

УДК 616. 72-002. 77 - 08

## АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ НАЗНАЧЕНИЯ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И ПРИЧИН ИХ ОТМЕНЫ

Е.В.Павлова, О.М.Лесняк, О.Ф.Рябицева  
Областная клиническая больница № 1 г. Екатеринбург

### Резюме.

**Цель работы:** оценить частоту практического использования различных базисных препаратов при ревматоидном артрите (РА).

**Материал и методы.** Исследование проводилось на основе анкетирования больных и анализа историй болезни случайной выборки 103 (90 женщин и 13 мужчин) последовательных больных с достоверным РА (АКР, 1987) ревматологического отделения ОКБ №1 г. Екатеринбурга. У 74% исследуемых больных отмечались системные проявления: анемия (у 47 больных), лимфаденопатия (у 34), ревматоидные узелки (у 15), синдром Шегрена (у 4), нефропатия (у 4), сосудистые нарушения, включавшие синдром Рейно, капилляриты (по 1 больному).

**Результаты.** Базисная терапия за время заболевания назначалась 88 из 103 (85,4%) больных, причем на протяжении болезни один и тот же больной мог получать различные базисные препараты. Чаще всего назначались аминохинолиновые препараты, далее по частоте шли иммунодепрессанты и препараты золота. Реже всего больные получали сульфасалазин, купренил и вобензим. Всего у 88 больных зарегистрировано 184 случая назначения базисных препаратов. В целом, в 133 из 184 случаев назначения базисных препаратов они были отменены. Причиной отмены чаще были отсутствие препарата в аптечной сети (в 48 случаях) в среднем через 8 месяцев приема препаратов. Второй по частоте причиной отмены препарата стала их недостаточная эффективность (44 случая) в среднем через 1, 3 года. В 18 случаях больные самостоятельно прекратили лечение в среднем через 3,5 месяца приема препарата.

**Заключение.** В большинстве случаев поводом отмены базисных препаратов при РА является отсутствие их в аптечной сети, особенно по бесплатным рецептам. Случаи самостоятельной отмены препарата показывают необходимость объяснения больным РА цели назначаемой терапии, необходимость длительного приема болезнь - модифицирующих средств.

**Ключевые слова.** ревматоидный артрит, базисные препараты, иммунодепрессанты, аминохинолиновые препараты, препараты золота, сульфасалазин, купренил.

Ревматоидный артрит (РА) занимает одно из ведущих мест в ряду ревматических болезней в связи с высокой распространенностью, доходящей в популяции до 1% [6]. Он имеет социальное значение, так как прогрессирование заболевания приводит к потере трудоспособности, а часть больных нуждается в постороннем уходе. Поэтому важное значение приобретают своевременная диагностика и лечение болезни.

В настоящее время принята концепция раннего назначения базисных (патогенетических, медленнодействующих или болезнь - модифицирующих) средств, которые обладают отсроченным эффектом, но, вмешиваясь в интимные механизмы болезни, способны существенно повлиять на течение и замедлить прогрессирование РА [9]. К этой группе средств принадлежат препараты золота, иммунодепрессанты, Д - пеницилламин, сульфаниламидные препараты, хинолиновые производные, циклоспорин А, моноклональные антитела к цитокинам и лимфоцитарным антигенам. В последнее время обсуждаются в качестве базисных препаратов - антибиотик тетрациклинового ряда - миноциклин [2,14] и средства системной энзимотера-

Адрес для переписки:

Е.В.Павлова,

Областная клиническая больница №1,

Адрес: 620102 г.Екатеринбург, ул Волгоградская, 185

пии – вобэнзим, флогензим [5,6,7]. Считается, что время начала лечения базисными препаратами не должно превышать 3 месяцев с момента установления диагноза, чтобы оказать активное воздействие на заболевание до того, как разовьется деструкция суставов. У нелеченных больных с сохраняющимся синовитом и уже выявленной при рентгенографии деструкцией суставов препараты назначаются с целью остановки прогрессирования заболевания и достижения ремиссии [9].

Среди базисных препаратов при РА на сегодняшний день наиболее часто применяется иммунодепрессанты из группы антиметаболитов фолиевой кислоты – метотрексат, назначаемый в низких дозах (7,5 – 15 мг в неделю). Он характеризуется достаточно высокой эффективностью, подтвержденной целым рядом клинических испытаний [1, 2, 3, 9, 14], и хорошей переносимостью у большинства больных, хотя и не лишен побочных действий.

Препараты золота (прежде всего для парентерального применения – кризанол, тауредон) также рассматриваются как одни из наиболее эффективных в терапии РА. Ограничением к их

сированием заболевания, ранним развитием костных эрозий, высоким титром РФ, внесуставными проявлениями.

При наличии преимущественно суставной формы и умеренной активности РА в лечении применяют аминохинолиновые производные (плаквенил, делагил) или сульфасалазин. Д-пеницилламин (купренил) в настоящее время назначается реже из-за неудобной схемы приема (необходимость медленного повышения дозы), а также возможности развития серьезных побочных явлений [3,9].

В лечении длительно текущего РА, рефракторного к другим базисным препаратам, нашел свое применение циклоспорин А. В настоящее время изучаются свойства новых антиревматических средств, а также создаются схемы комбинированной терапии базисными препаратами, если течение РА трудно контролируется с применением одного из них [2, 9].

Целью настоящего исследования был анализ того, насколько часто на практике больным РА назначаются базисные препараты различных групп, а также причин их отмены.

#### Материал и методы.

В ревматологическом отделении ОКБ № 1 г. Екатеринбурга, были проведены анкетирование больных и анализ историй болезни случайной выборки из 103 последовательных больных РА. Это были 90 женщин (87,4%) и 13 мужчин (12,6%) в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст – 47,3 г.). Диагноз был установлен на основании классификационных критериев РА АРА (1987 г.) [10]. Продолжительность заболевания составляла от 4 мес. до 31 г., в среднем  $9,2 \pm 7,1$  г. Клиническая характеристика больных представлена в табл.1. Как видно из табл.1, у всех больных анализируемой группы имелся полиартрит с медленно прогрессирующим течением заболевания. У 73,8% из них отмечались системные проявления

болезни, среди которых преобладали анемия (47 чел., 45,6%), лимфаденопатия (34 чел., 33,0%) и ревматоидные узелки (15 чел., 14,6%). Реже встречались синдром Шегрена (4 чел., 3,9%), нефропатия (4 чел., 3,9%), а также синдром Рейно, капилляриты ладоней и лихорадка (по одному чел.).

Анкета содержала, помимо паспортных данных, развернутого диагноза и продолжи-

**Таблица 1.**  
**Клиническая характеристика больных ревматоидным артритом**

| Показатель                           | Число больных | %    |
|--------------------------------------|---------------|------|
| Полиартрит                           | 103           | 100  |
| Течение:<br>медленно прогрессирующее | 103           | 100  |
| Изолированное поражение суставов     | 27            | 26,2 |
| Системные проявления                 | 76            | 73,8 |
| Рентгенологическая стадия РА         |               |      |
| I                                    | 5             | 4,9  |
| II                                   | 54            | 52,4 |
| III                                  | 34            | 33,0 |
| IV                                   | 10            | 9,7  |
| Функциональная недостаточность       |               |      |
| I ст.                                | 1             | 1,0  |
| II ст.                               | 94            | 91,2 |
| III ст.                              | 8             | 7,8  |

применению является частое развитие побочных явлений, необходимость внутримышечных инъекций и постоянного врачебного контроля. Но мнению большинства авторов по эффективности препараты золота и метотрексат превосходят остальные базисные препараты и сопоставимы между собой [3,4]. Эти препараты особенно показаны больным с быстрым прогрес-

тельности заболевания, вопросы о приеме базисных препаратов каждой группы, продолжительности приема и причине их отмены.

аминохинолиновые производные, далее по частоте шли иммунодепрессанты и препараты золота. Реже всего больные получали сульфаса-

Таблица 2

Спектр средств базисной терапии, которую получали или получают в настоящее время 88 больных ревматоидным артритом

|                           | Число больных |                    |                  |               |                |          |
|---------------------------|---------------|--------------------|------------------|---------------|----------------|----------|
|                           | Соли золота   | Иммуно-депрессанты | Аминохинолиновые | Сульфасалазин | Д-пеницилламин | Вобэнзим |
| Получали                  | 29 (32,9 %)   | 42 (47,7 %)        | 77 (87,5%)       | 23 (26,1%)    | 8(9,1%)        | 2 (2,3%) |
| Из них продолжали лечение | 2 (6,9 %)     | 20 (47,6%)         | 22 (28,6%)       | 4 (17,4%)     | 1 (12,5%)      | 2 (100%) |

Статистическая обработка материала проводилась с использованием средних величин, стандартных отклонений и критерия  $\chi^2$ .

#### Результаты.

Базисная терапия за время заболевания назначалась 88 больным РА (85,4%), причем

лазин, купренил и вобэнзим. Всего у 88 больных РА зарегистрировано 184 случая назначения базисных препаратов.

При поступлении в стационар продолжали лечение 51 чел. (62,5% от числа больных, получавших базисные препараты, и 27,7% от общего

Таблица 3.

Число случаев назначения средств базисной терапии больным РА и причина отмены препаратов

|                                       | Число случаев |                    |                  |               |                |          |            |
|---------------------------------------|---------------|--------------------|------------------|---------------|----------------|----------|------------|
|                                       | Соли золота   | Иммуно-депрессанты | Аминохинолиновые | Сульфасалазин | Д-пеницилламин | Вобэнзим | Всего      |
| Назначалось                           | 31            | 43                 | 77               | 23            | 8              | 2        | 184 (100%) |
| <b>Причины отмены:</b>                |               |                    |                  |               |                |          |            |
| - неэффективность                     | 4(12,9%)      | 7(16,3%)           | 26(33,8%)        | 4(17,4%)      | 3(37,5%)       | —        | 44(23,9%)  |
| - побочные эффекты                    | 9(26,1%)*     | 2(4,6%)            | 8(10,4%)         | 2(8,6%)       | —              | —        | 21(11,4%)  |
| - нефропатия                          | 6(19,4%)      | —                  | —                | —             | —              | —        | 6(3,3%)    |
| - дерматит                            | 3(9,7%)       | —                  | —                | —             | —              | —        | 3(1,6%)    |
| - лейкопения                          | —             | 1(2,3%)            | —                | —             | —              | —        | 1(0,5%)    |
| - нарушение зрения                    | —             | —                  | 5(6,5%)          | —             | —              | —        | 5(2,7%)    |
| - боли в животе                       | —             | —                  | 2(2,6%)          | 1(4,3%)       | —              | —        | 3(1,6%)    |
| - аллергия                            | —             | 1(2,3%)            | 1(1,3%)          | 1(4,3%)       | —              | —        | 3(1,6%)    |
| - отсутствие в аптеках                | 16(51,6%)     | 11(25,6%)          | 6(7,8%)          | 12(52,2%)**   | 3(37,5%)       | —        | 48(26,1%)  |
| - самостоятельное прекращение лечения | —             | 1(2,3%)            | 15(19,5%***)     | 1(4,3%)       | 1(12,5%)       | —        | 18(9,8%)   |
| - другие причины                      | —             | 2(4,7%)            | —                | —             | —              | —        | 2(1,1%)    |
| <b>Продолжали прием</b>               | 2(6,5%)       | 20(46,5%)          | 22(28,6%)        | 4(17,4%)      | 1(12,5%)       | 2(100%)  | 51(27,7%)  |

\*  $p < 0,01$  при сравнении с иммунодепрессантами

$p < 0,05$  при сравнении с аминохинолиновыми

\*\*  $p < 0,01$  при сравнении с аминохинолиновыми

$p < 0,05$  при сравнении с иммунодепрессантами

\*\*\*  $p < 0,05$  при сравнении с иммунодепрессантами

один и тот же больной на протяжении болезни мог получать различные базисные препараты. Число пациентов, получавших разные базисные препараты и продолжающих лечение в настоящее время, приведены в табл. 2. Чаще всего в анализируемой группе больных РА назначались

числа случаев назначения базисной терапии). Реже всего продолжали прием препаратов золота (6,9% от начинавших лечение), чаще-цитотоксиков (46,5 %). Причины отмены приведены в табл. 3.

Препараты золота за время болезни принимали 29 чел., из них 23 чел. - кризанол, 3 - тауре-

дон, 1 - ауропан и 2 чел. последовательно кризанол и тауредон (всего 31 случай назначения). Продолжительность приема солей золота составляла от 1 мес. до 4 лет, в среднем -  $9,1 \pm 11,4$  мес. Препараты золота чаще всего отменялись из-за отсутствия их в аптеках (в сроки от 1 мес. до 2 лет, в среднем через 4,3 мес.), а также из-за развития побочных явлений - таких, как нефропатия (в сроки 2,5 - 12 мес., в среднем через 4,3 мес.) и аллергический дерматит (в сроки 1,0 - 2,0 мес., в среднем через 1,3 мес. от начала применения препаратов). Несколько реже лечение этими препаратами прекращалось из-за их недостаточной эффективности в сроки от 9 мес. до 4 лет от начала приема, в среднем через 25 мес. В двух случаях больные продолжали прием препаратов через 2 и 5 мес. (среднем через 3,5 мес.) после назначения.

Иммунодепрессанты назначались 42 больным РА. Из них 40 чел. получали метотрексат, 1 - азатиоприн с последующим переводом на метотрексат, 2 - хлорбутин (всего 43 случая). Средняя продолжительность лечения препаратами этой группы составила  $20,2 \pm 24,9$  мес. (от 1 мес. до 10 лет). Наиболее частыми причинами отмены были: отсутствие их в аптеках (больные прекращали лечение в сроки от 1 мес. до 9 лет, в среднем через 2,6 г.) и неэффективность терапии (в сроки 7 мес. - 1 г., в среднем через 10 мес.) Кроме того, было по одному случаю отмены препаратов из-за развития лейкопении (через 18 мес. приема), из-за возникновения крапивницы (через 7 дней от начала приема) и самостоятельного прекращения лечения больными (через 4 мес. терапии), а также по другим причинам (планирование беременности и интеркуррентное заболевание) - 2 случая отмены через 3 и 36 мес., в среднем через 19,5 мес. Продолжали терапию 20 чел. в течение 1 мес. - 10 лет (в среднем 1,9 г.) от начала приема препарата.

Аминохинолиновые производные назначали 77 больным РА, из них 74 чел. получали делагил, 3 чел. - плаквенил. Продолжительность приема составляла 1 нед. - 20 лет (в среднем  $19,3 \pm 20,2$  мес.). Лечение препаратами этой группы чаще всего прекращалось по причине их неэффективности в сроки 1 мес. - 8 лет, в среднем через 20,5 мес., а также из-за самостоятельной отмены препаратов больными в среднем через 7,1 мес. (1 мес. - 3 г.) от начала лечения. Среди побочных явлений причинами прекращения терапии были: нарушения зрения (в сроки 2 нед. - 1 г., в среднем через 4,1 мес.); головокружение и боли в животе (в сроки 1 нед. - 1 мес., в среднем

через 0,6 мес.), крапивница (через 1 мес. приема). Отсутствие в аптеках (в сроки 1 - 12 мес., в среднем через 4,5 мес.) было самой редкой причиной отмены препаратов этой группы. Продолжали терапию 22 чел.

Сульфасалазин назначали 23 больным, продолжительность приема составляла 1 мес. - 2 г., в среднем  $7,4 \pm 12,3$  мес. Среди причин отмены на первом месте стояло отсутствие препарата в аптеках (в сроки 1 мес. - 2 г., в среднем через 4,2 мес.). Реже препарат отменяли из-за неэффективности терапии (через 6-12 мес., в среднем через 10,5 мес.) и развития побочных явлений - таких, как крапивница, возникшая через 1 мес. приема, боли в животе через 6 мес. от начала лечения. Был всего один случай самостоятельного прекращения лечения через месяц от начала приема препарата. Продолжали прием сульфасалазина 4 чел. в среднем 9,5 мес. (2-12 мес.) терапии.

Д-пеницилламин принимали 8 чел. в течение 1 мес. - 1 г., в среднем  $7,5 \pm 12,3$  мес. Одинаково часто препарат отменяли из-за его неэффективности (в сроки 3-24 мес., в среднем через 13,0 мес.) и отсутствия в аптеках (в сроки 1-12 мес., в среднем через 6,0 мес.). Был один случай самостоятельного прекращения лечения после 2 мес. приема препарата. Продолжал лечение купренилом 1 чел., после 3 мес. его приема.

Вобэнзим принимали 2 чел. в течение 3 мес, они продолжали лечение на момент опроса.

В целом из 184 случаев назначения базисной терапии по разным причинам препараты были отменены в 133 случаях (табл. 3). Чаще всего больные прекращали прием лекарств из-за отсутствия их в аптеках, по этой причине препараты были отменены в 48 случаях (26,1% от всех случаев отмены) через 1 мес. - 9 лет приема (в среднем через 8,0 мес.). По нашим данным наиболее часто в аптеках отсутствовал сульфасалазин. При сравнении с каждой группой базисных препаратов установлены статистически достоверные различия по сульфасалазину с аминохинолиновыми производными ( $p < 0,01$ ) и иммунодепрессантами ( $p < 0,05$ ), тогда как с другими группами различия по частоте отмены препаратов из-за отсутствия в аптеках статистически не достоверны.

Второй по частоте причиной отмены средств базисной терапии стала их недостаточная эффективность: 44 случая отмены препаратов (23,9%) в среднем через 1,3 г. (1 мес. - 8 лет). По этой причине чаще всего отменяли Д-пеницилламин, при сравнении с другими группами базисных препаратов статистически достовер-

ных различий не получено. В 21 случае (11,4%) терапия прекращена из-за развития побочных явлений в сроки от нескольких дней до 1 года (в ср. 11,4 мес.). Наиболее токсичными были препараты золота, причем выявлены статистические различия с иммунодепрессантами ( $p < 0,01$ ) и аминоксинолиновыми производными ( $p < 0,05$ ). В 18 случаях (9,8%) больные самостоятельно прекратили лечение в среднем через 3,5 мес. (1 мес.-3 г.) приема препаратов. При этом чаще прекращался прием аминоксинолиновых производных в сравнении с иммунодепрессантами ( $p < 0,05$ ), с другими группами препаратов статистически достоверных различий по частоте самостоятельно отказа больных от лечения не получено. В 2 случаях (1,1%) лечение прекращалось по другим причинам через 3-36 мес. (в среднем 19,5 мес.).

#### Обсуждение.

Концепция раннего начала лечения болезни - модифицирующими препаратами при РА к настоящему времени является общепринятой и вызывает мало возражений. В то же время, нас заинтересовало, насколько широко в условиях областного практического здравоохранения назначаются базисные средства больным РА, как часто лечение ими прекращается и каковы причины отмены.

Как показал анализ, базисная терапия началась большинству (85%) больных РА, однако не все больные продолжали терапию базисными средствами на момент исследования: примерно у 40 % из них препараты были отменены по разным причинам, среди которых важное место занимали неэффективность лекарств, т.е. сохранение высокой активности и прогрессирование заболевания, а также невозможность продолжать терапию из-за возникновения побочных реакций. Зачастую лечение прекращалось по необоснованным с медицинской точки зрения причинам, таким, как отсутствие препаратов по бесплатным рецептам в аптеках по месту жительства; а также в ряде случаев имело место самостоятельное прекращение приема базисных препаратов больными в ближайшие сроки после начала приема, если они не понимали целей проводимой терапии и не видели быстрого эффекта этих "медленно-действующих" препаратов.

Мы сравнили полученные данные с результатами исследований других авторов. В анализе Н. Williams и соавт. [18] метотрексат отменялся из-за развития побочных явлений в 31,0 % случаев, у нас - всего в 4,6 % случаев, а из-за неэффективности - в 3,0 % и 16,5 % соответственно.

G.S. Alarcon и соавт. [8], J. Sany и соавт. [17] также отмечают, что именно токсические реакции, а не отсутствие эффекта, являются основной причиной прекращения лечения метотрексатом. То, что наши данные выявили обратную тенденцию, вероятно, связано с тем, что в большинстве случаев пациенты прекращали лечение из-за отсутствия препарата еще до развития токсических эффектов. Необходимо также отметить, что нами, в отличие от других авторов, применялся метод анкетирования, который, безусловно, может исказить результаты.

Многочисленные исследования, обобщенные D.A. Gordon [12], свидетельствуют о высокой эффективности кризотерапии при РА, при этом на фоне введения солей золота прерывать лечение из-за токсических реакций вынуждены около 30 % больных. Мы получили аналогичные данные: неэффективными препараты золота были в 12,4% случаев, а отменялись из-за развития побочного действия в 29,1 %.

По данным литературы [11,15], наиболее частой причиной отмены Д-пенициламина является его токсичность (до 40 % случаев). В анализируемой нами выборке больных РА случаев возникновения побочных эффектов при приеме Д-пенициламина зафиксировано не было, но назначался этот препарат редко (всего 9,1 % от всех случаев назначения базисных средств) и отменялся в равной степени из-за отсутствия его в аптеках и неэффективности.

По данным проведенного нами и других исследований [13,16] ведущей причиной прекращения лечения аминоксинолиновыми производными является их недостаточная эффективность при неплохой переносимости.

Таким образом, анализ показал, что на практике больные РА в большинстве случаев прекращают базисную терапию из-за отсутствия препаратов в аптеках, особенно по бесплатным рецептам. Очевидно, что в условиях областного здравоохранения важен вопрос обеспечения этими средствами. Следует также объяснять больным РА цели назначаемой терапии, необходимость длительного приема болезни - модифицирующих препаратов, которые дают реальную возможность предупредить разрушение суставов, сохранить их функции, следовательно - трудоспособность пациента, удовлетворительное качество его жизни, а в конечном счете снизить затраты на лечение.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Гиляревский С.Р., Орлов В.А. Побочные эффекты базисной терапии низкими дозами

- МТ у больных ревматоидным артритом./ Клин. ревматол.-1997,2, 13-20.
2. Крикунов В.П., Головизин М.В. Лечение ревматоидного артрита на современном этапе. Противоречия и перспективы. Клин. ревматол.-1997, 2, 41-49.
  3. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней. -М.: М-СИТИ, 1996, 118-229.
  4. Насонова В.А., Сигидин Я.А. Современное лечение ревматоидного артрита препаратами золота. Клин. ревматол.-1995.-3.- 35-39.
  5. Рансбергер К., Ной С. Энзимы и энзимотерапия.- С. Петербург, 1997, 121-129.
  6. Ревматические болезни. Руководство для врачей. Под ред. Насоновой В.А., Бунчука Н.В. -М.:Медицина, 1997, 257-288.
  7. Системная энзимотерапия.Практическое руководство для врачей. Под ред. В.А. Насоновой, С.М. Гавалова. С-Петербург, 1997, 6-8.
  8. Alarcon G.S., Tracy I.C., Blackburn W.D. Methotrexate in toxic effects as the major factor in limiting long-term treatment. Arthr. Rheum.,1989,32, 671-676.
  9. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. Arthr. Rheum., 1996, 39, 713-722.
  10. Arnett F.C., Edworthy S.M., Bloch D.A., et al. The American Rheumatism Association 1087 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthr. Rheum., 1988, 31, 315-324.
  11. Dixon A. St.J., Davies J., Dormandy T.L., et al. Syntetic D penicillamine in rheumatoid arthritis. Ann. Rheum. Dis., 1975, 34, 416.
  12. Gordon D.A. Gold compounds in the rheumatic diseases. In: Textbook of rheumatology. Ed. Kelly W.N., Harris E.D., Ruddy S., Sledge C.B. W.B. Saunders Comp. Philadelphia, London, Toronto, 1993, 743-751.
  13. Morand E.F., McCloud P.J., Littlejohn G.O. Continuation of long-term treatment with hydroxychloroquine in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. Ann. Rheum. Dis., 1992, 51, 1318.
  14. O'Dell J. Rebuilding the rheumatoid arthritis treatment pyramid. New Standards in arthritis care.,1998, 7, 1, 6-9.
  15. Pincus T., Marcum S.B., Callahan L.F. Long term drug therapy for rheumatoid arthritis in seven rheumatology private practices second line drugs and prednisone. J. Rheumatol., 1992, 19, 1885.
  16. Pynes R.J. Antimalarials drugs. In: Textbook of rheumatology, Ed. Kelly W.N., Harris E.D., Ruddy S., Sledge C.B. W.B. Saunders Comp. Philadelphia, London, Toronto, 1993, 731.
  17. Sany J., Anaya J.M., Cussier V., et al. Treatment of arthritis with methotrexate: a prospective open-term study of 191 case. J. Rheumatol.,1991, 18,1323-1327.
  18. Williams H.J., Willkeen R.F. et al. Comparison of low dose oral pulse methotrexate and placebo in treatment of rheumatoid arthritis. Arthr. Rheum.,1985, 8, 721.

### Summary

**Aim of study:** To assess the frequency of practical application of different basic drugs in rheumatoid arthritis (RA).

**Material and methods:** The study was conducted basing of questionner of pts and analysis of ycases by randomized sampling among 103 consequent pts (M:F=13:90) with reliable RA (ARA, 1987) in rheumatologic department of Clinical Hospital No1 in Ekaterinburg. 74% of pts under study demonstrated systemic manifestations: anemia (in 47 pts), lymphadenopathy (in 34), rheumatoid nodules (in 15), Sjogren's syndrome (in 4), nephropathy (in 4), vascular disturbances including Raynaud's phenomenon, capillarites (by 1 pt).

**Results:** In the course of disease basic therapy was prescribed to 88 out of 103 (85.4%) pts and one and the same patient could take different basic drugs. Aminochinoline drugs prevailed, after them more frequent were immunodepressants and gold preparations. More rarely pts had sulfasalazin, cuprenil and wobenzym. In general, in 133 out of 184 cases of prescribing basic drugs they were canceled. The reason for cancellation were: prevalently absence of the drug in the pharmaceutical stores (in 48 cases) averagely in 8 months of taking the drug; then they insufficient efficacy (44 cases) averagely in 1.3 year. In 18 cases pts themselves stopped treatment averagely in 3.5 months of drug taking.

**Conclusion:** In the majority of cases of basic drugs cancellation in RA the cause is their absence in sail especially on free of charge prescription. Cases of self-cancellation of the drug demonstrate the need of explaining to pts the necessity of long-term taking disease-modifying drugs.

**Key words:** Rheumatoid arthritis, basic drugs, immunodepressants, aminocholine drugs, gold preparations, Sulfosalazin, Cuprenil.

Поступила 18.09.1999