

Стратегия «Лечение до достижения цели» в терапии ревматоидного артрита

Х.Р. Махмудов, Ё.У. Саидов

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В обзоре представлены подробный анализ и оценка современных взглядов в фундаментальных вопросах терапии ревматоидного артрита в рамках стратегии «Тreat To Target» (T2T) – «Лечение до достижения цели». Наиболее существенными принципами стратегии являются нацеленность на сохранение качества жизни пациента, тщательный контроль за процессом лечения ревматоидного артрита, а также активное участие пациента в процессе лечения. Проведённые в последние годы исследования, демонстрируют существенные преимущества новой стратегии перед традиционными подходами в терапии пациентов с ревматоидным артритом.

Вместе с тем, существует ряд актуальных вопросов, наличие которых в значительной степени осложняет процесс имплементации стратегии T2T в реальную клиническую практику, диктует необходимость дальнейшего изучения эффективности новой стратегии в терапии ревматоидного артрита, особенно на ранних стадиях заболевания.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, лечение до достижения цели – Treat To Target

Высокая и повсеместная распространённость ревматоидного артрита (РА), способность поражать людей в наиболее трудоспособном возрасте, неуклоннопрогрессирующий характер течения с перманентным повреждением суставов и внутренних органов, а также высокие неблагоприятные отдалённые исходы, делают РА центральной проблемой современной ревматологии и своеобразной её «визитной карточкой» [1-3].

За последние два десятилетия усилиями мирового ревматологического сообщества был достигнут существенный прогресс в изучении вопросов диагностики, патогенеза и, что особенно важно, терапии РА [4-7]. Полученные успехи в изучении важнейших фундаментальных и прикладных вопросов РА, основанных на принципах доказательной медицины, стали свидетелями того, что: а) в проблеме РА кумулируются основополагающие теоретические, прикладные и социальные аспекты, связанные с аутоиммунными системными ревматологическими заболеваниями (РЗ); б) заболевание является сосредоточением таких основных теоретических проблем медицины, как иммунитет и аутоиммунная патология, острое и хроническое воспаление, иммуногенетика и др.; в) успехи в изучении РА и его терапии оказывают существенное влияние на развитие не только ревматологии, но и медицины в целом [8-10].

В связи с неясностью этиологии, сложностью и многокомпонентностью патогенетических механизмов РА [3,11,12], изучение широкого круга вопросов, связанных с терапией заболевания, всегда находи-

лось в фокусе внимания современных ревматологов [1,9]. Высокая распространённость РА, гетерогенность патогенетических механизмов, клинических форм и течения заболевания делают его терапию серьёзной задачей [11,13,14]. Полученный в последние годы существенный прогресс в изучении ключевых вопросов патогенеза РА, ранней диагностике и идентификации широкого спектра предикторов неблагоприятного прогноза, способствовали расширению возможностей патогенетической терапии заболевания [5,8,10,15].

Достигнутый за последние два десятилетия большой успех в фармакотерапии РА во многом связан с одним из крупных достижений биологической медицины в XXI веке – разработкой новой группы лекарственных средств, так называемых, генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), которые прицельно блокируют ключевые механизмы иммуннопатогенеза РА [8,14,15]. Широкое внедрение ГИБП в практической ревматологии позволило, с одной стороны, существенно улучшить прогноз у больных РА и расширить представления о патогенетических аспектах заболевания, а с другой – пересмотреть парадигмы фармакотерапии заболевания в целом [1,7,13].

Итоги многолетнего изучения основных вопросов, связанных с проблемой РА, свидетельствуют о том, что кардинальное улучшение прогноза заболевания зависит не только от широкого применения инновационных и, нередко, дорогостоящих лекарственных препаратов, но и в большой степени от совершен-



ствования традиционных подходов и стратегии лечения заболевания в целом [16]. На заре XXI века практические ревматологи, с целью более успешного ведения пациентов с РА, стали активно использовать парадигмы «тщательного контроля» состояния больного [17]. Подтверждением этому являются результаты ряда крупных международных исследований, таких как TICORA, BeST, CAMERA [18-20], данные которых стали яркими свидетелями эффективности активного ведения больных РА без применения инновационных лекарственных препаратов.

В последние годы были идентифицированы и представлены основные факторы, которые послужили основанием для коренного пересмотра традиционных способов терапии РА и разработки новой стратегии лечения заболевания: а) расшифровка ряда ключевых вопросов патогенеза и улучшение возможностей ранней диагностики заболевания; б) широкое внедрение в клиническую практику стандартизированных методов оценки активности РА, эффективность проводимой терапии и верификация состояния клинической ремиссии; в) данные многочисленных исследований и национальных регистров практических результатов инновационных подходов в терапии РА [2,10,20-22].

В итоге, с одной стороны, результаты обобщенного анализа и оценки полученных больших достижений в ключевых вопросах патогенеза и ранней диагностики РА, а с другой – появление в арсенале практикующих ревматологов высокоэффективных антиревматических препаратов, прежде всего ГИБП, и современных информативных клинических инструментов для количественной оценки активности заболевания и эффективности проводимой терапии, позволили современным исследователям придти к следующим основным выводам в отношении совершенствования терапевтической стратегии РА: а) наиболее характерными особенностями ревматоидного процесса являются чрезвычайная гетерогенность патогенетических аспектов, клинической симптоматики, активность и прогрессирование заболевания [4,13,23]; б) персистенция и кумулятивный эффект воспалительной активности РА являются основными факторами, которые определяют исходы заболевания [24]; в) активная противовоспалительная терапия является наиболее эффективной на самых ранних стадиях заболевания – в пределах «окна возможности» [25]; г) эффективная патогенетическая терапия позволяет в определенной степени контролировать активность заболевания [26].

В связи с необходимостью пересмотра и совершенствования традиционных подходов терапии РА, в 2008г. международная группа ведущих экспертов-ревматологов выступила с инициативой разработки рекомендаций для эффективного контроля за заболеванием [23]. В развернутом виде современные правила ведения пациентов с РА были представлены

в 2010г. в международной программе Европейской антиревматической лиги (EULAR) «Treat to Target» – «Лечение до достижения цели» [10].

В программе T2T не указываются конкретные методы лечения, но разработаны и представлены общие принципы и рекомендации по оптимальному ведению больных и стратегические терапевтические подходы, обеспечивающие наилучшие результаты. В практическом аспекте наиболее важными требованиями стратегии T2T являются: а) достижение клинической ремиссии или низкой активности заболевания, как основной цели терапии; б) тщательный контроль (каждые 1-3 мес.) активности РА с применением валидированных комплексных показателей; в) строгий мониторинг функции и структурных повреждений; г) тесное взаимодействие врача-ревматолога и пациента [27].

Согласно выводам Д.Е. Каратеева (2015), наиболее существенными принципами стратегии T2T для практикующих ревматологов являются: а) нацеленность на сохранение качества жизни и социальной активности пациента; б) тщательный контроль за процессом лечения с применением современных интегральных показателей активности РА; в) широкое внедрение ГИБП; г) поддержание достигнутого эффекта – практически на протяжении всей жизни больного; д) активное участие пациента в процессе лечения [33].

В целом, стратегия T2T, которая, с одной стороны, аккумулирует в себя и всесторонне отражает научные достижения и богатый клинический опыт ведения пациентов с РА, а с другой – широко инкорпорирована в национальные рекомендации по лечению РА, в настоящее время получила всемирное признание [13,28].

Несмотря на малочисленность публикаций по практическому применению стратегии T2T, результаты этих исследований свидетельствуют о существенных преимуществах новой стратегии перед традиционными подходами в терапии пациентов с РА. Вместе с тем, существует ряд актуальных вопросов, наличие которых в значительной степени осложняет процесс имплементации стратегии T2T в реальную клиническую практику [29]. Согласно данным большинства исследователей [17,30], наиболее существенными и в достаточной степени дискуссионными проблемами в пути практического применения стратегии T2T у больных РА являются: а) выбор критериев оценки активности РА и эффективности проводимой терапии в условиях тщательного контроля; б) наличие трудностей в объективной верификации состояния клинической ремиссии; в) низкая приверженность к медикаментозной терапии у большинства пациентов.

В оценке эффективности стратегии T2T в реальной клинической практике также открытым остаётся



вопрос по определению влияния новой стратегии лечения в отношении снижения риска развития кардиоваскулярных событий у пациентов с РА [6].

На всех этапах изучения проблемы РА и в современных рекомендациях по эффективному ведению пациентов особое место занимают изучение и всесторонняя объективная оценка активности воспалительного процесса [2], поскольку в оценке тяжести РА и возможности прогнозирования течения болезни большинство исследователей однозначно отмечают ключевую роль активности воспалительного процесса [31]. При РА присутствие тяжёлого суставного синдрома, висцеральных проявлений, рентгенологического прогрессирования заболевания и предикторов неблагоприятного прогноза, прежде всего, отражает длительную персистенцию и кумулятивный эффект хронического иммунновоспалительного процесса [32]. Показано, что среди многочисленных и разнообразных характеристик РА, активность заболевания является наиболее высокоинформативным параметром, который определяет, с одной стороны объём и интенсивность проводимой терапии, а с другой – режим мониторинга лечения заболевания и необходимость её коррекции [26]. И наконец, в современной стратегии терапии РА – Т2Т, в качестве основной цели представлены достижения клинической ремиссии или низкой активности заболевания [27,29,33], что ещё больше актуализирует проблемы изучения и объективной оценки активности заболевания.

Наиболее яркими и динамичными проявлениями мультисиндромного РА являются клинические симптомы воспалительного процесса, такие как боль, припухлость и болезненность в суставах, наличие утренней скованности [34]. Наряду с типичными клиническими проявлениями РА, общепризнанными и особо информативными лабораторными параметрами, характеризующими воспалительную активность заболевания, считаются СОЭ и уровень СРБ [2,32].

В тоже время, чрезвычайная гетерогенность патогенетических механизмов РА, в свою очередь, предопределяет многообразие клинико-лабораторных, иммунопатологических нарушений и системных проявлений заболевания [12]. Среди многообразных проявлений РА и предикторов неблагоприятного течения заболевания трудно найти параметр, который не было бы, так или иначе, связан с активностью воспалительного процесса [31]. С другой стороны, в мультисиндромной картине РА идентифицировать единственный ключевой параметр, который мог бы сам по себе дать адекватное представление о степени активности заболевания в целом, не представляется возможным [31]. В этом плане, в последние годы многие исследователи пришли к выводу, что решение этой проблемы диктует необходимость разработки и широкое внедрение в клиническую практику мультипараметрических индексов объектной оценки

активности РА [35]. Создание базового набора по рекомендации Американской коллегии ревматологов (ACR) [36] стало важным шагом на пути к стандартизации клинической оценки активности РА. Однако в дальнейшем эксперты ACR не стали применять свой базовый набор для определения степени активности РА, они адаптировали его только для оценки эффективности проводимой терапии [37]. В связи с чем, в практической ревматологии возникла потребность в разработке современных комплексных индексов для адекватной оценки активности РА. Такой подход впервые был реализован экспертами EULAR при создании показателя активности болезни – DAS (Disease Activity Score) [38]. Оригинальный DAS, который вычисляется по четырём исходным параметрам (индекс Ричи, ЧПС, ООЗБ и СОЭ), так и не получил широкого практического применения [37].

В настоящее время, среди практикующих ревматологов для оценки активности РА и эффективности проводимой терапии, всеобщее признание завоевал модифицированный вариант DAS – DAS28, в котором учтены четыре параметра: ЧБС, ЧПС из 28 суставов, СОЭ и общее состояние здоровья пациента (ОСЗП – в мм по ВАШ) [39].

В проведённых многочисленных исследованиях было показано, что DAS28 хорошо коррелирует не только с DAS (является таким же валидным, как и оригинальный индекс), но и с другими клинико-лабораторными параметрами активности РА [39] и позволяет не только многократно оценивать активность РА, но и, что особенно важно, эффективность проводимой терапии [32]. В дальнейшем опыт длительного применения индекса DAS28 в клинической практике показал, что вычисление данного индекса (как и оригинальный вариант) также достаточно, сложно и требует применения специальной вычислительной техники.

С учётом сложности в вычислении индекса DAS28 в клинической практике, эксперты EULAR [40] предложили упростить процедуру математической обработки исходных данных в индексе DAS28. В итоге были разработаны упрощённые индексы активности болезни: а) простой индекс оценки активности – a simplified disease activity index (SDAI); б) клинический индекс активности болезни – a clinical disease activity index (CDAI) [35,40]. Проведённые клинические исследования показали достоверную корреляцию индексов SDAI и CDAI с индексом DAS28 и с параметрами, отражающими функциональный исход при РА (HAQ) [41]. Эти данные послужили основанием современным исследователям рекомендовать широкое внедрение в клинической практике индексов SDAI и CDAI для проведения качественного мониторинга активности воспалительного процесса и эффективности проводимой терапии у больных РА [42].



В стратегии T2T достижение стойкой клинической ремиссии выдвинуто в качестве основной цели лечения РА [23,28]. В этом аспекте у больных РА, наряду с тщательной оценкой и мониторингом активности РА, немаловажное значение имеет и вопрос об объективной верификации состояния клинической ремиссии [17].

При РА ремиссия (от латинского слова *remissia* – уменьшение, ослабление), в классическом понимании, означает отсутствие клинических и лабораторных показателей активности воспалительного процесса [39]. Однако отсутствие общепризнанных клинико-лабораторных и разработанных морфологических параметров ремиссии при РА, создаёт большие трудности в пути её верификации в реальной клинической практике [27,32]. В настоящее время критериальный подход, который имеет принципиальное значение, считается практически единственным возможным способом обоснования клинического состояния у больных РА [41].

В практической ревматологии, по-прежнему, широко применяются клинические критерии ремиссии, разработанные ACR [43] и EULAR [36]. Согласно рекомендации ACR, состояние клинической ремиссии при РА характеризуется наличием 5 из 6 следующих критериев, в течение как минимум 2 мес.: продолжительность утренней скованности (УС) > 15 мин, СОЭ < 30 мм/ч, отсутствие утомляемости, болей, припухлости и пальпаторной болезненности в суставах [43]. Эксперты EULAR установили значение DAS28 < 2,8, которое соответствует состоянию клинической ремиссии у больных РА [18,43].

В 2011 г. экспертами EULAR и ACR были разработаны и представлены новые критерии ремиссии РА для широкого применения в клинических исследованиях [44]. Согласно этим рекомендациям, ремиссией считается состояние, при котором ЧБС < 1, ЧПС < 1, уровень СРБ < 1 мг/дл, ООСЗБ – 10 мм по ВАШ или значение SDAI < 3,3. В настоящее время критерии ремиссии РА, согласно рекомендациями EULAR/ACR, представляются наиболее обоснованными и реально могут получить широкое практическое применение.

В последние годы при РА и других хронических заболеваниях, требующих длительной многолетней терапии, проблема низкой приверженности пациентов к лечению является объектом интенсивного изучения во всём мире [45], поскольку очень часто неэффективность лечения является следствием низкой приверженности и пассивности больных в практической реализации различных фармакотерапевтических стратегий [45]. Согласно данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, неадекватная приверженность лечению является «международной проблемой огромной значимости», при этом показано, что «приверженность долгосроч-

ной терапии при многих хронических заболеваниях колеблется в пределах 50%» [46].

Полученные за последние годы данные свидетельствуют о том, что низкая приверженность лечению с одной стороны, лимитируя успехи терапии, приводит к существенным клинико-экономическим последствиям, с другой – увеличивает продолжительность заболеваний и риска повторных госпитализаций [45]. Так, установлено, что в США 11,7% всех расходов на здравоохранение приходится на оплату госпитализаций, обусловленных низкой приверженностью больных к предписанной терапии [25].

Среди хронических ревматологических заболеваний, РА можно представить как удобную модель для изучения приверженности лечению и её влияния на прогноз заболевания в целом, поскольку клинический сценарий РА при отсутствии адекватной терапии за короткий срок может привести к драматическим последствиям. В итоге пациент очень быстро оказывается в положении, которое считается одним из самых трудных и не предсказуемых – в ситуации неопределённости и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом [47]. В подобной ситуации для пациента твёрдая позиция врача-ревматолога, простые, но логически ясные объяснения, его уверенность и оптимизм приобретают первостепенное значение [47,48].

В рамках планирования стратегии T2T, эксперты первоначально разработали версии рекомендаций для больных, как логическое следствие первого общего принципа концепции T2T, который подчёркивает важность союза ревматолога и больного в успехе терапии РА [23]. Учитывая особую роль пациента с РА в практической реализации стратегии T2T, в 2011 г. международной Руководящей группой экспертов T2T совместно с 9 пациентами из разных регионов Европы впервые была создана англоязычная версия T2T для больных, как важный инструмент терапевтического обучения [49].

Наиболее существенными факторами, которые определяют важность указанной версии для практикующих ревматологов, являются: а) обучение, позволяющее более корректно контролировать состояние пациентов и улучшить их комплаентность (формирование партнёрских отношений врача и пациента); б) больной может полноценно соблюдать принципы тщательного контроля при РА, если он владеет в достаточной степени информацией о своём заболевании; в) информация для пациентов, изложенная на понятном им языке повышает приверженность лечению [48].

Показано, что тесный и продолжительный союз ревматолога и пациента является важнейшим условием для реализации стратегии тщательного контроля и достижения конечных целей терапии РА [26,48].



Улучшение приверженности пациентов лечению в рамках стратегии Т2Т требует проведения образовательных программ, основанных на реальных потребностях больного [27,48].

Таким образом, несмотря на большие успехи, достигнутые в фундаментальных вопросах РА, гетерогенность патогенетических механизмов и клинико-иммунологических проявлений заболевания и сложность ранней диагностики диктуют необходимость дальнейшего исследования, ориентированного на решение существующих вопросов в проблеме РА и кардинальное улучшение терапевтической стратегии заболевания в рамках международной концепции Т2Т.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каратеев Д.Е. Современный взгляд на проблему быстро прогрессирующего ревматоидного артрита / Д.Е.Каратеев // Современная ревматология. – 2010. – № 2. – С.37-42.
2. Ревматология: национальное руководство / Е.Л.Насонов [и др.]: под ред. Е.Л.Насонова, – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. – 714с.
3. Klareskog L. Rheumatoid arthritis / L.Klareskog, A.I.Cartina, S.Paget // Lancet. – 2009. – № 373. – P.659-72.
4. Насонов Е.Л. Достижения ревматологии в XXI в. / Е.Л.Насонов // Научно-практ. ревматология. – 2014. – № 2. – С.133-140.
5. Насонов Е.Л. Применение генно-инженерных биологических препаратов для лечения ревматоидного артрита: общая характеристика (лекция) / Е.Л.Насонов, Д.Е.Каратеев // Науч.-практ. ревматология. – 2013. – № 2. – С.163-169.
6. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита в начале XXI века: российский и международный опыт / Е.Л.Насонов, Д.Е.Каратеев, Г.В.Лукина // Тер. архив. – 2013. – Т.85. – № 8. – С.20-28.
7. American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis / J.A.Singh [et al.] // Arthr. Care Res. – 2012. – № 64. – P.625-39.
8. Генно-инженерные биологические препараты в лечении ревматоидного артрита / под ред. Е.Л.Насонова. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2013. – 552 с.
9. Европейский конгресс ревматологов (Париж, 11–14 июня 2014 г.) – проблемы ревматоидного артрита / А.С.Авдеева [и др.] // Науч.-практ. ревматология. – 2014. – № 6. – С.689-696.
10. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update / J.S.Smolen [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2014. № 73. – P.492-509.
11. Новиков А.А. Роль цитокинов в патогенезе ревматоидного артрита / А.А.Новиков, Е.Н.Александрова, М.А.Диатроптова // Научно-практ. ревматология. – 2010. – № 2. – С. 71-82.
12. McInnes I.B. The pathogenesis of rheumatoid arthritis / I.B.McInnes, G.Schett. // New Engl J Med. – 2012. – № 365 (23). –P. 2205-2219.
13. Насонов Е.Л. Рекомендации EULAR по лечению ревматоидного артрита – 2013: общая характеристика и дискуссионные проблемы / Е.Л.Насонов, Д.Е.Каратеев, Н.В.Чичасова // Науч.-практ. ревматология. – 2013. – № 5. – С. 609-622.
14. Koenders M.I. Novel therapeutic targets in rheumatoid arthritis / M.I.Koenders, W.B. van den Berg // Trends in Pharmacological Sciences. – 2015. – V. 36 (4). – P.189-195.
15. Сигидин Я.А. Обобщенный анализ результатов генно-инженерной биологической терапии – поиски новых закономерностей / Я.А.Сигидин, Г.В.Лукина // Науч.-практ. ревматология. – 2013. – № 5. – С.476-480.
16. Sokka T. Rheumatoid arthritis: strategy more important than agent / T.Sokka, T.Pincus // Lancet. – 2009. – № 374(9688). – P.430-432.
17. Каратеев Д.Е. Современная стратегия терапии ревматоидного артрита / Д.Е.Каратеев, Е.Л. Лучихина // Российский медицинский журнал. – 2012. – № 30. – С.1504-1509.
18. DAS-driven therapy versus routine care in patients with recent-onset active rheumatoid arthritis / Y.P.Goekoop-Ruiterman [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2010. – № 69. – P.65-69.
19. Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study): a single-blind randomised controlled trial / C.Grigor [et al.] // Lancet. – 2004. – № 364(9430). – P.263-269.
20. Intensive treatment with methotrexate in early rheumatoid arthritis: aiming for remission. Computer Assisted Management in Early Rheumatoid Arthritis (CAMERA, an open-label strategy trial) / S.M.Verstappen [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2011. – № 63. – P.573-586.
21. Галушко Е.А. Особенности диагностики ревматоидного артрита в реальной клинической практике / Е.А.Галушко, Ш.Ф.Эрдес, В.Н.Амирджанова // Научн. практ. ревматология. – 2011. – № 1 – С.21-25.
22. Каратеев Д.Е. Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 – шаг вперед к ранней диагностике / Д.Е.Каратеев, Ю.А.Олюнин, Е.Л.Лучихина // Научно-практ. ревматология. – 2011. – № 1. – С.10-15.
23. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force / J.S.Smolen [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2010. – № 69. – P.631-637.
24. Лучихина Е.Л. Прогнозирование и длительное поддержание низкой активности заболевания на



- фоне терапии генно-инженерными биологическими препаратами при ревматоидном артрите / Е.Л.Лучихина // Современная ревматология. – 2014. – № 2. – С.66-70.
25. Каратеев Д.Е. Современное ведение больных с ранним ревматоидным артритом / Д.Е.Каратеев // Российский медицинский журнал. – 2014. – № 7. – С.483-487.
26. Оттева Э.Н. Тщательный контроль — путь к оптимизации лечения больных ревматоидным артритом / Э.Н.Оттева // Науч.-практ. ревматология. – 2010. – № 2. – С.58-65.
27. Первое российское стратегическое исследование фармакотерапии ревматоидного артрита (РЕМАРКА) / Д.Е.Каратеев [и др.] // Науч.-практ. ревматология. – 2013. – № 2. – С.117-126.
28. For the T2T Expert Committee. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force / J.S.Smolen [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2010. – № 69(4). – P.631-637.
29. Treat-to-target: notas simple as it appear / T.Pincus [et al.] // Clin Exp Rheumatol. – 2012. – № 30 (Suppl 73). – P.10-20.
30. Current evidence for astrategic approach to the management of rheumatoid arthritis withdisease-modifying anti-rheumatic drugs: a systematic literaturereview informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis / R.Knevel [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2010. – № 9. – P.987-994.
31. Новиков А.А. Создание и применение диагностического индекса, основанного на многопараметрическом анализе биомаркёров, для определения активности ревматоидного артрита / А.А.Новиков, Е.Н.Александрова, Е.Л.Насонов // Науч.-практ. ревматология. – 2014. – № 1. – С.72-78.
32. Олюнин Ю.А. Оценка активности заболевания при ревматоидном артрите: рекомендации и практика / Ю.А.Олюнин // Современная ревматология. – 2014. – № 2. – С.15-20.
33. Каратеев Д.Е. Острые вопросы стратегии лечения ревматоидного артрита / Д.Е.Каратеев // Современная ревматология. – 2015. – № 1. – С.84-92.
34. Олюнин Ю.А. Ревматоидный артрит. Основной симптом и симптоматическая терапия / Ю.А.Олюнин // Современная ревматология. – 2014. – № 4. – С.54-59.
35. Performance of the 2010 ACR/EULAR classification criteria for rheumatoid arthritis: a systematic literature review / H.Radner [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2014. – V. 73(1). – P.114-123.
36. Remission in a prospective study of patients with rheumatoid arthritis. American Rheumatism Association preliminary remission criteria in relation to the disease activity score / M.L.Prevoe [et al.] // Br J Rheumatol. – 1996. – № 35. – P.1101-1105.
37. American College of Rheumatology. Preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis / D.T.Felson [et al.] // Arthr Rheum. – 1995. – № 38 – P.727-735.
38. Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis: first step in the development of a disease activity score / D.M. Van der Heijde [et al.] // Ann Rheum Dis. – 1990. – № 49 –P.916-920.
39. Каратеев Д.Е. Низкая активность и ремиссия при ревматоидном артрите: клинические, иммунологические и морфологические аспекты / Д.Е.Каратеев // Науч.-практ. ревматология. – 2009. – № 5. – С.4-12.
40. Aletaha D. The Simplified Disease Activity Index (SDAI) and the Clinical Disease Activity Index (CDAI): a review of their usefulness and validity in rheumatoid arthritis / D.Aletaha, J.Smolen // Clin Exp Rheumatol. – 2005 –№ 23(5 Suppl 39). – S.100-108.
41. Чемерис Н.А. Новые подходы к оценке активности ревматоидного артрита: упрощённый индекс активности болезни SDAI (simplified disease activity index) при раннем артрите / Н.А.Чемерис, Д.Е.Каратеев, Е.Л.Насонов // Науч.-практ. ревматология. – 2005. – № 2. – С.7-10.
42. Gábor F. Visualization of DAS28, SDAI, and CDAI: the magic carpets of rheumatoid arthritis / F.Gábor, A.Somogyi, Z.Szekanecz // Clinical Rheumatology. – 2014. – V.33. – № 5. – P.623-629.
43. Fransen J. Remission in rheumatoid arthritis: agreement of the disease activity score (DAS28) with the ACR preliminary remission criteria / J.Fransen, C.W.Creemers, P.L.C.M.Van Riel // Rheumatology. – 2004. – № 10. – P.1252-1255.
44. Felson D. American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials / D.Felson, J.Smolen, G.Wells // Arthr Rheum. – 2011. – № 63. – P.573-586.
45. Торопцова Н.В. Приверженность лечению остеопороза у больных ревматоидным артритом / Н.В.Торопцова, О.А.Никитинская // Российский медицинский журнал. – 2014. – № 7. – С.491-494.
46. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO, 2003.
47. Рябицева Л.Ф. Изучение приверженности лечению больных хроническими заболеваниями на модели ревматоидного артрита: дис.... канд. мед. наук / Л.Ф.Рябицева. – Екатеринбург. – 2009. – 117с.
48. Орлова Е.В. Лечение ревматоидного артрита до достижения цели (Treat to Target): российская версия международных рекомендаций для пациентов / Е.В.Орлова, Д.Е.Каратеев, Н.А.Булгакова // Науч.-практ. ревматология. – 2013. – № 3. – С.246-255.
49. Treating rheumatoid arthritis to target: the patient version of the international recommendations / De Wit M.P.T. [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2011. – № 70. – P.891-895.



Summary

Strategy «Treat to target» in the therapy of rheumatoid arthritis

H.R. Makhmudov, Yo.U. Saidov

Department of Internal Medicine Propaedeutics Avicenna TSMU

The review presents detailed analysis and assessment of current views on the fundamental questions of rheumatoid arthritis therapy in the strategy «Treat to Target» (T2T) are presented. The most important principles of the strategy are preserving the patient's quality of life, careful control of rheumatoid arthritis therapy, as well as the active participation of patient in the treatment process. Researches carried out in recent years shows significant advantages of the new strategy to the traditional approaches in the treatment of patients with rheumatoid arthritis.

However, there are a number of topical issues, the existence of which has greatly complicates the process of implementing the strategy T2T in real clinical practice, dictates the need for further study of the effectiveness of new strategy in rheumatoid arthritis therapy , especially at early stages of disease.

Key words: rheumatoid arthritis, "Treat to Target"

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Махмудов Хайём Рузиевич –
аспирант кафедры пропедевтики внутренних
болезней ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: mahmudovkh@yandex.ru