

Е.А. Галушко, Ш.Ф. Эрдес, В.Н. Амирджанова

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН, Москва

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Контакты: Елена Андреевна Галушко orgcom@irramn.ru

Цель. Изучение особенностей диагностики ревматоидного артрита (РА) в реальной практике.

Материал и методы. Включено 1810 больных РА (из них 1520 женщин), средний возраст 54 года. Длительность заболевания составила в среднем 7 лет. Преобладали развернутая и поздняя клинические стадии РА (в целом — 86%), у 64,6% больных отмечалась высокая воспалительная активность заболевания (DAS 28 > 5,1).

Результаты. Средний период между появлением первых симптомов РА и установлением данного диагноза составил 24 [8; 44] мес. Было показано, что лишь у 18% больных диагноз РА был установлен в первые 6 мес от начала заболевания. Однако данный показатель возрастал до 68%, если пациент сразу обращался к ревматологу, минуя других врачей. Каждый восьмой больной РА (13%) в возрасте 55 лет через 13 лет от начала болезни нуждается в эндопротезировании суставов. Эти пациенты имели более высокую активность воспалительного процесса (DAS 28 = 6,0) на момент исследования, средняя доза метотрексата у них не превышала 10 мг/нед, а период от начала заболевания до постановки диагноза был достоверно дольше, чем в общей выборке больных РА, и составил в среднем 31 мес.

Заключение. Недостаточный уровень подготовки врачей по проблемам ревматологии увеличивает период от начала заболевания до постановки диагноза на амбулаторном этапе, приводя к развитию ранней инвалидности и необходимости эндопротезирования крупных суставов у больных РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, диагностика, эндопротезирование суставов

THE SPECIFIC FEATURES OF DIAGNOSIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN REAL CLINICAL PRACTICE

E.A. Galushko, Sh.F. Erdes, V.N. Amirdzhanova

Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Contact: Galushko Elena Andreyevna orgcom@irramn.ru

Objective. To study the specific features of rheumatoid arthritis (RA) in real practice.

Subjects and methods. The study included 1810 patients with RA (including 1520 women) whose mean age was 54 years. The history of the disease averaged 7 years. The extensive and late clinical stages of RA were predominant (86% as a whole); 64.6% of the patients were found to have a high inflammatory disease activity (DAS 28 > 5.1).

Results. The mean interval between the emergence of the first symptoms of RA and the moment of this diagnosis was 24 [8; 44] months. The diagnosis of RA was shown to be established in only 18% of the patients in the first 6 months of the disease onset. However, this indicator increased up to 68% if the patient immediately visited a rheumatologist, by disregarding medical advice from other physicians. Every eight (13%) RA patients aged 55 years require endoprosthetic joint replacement 13 years after the disease onset. These patients had a higher inflammatory process activity (DAS 28 = 6.0) at the moment of the study; their mean methotrexate dose was not greater than 10 mg/week and the interval between the disease onset and the moment of diagnosis was significantly longer than that in the general sample of patients with RA and averaged 31 months.

Conclusion. Inadequate training of physicians in rheumatology problems increases the interval between the disease onset and the moment of outpatient diagnosis results in early disability and makes it necessary to make endoprosthetic replacement of large joints in patients with RA.

Key words: rheumatoid arthritis, diagnosis, endoprosthetic joint replacement

Ревматические болезни характеризуются хроническим, прогрессирующим течением, поэтому их прогноз во многом зависит от ранней постановки диагноза и незамедлительного назначения адекватной терапии.

За последние 15 лет ревматологи разработали принципиально новые подходы к лечению ревматоидного артрита (РА), что способствует существенному повышению уровня медицинской помощи больным [1, 2]. На основании многочисленных клинических исследований было убедительно показано, что раннее начало терапии БПВП эффективнее сдерживает прогрессирование болезни и предотвращает развитие функциональных нарушений, чем более позднее начало лечения [3–6]. Поэтому во многих странах Западной Европы, США, а также в России были созданы специализированные «клиники раннего артрита».

Диагностика РА в дебюте является очень трудной задачей. Его симптомы часто неспецифичны и могут наблюдаться при широком круге как ревматических (РЗ), так и

неревматических заболеваний. Поэтому требуются специальные знания и навыки, чтобы с помощью клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования своевременно установить диагноз. Такими навыками недостаточно владеют терапевты, педиатры и врачи амбулаторной практики [6, 7]. В Канаде, Великобритании и США проведен ряд исследований, показавших, что врачи общей практики оказывают больным РА недостаточно качественную помощь, а студенты и интерны имеют недостаточный уровень подготовки по проблемам ревматологии, что связано с дефицитом учебных часов при вузовском образовании [8–10]. Так, в Канаде в реальной клинической практике только 27% из 10 тыс. пациентов с подозрением на РА, зарегистрированных у врачей общей практики, попадают на консультацию к ревматологам [10]. В Великобритании время, которое проходит с момента обращения больного РА к врачу общей практики до направления к ревматологу, увеличилось за последние годы с

9 до 12 нед. Такая задержка является основной причиной поздней постановки диагноза [8].

Наконец, лечение эффективными противовоспалительными препаратами качественно могут осуществлять только ревматологи, поскольку оно требует специальных знаний для достижения максимальной эффективности и безопасности терапии. В российском исследовании [5], основанном на 15-летнем проспективном наблюдении 240 больных РА, было показано, что раннее назначение базисных противовоспалительных препаратов (БВП) при тщательном контроле динамики активности и прогрессирования РА на фоне лечения позволяет добиться развития клинико-лабораторной ремиссии и улучшить прогноз у значительной части больных.

В России в настоящий момент изменился подход к оценке качества работы учреждений здравоохранения и их задач, сменились приоритеты; в частности, сделан акцент именно на амбулаторно-поликлиническом звене медицинской помощи населению при решающей роли участковой службы или службы семейных врачей. Отражение этих процессов проявляется в повсеместном сокращении ставок врачей-специалистов. Это приводит к уменьшению количества врачей ревматологов, которые не только консультируют, но и систематически наблюдают ревматологических больных.

Целью нашего исследования являлось изучение особенностей диагностики РА в реальной практике.

Материал и методы. Данное исследование являлось одномоментным эпидемиологическим и наблюдательным,

поэтому не предусматривало какого-либо вмешательства в обычную клиническую практику. В него были включены больные РА, приходившие на прием к врачу или находившиеся на стационарном лечении. Все пациенты получали лечение в соответствии со стандартной клинической практикой, все процедуры являлись стандартными, применяемыми в общепринятой практике ведения больных РА, как на амбулаторном, так и на стационарном этапе.

Для выполнения исследования сотрудниками НИИР РАМН была разработана специальная индивидуальная клиническая карта (ИКК), которая включала следующие компоненты:

1. Развернутая информация о развитии заболевания:
 - a) возраст в начале болезни,
 - b) число обращений к врачу (и к какому) до установления диагноза РА,
 - c) время, прошедшее между появлением первых симптомов болезни и постановкой диагноза,
 - d) фигурировавшие до этого диагнозы.
2. Характеристика клинических рентгенологических изменений.
3. Применявшаяся/применяемая терапия.

В исследование были включены 25 клинических центров из 22 городов России, таких как: Екатеринбург, Великий Новгород, Владивосток, Воронеж, Иркутск, Казань, Краснодар, Москва (3 центра), Московская область, Нижний Новгород, Пермь, Ростов-на-Дону, Салехард, Самара, Санкт-Петербург (2 центра), Сургут, Тула, Тюмень, Ульяновск, Уфа, Хабаровск, Ханты-Мансийск.

Врачи, принимавшие участие в исследовании, заполняли анкеты на всех пациентов с РА, приходивших к ним на прием или находящихся на стационарном лечении после даты начала исследования и до момента его завершения. Больные подписывали форму информированного согласия.

Критерии включения: достоверный диагноз РА в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (ACR) 1987 г. [11]; письменное информированное согласие, предоставленное до начала участия в исследовании.

Критерий исключения — отказ пациента участвовать в исследовании.

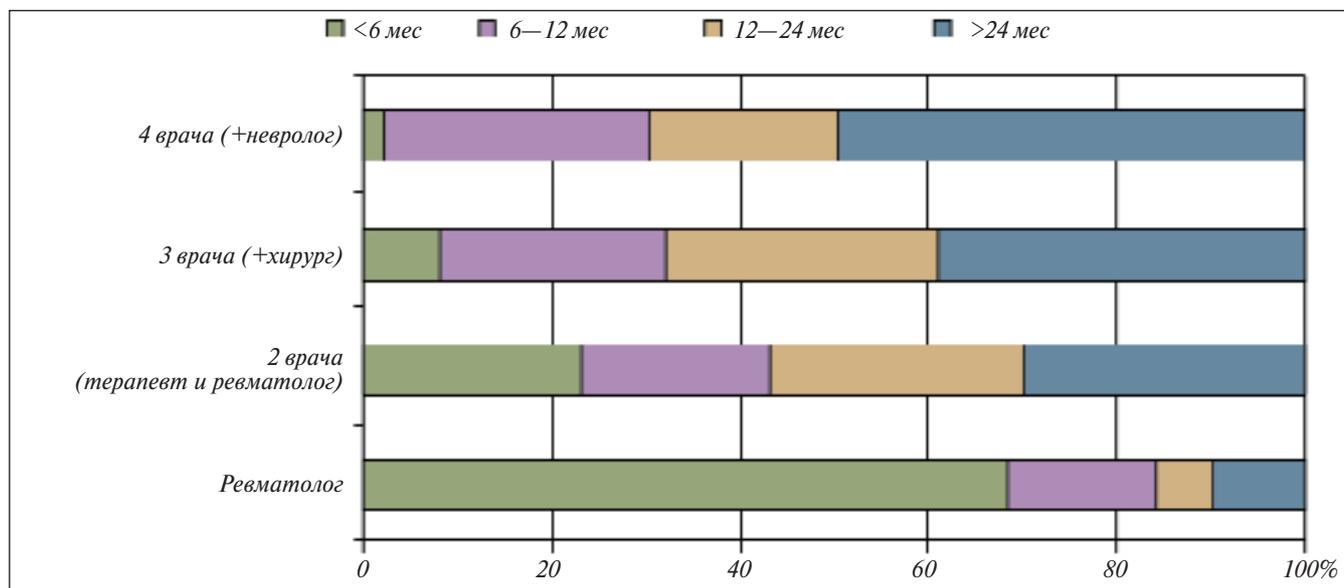
Период от установленной даты начала до окончания набора запланированного количества больных составил 10 нед (с 01.03 по 07.05 2009 г.).

В исследовании приняли участие 1810 больных РА, из них 1520 женщин (84%); отношение мужчины/женщины составило 1:5. Клинические характеристики обследованных пациентов представлены в табл. 1. Возраст больных РА в среднем составил 54 года (от 19 до 85 лет). Длительность заболевания варьировала от 2 мес до 48 лет при средней длительности 7 лет. Отмечалось выраженное

Таблица 1

Клиническая характеристика больных РА (n=1810)

Показатели	Количество больных РА	
	абс. число	%
Возраст, годы, Ме [Q25; Q75]	54 [47; 61]	1
Пол, м/ж	290/1520	6/84
Длительность болезни, годы, Ме [Q25; Q75]	7 [3; 8]	
Клиническая стадия:		
очень ранняя (<6 мес)	70	4,0
ранняя (6—12 мес)	181	10,0
развернутая (1—2 года)	923	51,0
поздняя (> 2 лет)	636	35,0
Активность заболевания по DAS 28, баллы:		
ремиссия (<2,6)	22	1,2
низкая (2,6—3,2)	125	6,9
умеренная (3,2—5,1)	496	27,3
высокая (>5,1)	1167	64,6
Системные проявления	530	29,0
Эрозивный артрит	1247	69,0
Рентгенологическая стадия:		
I	143	8,0
II	673	37,0
III	776	43,0
IV	218	12,0
Функциональный класс		
I	217	12,3
II	981	55,5
III	539	30,5
IV	29	1,7



Продолжительность периода от начала болезни до установления диагноза в зависимости от количества и специализации врачей, включенных в диагностический процесс

преобладание развернутой и поздней клинических стадий РА (в целом 86%). У 64,6% больных РА была высокая, у 27,3% — умеренная, у 6,9% — низкая активность заболевания, и лишь 1,2% из обследованных пациентов находились в ремиссии. У 1/3 больных были выявлены системные проявления. При рентгенологическом исследовании чаще определялись II и III стадии: I стадия выявлена у 143 больных, что составило 8%, II — у 673 больных (37%), III — у 776 (43%), IV — у 218 (12%). Эрозивный артрит был диагностирован у 69% больных. У большинства больных РА отмечалась функциональная недостаточность, которая в половине случаев соответствовала II и у 1/3 больных — III функциональному классу по ACR.

При проведении статистического анализа оценивался характер распределения каждого признака. При нормальном распределении использовались методы параметрической статистики, а при ненормальном распределении — методы непараметрической статистики. Достоверность различий количественных показателей двух групп оценивалась по критерию Манна—Уитни. Различия между двумя относительными показателями рассчитывались по критерию Пирсона.

Результаты. Анализ данных анамнеза болезни показал, что средний возраст больных к моменту появления первых симптомов РА (начало болезни) составлял $43,9 \pm 12,5$ года (18–79 лет) при средней длительности болезни ко времени данного исследования 7 [3; 13] лет.

Средний период между появлением первых симптомов, сопоставимых с РА, и установлением данного диагноза составлял 24 [8; 44] мес. За это время пациент обращался к разным врачам 6 [3; 9] раз. Оказалось, что в реальной клинической практике России лишь у 18% больных диагноз РА был установлен в первые 6 мес (в среднем через 3 мес) от появления первых симптомов, каждый пятый больной (20%) узнал свой диагноз в среднем через 10 мес, 1/3 больных (29%) — через 21 мес и 33% пациентов — только через 5 лет (60 мес) от начала заболевания.

Была установлена четкая связь между числом визитов к врачу и длительностью постановки диагноза ($r=0,47$; $p<0,0001$).

В диагностический процесс чаще всего вовлекались терапевты, к которым обращались 87% больных, ревматолог консультировал более 40% пациентов, почти 1/4 из них (28%) обращались также к хирургу, реже к неврологу (13,5%) и различным другим специалистам (7,4%). Более чем у половины пациентов (54%, $n=971$) уже на начальном этапе был заподозрен РА, однако нередко встречались другие предварительные диагнозы: остеоартроз (в 36% случаев, $n=659$), реактивный артрит (20,0%), недифференцированный артрит (13%) и другие заболевания (11,0%), среди которых фигурировали подагра, остеохондроз, ревматизм и т. д.

Также проанализирована продолжительность периода от начала болезни до постановки диагноза РА в зависимости от специализации врача и количества специалистов, включенных в диагностический процесс (см. рисунок). Из 1810 больных РА только 7,5% ($n=134$) после появления первых симптомов болезни сразу обратились к ревматологам. У этих пациентов диагноз РА в 68% случаев ($n=91$) был выставлен в первые 6 мес от начала болезни. С другой стороны, при увеличении числа специалистов, которые консультировали пациента до направления к ревматологу, было отмечено возрастание числа случаев, когда диагноз устанавливался более чем через 24 мес от начала болезни. Среди пациентов, которые сразу обращались к ревматологу, доля таких случаев составляла 10%. Если до ревматолога пациент консультировался у одного, двух или трех врачей, то этот показатель увеличивался соответственно до 30; 39 и 50%.

При РА деструкция суставов является одним из неблагоприятных факторов, способствующих значительному снижению качества жизни. В проведенном исследовании специалистам-ревматологам был задан вопрос: «Нуждается ли пациент в эндопротезировании на момент осмотра?» Оказалось, что 228 из 1810 больных РА (13%), по мнению консультировавших их ревматологов, нуждались в эндопротезировании суставов, среди них 69 (30%) — из-за выраженной деструкции тазобедренных, а 149 (65%) — коленных суставов. Еще 20 пациентов нуждались в эндопротезировании суставов кистей, а у 10 боль-

Таблица 2

Клиническая картина заболевания у пациентов с потребностью и без потребности в эндопротезировании суставов вне зависимости от локализации процесса

Показатель	Больные, нуждавшиеся в эндопротезировании суставов (n=228)	Больные, не нуждавшиеся в эндопротезировании суставов (n=1582)	p
Возраст, годы, Ме [Q25; Q75]	55 [49; 61]	54 [47; 61]	0,85
Пол, м/ж, %	15/85	16/84	0,91
Длительность болезни, годы, Ме [Q25; Q75]	13 [7; 20]	6 [3; 11]	0,001
Возраст на начало болезни, годы, Ме [Q25; Q75]	40 [30; 48]	45 [36; 53]	0,001
Длительность до установления диагноза РА, мес, Ме [Q25; Q75]	31 [20; 66]	18 [6; 36]	0,001
Число визитов к врачам до постановки диагноза, Ме [Q25; Q75]	6 [3; 10]	5 [2; 7]	0,001
Системные проявления, %	38,0	28,0	0,0027
Наличие РФ/АЦЦП, %	80/78	75/70	0,09/0,68
Активность заболевания по DAS 28, %:			
ремиссия (<2,6)	0	1,5	
низкая (2,6—3,2)	4,0	7,5	0,011
умеренная (3,2—5,1)	24,0	28,0	
высокая (>5,1)	72,0	63,0	
DAS 28, баллы, Ме [Q25; Q75]	6,0 [5,0; 6,8]	5,6 [4,6; 6,5]	0,0002

ных были указаны другие суставы (голеностопные, плечевые). Следует отметить, что у 7% больных (n=17) была необходимость в эндопротезировании как коленных, так и тазобедренных суставов.

Средняя длительность болезни у пациентов, которые нуждались в эндопротезировании, различалась в зависимости от локализации поражения. Так, при необходимости эндопротезирования коленных суставов она составила 12 [7; 19] лет, тазобедренных — 15 [7; 20], суставов кистей — 18 [13; 23] лет.

Клиническая картина заболевания, качество диагностики, терапия на момент исследования сопоставлялись у больных, имевших (1-я группа) и не имевших (2-я группа) потребность в эндопротезировании суставов (табл. 2). Оказалось, что больные в обеих группах не различались по возрасту на момент исследования и полу. Однако в 1-й группе ремиссия и низкая активность выявлялись достоверно реже, чем во 2-й (p=0,011).

Кроме того, у больных 1-й группы достоверно чаще встречались системные проявления, что указывает на более активный воспалительный процесс. Соотношение больных, позитивных по РФ и АЦЦП, было сходным в обеих группах. Анализ данных анамнеза заболевания показал (см. табл. 2), что на момент появления первых клинических симптомов РА больные 1-й группы были достоверно моложе, чем пациенты 2-й группы (соответственно 40 [30; 48] и 45 [36; 53] лет).

Были выявлены и различия, относящиеся к диагностике заболевания. Оказалось, что у больных 1-й группы диагноз РА был установлен только спустя 31 мес, а у больных 2-й группы — через 18 мес от появления первых симптомов заболевания. При этом число визитов к врачам в 1-й группе было больше, чем во 2-й (соответственно 6 и 5 визитов).

Анализ терапии РА показал, что в обеих группах больных частота назначения метотрексата (МТ) была оди-

накова и составила 68% (n=155) и 69% (n=1097) для 1-й и 2-й групп соответственно. Однако средняя доза МТ была различной: у больных, нуждающихся в эндопротезировании суставов, она составила 9,1±5,7 мг/нед, в то время как у остальных больных — 11,2±5,3 мг/нед. Кроме того, 50% больных 1-й и 43% 2-й группы получали ГК в средней дозе 10 [6; 10] и 8 [5; 10] мг/сут соответственно.

Обсуждение. Установлено, что у пациентов с РА своевременное назначение эффективной терапии имеет решающее значение для сохранения функции суставов и минимизации прогрессирования болезни [2—4].

Наши данные, отражающие диагностику РА от начала болезни до установления окончательного диагноза, свидетельствуют о длительности и сложности этого процесса. Его средняя продолжительность составила 24 мес, т. е. 2 года, и потребовалось в среднем 6 обращений к врачу. Каждый четвертый больной в амбулаторной практике должен был приходиться к врачам разных специальностей 9 раз и более. Обычно на начальном этапе пациент обращался к терапевту (участковому врачу) и в 2 раза реже — к ревматологу; среди консультировавших его врачей фигурировали также хирург, невролог и другие специалисты. Не удивительно, что в качестве предварительных диагнозов нередко встречались «остеоартроз», «реактивный артрит», «подагра» и даже такие, как «остеохондроз», «ревматизм» и др. В результате лишь у 18% больных РА диагноз был установлен в первые 6 мес от появления начальных симптомов болезни, а у 33% пациентов — только через 5 лет (60 мес). В то же время известно, что ранняя диагностика РА способствует сохранению функциональной активности больных в долговременной перспективе и позволяет пациенту использовать его «окно возможностей», т. е. тот промежуток времени, в течение которого активная терапия БПВП может наиболее эффективно подавить прогрессирование артрита [3—6, 12].

Для сравнения, в Канаде между первичной консультацией больных с подозрением на РА у врача общей прак-

тики и визитом к ревматологу проходит 79 дней [13], в Великобритании данный показатель равняется 23 нед [8]. Это вызывает крайнюю озабоченность специалистов-ревматологов и позволяет им говорить о низком качестве медицинского обслуживания больных с РЗ на этапе консультаций у врачей общей практики [9, 10, 13].

В России в результате проведенного исследования было показано, что основной причиной поздней постановки диагноза РА является задержка пациента на амбулаторно-поликлиническом этапе у терапевта и ненаправление его к ревматологу. Примечательно, что если пациент сразу попадал на консультацию к ревматологу (минуя терапевтов и других специалистов), то в 68% случаев диагноз был установлен в первые 6 мес болезни. С другой стороны, увеличение числа специалистов, вовлеченных в диагностический процесс, приводило к удлинению промежутка времени до постановки правильного диагноза.

Данные, касающиеся проблемы взаимоотношения функционального статуса больных и воспалительной активности РА, противоречивы. По мнению одних авторов [14], на функциональное состояние больных существенно влияет активность болезни на всем ее протяжении. В то же время в другом исследовании [15] активность РА снижала жизнедеятельность больных в основном на ранних стадиях болезни, а по мере ее прогрессирования основную роль в развитии функциональной недостаточности играла деструкция суставов. Было выделено два основных компонента снижения физической активности — обратимый и необратимый [16]. К первому авторы отнесли болезненность и припухлость суставов, обусловленные воспалением, ко второму — деструкцию и деформацию суставов, а также мышечную слабость. По их мнению, обратимый компонент функциональной недостаточности прогрессивно уменьшается по мере увеличения длительности болезни. В то же время в недавнем исследовании, выполненном на большой группе хорошо прослеженных больных РА (n=2775), было продемонстрировано, что активность болезни является наиболее значимым фактором, определяющим снижение функциональных возможностей пациентов на всех этапах заболевания [17].

Н.В. Чичасова и соавт., которые изучали отдаленные исходы РА в зависимости от сроков начала терапии БПВП, считают, что именно выраженность деструкции суставов и функциональное состояние больных в большей степени отражают истинную эффективность многолетней терапии БПВП [5]. Задержка с назначением БПВП до 1—3 лет от начала болезни приводит к более выраженному увеличению числа эрозий.

По данным нашего исследования, каждый восьмой больной РА (13%) через 13 лет от начала заболевания, уже в возрасте 55 лет, нуждался в эндопротезировании суставов (в основном коленных и тазобедренных). Эти пациенты имели более высокую активность воспалительного процесса на момент исследования и в половине случаев находились на системном приеме глюкокортикоидов. Средняя доза МТ у них не превышала 10 мг/нед, что не соответствует современным представлениям о тактике лечения БПВП, поскольку минимальная рекомендуемая доза МТ должна быть ≥ 15 мг/нед [1]. Также обращает на себя внимание тот факт, что у пациентов, которым показано эндопротезирование, длительность периода от начала болезни до установления диагноза была достоверно больше, чем в общей выборке больных РА, и составила в среднем 31 мес.

По данным литературы, в последнее десятилетие отмечается тенденция к уменьшению количества пациентов с РА, нуждающихся в эндопротезировании суставов, в разных странах мира [18—20]. Это объясняется изменениями в принципах терапии РА, появлением новых классов препаратов, что приводит к более высокой эффективности лечения и предотвращению прогрессирования болезни. Так, например, в США было показано, что из 424 пациентов РА (выборка старше 35 лет), заболевших в период с 1955 по 1985 г., 17,8% нуждались в эндопротезировании суставов в среднем через 24 года болезни [18], в Великобритании данный показатель достигал 24% в 1988 г. [19]. С другой стороны, в Германии длительно были прослежены две когорты пациентов, заболевших до и после 1985 г. [20]. Оказалось, что процент нуждающихся в эндопротезировании сократился почти в 3 раза — с 27 до 10. Обращает на себя внимание, что средняя продолжительность болезни к моменту эндопротезирования во всех анализируемых источниках колебалась от 23 лет до 31 года, в то время как в нашей выборке средняя длительность болезни составила 13 лет, что косвенно может отражать неэффективность проводимой терапии с поздним назначением БПВП на фоне сохранения высокой активности заболевания. Шведские ученые провели исследование с 20-летним динамическим наблюдением 183 больных РА, в котором показали, что высокие значения HAQ, уровня С-реактивного белка и СОЭ, а также наличие эрозий в мелких суставах кистей в первый год от начала заболевания связаны с повышенным риском эндопротезирования крупных суставов у больных РА [21].

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что в России происходящая переориентация в направлении врача общей практики в ущерб специализированным службам и, как правило, недостаточный уровень подготовки врачей терапевтического профиля по проблемам ревматологии неизбежно приводят к серьезным дефектам в диагностике, регистрации, а в результате — и в лечении РЗ. Сложившаяся ситуация приводит к тому, что пациент с прогностически неблагоприятной патологией, даже попав на прием к терапевту, не может своевременно получить квалифицированную медицинскую помощь, поскольку заболевание часто остается нераспознанным.

В мае 2010 г. вышел приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №315н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с ревматическими болезнями», который направлен на комплексный подход к системе оказания помощи больным, страдающим РЗ. В настоящее время назрела необходимость в развитии ревматологической службы, включающей ревматологические отделения, кабинеты, дневные стационары, территориальные ревматологические центры на базе наиболее квалифицированных медицинских учреждений. Для совершенствования ранней диагностики эти центры необходимо оснастить современной аппаратурой для проведения компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой диагностики, рентгеновскими денситометрами, а также лабораторным оборудованием для расширения возможностей ранней иммунологической диагностики РЗ. В настоящее время крайне важна организация постоянно действующего регистра больных, страдающих РА, спондилоартритами, и необходимо регулярно проводить мониторинг эффективности и переносимости терапии у больных РЗ с привлечением врачей разных специальностей.

Благодарим руководителей и сотрудников Центров, участвовавших в проведении исследования, а также компанию «Эбботт» за техническую поддержку проекта.

Руководители центров: Р.А. Блинова, городской КДЦ, Пермь; О.В. Богданович, ПОМЦ, Нижний Новгород; И.Г. Банникова, ОКБ, Сургут; А.А. Василенко, ОКБ, Великий Новгород; И.Б. Виноградова, ОКБ, Ульяновск; А.Ф. Давыдова, ККРБ, Краснодар; А.А. Дмитриева, ГосРГМУ, Ростов-на-Дону; А.И. Дубиков, МУЗ ГКБ №2, Владивосток; Н.М. Евтева, ОКБ, Салехард; А.В. Елонаков, МОНИКИ, Московская область; Е.В. Земерова, ОКБ, Ханты-Мансийск; Т.И. Злобина, ГКБ №1, Иркутск; Е.П. Иливанова, Ленинградская ОКБ, Санкт-Петербург; Р.Г. Камалова, РКБ, Уфа; А.М. Лиля, СПбМАПО, Санкт-Петербург; Н.С. Масесова, поликлиника №1, УДП РФ, Москва; Э.Н. Оттева, ГУЗ Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.И. Сергеева, Хабаровск; Л.К. Пешехонова, Воронежская железнодорожная больница, Воронеж; Т.А. Попова, Городской ревматологический центр (Городская больница №40), Екатеринбург; И.Г. Салихов, КГМУ, Казань; О.В. Семагина, Самара; В.Н. Сороцкая, Тульская ОКБ, Тула; Г.Р. Фадиенко, Тюменский областной ревматологический центр, Тюмень; Е.И. Шмидт, 1-я ГКБ, Москва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита в эру генно-инженерных биологических препаратов. Тер арх 2007;5:5—8.
2. Emery P., Breedveld F.C., Dougados M. et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. Ann Rheum Dis 2002;61:290—7.
3. Bruynesteyn K., Landewe R., van der Linden S., van der Heijde D. Radiography as primary outcome in rheumatoid arthritis: acceptable sample size for trials with 3 months follow-up. Ann Rheum Dis 2004;63:1413—8.
4. Van der Horst-Bruinsma I.E., Speyer I., Visser H. et al. Diagnosis and course of early onset arthritis: results of a special early arthritis clinic compared to routine patient care. Br J Rheumatol 1998;37:1084—8.
5. Чичасова Н.В., Владимиров С.А., Имамединова Г.Р. и др. Функциональные исходы ревматоидного артрита при различных способах противовоспалительной терапии. Науч-практич ревматол 2010;2:30—6.
6. Каратеев Д. Е., Лучихина Е. Л., Тюрина Л. Н. и др. Возможности ранней диагностики ревматоидного артрита в клинической практике на современном этапе (результаты наблюдений за московской когортой больных ранним артритом в рамках программы РАДИКАЛ). Тер арх 2008;80(5):8—13.
7. Lineker S.C., Bell M.J., Boyle J. et al. Implementing arthritis clinical practice guidelines in primary care. Med Teach 2009;31:230—7.
8. Kumar K., Daley E., Carruthers D. et al. Delay in presentation to primary care physicians is the main reason why patients with rheumatoid arthritis are seen late by rheumatologists. Rheumatology (Oxford) 2007;46(9):1438—40.
9. Boyle E., Badley E.M., Glazier R.H. The relationship between local availability and first-time use of specialists in an arthritis population. Can J Public Health 2006;97(3):210—3.
10. Feldman D., Bernatsky S., Haggerty J. et al. Delay in consultation with specialists for persons with suspected new-onset rheumatoid arthritis: a population-based study. Arthr Rheum 2007;57(8):1419—25.
11. Arnett F.C., Edworthy S.M., Bloch D.A. et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthr Rheum 1988;31:315—24.
12. Sokka T., Mäkinen H., Hannonen P., Pincus T. Most people over age 50 in the general population do not meet ACR remission criteria or OMERACT minimal disease activity criteria for rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford) 2007;46(6):1020—3.
13. MacKay C., Canizares M., Davis A. Health care utilization for musculoskeletal disorders. Arthr Care Res 2010;62:161—9.
14. 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.
15. Wilsing P.M., van Gestel A.M., Swinkels H.L. et al. The relationship between disease activity, joint destruction, and functional capacity over the course of rheumatoid arthritis. Arthr Rheum 2001;44:2009—17.
16. Aletana D., Smolen J., Ward M.M. Measuring function in rheumatoid arthritis identifying reversible and irreversible components. Arthr Rheum 2006;54:2784—92.
17. Tanaka E., Mannalithara A., Inoue E. et al. Efficient management of rheumatoid arthritis significantly reduces long-term functional disability. Ann Rheum Dis 2008;67:1153—8.
18. Hootman J.M., Helmick C.G. Projections of US prevalence of arthritis and associated activity limitations. Arthr Rheum 2006;54:226—9.
19. Dixon T., Shaw M.E., Dieppe P. Analysis of regional variation in hip and knee joint replacement rates in England using Hospital Episodes Statistics. Public Health 2006;120:83—90.
20. Merx H., Dreinhofer K., Schrader P. et al. International variation in hip replacement rates. Ann Rheum Dis 2003;62:222—6.
21. Hawker G.A., Guan J., Croxford R. et al. A prospective population-based study of the predictors of undergoing total joint arthroplasty. Arthr Rheum 2006;54(10):3212—20.

Поступила 13.01.11