efficiency of an education program for patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology Science and Practice*. 2012;(2):59–65. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2012-1275>.
39. Большакова ЕВ. Роль информации о болезни в системе реабилитации больных ревматоидным артритом [Автореф. дис. ... канд. мед. наук]. Ярославль; 2003. 23 с. [Bol'shakova EV. Rol' informatsii o bolezni v sisteme reabilitatsii

- bol'nykh revmatoidnym artritom [Avtoref. dis. ... kand. med. nauk]. Yaroslavl'; 2003. 23 p.]
40. Шафиева ИА, Булгакова СВ, Давыдкин ИЛ. Эффективность обучающих программ у больных ревматоидным артритом и системным остеопорозом в амбулаторно-поликлинических условиях. Казанский медицинский журнал. 2008;89(4):423–6. [Shafieva IA, Bulgakov SV, Davydkin IL. The effectiveness of training programs in patients with rheumatoid arthritis and systemic osteoporosis in polyclinic conditions. Kazanskii meditsinskii zhurnal. 2008;89(4):423–6.]
 41. Brady TJ, Boutaugh ML. Self-management education and support. Bartlett S, editor. Clinical care in the rheumatic diseases. 3rd ed. Atlanta: American College of Rheumatology; 2006. P. 203–10.
 42. Superio-Cabuslay E, Ward MM, Lorig KR. Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with non-steroidal anti inflammatory drug treatment. Arthritis Care Res. 1996;9(4):292–301. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131\(199608\)9:4%3C292::AID-ANR1790090414%3E3.0.CO;2-4](http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131(199608)9:4%3C292::AID-ANR1790090414%3E3.0.CO;2-4)
 43. Stucki G, Liang M, Stucki S, et al. A self-administered rheumatoid arthritis disease activity index (RADAI) for epidemiological research. Psychometric properties and correlation with parameters of disease activity. Arthritis Rheum. 1995;38(6):795–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780380612>.
 44. Крель АА, Каневская МЗ, Болотин ЕВ, Чичасова НВ. Объективизация проявлений ревматоидного артрита, характеризующих его активность и прогрессирование. Метод количественной оценки выраженности эрозивного артрита и темпов его прогрессирования в суставах кистей и стоп. Вопросы ревматологии. 1981;(3):11–5. [Krel' AA, Kanevskaya MZ, Bolotin EV, Chichasova NV. Ob"ektivizatsiya proyavlenii revmatoidnogo artrita, kharakterizuyushchikh ego aktivnost' i progressirovanie. Metod kolichestvennoi otsenki vyrazhennosti erozivnogo artrita i tempov ego progressirovaniya v sustavakh kistei i stop. Voprosy revmatologii. 1981;(3):11–5.]
 45. Glasgow RE, Goldstein MG, Ockene JK, Pronk NP. Translating what we have learned into practice: principles and hypotheses for interventions addressing multiple behaviors in primary care. Am J Prev Med. 2004;27 (2 Suppl):88–101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2004.04.019>.
 46. Serdula MK, Khan LK, Dietz WH. Weight loss counseling revisited. JAMA. 2003;289(14):1747–50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.14.1747>.
 47. Flocke SA, Clark A, Schlessman K, et al. Exercise, diet and weight loss advice in the family medicine outpatient setting. Fam Med. 2005;37(6):415–21.
 48. Kaariainen M, Kukkurainen ML, Kyngas H, et al. Improving the quality of rheumatoid arthritis patients' education using written information. Musculoskeletal Care. 2011;9(1):19–24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/msc.192>.
 49. Bijlma JWJ, Weinblatt ME. Optimal use of methotrexate: the advantage of tight control. Ann Rheum Dis. 2007;66(11):1409–10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2007.076463>.
 50. Vertappen SM, Jacobs JW, van der Veen MJ, et al. Intensive treatment with methotrexate in early rheumatoid arthritis: arming for remission. Computer Assisted Management in Early Rheumatoid Arthritis (CAMERA, an openlabel strategy trial). Ann Rheum Dis. 2007;66(11):1443–49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2007.071092>. Epub 2007 May 22.
 51. Оттева ЭН. Тщательный контроль — путь к оптимизации лечения больных ревматоидным артритом. Научно-практическая ревматология. 2010;(2):58–65. [Otteva EN. Tight control is a way of optimizing the treatment of patients with rheumatoid arthritis. Rheumatology Science and Practice. 2010;(2):58–65.]