

Оценка активности ревматоидного артрита и проводимой терапии базисными противовоспалительными препаратами у амбулаторных пациентов в реальной клинической практике

Н. М. Русланова¹, Л. П. Евстигнеева^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

² ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», Екатеринбург, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель: оценить активность ревматоидного артрита (РА) и адекватность проводимой базисной противовоспалительной терапии у амбулаторных пациентов в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Обследованы 115 пациентов с РА, обратившихся к ревматологу амбулаторно. Активность определяли по индексу DAS28-СРП; дополнительно учитывали мнение врача об активности, соотношение болезненных и припухших суставов, результаты опросников HADS и FIRST. Проанализирована эффективность регулярного наблюдения.

Результаты. По DAS28-СРП ремиссия/низкая активность выявлены у 43,7%, умеренная – у 42,7%, высокая – у 13,6% пациентов. Вместе с тем объективные признаки воспалительной активности (повышение СРП и ≥ 1 припухший сустав) отмечены лишь у 22,3%. У 34,0% пациентов отмечена завышенная оценка активности по DAS28, ассоциированная с тревогой, депрессией или фибромиалгией. Признаки хотя бы одного коморбидного из перечисленных состояний выявлены у 52,6% обследованных. Показана эффективность регулярного наблюдения: высокая активность РА наблюдалась у 32,1% пациентов с нерегулярными посещениями ревматолога, в то время как при визитах к ревматологу каждые 6 месяцев и чаще активность РА зарегистрирована у 12,0% пациентов, $p=0,014$. Неисчерпанный потенциал базисной терапии имели 18,4% пациентов.

Выводы. Индекс DAS28-СРП может завышать активность РА за счет субъективных факторов, в связи с чем целесообразно проведение скрининга тревоги, депрессии и фибромиалгии. Контроль активности РА улучшается при регулярном наблюдении пациентов, что свидетельствует о необходимости организации диспансерного наблюдения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ревматоидный артрит, активность, депрессия, тревога, фибромиалгия, диспансерное наблюдение.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Assessment of rheumatoid arthritis activity and treatment with disease-modifying anti-rheumatic drugs in outpatients in routine clinical practice

N. M. Ruslanova¹, L. P. Evstigneeva^{1,2}

¹ Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

² Sverdlovsk Regional Clinical Hospital № 1, Yekaterinburg, Russia

SUMMARY

Objective. To assess rheumatoid arthritis (RA) activity and the adequacy of ongoing conventional disease-modifying anti-rheumatic therapy in outpatients in real-world clinical practice.

Materials and methods. A total of 115 outpatients with RA who consulted a rheumatologist were examined. Disease activity was assessed using the DAS28-CRP index; the physician's global assessment of activity, the ratio of tender to swollen joints, and the results of the HADS and FIRST questionnaires were also taken into account. The effectiveness of regular follow-up was analyzed.

Results. According to DAS28-CRP, remission/low disease activity was identified in 43.7% of patients, moderate activity in 42.7%, and high activity in 13.6%. At the same time, objective signs of inflammatory activity (elevated CRP and ≥ 1 swollen joint) were observed in only 22.3% of patients. In 34.0% of patients, DAS28 overestimated disease activity; this was associated with anxiety, depression, or fibromyalgia. Signs of at least one of these comorbid conditions were detected in 52.6% of the patients examined. The effectiveness of regular follow-up was demonstrated: high RA activity was observed in 32.1% of patients with irregular rheumatology visits, whereas among patients seen by a rheumatologist every 6 months or more frequently, high RA activity was recorded in 12.0% ($p=0.014$). In 18.4% of patients, the potential of basic therapy had not been fully exhausted.

Conclusions. The DAS28-CRP index may overestimate RA activity due to subjective factors; therefore, screening for anxiety, depression, and fibromyalgia appears advisable. Control of RA activity improves with regular patient follow-up, indicating the need to establish structured dispensary monitoring.

KEYWORDS: rheumatoid arthritis, activity, depression, anxiety, fibromyalgia, regular medical follow-up.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare that they have no conflicts of interest.

Введение

Ревматоидный артрит (РА) – иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов, развитие которого

определяется сложным взаимодействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности [1].

Регулярная и точная оценка активности ревматоидного артрита с использованием стандартизированных составных индексов является краеугольным камнем современной

стратегии «лечение до достижения цели» (англ. Treat-to-Target, T2T), поскольку на основании динамики данного показателя принимаются решения о необходимости интенсификации лечения для достижения ремиссии или, напротив, возможности деэскалации терапии при устойчивом контроле над заболеванием [2]. В настоящее время для оценки активности РА обычно используются составные индексы DAS 28 (англ. Disease Activity Score in 28 joints), SDAI (англ. Simplified Disease Activity Index) и CDAI (англ. Clinical Disease Activity Index) [3]. При этом индекс DAS 28, наиболее часто используемый в рутинной клинической практике, сочетает как объективные, так и субъективные компоненты, включая оценку пациентом активности заболевания. Однако клинический опыт показывает, что оценка с помощью общепринятых композитных индексов не всегда позволяет корректно определить активность заболевания, поскольку они могут изменяться под влиянием факторов, не связанных напрямую с воспалительным процессом [4].

Психоэмоциональные факторы существенно влияют на субъективное восприятие болезни пациентом, что приводит к закономерному завышению индекса DAS 28 и зачастую к ошибочной клинической интерпретации и необоснованной эскалации терапии. Данная проблема имеет особую актуальность в рутинной практике, где, в отличие от строгих клинических испытаний, около 50% пациентов с РА могут иметь клинически значимые коморбидные заболевания, в том числе депрессию и фибромиалгию [5].

Данные литературы также свидетельствуют о том, что в ведении пациентов с РА существует проблема дискордантности оценок активности болезни по мнению врача (ОАЗВ) и по мнению пациента (ОАЗП). Как показано в результатах метаанализа, такое несовпадение имеет место в 43% случаев (95% CI 36–51), причем ОАЗП зачастую превышает ОАЗВ [6]. Основная причина такого расхождения заключается в различии критериев оценивания: врач интерпретирует активность прежде всего через объективные признаки воспаления (наличие артрита, уровень СОЭ/СРП), тогда как для пациента ключевую роль играют субъективное восприятие боли, снижение качества жизни, психологический стресс и сопутствующие заболевания, которые напрямую не отражают степень воспалительного процесса [7].

По результатам отечественных исследований, умеренная и высокая активность РА определяется у большинства пациентов, что может быть связано с особенностями изучаемых выборок: оценка активности проводилась у пациентов, обратившихся в амбулаторную службу или во время стационарного лечения при наличии обострения РА. Так, в исследованиях О. М. Фоломеевой и соавт., В. Н. Амирджановой и соавт. более чем у 90% пациентов наблюдалась умеренная и высокая активность РА [8, 9]. Средние значения DAS 28, по данным исследований Е. Л. Насонова и соавт., В. Н. Амирджановой и соавт., А. О. Бобковой и соавт., колебались в диапазоне умеренной и высокой активности – от $4,75 \pm 1,5$ до $5,3 \pm 1,3$ [10–12].

Структура назначаемых препаратов при РА в большинстве исследований также оценивалась при обращении пациентов к ревматологу, в том числе в выборках

с высокой долей терапии генно-инженерными биологическими препаратами. По данным российского регистра «ОРЕЛ», структура базисной терапии ревматоидного артрита в РФ характеризуется преобладанием метотрексата (58,6% пациентов), тогда как лефлуномид получают 11,4% пациентов, сульфасалазин – 14,8%, гидроксихлорохин – 4,3%, комбинированные схемы – около 10% пациентов. При этом биологические препараты назначались в 17,8% случаев [10].

Данные о наличии тревоги, депрессии и фибромиалгии и влиянии этой коморбидной патологии на оценку DAS 28 противоречивы. В ряде исследований на выборках пациентов, обратившихся на прием к ревматологу, показано, что высокие результаты DAS 28 имеют ассоциацию с наличием фибромиалгии, тревоги или депрессии [13]. Напротив, в отечественном исследовании пациентов с РА, получавших помощь в условиях стационара, не было выявлено значимых различий между пациентами с фибромиалгией и без нее, как по индексу DAS 28 ($p=0,227$), так и по отдельным признакам воспалительной активности (СОЭ, СРП, ЧБС, ЧПС) [14].

Так, несмотря на очевидную клиническую значимость, вклад тревоги, депрессии и фибромиалгии в формирование показателей активности ревматоидного артрита и в принятие терапевтических решений в условиях повседневной амбулаторной практики остается недостаточно изученным: в отечественных исследованиях, изучавших активность РА, данные показатели зачастую не оцениваются.

Общепризнанным принципом ведения пациентов с РА является принцип Treat-to-target, доказавший свою эффективность в контроле над активностью заболевания. Данный принцип подразумевает регулярное наблюдение пациентов с коррекцией терапии для достижения низкой активности болезни. Вместе с тем сравнительные данные, отражающие активность РА при регулярном наблюдении и при обращении пациентов «по требованию», опубликованы только в единичных исследованиях [15].

Накопленные зарубежные и, в меньшей степени, отечественные данные в основном получены в рамках исследований со строгими критериями включения и исключения, из специализированных регистров, а также из выборок госпитализированных больных или амбулаторных пациентов, обратившихся к ревматологу в связи с обострением. Получение комплексной оценки пациентов с РА в выборке городского и сельского населения крупного промышленного района обуславливает актуальность проведения данного исследования.

Цель исследования – оценить активность ревматоидного артрита и адекватность проводимой базисной противовоспалительной терапии у амбулаторных пациентов в реальной клинической практике.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе ГАУЗ СО «Городская больница г. Каменск-Уральский», где организована ставка врача-ревматолога. За период с марта по декабрь 2025 г. ревматолога посетили 115 (24,8%) взрослых пациентов

с установленным ранее диагнозом РА из 463 пациентов локальной базы данных пациентов с РА. Запись на прием к ревматологу осуществлялась пациентами при самообращении, при направлении терапевтами, а также при активном вызове пациентов. Число последних составило 25%. Все обратившиеся на прием пациенты (115 человек) включены в исследование. Каждый пациент обследовался однократно.

Диагноз РА у всех пациентов соответствовал критериям Европейского альянса ревматологических ассоциаций/Американской коллегии ревматологов (ACR/EULAR, American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology) 2010 г.

Оценивались следующие показатели: основные демографические и социальные параметры, экспертный анамнез, клинические параметры, данные о длительности заболевания, проводимой терапии, сопутствующая патология, лабораторные показатели активности болезни, ревматоидный фактор (РФ) и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП). У всех пациентов проводилась оценка числа болезненных суставов

Таблица

Клиническая характеристика пациентов и анализ лекарственной терапии исследуемой выборки (n=115)

Характеристики	Число пациентов, n (%)
Мужчины	16 (13,9%)
Женщины	99 (86,1%)
Возраст, годы, Ме [Q1; Q3]	65 лет [55; 72]
Городские жители	108 (93,9%)
Сельские жители	7 (6,1%)
Длительность заболевания (с момента верификации диагноза), годы, Ме [Q1; Q3], диапазон	8 [3; 14], 3 месяца – 43 года
Возраст установления диагноза РА, годы, Ме [Q1; Q3]	53 [44; 64]
Серологические маркеры, n*=108	
Число пациентов, позитивных по РФ/АЦЦП	91 (84,3%)
Число серонегативных пациентов	17 (15,7%)
Клиническая стадия	
Очень ранняя	3 (2,6%)
Ранняя	8 (7,0%)
Развернутая	60 (52,2%)
Поздняя	44 (38,8%)
Принимаемая терапия	
Метотрексат	53 (46%)
Лефлуномид	11 (9,6%)
Сульфасалазин	12 (10%)
Гидроксихлорохин	3 (2,6%)
Комбинация БПВТ	8 (7%)
ГИБП	6 (5%)
ГКС в качестве монотерапии	7 (6%)
ГКС наряду с БПВТ	14 (12%)
Без терапии (как БПВТ, так и ГКС)	15 (13%)
Регулярно наблюдаются у ревматолога (≥1 раза в 6 мес)	59 (51,3%)

Примечание: n* – число пациентов, у которых титры РФ/АЦЦП были известны. БПВТ – базисные противовоспалительные препараты. ГИБП – генно-инженерные биологические препараты. ГКС – глюкокортикостероиды.

из 28 (ЧБС28) и числа припухших суставов из 28 (ЧПС28). Индекс активности рассчитывался по формуле «Disease Activity Score in 28 joints» с учетом значения С-реактивного протеина (DAS 28-СРП). Оценка активности заболевания пациентом по 100-миллиметровой шкале (ОАЗП, из 100 мм), необходимая для расчета DAS 28-СРП, определялась при помощи вопроса: «С учетом боли, припухлости и утренней скованности в суставах, как вы оцениваете активность ревматоидного артрита на сегодняшний день?».

Группу ремиссии и низкой активности заболевания составили пациенты со значениями DAS 28-СРП ≤3,2, группу умеренной активности – со значениями от 3,3 по 5,1 (включительно), пациенты с DAS 28-СРП >5,1 отнесены к группе пациентов с высокой активностью [1].

У всех пациентов оценивалась активность заболевания по мнению врача (ОАЗВ). Каждому пациенту предлагалось заполнить опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (англ. Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS), предназначенный для скрининга проявлений тревоги и депрессии; пороговым значением для их выявления считался показатель ≥8 баллов. Также на каждого пациента заполнялся «Опросник для выявления фибромиалгии» (англ. Fibromyalgia Rapid Screening Tool; FIRST), предназначенный для скрининга фибромиалгии; пороговым считался показатель ≥5 баллов.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась при помощи программного пакета STATISTICA 8.0 (StatSoft Inc., США). Для описания количественных показателей, распределение которых отличалось от нормального, использовались медиана и интерквартильный размах (Ме [Q1; Q3]). Категориальные переменные представлены в виде абсолютных значений и процентов (n,%). Для сравнения групп и оценки ассоциаций применялись непараметрические критерии. В ходе анализа рассчитывали отношение шансов (odds ratio, OR) и 95% доверительные интервалы (95% Confidence Interval, 95% CI). Различия считали статистически значимыми при p<0,05.

Исследование выполнено в соответствии с этическими стандартами и одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (протокол № 7 от 20.11.2024). Все участники были проинформированы о целях исследования и подписали добровольное информированное согласие.

Результаты

В исследование включены 115 пациентов с РА, посетившие ревматолога за период с марта по декабрь 2025 г. Пациенты, включенные в исследование, по возрасту, полу, месту проживания (городская или сельская местность), серологическому статусу были сопоставимы с пациентами с РА, прикрепленными к ГАУЗ СО «Городская больница г. Каменск-Уральский», но не посетившими ревматолога в этот период времени. Клиническая характеристика пациентов исследуемой выборки и принимаемая терапия представлены в *таблице*.

24 (20,9%) человека находились в трудоспособном возрасте и работали, 71 (61,7%) были неработающими пенсионерами, 5 (4,3%) – работающими пенсионерами,

а 15 (13%) человек трудоспособного возраста не осуществляли трудовую деятельность. При анализе экспертного анамнеза установлено, что 42 пациентам (36,5%) была присвоена группа инвалидности. Среди них 12 пациентов (28,6%) имели 2-ю группу, а 30 (71,4%) – 3-ю группу инвалидности. При этом у 27 (23,5%) человек инвалидность была установлена в связи с РА.

Среди 55 пациентов, получающих метотрексат в качестве монотерапии или в составе комбинации, средняя его дозировка составила $12,7 \pm 2,6$ мг в неделю (диапазон от 7,5 до 20 мг). Чаще всего назначалась доза 15 мг в неделю (в 38,2% случаев); дозы 10 мг и 12,5 мг в неделю применялись в 34,5 и 21,8% случаев соответственно.

Один из пациентов, получающих ГИБП, имел труднолечимый РА (англ. Difficult-to-treat, D2T) и получал четвертый генно-инженерный препарат.

У обследованных пациентов наиболее часто встречались следующие хронические заболевания: гипертония у 70 пациентов (60,9%), хроническая болезнь почек (любой этиологии) – у 68 (59,1%), избыточная масса тела или ожирение – у 67 (58,3%), остеопороз встречался у 44 (38,3%), цереброваскулярные заболевания – у 38 (33,0%) человек.

Индекс DAS 28-СРП был рассчитан у 103 пациентов (12 пациентов не включены в анализ из-за отсутствия результата СРП). В соответствии со значениями индекса DAS 28-СРП с ремиссией или низкой активностью заболевания оказалось 45 (43,7%) пациентов, с умеренной активностью – 44 (42,7%), с высокой активностью – 14 (13,6%).

Наличие большой доли пациентов с умеренной и высокой активностью (56,3%) по индексу DAS 28-СРП побуждало нас к дальнейшему анализу с выявлением пациентов с истинной клинической активностью болезни и поиска причин высоких показателей DAS 28-СРП у подавляющего большинства пациентов изучаемой выборки. С этой целью в дополнительный анализ включено мнение врача об активности заболевания у пациента (ОАЗВ), учет разницы припухших и болезненных суставов и результаты опросников HADS и FIRST.

Анализ выборки 115 пациентов показал, что у 81 (70,4%) человека число болезненных суставов (из 28) превышало число припухших суставов (из 28). Мнение пациента об активности болезни отличалось от мнения врача (по 100-мм шкале на 20 мм и более) у 82 (71,3%) человек в сторону завышения. Признаки тревоги присутствовали у 36 (31,6%) пациентов, депрессии – у 36 (31,6%), фибромиалгии – у 23 (20,2%) пациентов. В целом 60 (52,6%) человек имели признаки хотя бы одного коморбидного состояния (тревоги/депрессии/фибромиалгии). Наличие симптомов данных состояний ассоциировалось с превышением числа болезненных суставов над числом припухших суставов на 4 и более. Для тревоги OR составило 3,73 (95% CI 1,61–8,63), для депрессии – 2,59 (95% CI 1,13–5,94), для фибромиалгии – 2,88 (95% CI 1,13–7,36). Также была выявлена ассоциация между признаками депрессии и завышением оценки активности заболевания пациентом (ОАЗП) по сравнению с оценкой активности врачом (ОАЗВ) на ≥ 20 мм, OR – 6,88 (95% CI 1,94–24,41).

Высокая доля пациентов с умеренной и высокой активностью (56,3%), рассчитанной по DAS 28-СРП, на первый взгляд свидетельствует о неадекватной помощи и необходимости эскалации терапии. Вместе с тем объективные признаки активности ревматоидного артрита, то есть сочетание повышения СРП с наличием хотя бы 1 припухшего сустава из 28 исследованных, были выявлены всего у 23 (22,3%) пациентов. Остальные 35 (34,0%) чел. с умеренной и высокой активностью по DAS 28-СРП не имели повышения СРП в сочетании как минимум с одним припухшим суставом. Следовательно оценка DAS 28-СРП у них могла быть завышена в связи с наличием признаков тревоги, депрессии или фибромиалгии, субъективной оценкой активности болезни пациентом в сторону ее завышения и более высокой оценкой болезненных суставов по сравнению с припухшими. Истинную умеренную и высокую активность имели 23 (22,3%) пациента вместо 58 (56,3%), имевших активность по DAS 28-СРП.

Из числа пациентов с активностью РА у 19 (18,4%) человек выявлен неисчерпанный потенциал базисной противоревматической терапии. 2 пациента из этого числа демонстрировали некомплаентность и систематически не выполняли врачебные рекомендации, несмотря на сохраняющуюся воспалительную активность. Еще 2 пациента с воспалительной активностью нуждались в направлении в областную ревматологический центр в связи с активностью на фоне проводимой терапии для решения вопроса о назначении ГИБП.

Дополнительно нами была проведена оценка регулярности наблюдения ревматологом и ее связь с активностью РА. В группе пациентов, посещающих ревматолога реже 1 раза в 6 месяцев ($n=53$), активность РА наблюдалась у 17 (32,1%) человек, тогда как в группе регулярного наблюдения с частотой визитов 1 раз в 6 месяцев и чаще – только у 6 (12%) человек, $p=0,014$.

Обсуждение

Настоящее исследование отражает особенности популяции амбулаторных пациентов с ревматоидным артритом в реальной клинической практике и демонстрирует расхождение между формально рассчитанной активностью заболевания по DAS 28-СРП и признаками истинного воспалительного процесса. На первый взгляд доля пациентов с умеренной и высокой активностью по DAS 28-СРП (56,3%) могла бы свидетельствовать о недостаточном контроле заболевания и необходимости эскалации терапии. Вместе с тем при более детальном анализе установлено, что объективные признаки воспалительной активности (повышение СРП в сочетании как минимум с одним припухшим суставом) имели лишь 22,3% пациентов. Более чем у трети обследованных (34,0%) высокая оценка DAS 28-СРП была обусловлена влиянием субъективных факторов.

В отношении психоэмоционального статуса пациентов обращает на себя внимание высокая распространенность тревоги и депрессии, а также фибромиалгии (признаки хотя бы одного из этих состояний имели 52,6% пациентов). При этом именно симптомы депрессии ассоциировались

с завышением оценки активности болезни пациентом по сравнению с оценкой активности болезни врачом. Частота выявления признаков депрессии и тревоги (по 31,6%), а также фибромиалгии (20,2%) в нашей выборке сопоставима с данными метаанализов: распространенность депрессии при РА составляет 38,8% (95% CI 34–43) [16], тревоги – 13,5% (95% CI 9,2–17,3) [17], фибромиалгии – 21% (95% CI 17–25) [18]. Некоторые различия с нашими данными по частоте и структуре данных коморбидных состояний могут быть связаны с различиями изучаемых выборок.

В нашем исследовании симптомы тревоги, депрессии и фибромиалгии были ассоциированы с превышением числа болезненных суставов над числом припухших суставов на ≥ 4 , помимо этого депрессия продемонстрировала наиболее выраженную связь с завышением ОАЗП по сравнению с ОАЗВ (OR 6,88; 95% CI 1,94–24,41). Полученные результаты согласуются с данными исследований, где показано, что коморбидные состояния и боль невоспалительной природы могут приводить к искусственному повышению показателей активности, основанных на субъективных компонентах [19]. Аналогично в исследовании T. Pincus и соавт. пациенты с положительным скринингом на тревогу, депрессию или фибромиалгию имели более высокие показатели DAS 28, CDAI и RAPID 3 ($p < 0,01$), что объяснялось преимущественно более высокими значениями ОАЗП ($p < 0,0001$) и большим числом болезненных суставов ($p < 0,01$) при отсутствии различий по уровню СРП [13]. Завышенная ОАЗП может являться фактором, ограничивающим достижение ремиссии по DAS 28: в анализе 512 пациентов голландской когорты DREAM ремиссия была достигнута лишь у 20,1% больных; при этом у 108 пациентов сохранялась повышенная ОАЗП (> 1 по ВАШ) при нормальных значениях ЧБС28, ЧПС28 и СРП [20]. Эти данные подчеркивают значимость оценки психоэмоционального статуса при интерпретации индексов активности, поскольку использование DAS 28-СРП без анализа структуры его компонентов может приводить к гипердиагностике воспалительной активности.

Анализ лекарственной терапии показал, что метотрексат, который является «якорным» препаратом, получали 46% выборки и средние дозы составили $12,7 \pm 2,6$ мг в неделю, что может на первый взгляд показаться недостаточным. Вместе с тем следует отметить, что почти половина пациентов не имели активности заболевания, требующей эскалации терапии. Только у 18,4% пациентов базисная терапия была оценена как недостаточная и пересмотрена в пользу усиления. Следует также отметить пожилой возраст у большинства пациентов (медиана – 65 лет) и накопленную с возрастом коморбидную патологию, что в целях безопасности терапии ограничивает назначение высоких доз метотрексата. Похожие данные получены у И. В. Девальд и соавт. в выборке 170 пациентов, где средняя доза метотрексата составляла $14 \pm 3,8$ мг в неделю, при этом средний возраст пациентов был меньше ($53,7 \pm 10,9$ года) [21].

Интересными оказались результаты ассоциации активности РА с регулярностью наблюдения. Полученные данные продемонстрировали статистически значимую связь между регулярностью наблюдения и активностью РА:

среди пациентов, посещающих ревматолога реже 1 раза в 6 месяцев, активность выявлялась у 32,1% пациентов, тогда как при регулярном наблюдении – лишь у 12% ($p = 0,014$). Эти результаты подтверждают концепцию Treat-to-target и важность систематического контроля активности заболевания. Число публикаций, оценивающих влияние регулярности наблюдения на активность РА, ограничено. Похожие результаты получены в исследовании Ю. А. Прокофьевой и соавт., где показано, что пациенты с регулярными очными визитами к ревматологу (осмотры через 3, 6 и 12 месяцев) значительно чаще достигали низкой активности заболевания и ремиссии по DAS 28: их средний DAS 28 снижался с $4,71 \pm 0,80$ до $3,08 \pm 0,70$, а 75% пациентов имели низкую активность/ремиссию, тогда как в группе с редкими визитами (один визит в год) DAS 28 практически не изменялся, и только 15% пациентов имели низкую активность [15]. Полученные данные подтверждают концепцию «Т2Т», согласно которой регулярные запланированные визиты более эффективны, чем «наблюдение ревматологом по обращаемости», так как способствуют более раннему выявлению признаков воспалительной активности, оптимизации доз базисных препаратов, а также коррекции сопутствующих психоэмоциональных нарушений, и, как следствие, более низкой активности РА.

В нашем исследовании имеется несколько ограничений. Во-первых, при подсчете DAS 28-СРП мы учитывали только 28 суставов, необходимых для данного индекса и могли недооценить пациентов с припуханием суставов, не включенных в DAS 28, например, плюснефаланговых или голеностопных. Во-вторых, мы оценивали активность болезни на момент осмотра без анализа продолжительности клинико-лабораторной активности, что могло завысить число пациентов с активностью за счет визитов к ревматологу по причине обострения заболевания. В-третьих, мы проводили только скринирующее обследование на тревогу, депрессию и фибромиалгию, в связи с чем мы не исключаем, что у некоторых пациентов при дальнейшем дообследовании эти диагнозы могли не подтвердиться.

Заключение

Таким образом, активность болезни, оцененная по DAS 28-СРП, может дать завышенную оценку за счет высоких оценок активности заболевания по мнению пациента и числа болезненных суставов, что может быть обусловлено наличием депрессии, фибромиалгии или боли иной природы. Более половины обследованных имеют признаки как минимум одного коморбидного состояния (тревога/депрессия/фибромиалгия), что обосновывает необходимость целенаправленного скрининга и междисциплинарного ведения с применением дополнительных подходов к контролю боли и улучшению качества жизни.

Доля пациентов с активностью РА, оцененной по объективным показателям, составила 22,3%. 18,4% пациентов с умеренной и высокой активностью имеют неисчерпанный потенциал базисной терапии и нуждаются в ее назначении или эскалации. Большинство из этих пациентов наблюдаются у ревматолога нерегулярно, что подчеркивает необходимость организации диспансерного наблюдения.

Показано преимущество регулярных запланированных визитов к ревматологу по сравнению со стратегией «наблюдение по обращаемости».

Список литературы / References

1. Ревматоидный артрит. Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2024. 120 с. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/250_3 (дата обращения: 15.01.2026). Rheumatoid arthritis. Clinical guidelines. Ministry of Health of the Russian Federation, 2024. 120 p. (In Russ.). URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/536_3 (access date: 15.01.2026).
2. Smolen J., Landewé R., Bergstra S. et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis.* 2023 Jan; 82 (1): 3–18. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36357155>
3. England B., Tiong B., Bergman M. et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology Recommended Rheumatoid Arthritis Disease Activity Measures. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Dec; 71 (12): 1540–1555. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31709779>
4. Лиля А.М., Олюнин Ю.А., Гордеев А.В. Оценка статуса больных ревматоидным артритом: современные тенденции. *Современная ревматология*. 2020; 14 (2): 7–13. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-statusa-bolnyh-revmatoidnyy-artritom-sovremennyye-tendentsii/viewer>
Lilya A.M., Olyunin Yu.A., Gordeev A.V. Assessment of the status of patients with rheumatoid arthritis: current trends. *Modern Rheumatology Journal*. 2020; 14 (2): 7–13. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-statusa-bolnyh-revmatoidnyy-artritom-sovremennyye-tendentsii/viewer>
5. Pincus T., Schmkler J., Block J. et al. Should quantitative assessment of rheumatoid arthritis include measures of joint damage and patient distress, in addition to measures of apparent inflammatory activity? *ACR Open Rheumatol.* 2023 Jan; 5 (1): 49–50. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9837390>
6. Desthieux C., Hermet A., Granger B. Patient-Physician Discordance in Global Assessment in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Literature Review with Meta-Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 Dec; 68 (12): 1767–1773. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27059693>
7. Nikiforou E., Radner H., Chatzidionysiou K. et al. Patient global assessment in measuring disease activity in rheumatoid arthritis: a review of the literature. *Arthritis Res Ther.* 2016 Oct 28; 18 (1): 251. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27793211>
8. Фоломеева О.М., Насонов Е.Л., Андрианова И.А. и др. Ревматоидный артрит в ревматологической практике России: тяжесть заболевания в российской популяции больных. Одномоментное (поперечное) эпидемиологическое исследование (RAISER). *Научно-практическая ревматология*. 2010; 1: 50–60. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/revmatoidnyy-artrit-v-revmatologicheskoy-praktike-rossii-tyazhest-zabolevaniya-v-rossiyskoy-populyatsii-bolnyh-odnomomentnoe>
Folomeeva O.M., Nasonov E.L., Andrianova I.A. et al. Rheumatoid arthritis in rheumatological practice in Russia: disease severity in the Russian patient population. A cross-sectional epidemiological study (RAISER). *Scientific and Practical Rheumatology*. 2010; 1: 50–60. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/revmatoidnyy-artrit-v-revmatologicheskoy-praktike-rossii-tyazhest-zabolevaniya-v-rossiyskoy-populyatsii-bolnyh-odnomomentnoe>
9. Амিরджанова В.Н., Поишук Е.Ю., Аношенкова О.Н. и др. Эффективность и безопасность быстрой эскалации дозы метотрексата при ревматоидном артрите (результаты многоцентрового исследования «МЕТОР»). *Научно-практическая ревматология*. 2025; 63 (1): 55–64. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-i-bezopasnost-bystroy-eskalatsii-dozy-metotreksata-pri-revmatoidnom-artrite-rezultaty-mnogotsentrovogo-issledovaniya>
Amirzhanova V.N., Polishchuk E. Yu., Anoshenkova O.N., et al. Efficacy and safety of rapid dose escalation of methotrexate in rheumatoid arthritis (results of the multicenter study «МЕТОР»). *Scientific and Practical Rheumatology*. 2025; 63 (1): 55–64. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-i-bezopasnost-bystroy-eskalatsii-dozy-metotreksata-pri-revmatoidnom-artrite-rezultaty-mnogotsentrovogo-issledovaniya>
10. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Сатыбалдыев А.М. и др. Ревматоидный артрит в Российской Федерации по данным Российского регистра больных артритом (сообщение I). *Научно-практическая ревматология*. 2015; 53 (5): 472–484. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/revmatoidnyy-artrit-v-rossiyskoy-federatsii-po-dannym-rossiyskogo-registra-bolnyh-artritom-soobschenie-i>
Nasonov E.L., Karateev D.E., Satybalдыеv A.M. et al. Rheumatoid arthritis in the Russian Federation according to the Russian Arthritis Registry (Report I). *Scientific and Practical Rheumatology*. 2015; 53 (5): 472–484. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/revmatoidnyy-artrit-v-rossiyskoy-federatsii-po-dannym-rossiyskogo-registra-bolnyh-artritom-soobschenie-i>

11. Амিরджанова В.Н., Погожева Е.Ю., Каратеев А.Е. и др. Ревматоидный артрит в реальной клинической практике: инициация терапии генно-инженерными биологическими препаратами. Результаты проекта «Компьютерные терминалы самооценки для пациентов с ревматическими заболеваниями» («ТЕРМИНАЛ»). *Современная ревматология*. 2019; 13. (3): 30–38. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/revmatoidnyy-artrit-v-realnoy-klinicheskoy-praktike-initsiatsiya-terapii-genno-inzhenernymi-biologicheskimi-preparatami-rezultaty>
Amirzhanova V.N., Pogozheva E. Yu., Karateev A.E. et al. Rheumatoid arthritis in real clinical practice: initiation of therapy with genetically engineered biological drugs. Results of the project «Computer terminals for self-assessment of patients with rheumatic diseases» («ТЕРМИНАЛ»). *Modern Rheumatology*. 2019; 13. (3): 30–38. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/revmatoidnyy-artrit-v-realnoy-klinicheskoy-praktike-initsiatsiya-terapii-genno-inzhenernymi-biologicheskimi-preparatami-rezultaty>
12. Бобкова А.О., Лиля А.М., Каратеев А.Е. Предикторы неэффективности терапии у пациентов с ревматоидным артритом, нуждающихся в смене ГИБП/иJAK: данные одноцентрового проспективного исследования. *Терапевтический архив*. 2025; 97 (12): 973–980. URL: <https://journals.eco-vector.com/0040-3660/article/view/643411>
Bobkova A.O., Lilya A.M., Karateev A.E. Predictors of ineffective therapy in patients with rheumatoid arthritis requiring bDMARDs/JAKi switching: data from a single-center prospective study. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2025; 97 (12): 973–980. (In Russ.). URL: <https://journals.eco-vector.com/0040-3660/article/view/643411>
13. Pincus T., Li T., Gibson K. Elevated DAS28, CDAI, RAPID3 and five of seven RA core data set measures in patients with positive screens for anxiety, depression or fibromyalgia on an MDHAQ. *Rheumatology (Oxford)*. 2025 Aug 1; 64 (8): 4555–4564. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40156145>
14. Меликова Н.А., Филатова Е.Г., Лиля А.М. Фибромиалгия при ревматоидном артрите: особенности болевого синдрома, влияние на активность заболевания и качество жизни пациентов. *Современная ревматология*. 2022; 16 (1): 32–37. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fibromialgiya-pri-revmatoidnom-artrite-osobennosti-bolevogo-sindroma-vliyaniye-na-aktivnost-zabolevaniya-i-kachestvo-zhizni>
Melikova N.A., Filatova E.G., Lilya A.M. Fibromyalgia in rheumatoid arthritis: characteristics of pain syndrome and its impact on disease activity and quality of life of patients. *Modern Rheumatology*. 2022; 16 (1): 32–37. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fibromialgiya-pri-revmatoidnom-artrite-osobennosti-bolevogo-sindroma-vliyaniye-na-aktivnost-zabolevaniya-i-kachestvo-zhizni>
15. Прокофьева Ю.А., Мусаева Л.М., Меньшикова И.В. Роль своевременного контроля эффективности терапии ревматоидного артрита. *Consilium Medicum*. 2023; 25 (11): 788–792. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-svoevremennogo-kontrolya-effektivnosti-terapii-revmatoidnogo-artrita>
Prokofyeva Yu.A., Musaeva L.M., Mentshikova I.V. The role of timely monitoring of rheumatoid arthritis therapy effectiveness. *Consilium Medicum*. 2023; 25 (11): 788–792. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-svoevremennogo-kontrolya-effektivnosti-terapii-revmatoidnogo-artrita>
16. Matcham F., Rayner L., Steer S. et al. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2013 Dec; 52 (12): 2136–48. DOI: 10.1093/rheumatology/ke1169. Epub 2013 Sep 3. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24003249>
17. Drakes D., Fawcett E., Yick J. et al. Beyond rheumatoid arthritis: A meta-analysis of the prevalence of anxiety and depressive disorders in rheumatoid arthritis. *J Psychiatr Res.* 2025 Apr; 184: 424–438. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40112611>
18. Duffield S., Miller N., Zhao S. et al. Concomitant fibromyalgia complicating chronic inflammatory arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2018 Aug 1; 57 (8): 1453–1460. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29788461>
19. Pisanelli H., Whittle S., Lester S. et al. Using the derived 28-joint disease activity score patient-reported components (DAS28-P) index as a discriminator measure of response to disease-modifying anti-rheumatic drug therapy in early rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatol.* 2022 Nov 15; 6 (1): 67. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36376988>
20. Vermeer M., Kuper H., van der Bijl A. et al. The provisional ACR/EULAR definition of remission in RA: a comment on the patient global assessment criterion. *Rheumatology (Oxford)*. 2012 Jun; 51 (6): 1076–80. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22302059>
21. Девадь И.В., Ходус Е.А., Игнатова Г.Л. и др. Влияние добавок фолиевой кислоты на эффективность и переносимость разных форм метотрексата у больных ревматоидным артритом. *Непрерывное медицинское образование и наука*. 2023; 17 (4): 39–51. URL: <https://cmedas.elpub.ru/jour/article/view/19>
Devald I.V., Khodus E.A., Ignatova G.L. et al. Influence of Folic Acid Supplementation on the Efficacy and Tolerability of Different Forms of Methotrexate in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Continuous Medical Education and Science*. 2023; 17 (4): 39–51. (In Russ.). URL: <https://cmedas.elpub.ru/jour/article/view/19>

Статья поступила / Received 20.04.2026

Получена после рецензирования / Revised 24.04.2026

Принята в печать / Accepted 25.04.2026

Сведения об авторах

Русланова Надежда Михайловна, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней¹. ORCID: 0009-0000-1087-5087

Евстигнеева Людмила Петровна, д.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии¹, зав. отделением ревматологии², главный внештатный ревматолог Минздрава Свердловской области. ORCID: 0000-0003-4010-1888

¹ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

² ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», Екатеринбург, Россия

Автор для переписки: Русланова Надежда Михайловна.

E-mail: nadya.ruslanova@mail.ru

About authors

Ruslanova Nadezhda M., postgraduate student at Dept of Propaedeutics of Internal Medicine¹. ORCID: 0009-0000-1087-5087

Evstigneeva Lyudmila P., Dr Med Sci (habil.), associate professor at Dept of Outpatient Therapy¹, head of Dept of the Rheumatology², chief external rheumatologist of the Ministry of Health of the Sverdlovsk Region. ORCID: 0000-0003-4010-1888

¹ Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

² Sverdlovsk Regional Clinical Hospital № 1, Yekaterinburg, Russia

Corresponding author: Ruslanova Nadezhda M. E-mail: nadya.ruslanova@mail.ru

Для цитирования: Русланова Н.М., Евстигнеева Л.П. Оценка активности ревматоидного артрита и проводимой терапии базисными противовоспалительными препаратами у амбулаторных пациентов в реальной клинической практике. *Медицинский алфавит*. 2026; (12): 18–23. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-12-18-23>

For citation: Ruslanova N.M., Evstigneeva L.P. Assessment of rheumatoid arthritis activity and treatment with disease-modifying anti-rheumatic drugs in outpatients in routine clinical practice. *Medical alphabet*. 2026; (12): 18–23. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-12-18-23>

