

Стратегия «Лечение до достижения цели» при раннем псориатическом артрите (предварительные результаты исследования РЕМАРКА)

Коротаева Т.В.¹, Логинова Е.Ю.¹, Каратеев Д.Е.¹, Глазков А.А.², Насонов Е.Л.¹

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия;
²ГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия
¹115522, Москва, Каширское шоссе, 34А;
²119991, Москва, Ленинские горы, 1

¹V.A. Nasonova
Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia;

²M.V. Lomonosov
Moscow State University, Moscow, Russia

¹34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522

²1, Leninskie Gory, Moscow 119991

Контакты: Татьяна Викторовна Коротаева;
tatianakorotaeva@gmail.com

Contact:
Tatiana Korotaeva;
tatianakorotaeva@gmail.com

Поступила 28.04.14

Цель стратегии Т2Т (лечение до достижения цели) — достижение ремиссии или минимальной активности болезни (МАБ). **Цель** — изучить эффективность стратегии Т2Т при раннем псориатическом артрите (рПсА). **Материал и методы.** Обследовано 23 пациента с рПсА (8 мужчин и 15 женщин), соответствующих критериям CASPAR, средний возраст $39,1 \pm 10,6$ года, медиана длительности ПсА 7 [4; 24] мес, псориаза — 36 [12; 84] мес. На момент включения и затем каждые 3 мес оценивали активность ПсА по DAS, DAS28, псориаза — по BSA (%) и PASI, определяли СОЭ (мм/ч) и уровень С-реактивного белка (СРБ, мг/л), HAQ. Всем назначалась монотерапия (МоТ) метотрексатом (МТ; методжект) подкожно в дозе 10 мг/нед с повышением дозы на 5 мг каждые 2 нед до достижения 20–25 мг/нед. Оценивали количество больных, достигших ремиссии ($DAS < 1,6$ или $DAS28 \leq 2,4$), низкой активности болезни (НАБ; $1,6 < DAS < 2,4$ или $2,4 < DAS28 < 3,6$), МАБ, 20%, 50%, 70% улучшение по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR). При отсутствии НАБ/МАБ или ремиссии через 3 мес назначали комбинированную терапию (КоТ): МТ+адалимумаб (АДА) 40 мг раз в 2 нед. **Результаты.** Исходно медиана DAS 3,97 [3,07; 4,67], DAS28 составлял 4,33 [3,68; 4,73], PASI 6 [3,1; 9,7], BSA 1 [0,5; 3,65], СРБ 15 [8,6; 25,1] мг/л, СОЭ 15 [8,6; 25,1] мм/ч, HAQ 0,75 [0,63; 1,25]. Через 3 мес МоТ МТ ремиссия по DAS/DAS28 была у 13/22,7%, НАБ — у 21,7/27,3%, МАБ — у 26,1% больных соответственно. 20%, 50% и 70% ответ по критериям ACR получен у 65,2; 26,15 и 8,7% больных соответственно. Значимо уменьшились уровень СРБ (до 5,7 [2,3; 10,7] мг/л), HAQ (0,38 [0; 0,87]), BSA (1 [0,3; 2]), PASI (7,1 [0; 32,5]). СОЭ существенно не изменилась — 18 [10; 26] мм/ч. Четырем пациентам с сохраняющейся высокой активностью заболевания была назначена КоТ, 19 продолжали МоТ МТ. Через 6 мес ремиссия по DAS/DAS28 была у 34,8/39,1%, НАБ по DAS/DAS28 — у 26,1/39,1% и МАБ — у 47,8% больных соответственно. 20%, 50% и 70% улучшения по критериям ACR достигли 73,9; 60,9 и 47,8% больных соответственно. Значимо уменьшился уровень СРБ (4,9 [0,9; 8,3]), HAQ (0,13 [0; 0,63]) и BSA (0,35 [0; 1,6]). На МоТ МТ (n=19) ремиссия по DAS/DAS28 была у 36,8/36,8%, НАБ — у 15,8/36,8%, МАБ достигли 47,4% больных. 20%, 50% и 70% ответ по критериям ACR на МоТ МТ получен у 68,4/52,6/42,1%, на КоТ (n=4) у 100/100/75% больных соответственно, МАБ отмечалась в 50% случаев. **Выводы.** Использование стратегии Т2Т позволило за 6 мес получить 70% ответ по критериям ACR и добиться МАБ у половины больных и обеспечить ремиссию у 1/3 больных рПсА.

Ключевые слова: ранний псориатический артрит; стратегия Т2Т.

Для ссылки: Коротаева ТВ, Логинова ЕЮ, Каратеев ДЕ и др. Стратегия «лечение до достижения цели» при раннем псориатическом артрите (предварительные результаты исследования РЕМАРКА). Научно-практическая ревматология. 2014;52(4):376–380.

TREAT-TO-TARGET STRATEGY FOR EARLY PSORIATIC ARTHRITIS (PRELIMINARY RESULTS OF THE REMARCA STUDY)

Korotaeva T.V.¹, Logoinova E.Yu.¹, Karateev D.E.¹, Glazkov A.A.², Nasonov E.L.¹

The aim of a treat-to-target (T2T) strategy is to achieve a remission or minimal disease activity (MDA).

Objective: to investigate the efficiency of the T2T strategy for early psoriatic arthritis (ePsA).

Subjects and methods. Twenty-three patients (8 men and 15 women) with ePsA, who met the CASPAR criteria (mean age was 39.1 ± 10.6 years; the median duration of ePsA was 7 [4; 24] months and that of psoriasis was 36 [12; 84] months), were examined. At the patient inclusion and then every 3 months, the investigators assessed the activity of ePsA by DAS and DAS28 and that of psoriasis by BSA (%) and PASI and determined erythrocyte sedimentation rate (ESR) (mm/h), C-reactive protein (CRP) level (mg/l), HAQ. All the patients received monotherapy (MoT) with subcutaneous methotrexate (MTX) (methoject) in a dose of 10 mg/week that was increased by 5 mg every 2 weeks until 20–25 mg/week was reached. The number of patients who had achieved remission ($DAS < 1.6$ or $DAS28 \leq 2.4$), low disease activity (LDA) ($1.6 \leq DAS < 2.4$ or $2.4 < DAS28 \leq 3.6$), MDA, and 20%, 50%, and 70% improvements according to the American College of Rheumatology (ACR) criteria. When LDA/MDA or remission was absent at 3 months of treatment, combined therapy (CoT) with MTX and adalimumab 40 mg once two weeks was used.

Results. The baseline median DAS was 3.97 [3.07; 4.67]; DAS28 — 4.33 [3.68; 4.73], PASI, 6 [3.1; 9.7]; BSA, 1 [0.5; 3.65]; CRP, 15 [8.6; 25.1] mg/l; ESR, 15 [8.6; 25.1] mm/h; and HAQ, 0.75 [0.63; 1.25]. After 3 months of MoT, remission defined by DAS and DAS28 was in 13/22.7% of the patients; LDA in 21.7/27.3%, and MDA in 26.1%, respectively. ACR 20, 50, and 70 responses were obtained in 65.2, 26.15, and 8.7% of the patients, respectively. There were significant decreases in the level of CRP (to 5.7 [2.3; 10.7] mg/l), HAQ (0.38 [0; 0.87]), BSA (1 [0.3; 2]), and PASI (7.1 [0; 32.5]). ESR remained substantially unchanged (18 [10; 26] mm/h). Four patients with persistent high disease activity were given CoT; 19 patients continued MTX MoT. After 6 months, DAS/DAS28 remission was in 34.8/39.1% of the patients; DAS/DAS28 LDA in 26.1/39.1%; and MDA in 47.8%, respectively. ACR 20, 50, and 70% improvements were seen in 73.9, 60.9, and 47.8% of the patients, respectively. There were significant reductions in the level of CRP (4.9 [0.9; 8.3]), HAQ (0.13 [0; 0.63]), and BSA (0.35 [0; 1.6]). After MTX MoT, DAS/DAS28 remission was observed in 36.8/36.8% of the 19 patients; LDA in 15.8/36.8%; and MDA in 47.4%. ACR 20, 50, and 70 responses were seen in 68.4, 52.6, and 42.1% of the patients receiving MTX MoT and in 100, 100, 75% of the patients (n = 4)

having CoT, respectively; MDA was noted in 50% of the cases.

Conclusion. The use of the T2T strategy during a 6-month period could provide ACR 70 response and MDA in half of the patients and remission in one third of the patients with ePsA.

Key words: early psoriatic arthritis; treat-to-target strategy.

Reference: Korotaeva TV, Loginova EYu, Karateev DE, et al. Treat-to-target strategy for early psoriatic arthritis (Preliminary results of the REMARCA study). *Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(4):376–380.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-376-380>

Псориатический артрит (ПсА) – это серьезное иммуно-воспалительное заболевание, которое сопровождается поражением периферических суставов, позвоночника, энтезисов и кожи. ПсА характеризуется хроническим прогрессирующим течением, приводит к развитию воспалительных изменений, деструкции и анкилозированию суставов. Для него также характерна высокая частота коморбидной патологии [1]. По современным представлениям, ПсА с поражением многих суставов является показанием для раннего назначения активной медикаментозной терапии, позволяющей предотвратить необратимые изменения опорно-двигательного аппарата, функциональную недостаточность и осложнения [2]. Установлено, что раннее назначение терапии больным ПсА ассоциируется с лучшими клиническими и рентгенологическими исходами [3, 4] и может улучшить прогноз заболевания.

В последние годы в ревматологии активно внедряется новая стратегия ведения больных – «Лечение до достижения цели» (Treat-to-target – T2T), направленная на достижение ремиссии или низкой активности болезни (НАБ). Разработанная первоначально для лечения больных ревматоидным артритом (РА), она позволила улучшить исходы этого заболевания [5, 6], изменив терапевтические подходы в ревматологии. Учитывая успешный опыт лечения РА, общие принципы стратегии T2T были экстраполированы на пациентов со спондилоартритами (СпА), включая анкилозирующий спондилит (АС) и ПсА. Основные положения T2T были использованы при разработке соответствующих рекомендаций с учетом клинической гетерогенности этой группы заболеваний [7].

Мы применили стратегию T2T для лечения больных с ранней стадией ПсА, которая характеризуется преимущественным поражением периферических суставов.

Цель исследования – оценить эффективность стратегии T2T при раннем периферическом псориатическом артрите (рПсА).

Материал и методы

В исследование включено 23 больных (8 мужчин и 15 женщин) с рПсА, соответствующих критериям CASPAR (2006), средний возраст $39,1 \pm 10,6$ года, медиана длительности ПсА 7 [4; 24] мес, псориаза – 36 [12; 84] мес. Больные ранее не получали базисные противовоспалительные препараты (БПВП), им не проводилась локальная инъекционная терапия глюкокортикоидами (ГК). Они были госпитализированы в Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой в период с апреля 2012 г. по май 2013 г. и подписали информированное согласие на участие в исследовании РЕМАРКА [Российское исследование Метотрексата и биологической терапии при Ранних активных Артритах], протокол которого был утвержден локальным этическим комитетом [8].

Больные наблюдались в течение 6 мес. Их обследовали перед началом лечения и затем каждые 3 мес. Определяли число болезненных суставов (ЧБС) из 78, число припухших суставов (ЧПС) из 76, индекс Ричи (ИР), выполняли

клиническую оценку энтезисов с помощью индекса LEI по результатам исследования латерального надмыщелка плечевой кости (ЛНПК), медиального мыщелка бедренной кости (ММБК), места прикрепления ахиллова сухожилия (МПАС), а также дополнительно к LEI – место прикрепления подошвенной фасции (ПФ) к пяточной кости с двух сторон. При пальпации указанных областей определяли наличие или отсутствие болезненности по градации «да» – 1 балл или «нет» – 0 баллов. Максимальный счет энтезисов – 8 баллов. По визуальной аналоговой шкале (ВАШ, мм) проводилась оценка выраженности боли в суставах пациентом (ОБП) и активности заболевания, по мнению пациента (ОЗП) и врача (ОЗВ). Определяли функциональный индекс HAQ, а также уровень С-реактивного белка (СРБ, мг/л) в сыворотке крови и СОЭ (по Вестергрену, мм/ч). Тяжесть и площадь псориаза определяли по PASI (от 0 до 72 баллов) и BSA (от 0 до 100%), считали, что $PASI < 5 / BSA < 5$ соответствует псориазу низкой активности, $5 \leq PASI \leq 10 / 5 \leq BSA \leq 10$ – умеренной, $PASI > 10 / BSA > 10$ – высокой. Активность ПсА рассчитывали по индексам DAS, DAS28:

$$DAS = 0,54 \cdot \sqrt{(ИР)} + 0,065 \cdot (ЧПС) + 0,330 \cdot \ln(СОЭ) + 0,0072 \cdot (ОЗП),$$

пороговые значения: высокая активность – $DAS > 3,7$; умеренная активность – $2,4 \leq DAS \leq 3,7$; низкая активность – $1,6 \leq DAS < 2,4$; ремиссия – $DAS < 1,6$;

$$DAS28 = 0,56 \cdot (\sqrt{ЧБС28}) + 0,28 \cdot (\sqrt{ЧПС28}) + 0,70 \cdot \ln(СОЭ) + 0,014 \cdot (ОЗП),$$

пороговые значения: высокая активность – $DAS28 > 5,1$; умеренная активность – $3,2 \leq DAS28 \leq 5,1$; низкая активность – $2,6 \leq DAS28 < 3,2$; ремиссия – $DAS28 < 2,6$.

Общая схема и оценки эффекта лечения. Исходно всем пациентам назначали монотерапию (МоТ) метотрексатом (МТ; методжект) подкожно по 10 мг в неделю с повышением дозы на 5 мг каждые 2 нед до 20–25 мг/нед. Оценивали количество больных, достигших НАБ, ремиссии по DAS или DAS28 и минимальной активности болезни (МАБ). Считали, что МАБ достигнута при наличии 5 из 7 следующих признаков: ЧПС ≤ 1 ; ЧБС ≤ 1 ; PASI ≤ 1 или BSA $\leq 3\%$; ОБП ≤ 15 мм; ОЗП ≤ 20 мм; HAQ $\leq 0,5$; не более одного болезненного энтезиса [9].

Ответ на терапию оценивали по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR). При отсутствии НАБ или ремиссии по DAS28/DAS, а также МАБ через 3 мес пациентам назначали комбинированную терапию (КоТ) МТ по 20–25 мг и адалимумабом (АДА) по 40 мг 1 раз в 2 нед. Общая длительность терапии 6 мес.

При необходимости проводилось однократное локальное введение ГК (бетаметазон). При статистической обработке рассчитывали средние значения показателей (М) и стандартное отклонение (SD). При отличии распределения от нормального рассчитывали медиану (Me) и квартили [25-й; 75-й перцентили]. Сравнение качественных данных проводили с использованием критерия χ^2 , сравнение количественных данных в динамике – с использованием критерия Манна–Уитни, дисперсионного ана-

Динамика клинико-лабораторных показателей активности рПСА на фоне лечения, Ме [25-й; 75-й перцентили]

Показатели	Исходно	3 мес	6 мес	p (ANOVA Фридмана)
ЧБС28	4 [2; 5]	1 [0; 6]	1 [0; 2]	0,004
ЧБС78	9 [6; 15]	5 [3; 10]	3 [1; 7]	<0,001
ЧПС28	4 [1; 6]	1 [0; 4]	1 [0; 2]	<0,001
ЧПС76	8 [7; 11]	4 [2; 8]	2 [0; 6]	<0,001
ИР (боль)	15 [6; 24]	6 [3; 10]	3 [1; 9]	<0,001
ИР (припухлость)	14 [9; 23]	4 [2; 9]	3 [0; 9]	<0,001
ОЗП, мм	52 [50; 62]	28 [16; 44]	16 [8; 34]	<0,001
ОЗВ, мм	58 [49; 69]	25 [20; 42]	14 [5; 38]	<0,001
СОЭ, мм/ч	17 [7; 26]	18 [10; 26]	16 [6; 26]	0,55
СРБ, мг/л	15 [8,6; 25,1]	5,7 [2,3; 10,7]	4,9 [0,9; 8,3]	<0,001
DAS28	4,33 [3,68; 4,73]	3,56 [2,91; 4,35]	2,94 [1,3; 3,55]	0,001
DAS	3,97 [3,07; 4,67]	2,76 [2,17; 3,65]	2,06 [1,22; 3,3]	<0,001
HAQ	0,75 [0,63; 1,25]	0,38 [0; 0,87]	0,13 [0; 0,63]	<0,001
PASI, баллы	6 [3,1; 9,7]	7,1 [0; 32,5]	0 [0; 3,6]	0,148
BSA, %	1 [0,5; 3,65]	1 [0,3; 2,3]	0,35 [0; 1,6]	<0,001

лиза Фридмана (Friedman ANOVA). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Данные анализировали в программе Statistica 10.

Результаты

В начале лечения у всех пациентов отмечался полиартрит, медиана ЧБС78 составляла 9 [6; 15], ЧПС78 – 8 [7; 11], ЧБС28 – 4 [2; 5], ЧПС28 – 4 [1; 6], ОЗП – 52 [50; 62], ОЗВ – 58 [49; 69], DAS – 3,97 [3,07; 4,67], DAS28 – 4,33 [3,68; 4,73], СРБ – 15 [8,6; 25,1] мг/л и СОЭ – 17 [7; 26] мм/ч. У 60,9% больных, включенных в исследование, была высокая активность заболевания по DAS, у 39,1% – умеренная или низкая. Наблюдались умеренно выраженные функциональные нарушения, медиана HAQ составила 0,75 [0,63; 1,25]. У всех пациентов отмечались умеренная распространенность и активность псориаза по PASI, медиана PASI 6 [3,1; 9,7], и низкая по BSA – медиана 1 [0,5; 3,65] (см. таблицу).

Через 3 мес от начала МоТ МТ медиана ЧБС28 значительно уменьшилась до 1 [0; 6], ЧПС28 до 1 [0; 4], ЧБС78 до 5 [3; 10], ЧПС76 до 4 [2; 8], ОЗП до 28 [16; 44], ОЗВ до 25 [20; 42], уровень СРБ до 5,7 [2,3; 10,7], DAS до 2,76 [2,17; 3,65], DAS28 до 3,56 [2,91; 4,35]. По DAS и DAS28 ремиссия была выявлена у 13 и 22,7% пациентов, НАБ – у 21,7 и 27,3% соответственно, МАБ отмечалась у 26,1% больных. Умеренная активность заболевания по DAS сохранялась у 43,5% больных, у 21,7% пациентов – высокая. 20%, 50% и 70% ответ по критериям ACR получен у 65,2/26,2/8,7% больных соответственно. Значимо уменьшились HAQ – до 0,38 [0; 0,87] и BSA – до 1 [0,3; 2]. При этом PASI и СОЭ значимо не изменились (соответственно 7,1 [0; 32,5] и 18 [10; 26] мм/ч; см. таблицу). Через 3 мес 4 пациентам с сохраняющейся высокой активностью была назначена КоТ, а 19 больных, у которых была достигнута ремиссия или НАБ, продолжали МоТ МТ.

Через 6 мес медианы DAS и DAS28 составляли 2,06 [1,22; 3,3] и 2,94 [1,3; 3,55] соответственно. Число больных с умеренной активностью заболевания по DAS значимо снизилось (до 17,4%), в то же время у 21,7% больных сохранялась высокая активность ПСА. Ремиссия по DAS и DAS28 наблюдалась у 34,8 и 39,1% пациентов соответ-

ственно. НАБ по DAS и DAS28 была выявлена соответственно в 26,1 и 39,1% случаев (рис. 1).

Через 3 мес от начала лечения МАБ была достигнута у 26,1%, а через 6 мес – у 47,8% больных.

Через 6 мес 20%, 50%, 70% ответ по критериям ACR отмечен у 73,9; 60,9 и 47,8% пациентов соответственно (рис. 2).

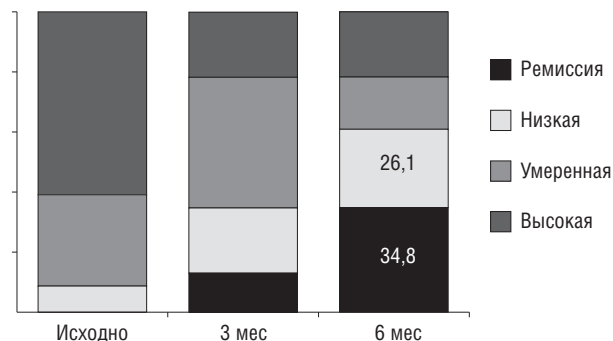


Рис 1. Динамика активности ПСА по DAS после 3 и 6 мес терапии

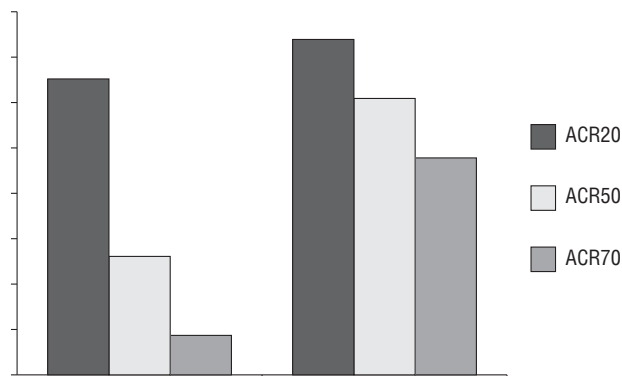


Рис 2. Ответ на терапию по критериям ACR через 3 и 6 мес лечения

После 6 мес лечения значительно уменьшились НАQ (до 0,13 [0; 0,63]) и BSA (до 0,35 [0; 1,6]). Медиана боли значительно уменьшилась с 55 [51; 65] до 20 [15; 45] через 3 мес и до 14 [3; 36] мм через 6 мес терапии, что свидетельствовало об уменьшении не только клинической, но и лабораторной активности воспалительного процесса (рис. 3 и 4).

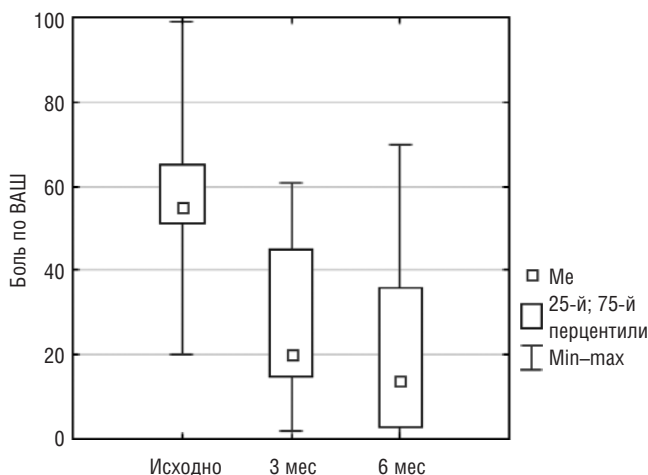


Рис. 3. Динамика боли

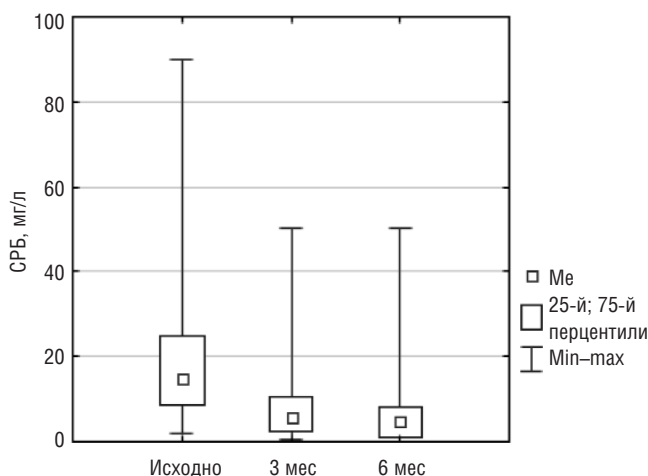


Рис. 4. Динамика уровня СРБ

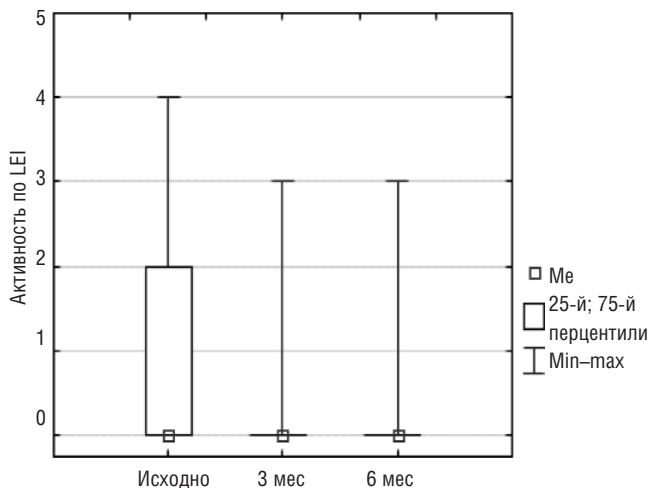


Рис. 5. Динамика активности энтезита по LEI

На фоне лечения также значительно снизилась активность энтезита — медиана LEI и LEI + ПФ значительно уменьшилась с 1 [0; 2] и 1 [0; 3] соответственно до 0 в обоих случаях (рис. 5).

MoT MT проводилась 19 пациентам в течение 6 мес. В этой группе ремиссия по DAS/DAS28 достигнута у 36,8 и 36,8% больных соответственно, НАБ по DAS/DAS28 отмечена в 15,8 и 36,8% случаев, а МАБ наблюдалась у 47,4 больных. 20%, 50%, 70% ответ по критериям ACR наблюдался у 68,4/52,6/42,1% больных соответственно. У 4 пациентов, которым проводилась KoT, 20%, 50%, 70% улучшение по ACR было достигнуто соответственно в 100/100/75% случаев, МАБ отмечалась у 2 (50%) человек.

Обсуждение

Концепция «Лечение до достижения цели», впервые примененная в ревматологии при РА, подразумевает динамическое наблюдение за больным с оценкой активности болезни каждые 4–12 нед и коррекцией терапии каждые 12 нед с целью достижения ремиссии или МАБ.

Большой интерес представляют результаты исследования TICORA (The Tight Control in Rheumatoid Arthritis) [5], которые продемонстрировали эффективность стратегии интенсивного (ежемесячного) контроля за результатами лечения и пошагового усиления терапии в случае сохранения активности РА для достижения ремиссии, подавления прогрессирования и улучшения функциональных способностей пациентов.

Под влиянием успеха исследования TICORA при РА в Великобритании начато первое открытое рандомизированное контролируемое исследование при ПсА — TICOPA (The Tight Control in Psoriatic Arthritis), изучающее клинические и рентгенографические исходы (ответ по критериям ACR, динамику PASI, изменение счета энтезитов и дактилитов, улучшение BASDAI на 50% и изменение счета Sharp/van der Heijde), традиционного и интенсивного ведения и лечения пациентов с рПсА, не получавших ранее БПВП (планируется включить 200 пациентов). Целью TICOPA является достижение ремиссии или МАБ, подавление рентгенологического прогрессирования [10]; результаты пока не опубликованы. Данное исследование следует рассматривать в контексте мнения о необходимости внедрения стратегии T2T в лечение ПсА [11].

Наше исследование показало, что ведение больных рПсА по принципам стратегии T2T (строгий контроль за активностью болезни и при необходимости коррекция терапии каждые 3 мес) позволяет уже через 6 мес достичь МАБ у половины (47,8%), ремиссии по DAS у трети (34,8%), 20%, 50% и 70% улучшения по критериям ACR у 73,9; 60,9 и 47,8% пациентов соответственно. Эта стратегия также обеспечивает уменьшение псориатических высыпаний и улучшение функциональных способностей больных. Необходимо отметить, что представленные результаты достигнуты на MoT MT у большинства пациентов (19 человек) в сочетании с однократным локальным введением ГК (бетаметазон).

Подобная тактика ведения применялась у пациентов с ранним РА в исследовании OPERA (Optimized treatment algorithm in Early Rheumatoid Arthritis), результаты которого были недавно опубликованы [12]. В данной работе показано, что активная терапия MT в сочетании с внутрисуставным введением ГК (триамсинолона) в комбинации с АДА или без него в течение года эффективно снижает ак-

тивность синовита и задерживает прогрессирование структурных изменений суставов по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ).

В целом полученные к настоящему времени промежуточные данные краткосрочного наблюдения (6 мес) свидетельствуют об эффективности стратегии Т2Т у больных рПсА с применением преимущественно МоТ МТ. Однако для получения более полной информации необходимо дальнейшее динамическое наблюдение с последующей оценкой не только клинических результатов, но и данных УЗИ, МРТ и рентгенологического исследования суставов.

Прозрачность исследования

Исследование проводилось в рамках выполнения научной темы № 363 «Стратегия лечения воспалительных забо-

леваний суставов», государственный регистрационный номер 01201454666, утвержденной ученым советом ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой». Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайне исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование, лекции или гранты по теме исследования. Настоящее исследование было представлено в виде тезисов и устного доклада на II Евразийском конгрессе ревматологов 20–23 мая 2014 г., Москва.

ЛИТЕРАТУРА

- Gladman DD. Mortality in psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26(5 Suppl 51):62–5.
- Gossec L, Smolen JS, Gaujoux-Viala C, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis*. 2012;71(1):4–12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2011-200350>.
- Gladman DD, Thavaneswaran A, Chandran V, Cook RJ. Do patients with psoriatic arthritis who present early fare better than those presenting later in the disease? *Ann Rheum Dis*. 2011;70(12):2152–54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2011.150938>.
- Theander E, Husmark T, Alenius GM, et al. Early psoriatic arthritis: short symptom duration, male gender and preserved physical functioning at presentation predict favourable outcome at 5-year follow-up. Results from the Swedish Early Psoriatic Arthritis Register (SwePsA). *Ann Rheum Dis*. 2013;73(2):407–13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2012-201972>.
- Grigor C, Capell H, Stirling A, et al. Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study): a single-blind randomized controlled trial. *Lancet*. 2004;364(9430):263–9. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16676-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16676-2).
- Verstappen SM, Jacobs JWG, van der Venn MJ, et al. Intensive treatment with methotrexate in early rheumatoid arthritis: aiming for remission. Computer Assisted Management in Early Rheumatoid Arthritis (CAMERA, an open-label strategy trial). *Ann Rheum Dis*. 2007;66(11):1443–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2007.071092>.
- Smolen JS, Braun J, Dougados M, et al. Treating spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(1):6–16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-203419>.
- Каратеев ДЕ, Лучихина ЕЛ, Муравьев ЮВ и др. Первое российское стратегическое исследование фармакотерапии ревматоидного артрита (РЕМАРКА). Научно-практическая ревматология. 2013;51(2):117–25. [Karateev DE, Luchikhina EL, Murav'ev YuV, et al. The first Russian strategic study of pharmacotherapy for rheumatoid arthritis (REMARCA). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2013;51(2):117–25. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2013-637>.
- Coates LC, Franssen J, Helliwell PS. Defining minimal disease activity in psoriatic arthritis: a proposed objective target for treatment. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(1):48–53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2008.102053>.
- Coates LC, Navarro-Coy N, Brown SR, et al. The TICOPA protocol (Tight Control of Psoriatic Arthritis): a randomised controlled trial to compare intensive management versus standard care in early psoriatic arthritis. *BMC Musculoskel Disor*. 2013;14:101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-14-101>.
- Kavanaugh A. Psoriatic arthritis: treat-to-target. *Clin Exp Rheumatol*. 2012;30(4 Suppl 73):S123–5.
- Axelsen MB, Eshed I, Horslev-Petersen K, et al. OPERA study group. A treat-to-target strategy with methotrexate and triamcinolone with or without adalimumab effectively reduces MRI synovitis, osteitis and tenosynovitis and halts structural damage progression in early rheumatoid arthritis: results from the OPERA randomized controlled trial. *Ann Rheum Dis*. 2014 Jan 16. DOI: [10.1136/annrheumdis-2013-204537](http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204537).