

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДАМИ АЮРВЕДЫ И ТРАДИЦИОННОЙ ТИБЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

Массальский Р.И.¹.

¹ЧУОО ВО «Медицинский университет «РЕАВИЗ» (107564, г. Москва, ул.Краснобогатырская, д.2, стр.2), e-mail: rassalsk@mail.ru

В статье описан случай хронического (14 лет) рецидивирующего ревматоидного артрита у пациентки 21 года. На основании анамнеза жизни предположен травматический механизм запуска каскада иммунопатологических реакций в ранее сенсибилизированном организме, что повлияло на выбор тактики. Описаны представления восточных медицинских систем об этиологии и патогенезе заболевания. Представлен вариант комплексного лечения методами Аюрведы и традиционной тибетской медицины, включающее диетотерапию, физиотерапию природными факторами согласно аюрведическим протоколам, фитотерапию, кинезитерапию, остеопатическую коррекцию. Механизмы действия применяемых диеты, процедур и фитопрепаратов, представлены как с точки зрения науки, так и согласно традиционным источникам. Обосновано применение препаратов выбора. Динамика на промежуточных этапах демонстрирует снижение активности суставного синдрома и тугоподвижности на фоне отмены метотрексата, что подтверждено результатами лабораторных исследований. Обсуждаются проблемы исследования эффективности методов восточных медицинских систем согласно стандартам доказательной медицины. В качестве возможного решения предложено начать работу по представлению качественных диагностических критериев восточных медицинских систем в форме количественных показателей, взяв за основу синдромы, поскольку описание их клиники в научной и в традиционной медицине схоже.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, Аюрведа, тибетская медицина, тибетские лекарственные ванны, Табан-Аршан, Панчакарма, Дашамула.

CLINICAL CASE OF RHEUMATOID ARTHRITIS AND ITS TREATMENT BY THE METHODS OF AYURVEDA AND TRADITIONAL TIBETAN MEDICINE.

Massalsky R.I.¹.

¹CHUOO VO "Medical University" REAVIZ "(107564, Moscow, Krasnobogatyrskaya str. 2, p.2), e-mail: rassalsk@mail.ru

The article describes a case of chronic (14 years) recurrent rheumatoid arthritis in a 21-year-old patient. Based on the history of life, a traumatic mechanism of launching a cascade of immunopathological reactions in a previously sensitized organism was suggested, which influenced the choice of tactics. The views of Eastern medical systems on the etiology and pathogenesis of the disease are described. The variant of complex treatment by methods of Ayurveda and traditional Tibetan medicine, including diet therapy, physical therapy with natural factors according to Ayurvedic protocols, herbal medicine, kinesitherapy, osteopathic correction. The mechanisms of action of the applied diet, procedures and herbal remedies are presented both from the point of view of science and according to traditional sources. Justified the use of drugs of choice. The dynamics in the intermediate stages shows a decrease in the activity of joint syndrome and stiffness against the background of methotrexate withdrawal, which is confirmed by the results of laboratory studies. The problems of studying the effectiveness of methods of Oriental medical systems according to the standards of evidence-based medicine are discussed. As a possible solution, it is proposed to start work on the presentation of qualitative diagnostic criteria of Eastern medical systems in the form of quantitative indicators, taking as a basis the syndromes, since the description of their clinic in scientific and traditional medicine is similar.

Keywords: rheumatoid arthritis, Ayurveda, Tibetan medicine, Tibetan medicated- bath therapy, Taban Arshan, Panchakarma, Dashamula.

Введение

Ревматоидный артрит и его осложнения по вовлеченности органов и систем, инвалидизации, снижению качества жизни, фармакоэкономике, - серьезная мировая и

российская проблема. При распространенной ятрогении, доступность генноинженерных препаратов в России низкая, а практика их отмены из-за высокой стоимости с достижением ремиссии ведет пациентов по замкнутому кругу, пополняя статистику инвалидности. Поэтому интересно применение традиционных восточных методик самостоятельно либо в сочетании со стандартной терапией.

Для исследований восточных многокомпонентных фитопрепаратов, удовлетворяющих доказательности А-класса, необходима большая база данных, в которой истории болезни будут записаны в соответствии с традиционными восточными стандартами, при этом качественные показатели преобразованы в количественные шкалы. Нижеследующее описание клинического случая может дополнить существующий контент.

Описание случая.

Больная 1997 г.р., студентка, некурящая, не употребляющая алкоголь и наркотики обратилась по поводу прогрессирующего ревматоидного артрита. Наследственный и аллергоанамнез не отягощены. В анамнезе с 1997 по 2004 г. ОРВИ и/или бактериальные инфекции 2р./год, в 2000 г. — закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ), травма шеи, коревая краснуха, скарлатина; в 2004 г до дебюта заболевания - ЗЧМТ, сотрясение мозга, крапивница. Дебют в сентябре 2004 г. с неприятных ощущений в шейном отделе позвоночника (ШОП), которые в августе 2005 г. переросли в некупируемую «Диклофенаком» боль. На рентгенографии (РГ) ШОП — картина остеохондроза, в связи с чем направлена на лечение в стационар. При лечении болевой синдром без улучшений, присоединение общей суставной тугоподвижности и отека межфаланговых суставов. Новая госпитализация через 18 дней выявила артрит лучезапястных и левого коленного суставов. СОЭ 33-46мм/ч. Лечение симптоматическое, диагноз РА не поставлен. Новая госпитализация через 3 мес показывает РФ+, СРБ резко +, СОЭ 57 мм/ч. Диагноз РА и пульс-терапия метипредом по стандартной методике, с переводом на метилпреднизолон 2 таб./сут. (8мг), метотрексат 10 мг/нед. При снижении дозы метилпреднизолона до 7,5 мг/сут усилился болевой синдром, СОЭ 41мм/ч, поэтому с 08.02.2006 доза метилпреднизолона увеличена до 15 мг/сут, с сентября 2006 доза метотрексата увеличена до 12,5 мг/нед. В дальнейшем уменьшение симптоматики при высокодозном лечении метилпреднизолоном и метотрексатом, обострение при снижении дозировок. В апреле 2009 г выявлено содержание АСЛ-О 500 МЕ/мл. Введение «Аравы», «Оренсии», «Лефлюномида», Са²⁺ и D3 не влияло на клинико-лабораторные и инструментальные показатели. Только назначение в июле 2014 г «Актемры» (Тоцилизумаба) 400 мг 1р/мес привело в межгоспитальный период к увеличению объема движений, снижению экссудативных проявлений, суставного синдрома, лабораторных показателей (12.2014г — ОАК: Нб 123-126 г/л, Лц 7,14-5,06*10⁹/л, СОЭ 5-6 мм/ч, РФ 20

МЕ/мл, СРБ 3,65 мг/дл), степени инвалидизации. Отмена с 03.2015 г по экономическим причинам привела к нарастанию обострения: 03.2015 ОАК: Нб126 г/л , Лц $8,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 28 мм/ч , РФ 42,4 МЕ/мл , СРБ 10 мг/дл; 08.2015 ОАК: Нб 121 г/л , Лц $12,8 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 45 мм/ч , РФ 61,5 МЕ/мл , СРБ 51 мг/дл.

С начала 2016 г — боли, отек суставов кистей, фебрильная температура, утренняя скованность (часто весь день), терапия без изменений, на ее фоне — постепенное развитие анемии легкой степени тяжести, суставного синдрома. Во время госпитализации в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой 24.10.2016 г — 02.11.2016 г поставлен основной диагноз: Ревматоидный артрит, полиартрит, РФ+, АЦЦП+, развернутая стадия, степень активности 3 (DAS 28-5,84), неэрозивный (рентгенологическая стадия II), ФК I (M 05.8).

ОАК 25.10.2016/01.11.2016: Нб 93/108 г/л, НСТ31,5/31,6, Эр. $4,46/4,51 \cdot 10^{12}$ /л, Лц $12,4/12,9 \cdot 10^9$ /л, П/я (%)4/6, С/я (%) 62/68, Эоз (%) 2/3, Лим (%)) 25/16, Мон (%) 7/7, Тц $459/439 \cdot 10^9$ / л, СОЭ 35/44 мм/ч; БХК: креатинин 52/45, холестерин 3,61 (N 3,9 — 6,2) Иммунология крови 25.10.16: СРБ 47,8 мг/дл, РФ 77,5 МЕ/мл , АЦЦП более 300, иммуноглобулины и ЩФ — норма. АЛТ 25.10 — 6, 01.11 — 7,4 — снижена. ЭКГ от 26.10.2016: ЧСС 79, нормальное положение ЭОС, нарушение процессов реполяризации (сглажен з.Т в III, aVF).

УЗИ коленных суставов 27.10.2016 г. Левый — остеофиты на краях основания надколенника, небольшие признаки теносиновита полуперепончатой мышцы, киста Бейкера полуспавшаяся. Правый — небольшое количество синовиальной жидкости в латеральном верхнем завороте, киста Бейкера $5,0 \cdot 0,8 \cdot 2,4$ см с пролиферацией, с разрывом до уровня середины голени, отек ПЖС голени до уровня нижней трети, более выраженный латерально.

Лечение — метилпреднизолон, метотрексат, «Найз» 100-200мг/сут.

Также больная прошла с неравными перерывами 3 двухмесячных курса лечения фитопрепаратами традиционной тибетской медицины (Менциканг, Дарамсала, Индия), рецепты больная не сохранила. Препараты назначались по описанию клиники и нозологии, без традиционного исследования пульса и мочи, заочно, поскольку больная не могла присутствовать. По этой причине в назначение не входили коррекция режима жизни и питания, физиотерапия природными факторами, которые используются в лечении РА в восточных медицинских системах. Субъективно в первые два курсовых и межкурсовых периода — улучшение состояния на фоне метилпреднизолона, метотрексата, «Найз» в назначенных с ноября 2016 дозировках. Во время и после последнего курса — обострение суставного синдрома, лабораторно 13.06. 2018 г ОАК: Нб 103 г/л, ТЦ $471 \cdot 10^9$ /л (повышены), ЛЦ $10,4 \cdot 10^9$ /л (умеренно повышены), лимфоциты 3,4 % (умеренно повышены), гранулоциты 6,7 (ВГН), 63% , MCV 67, MCH 21,8 (26-34), RDW 18,7 (11-15), СОЭ 47 мм/ч.

15.06.2018 г госпитализирована в ГБУЗ «КДЦ №2 ДЗМ» БХК: СРБ 51,30 мг/дл (реф 0,00-5,00), РФ 112,4 МЕ/мл (реф. 0,00-14,00), холестерин общий 3,53 ммоль/л (3,90-5,20), глюкоза 4,10 ммоль/л (реф. 4,10-5,90). 25.06.2018 — гормоны ЩЖ N. Терапия: «Арава» 20мг/сут, метотрексат 10 мг/нед п/к, пульс-терапия метипред 500мг №1. В удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение по м/ж с расширенными рекомендациями. Диета №15-Р.

С августа 2018 г боль и скованность стали нарастать. 10.09.2018 ОАК НЬ105, НСТ 0,356, эр 5,04, МСV 71, МСН 20,9, МСНС 296 RDW 17,2, ЛЦ 9,2, Лим 2,9, Лим%31,8. Гра 5,7 (61,6%), П/я 2%, С/я 58%, Эо1%, Мон 6,6% Тц481 (90 % в мазке), РСТ 0,377, PDW 14,1%. 10.09.2018 БХК : С-РБ 69,5, АСЛ-О 23, РФ 120, Альб 38,3 (43,3%), а1-гл 5,7%, а2-гл 11,1%, b1-гл 6,9%, b2-гл 9,0%, g-гл 24,0%.

Поскольку раньше лечение фитопрепаратами помогало снять боль и улучшить подвижность, запрос при обращении был в подборе лекарств.

17.09.2018 г — первый прием. Визуально: микросоматический нормостеник. Пальцы типа «шея лебедя» на обеих руках. Пальпаторно: верхние конечности - двусторонний плечевой фасциит, сильнее слева; двусторонний теносиновит короткой головки бицепса, сильнее слева. Нижние конечности — справа отек голени, пальпируются границы кисты, теносиновит полуперепончатой мышцы, сустав отечный, при пальпации болезненный медиально, цвет кожных покровов в области сустава без изменений; слева — отек голени и сустава меньше выражен, киста не пальпируется, болезненность медиально меньше, чем справа. Отечность обоих тазобедренных суставов в проекции большого вертела.

Опрос: помимо усиления боли при суставном синдроме, в последние полгода наблюдает снижение аппетита, иногда тяжесть в эпигастрии на фоне привычной пищи. «Найз» 2 р/сут — утром из-за боли в правом колене, чтобы ходить, вечером — чтобы уснуть (общая боль). В последние несколько лет с каждым годом чаще болеет ОРВИ. ЧСС 110/мин (обычно около 90/мин, бывает до 130/мин при волнении, в последние год-два отмечает более частый и до больших величин подъем ЧСС при волнении).

По результатам пульсовой диагностики по протоколам Аюрведы и ТТМ: препятствия движению крови и лимфы, нервное напряжение, снижение пищеварительных функций, начальная стадия снижения почечных функций. Суммарно по протоколам Аюрведы — амавата, к которой относится и ревматоидный артрит.

Согласно Аюрведе, ама холодная, влажная, тяжелая, затуманенная, с дурным запахом и нечистая, по свойствам — смесь Желчи и Слизи, по происхождению — продукт несовершенного метаболизма и иммунопатологических реакций, а также содержит экзо- и эндотоксины, в том числе образовавшиеся в результате метаболизма лекарственных средств. В общем, ама — результат неполноценной метаболической функции на системном, органном

и клеточном уровнях. Вата — регулирующий фактор, представляет любой вид движения в макро-и микрообъектах. Отвечает за проводимость, скорость, реактивность, открытие ионных каналов и др. Ама-вата — заболевания, возникающие в результате забивания амой шрот (различных каналов — от кишечника, сосудов и суставных щелей до мембранных), в случае аутоиммунных заболеваний это прежде всего иммунокомплексы и токсические метаболиты эндогенного (нарушенный метаболизм) и экзогенного (лекарственный) происхождения.

Согласно классификации тибетской медицины, артриты делятся на «холодные» и «горячие». При первых преобладает деструкция (артроз), и в тех случаях, когда возникает вторичный артрозоартрит, они лечатся как «холодные». При вторых преобладает воспаление, и остеоартроз является вторичным, поэтому они в любом случае лечатся как «горячие». Ревматоидный артрит относится к «горячим» артритам как по вышеизложенным причинам, так и по важности метаболического фактора в его патогенезе.

Возможная этиология согласно анамнезу жизни: осложнение краснухи, поскольку иное (микоплазмы, микобактерии, ретро- и герпес-вирусы, в т.ч. Эпштейн-Барр вирус) в пределах референсного интервала . Триггер, с большой вероятностью, травмы черепно-мозговая и шейного отдела позвоночника в 2000 и 2004гг, так как ЗЧМТ с сотрясением мозга запускают каскад иммунопатологических реакций[1]. Поскольку иммунный статус при травмах в данном случае не исследовался, это предположение. Анемия, симптоматика со стороны ЖКТ — стандартные побочные эффекты метотрексата; частые ОРВИ — метотрексата и гормонотерапии. При лечении метотрексатом прогноз по деторождению сомнительный из-за тератогенности метотрексата, раннего начала терапии и сформировавшегося в результате микросоматического типа при крупных родителях, хотя менструальная функция сохранна, цикл 31 день.

Сложность лечения средствами восточной медицины определяется: ранним дебютом и продолжительностью заболевания; многолетним малорезультативным лечением метотрексатом и метилпреднизолоном; невозможностью обеспечить стационарное или полустационарное лечение согласно протоколам в течение 3-6 мес.

В Аюрведе лечение ревматоидного артрита направлено: этиотропное — на прекращение воздействие антигена; патогенетическое — на снижение иммунопатологической активности за счет уменьшения содержания иммунокомплексов в тканях; симптоматическое — на снижение активности суставного синдрома. Для этиотропного лечения используются те же препараты, что и для лечения вирусных и бактериальных инфекций, а также препараты, стимулирующие нейрогуморальные механизмы иммунного ответа; для патогенетического — препараты, направленные непосредственно на патологические иммунные механизмы; для

симптоматического — препараты, снижающие воспаление, боль, активность остеопороза. Все это традиционные многокомпонентные аюрведические и тибетские препараты преимущественно растительного происхождения, принимаемые внутрь в виде порошков, отваров или пилюль в зависимости от основанной на определенных диагностических признаках предполагаемой скорости, интенсивности, специфичности ответа пациента на лечение, особенностей нозологии, сезона, образа жизни, питания и других эпигенетических факторов. Также используются лекарственные масла и отвары для гидро- и олеоколлотерапии, назальной ирритации и лечебного потения, для воздействия на все звенья этиопатогенеза и уменьшения симптоматики. Лечение проводится на фоне строгой диетотерапии и специфической лечебной физкультуры. Метотрексат отменен.

Диетотерапия: первые пять дней только жидко сваренный рис и жидкий мунгдал (красная чечевица) без соли и специй, в следующие пять дней добавляется пресный бездрожжевой хлеб типа лепешек чапати (вода, мука, 1 г соли на замес), в следующие 5 дней добавляются овощи (тыква, огурцы, морковь, укроп). Хлеб, овощи и рис с чечевицей съедаются в отдельные приемы. Напитки — вода, слабо заваренный чай. Сахар исключен в чистом виде и как ингредиент продуктов. Начиная с 16 дня диета без изменений в течение 20 дней. Утром за 15-30 мин до еды пьется свежавыжатый имбирный сок, сначала с водой (3 дня 1:3, 3 дня 1:2, 3 дня 1:1, далее цельный. Цель диетотерапии — ограничение животных белков, снижение нагрузки на пищеварительную и выделительную системы, стимуляция активности пищеварительных ферментов. При возможной констипации — отвар травы сенны 1ст.л на 300 мл воды, упаренный до 150 мл, 1 раз/нед. В данном случае частота и объем дефекации во время лечебного курса без изменений.

Начиная с 1 дня диеты, применялась модифицированная терапия, стимулирующая потоотделение — составная часть Панчакармы — комплекса из пяти процедур, применяющихся вместе или выборочно по усмотрению врача. Необходимость модификации диктовалась экономической невозможностью для больной посещать клинику для слабого парения в аюрведическом, китайском или бурятском варианте фитобочки, и выбором, поэтому, самостоятельного лечения на дому. Модификация состояла в обертывании по Залманову пропитанными в горячем (66-67°C), сгущенном до ½ от первоначального объема 2,5% отваре фитосбора, 1 раз в неделю на все тело, 6 раз в неделю местно на предплечья-кисти, колени, продолжительностью 30-45 мин в порядке нарастания, сроком на 35 дней. Вопрос выбора состава сбора между применяемым в тибетской традиции «Пять Амрит» («Табан Аршаан» бурятской школы тибето-монгольской медицины) и «Дашамула» (букв. «Десять корней») Аюрведы решился в пользу последней из-за более широкого спектра терапевтического действия, необходимость которого диктовалась длительностью заболевания

и предшествовавшего лечения. Поскольку продолжительность лечения РА в данном случае от года до трех, будет несколько курсов лечебного парения, из них 1-2 с использованием сбора «Пять Амрит» как имеющего более таргетное действие на суставы, которое может быть вполне проявлено после уменьшения воспаления и значительного снижения дозы метилпреднизолона за счет предшествующего лечения.

Терапевтический эффект фитосбора «Пять Амрит» основан на иммуномодуляции за счет увеличения продукции CD8 и уменьшения CD4 [2], CD3 [3], сравнительно быстром снижении титра РФ и СРБ, чуть более медленном снижении СОЭ [4], воздействии на 3 из 5 патологических путей по базе KEGG, участвующих в развитии РА[4]. Технология приготовления отвара «Дашамула» и использование его в качестве состава для лечебного потения, в том числе при РА, указаны в [5].

Дашамула кватха чурна — отвар из равночастной смеси корней *Desmodium gangeticum* DC, *Uraria lagopodoides* DC, *Solanum xanthocarpum* S.W., *Solanum indicum* Linn, *Tribulus terrestris* Linn, *Aegle marmelos* Corr; *Clerodendron phlomoides* Linn, f., *Oroxylon indicum* Vent, *Gmelina arborea* Linn and *Stereospermum suaveolens* DC. Высокое содержание (7,165%) [5] β-ситостерола обуславливает противовоспалительный и антибактериальный эффект. Компоненты по отдельности ингибируют перекисное окисление липидов, сохраняют митохондриальные дыхательные ферменты, оказывают сравнимое со стандартными нейролептиками тормозящее действие на ЦНС, ремодулируют ишемизированный миокард [6], обладают противовирусной антибактериальной и антиоксидантной, антитромботической [7], антиартритической и противоаллергической[5] активностью и др.

10-17.10.2018г пациентка перенесла ОРВИ: субфебрильная температура, признаки интоксикации, кашель. На фоне ОРВИ усиление боли. Без специфического лечения. По выздоровлении болевой синдром постепенно уменьшился.

25.10.2018г — второй прием. Пальпаторно: ослабление признаков фасциита и теносиновита, дозировка «Найз» уменьшена вдвое, боли в колене субъективно вдвое слабее, скованность в шее значительно меньше, подвижность при сгибании предплечья выше на 5 градусов, боль при сгибании меньше. Из субъективных жалоб: тяжело держать диету.

Лечение: В диету включены гречка, пшено, булгур и кус-кус, печеный картофель, конина 100-150 г 2 р/нед. Выбор конины основан на ее гипоаллергенности при высоком содержании легкоусвояемого белка, особых свойствах жира с желчегонным эффектом; таким образом, решается одна из задач диетотерапии при РА — стимулирование ферментной активности пищеварения. Фитотерапия: с 27.10.2018 г — прием тибетских фитопрепаратов «Сэбру падма даб»[8] 1,60 г 1р/д за 15-30 мин до завтрака, «Цово-25»[8] 1,10 г 1р/д через 20-30 мин после обеда, смесь 3 пилюль «Сугмэл-10»[8] и 5 пилюль «Ни-ла»[8] общей массой 1,40 г

1р/д в 17-19ч, «Летре-5»[8] 1,00 г порошка в 200 мл горячего отвара 1 р/д перед сном. ЛФК: упражнения на мягкое активное вытяжение конечностей. Усилие умеренное, режим выполнения комфортный, слабо болевой или безболевой, повторение несколько раз в день в свободное время.

Панчакарма. Смесь гхи (очищенного топленого коровьего масла) с сухим имбирем в пропорции 1,5 г имбиря на 30г масла, с шагом 5 г смеси в день, сроком на 7 дней, за 30 мин до приема «Сэбру падма даб». По окончании — курс колонотерапии. Режим ежедневный, на 1 месяц, 12 клизм на основе 0,5% отвара «Дашамула» в 5-7 ч натощак после легкого массажа живота, объемом 0,90-1,20 л по нарастающей, и 18 клизм из смеси кунжутного масла и 3% сгущенного отвара *Trigonella foenum-graecum*, объем смеси 75-150 мл по нарастающей, вечером через 15-30 мин после легкого ужина.

Содержание одного и того же компонента в составе более чем одного фитопрепарата, согласно восточной медицине, не является избыточным, поскольку: 1) для разных препаратов берутся а) разные части растения б) в разные периоды вегетации, поэтому имеют разное процентное содержание биологически активных веществ, 2) подвергаются предварительной обработке с помощью различных физико-химических факторов, 3) употребляются в разное время суток в соответствии с активностью систем организма.

11.11.2018 г. Пальпаторно: признаки теносиновита и фасциита отсутствуют. Пальпация коленей значительно менее болезненная. Киста Беккера справа пальпируется значительно уменьшенной в объеме, боль при пальпации значительно слабее. Принимает «Найз» в половинной дозе перед выходом из дома для купирования боли в правом колене при ходьбе; на ночь не принимает, так как вечерних и ночных болей нет.

Лечение: диета, фитотерапия, колонотерапия без изменений до окончания месячного курса. ЛФК: добавлена гимнастика для ШОП по Шишониу, 2 р/д по 15 мин, нагрузка щадящая с постепенным увеличением по мере повышения болевого порога, режим безболевой. Остеопатическое лечение 45 мин для ослабления последствий функциональных нарушений, возникших в результате ЗЧМТ и травмы шеи.

20.12.2018 г. К результатам от 11.11.2018 г добавлено увеличение объема движений и толерантности суставов к физической нагрузке. Назначение без изменений. «Найз» в прежней дозировке. След. Прием 25.01.2018г, после чего контроль ОАК, БХК, ОАМ, УЗИ.

Обсуждение.

Ревматоидный артрит - генетически гетерогенное заболевание, в первую очередь обусловленное генетическим несовершенством иммунорегуляторных процессов. Риск развития связан с носительством антигена главного комплекса гистосовместимости класса II HLA-DR4 и HLA-DR1, который включает более 20 аллелей., и носительство мутаций HLA-

DR4, выявляемое у 70% больных РА и лишь у 28% здоровых лиц [9], а также с полиморфизмом других генов [9]. Часовских и др. указали на роль в патогенезе РА PDGFA, IL2RA, IL6R, IR2RB, RPTN22 и 2, IFI16(, PDE2A и REL [10] , участвующих во многих метаболических путях. Участие в патогенезе РА различных факторов на разных патологических путях, приводящих к воспалению, разрушению суставов и костей, и др., показано также в [4]. Поскольку каждый из этих факторов участвует в развитии различных заболеваний, выбор препаратов из арсенала как современной, так и традиционной восточной медицины, должен производиться с учетом их воздействия на каждый из факторов и соответственно стадии заболевания. Изучение эпигенетического влияния комплексных фитопрепаратов Аюрведы и тибетской медицины при полипрагмазийном сочетании находится в зачатке из-за сложности проведения исследований в соответствии с требованиями доказательной медицины; в данном случае препараты были выбраны, исходя не только из традиционных для тибетской медицины рекомендаций по лечению РА, но и из показаний к их применению при других нозологиях при общности факторов патогенеза.

Так, «Цово-25» используется для лечения острого бронхита, ХОБЛ, тяжелых формах туберкулеза, эмпиеме легкого, при дыхательной недостаточности инфекционной этиологии, инфекционных перикардитах. В традиционных рекомендациях указывается лечение застарелого жара (хронического воспаления), астмы, аутоиммунных заболеваний, воздействие на кровь, лимфу, синовию.

«Сэбру падма-даб» - при нарушениях расщепления и всасывания пищи, иммунитета, синдроме дисплазии соединительной ткани, заболеваний, первично или вторично протекающих с вышеописанными функциональными и морфологическими изменениями.

Отдельного изучения требует обозначаемое в Аюрведе «прабхава» специфическое, не следующее из других классификаций, воздействие применяемых видов сырья, обусловленное специфической тропностью с неизученными пока механизмами, к органам (тканям, клеткам).

Заключение.

Комплексное лечение хронического рецидивирующего РА у гормонозависимой молодой больной методами восточной медицины в течение трех месяцев показало положительную динамику в снижении суставного синдрома при отмене метотрексата. Необходим мониторинг лабораторных показателей. Применение метода необходимо расширить для получения репрезентативной выборки.

Для описания клиники по восточным медицинским требованиям целесообразна разработка буквенно-цифровых кодов, которые будут однозначно трактоваться доказательной и восточными медицинами.

Список литературы.

1. Мидленко А.И. Острый период сотрясения головного мозга у детей (клинико-иммунологическая диагностика и иммунокорректирующая терапия). Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Спб., 2000.
2. BMC (Biomedcentral) [Электронный ресурс] // Liu W, Wu YH, Hu SY, Zhong CL, Gao ML, Liu DW, Wang HY, Chen MZ, Song YJ, Yang BZ, Zheng QS, Yao H, Qi XB, Li G. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial evaluating the efficacy and safety of Tong Luo Hua Shi capsule, a modernized Tibetan medicine, in patients with rheumatoid arthritis: сайт. - URL: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-016-1481-3>. html (дата обращения: 26.10.18). DOI: 10.1186/s13063-016-1481-3
3. Казимирский А.Н., Порядин Г.В., Салмаси Ж.М., Семенова Л.Ю. Механизмы иммуностропного эффекта лекарственной композиции «табан-аршан» (тибетская медицина) и атопическим дерматитом, Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 2005.-N 1.- С.23-25.
4. KEGG (Kyoto Encyclopedia of Genes and Genomes — Киотская энциклопедия генов и геномов) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://www.kegg.jp/kegg-bin/show_pathway?map05323 . html (дата обращения: 26.10.18).
5. Lakshmi C. Mishra (editor) Scientific Basis for Ayurvedic Therapies, CRC PRESS LLC, Boca Raton London New York Washington, D.C., p.49, 173.
6. Sankar V, Pangayarselvi B, Raghu KG. Desmodium gangeticum (Linn.) DC. exhibits antihypertrophic effect in isoproterenol-induced cardiomyoblasts via amelioration of oxidative stress and mitochondrial alterations. - Journal of Cardiovascular Pharmacology. - 2013. - Jan. - № 61(1), p. 23-34. doi: 10.1097/FJC.0b013e3182756ad3.
7. Ligun O, Bhoi S, Kujur P, Kumar DV, Surin WR. Evaluation of Antithrombotic Activities of Solanum xanthocarpum and Tinospora cordifolia. - Pharmacognosy Res.2018 Jan-Mar;10(1):98-103. doi: 10.4103/pr.pr_80_17.
8. Кособуров А.А. Полное собрание трудов. - Т.3. Барнаул: Новый формат, 2017.
9. Никулина С.Ю., Чернова А.А., Большакова Т.Ю., Фок Ю.В., Орлова Н.М. К вопросу о генетических предикторах ревматоидного артрита. РМЖ «Медицинское обозрение», № 27 от 03.12.2014, стр. 1986.
10. Часовских Н.Ю., Гречишникова А.Ю., Чижик Е.Е. Гены предрасположенности к ревматоидному артриту участвуют в реализации иммунного ответа // Теоретические и практические аспекты современной медицины: сб. ст. по матер. III-IV междунар. науч.-практ. Конф. № 1(3). Новосибирск: СибАК, 2018. – С. 51-55.

