

**М.И. Изотов**



# **Средства для лечения и поддержания суставов и костей**

**Всем туристам посвящается**

**Личный опыт**

Редакция 10.12.2022

Москва

2022

Оставим сейчас в стороне вопрос: почему же, все-таки, идем в поход. Примем как данность, как способ жизни.

В походе есть все, и красоты и трудности. Есть солнце, есть ветер, есть снег с дождем, есть рюкзак, есть падения, удары, высокие нагрузки, простуды. И ничто бесследно не проходит, воспаряет душа, и начинают страдать суставы и организм в целом. Что делать, чем лечить? Сразу скажу, дать общие рекомендации нельзя. Я пишу о том, что помогает мне. Возможно, это будет полезно еще кому-то.



М.И. Изотов

Сайт: <http://izotovmi.ru>

Почта: [izotovmi@mail.ru](mailto:izotovmi@mail.ru)

## Оглавление

Введение .....	4
Консультации, МРТ, анализы .....	5
Движение, лечебная физкультура .....	8
Лекарственные средства .....	9
Типичные ситуации и возможное лечение .....	30
Дополнительные соображения .....	33
Еда .....	42
Несколько слов о позвоночнике .....	46
Заключение .....	46

## Введение

Настоящий опыт был накоплен в процессе лечения целого букета болезней суставов, перечислять которые я не буду для экономии места. Вылечить их невозможно, но можно и нужно держать в узде.

Свой опыт могу считать успешным, поскольку пока продолжаю ходить на Полярный Урал, в Крым и в другие места. Слабее, чем раньше, но все-таки. А я с 1950 года.

Что позволило и позволяет сейчас удерживать опорно-двигательный аппарат в рамках возрастных приличий?

1. Консультации с врачами.
  2. Движение как общий фон жизни плюс специальные упражнения.
  3. Разумное применение лекарств.
  4. Собственный системный анализ ситуации.
  5. Подбор адекватных продуктов питания.
- Общие слова? Пока да. Но дальше – конкретика.

## **Консультации, МРТ, анализы**

Результат любой консультации надо обдумывать. Не потому, что врач плох, есть очень хорошие врачи, а потому, что любой конкретный организм – это уникальное создание, сам пациент его чувствует, а вот врач – нет. Хороший врач это понимает и не обижается, если пациент излагает ему свою точку зрения.

Правильная консультация – это всегда диалог. Врач знает область, пациент – свой организм. В результате синтеза должен появиться конструктивный план лечения и результат. Если же врач категоричен или наоборот, равнодушно соглашается со всем, что предлагает пациент, то от него надо уходить.

Надо только учитывать, что существуют области медицины, где пациент вообще не в состоянии ничего увидеть и понять. И существует такая квалификация врача, до которой никакому самому умному и начитанному пациенту не дорасти. Но, к слову, именно квалифицированный врач идет на диалог, хотя бы краткий.

### **Конкретно**

Конкретика относится к Москве, живу я здесь.

Плодотворно консультируюсь в ЦИТО у ортопеда канд. мед. наук Колосова Виктора Александровича. Цены на сайте ЦИТО, порядок записи тоже: <http://www.cito-priorov.ru/>

Обязательны анализы и объективные данные МРТ, включающие в себя первичные данные с томографа, записанные на диск, Виктор Александрович смотрит их сам.

МРТ делал в Центре (ранее Институт) профилактической медицины, м. Китай-город. Врач МРТ Абдалова Ирина

Ивановна. Запись через медсестру, телефон кабинета МРТ 8-499-5536979 или через общий телефон, что на сайте Центра: <https://www.gnicpm.ru/1834/98187/2/35> Там же можно найти цены. У них довольно дорого.

Значительно дешевле в ЦМРТ – Центр МРТ диагностики: <https://cmrt365.ru/>. Вообще-то они Питерские, но есть несколько отделений в Москве, в разных отделениях цены разные. При записи по телефону с указанного сайта цена ниже, иногда существенно, чем при записи непосредственно в отделении. Отрицательным является то, что интерпретации делаются дистанционно, качество зависит от того, к какому врачу попадет твое исследование. Но в случае с консультирующим врачом, который смотрит исследование сам, это не важно, а к другому и ходить не стоит.

Почти все анализы, которые назначает ортопед, можно сделать в районной поликлинике через участкового терапевта, но тут вопрос, насколько он захочет пойти вам навстречу.

Если не получается сделать через поликлинику, то делаю в Эндомедлабе, у них своя лаборатория, основная организация в Москве на Новодмитровской, есть пункты в Подмосковье и в нескольких областях: <https://medcenter-endomedlab.ru/>

Еще мне понравился НАКФ – Национальное агентство клинической фармакологии и фармации. Они тоже делают сами, причем есть такие анализы, которых в других местах не делают. Находится на Угрешской улице. <https://www.nacpp.ru/>

Еще есть интересная лаборатория ДНКМ. Наряду с обычными выполняет уникальные анализы. <https://dnkom.ru/>

Пытался консультироваться на форуме «Дискуссионный клуб русского медицинского сервера» раздел «Форумы врачей консультаций»:

<https://forums.rusmedserv.com/forumdisplay.php?f=60&order=desc>

Надо отметить, что пару дельных советов получил. Но народ там быстро теряет интерес и перестает отвечать. Их можно понять. Тем не менее, что-то разумное услышать можно. Но снобизм там махровый. Многие консультанты мнят себя безгрешными царями болезней, но встречаются и вполне адекватные.

Скромный ортопед нашей районной поликлиники Поливаева Валентина Ивановна, сказала мне всего одну, но замечательную вещь: на одних лекарствах можно только загнуться, для того, чтобы нормально жить, надо нормально кушать. Не в смысле обильности, а в смысле адекватности питания болезни.

Именно её фраза подвигла меня к гастрономическим изысканиям, результат которых будет изложен ниже.

## Движение, лечебная физкультура

Обязательный компонент лечения. Сустав должен двигаться и должен испытывать дозированную нагрузку. Иначе ему просто незачем будет вылечиваться. Думаю, что 90% заслуги излечения субхондрального некроза мыщелка бедра у меня принадлежит именно движению. В ортезе, с тростью, меньше, чем обычно, но я ходил. Делал специальные упражнения. Только сразу скажу – ни в коем случае не из арсенала так называемого «доктора Бубновского». Пара упражнений по его системе едва не привели меня к инвалидности.

Конечно, не надо нагружаться в период обострения. Но двигать суставом в разгруженном состоянии надо. Общее правило такого движения – начинать с малых амплитуд, подходя к границе боли, но не пересекая её. Постепенно (два-три месяца, полгода, год) амплитуда возрастёт, и станут доступны нагрузки. Хотя с позвоночником все очень сложно. Многие упражнения ведут к обострению.

Хорошие, на мой взгляд, комплексы у Евдокименко П.В.:

<https://www.evdokimenko.ru/gimnastika.html>

и у Джамалдинова М.Р.:

<https://www.youtube.com/watch?v=Qnk6LeNHRpE>

<https://www.youtube.com/watch?v=3mMfWAZMgoo>

Интересный подход к этому вопросу у Эдуарда Конкина:

<https://www.youtube.com/watch?v=jytsmGhUqbw>

Он использует сочетание массажа с постизометрической релаксацией. Ниже, в разделе позвоночника приведены еще несколько ссылок на него. Очень нетривиально, разумно, убедительно.



## **Лекарственные средства**

Лекарств много, но не все они так хороши, как рекламируются, некоторые просто вредны, некоторые лучше действуют в последовательности и в комплексе.

Одним из самых сложных вопросов является вопрос побочных действий. Одно лечим – другое калечим. Например, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) могут привести к язве желудка или к сердечно-сосудистым проблемам.

Второй вопрос – экстраполяция лечебных средств, дающих хорошие результаты у одного человека на других людей при внешне похожих симптомах. Не всегда получается. Иногда дает прямо противоположный результат.

Поэтому – с большой осторожностью и индивидуализировано, отслеживая каждый шаг лечения и состояние своего организма.

### **НПВС**

НПВС – Нестероидные Противовоспалительные Средства (иногда – НПВП – Препараты) являются основным лекарством при любом заболевании суставов. Причины могут быть разными, но как правило, возникают воспаление и боль. Их надо снять. А для этого – НПВСы.

Первым недостатком НПВС со времен аспирина было плохое влияние на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), поскольку их действие базируется на блокировании циклооксигеназы – группы ферментов, среди которых различают ЦОГ-1, ЦОГ-2, ЦОГ-3. Простые НПВС блокируют все, а это плохо, поскольку ЦОГ-1 полезна, ее блокада ведет к возникновению гастритов и язв. Для снятия воспаления нужно ингибировать только ЦОГ-2. С ЦОГ-3

вопрос мутный, некоторые считают ее вариантом ЦОГ-1. Сейчас появились селективные и частично селективные НПВС, направленные только на блокаду ЦОГ-2.

Но селективные по ЦОГ-2 дурно влияют на сердечно-сосудистую систему. То есть, ничего в организме просто так не бывает, любое воздействие ведет к нарушению гомеостаза, которое придется корректировать. Легко влететь в порочный круг лекарственных средств.

Второй страшный порок многих популярных НПВС – разрушение суставного хряща при длительном применении. Боль и воспаление они снимают, но начинают снимать и хрящ! Это вообще не укладывается в голове: лекарство разрушает тот самый орган, который призвано лечить. Некоторые из них просто разрушают, некоторые ингибируют синтез матрикса хрящевой и костной ткани, в итоге катаболические процессы начинают превалировать над анаболическими. Это все салицилаты, ибупрофен, напроксен, индометацин и ряд других, не столь знаменитых.

*«Большое число экспериментальных и клинических наблюдений позволило сделать вывод, что НПВП в большинстве случаев тормозят метаболическую активность хондробластов и хондроцитов, снижают синтез протеогликанов, коллагена II типа и гиалуроновой кислоты, способствуют преждевременной гибели хондроцитов, усиливают дегенерацию хряща и ведут к прогрессированию ОА»*

Источник:

[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Vliyanie\\_nesteroidnyh\\_protivovospalitelnyh\\_preparatov\\_na\\_metabolizm\\_sustavnogo\\_hryascha/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Vliyanie_nesteroidnyh_protivovospalitelnyh_preparatov_na_metabolizm_sustavnogo_hryascha/)

Еще интересные данные: <https://mrj.ima-press.net/mrj/article/viewFile/627/612>  
[https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stati/Lechenie\\_osteoartraza\\_vliyaniye\\_na\\_hryashevuyu\\_tkan\\_y\\_razlichnyh\\_protivovospalitelnyh\\_preparatov/](https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stati/Lechenie_osteoartraza_vliyaniye_na_hryashevuyu_tkan_y_razlichnyh_protivovospalitelnyh_preparatov/)

Известный диклофенак занимает промежуточное положение, он рядом исследователей считает хондронейтральным.

К счастью, существуют НПВС, которые не оказывают такого губительного действия. Их мало, к ним относятся мелоксикам, ацеклофенак, кетопрофен. Но кетопрофен – это жуть для ЖКТ. Мелоксикам сильно повышает артериальное давление (АД), хотя имеет благотворное побочное действие на почки.

Возможны сочетания, если формы разные, только с аспирином сочетать не желательно. Хотя иногда приходится.

Все НПВСы кроме аспирина приводят к подъему артериального давления (АД). Эпизодический подъем снимается фенигидином или аналогами – блокаторами медленных кальциевых каналов в сочетании с атенололом, эгилоком, карведилолом. На меня еще действует капотен – ингибитор АПФ, хотя по литературным данным ингибиторы АПФ в этом случае не эффективны. Если подъем давления системный, то снять его очень трудно, можно пытаться курсами принимать сартаны (например, «Эдарби») в сочетании с карведилолом.

Рекомендацию принимать Ингибиторы Протонной Помпы (ИПП) совместно с приемом НПВС, чтобы скорректировать их негативное влияние на ЖКТ, которая часто встречается в литературе, я не приемлю, поскольку вред, наносимый ИПП

гораздо больше, чем возможная польза. Написано об этом уже много, ссылок не привожу, кто захочет, легко найдет сам. Нужды в коррекции не возникнет, если принимать селективные по ЦОГ-2 препараты (см. ниже). А если уж приходится принимать неселективные препараты, то при необходимости, которая возникает далеко не всегда, лучше некоторое время попить соду или принимать блокаторы H2 гистаминовых рецепторов – они хотя бы в канцерогенности не замечены.

Во многих клинических исследованиях подтверждена высокая эффективность сочетания диклофенака с витаминами группы В и защитные свойства этой группы в отношении кардиотоксической активности диклофенака:

<https://www.lvrach.ru/2020/10/15437722>

<https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/997>

Из всего многообразия НПВС для себя отобрал следующие:

### **Диклофенак**

Неселективное НПВС, блокирующее и ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Мощное обезболивающее средство с хорошим противовоспалительным эффектом. Скорее всего, хондронейтрален.

Целесообразно использовать на начальном этапе. Хорошо действует в следующих формах:

Диклак-гель нанесением на кожу сустава. На меня начинает действовать через 20 минут.

Ректальные свечи (суппозитории), но не «Диклофенак», а «Вольтарен» (!) с тем же действующим веществом. Свечи «Диклофенак» дурно влияют на слизистую оболочку места

введения. Свечи – средство длительного действия. 100 мг хватает на день, но лучше использовать два раза по 50 мг.

Свечи применяю до 5 дней, гель 10 – 14 дней.

Считается, что диклофенак на суставной хрящ влияния не оказывает. Проскальзывали сообщения об отрицательном влиянии на кость при длительном применении.

Диклофенак действует безотказно. В поход беру Диклак-гель и свечи «Вольтарен». Гель на сустав, свеча куда надо, и вперед.

### **Ацеклофенак**

Родной брат диклофенака. Известен достаточно давно, но в России используется реже. При равных возможностях, результаты в отношении безопасности показывает лучшие, чем диклофенак. Может быть отнесен к частично селективным НПВС. Скорее всего, хондропротективен. По некоторым лабораторным данным оказывает стимулирующее действие на метаболизм суставного хряща:

[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Vliyanie\\_nesteroidnyh\\_protivovospalitelnyh\\_preparatov\\_na\\_metabolizm\\_sustavnogo\\_hryascha/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Vliyanie_nesteroidnyh_protivovospalitelnyh_preparatov_na_metabolizm_sustavnogo_hryascha/)

Иногда у него проявляется некоторый период «разгона», его действие начинает ощущаться примерно на третий день. Но это индивидуально. Знаю людей, на которых всегда действует сразу. Хорошо описан здесь:

<https://www.lvrach.ru/2008/06/5413435/>

Из собственного опыта применения могу сказать, что наружная форма (крем Аэртал) может применяться длительно, и месяц и два с получением положительного результата без отрицательных эффектов. С пероральной формой хуже – две недели предел, потом чувствуется явное влияние на ЖКТ.

## **Мелоксикам**

Частично селективное НПВС, в терапевтических дозах (7,5 мг в сутки) блокирующее, преимущественно ЦОГ-2. Хорошее обезболивающее средство с очень хорошим противовоспалительным эффектом без сильных побочных. Скорее всего, хондропротективен. Но давление поднимает, при приеме надо отслеживать.

Прием пероральный, 7,5 мг в сутки однократно, можно принимать 10 - 12 дней, потом надо менять.

Интересной особенностью является возможное благотворное влияние на почки, в том числе, уменьшение камнеобразования.

Не приводит к деградации хряща, возможно, даже обладает скромными хондропротекторными свойствами:  
[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Vliyanie\\_nesteroidnyh\\_protivovospalitelnyh\\_preparatov\\_na\\_metabolizm\\_sustavnogo\\_hryascha/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Vliyanie_nesteroidnyh_protivovospalitelnyh_preparatov_na_metabolizm_sustavnogo_hryascha/)

Таблетки хорошо сочетаются с Диклак-гелем и Долобене.

Есть немецкий препарат под названием Мовалис. Работает очень хорошо, но и более дешевый Мелоксикам-Тева тоже работает очень неплохо. А вот Мелоксикам-Акри у меня вообще не сработал. То есть, эффективность наших лекарств сильно зависит от производителя.

Есть свечи Амелотекс на мелоксикаме. Гадость, ужасное раздражающее действие на слизистую оболочку места ввода. А может быть, мне просто не повезло или индивидуальная непереносимость сопутствующих ингредиентов.

Есть в форме геля. Пробовал, действия не ощутил.

Может приводить к поднятию АД в большей степени, чем диклофенак: <https://www.lvrach.ru/2013/02/15435619/>

Мой личный опыт это подтверждает. Давление снимается традиционно, но сложнее. По литературным данным лучше всего это делает амлодипин, но у меня лучше работает фенигидин. А вот капотен в этом случае работает хуже.

В поход беру таблетки, применяю в сочетании с Диклак-гелем для быстрого достижения эффекта.

Можно еще почитать о мелоксикаме. [https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Slozhnosti\\_vyboira\\_optimalynogo\\_nesteroidnogo\\_protivovospalitelynogo\\_preparata\\_v\\_fokuse\\_meloksikam/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Slozhnosti_vyboira_optimalynogo_nesteroidnogo_protivovospalitelynogo_preparata_v_fokuse_meloksikam/)

### **Лорноксикам**

Родной брат мелоксикама. Считается, что обладает очень сильным обезболивающим действием. Но время действия короче.

[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Lornoksikam\\_sovremennyy\\_analygetik\\_v\\_lechenii\\_hronicheskogo\\_bolevogo\\_sindroma/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Lornoksikam_sovremennyy_analygetik_v_lechenii_hronicheskogo_bolevogo_sindroma/)

Сам не применял.

### **Целебрекс**

Последнее поколение НПВС. Относится к группе коксибов - целекоксиб. Производное сульфонамида. Селективное НПВС, блокирующее только ЦОГ-2. Не влияет на ЖКТ. Есть осторожные данные о лечебном действии на суставной хрящ: [https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stati/Lechenie\\_osteartroza\\_vliyaniye\\_na\\_hryashevuyu\\_tkanu\\_razlichnykh\\_protivovospalitelnykh\\_preparatov/](https://www.rmj.ru/articles/obshchie-stati/Lechenie_osteartroza_vliyaniye_na_hryashevuyu_tkanu_razlichnykh_protivovospalitelnykh_preparatov/)

Прекрасный противовоспалительный эффект. Обезболивающее действие меньше, чем у диклофенака и мелоксикама.

Целесообразно использовать курсами: 14 дней, можно больше – по состоянию. Прием пероральный по одной капсуле 200 мг в сутки однократно. В принципе, в такой дозе допускает и более длительный прием. При очень длительном приеме (годы) статистически повышает риск сердечно сосудистых заболеваний.

Хорошо сочетается с Диклак-гелем и Долобене.

В поход беру капсулы, применяю в сочетании с Диклак-гелем для достижения лучшего обезболивающего эффекта.

Может приводить к поднятию АД. Снимается обычным образом.

Есть клинические данные о том, что целебрекс значительно меньше поднимает артериальное давление при длительном приеме, чем мелоксикам:

<https://medspecial.ru/for-doctors/3/29509/>

<https://www.lvrach.ru/2013/02/15435619/>

Это хорошо согласуется с моими личными ощущениями.

Следует иметь в виду, что целебрекс – производное сульфонамида. Известно, что сульфонамиды (тот же бисептол, например) способствуют образованию кислых камней в почках. Поэтому при приеме целебрекса мочу следует защелачивать, например, приемом обычной соды или лимоном (да-да, лимонная кислота защелачивает мочу), и увеличивать прием жидкости. Но, одновременный прием щелочных препаратов может ослабить лечебное действие, так что, либо лимонная кислота или цитраты, либо сода через некоторое время.



## Дополнительные замечания по НПВС

Есть данные, что вред кетопрофена в отношении ЖКТ, а индометацина, напроксена, ибупрофена, нимесулида в отношении хряща превышает возможную пользу. Причем если с первыми все достаточно понятно, то в отношении безопасности нимесулида до сих пор ведутся споры, есть и его несомненные преимущества, есть и отрицательные эффекты:

[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Nesteroidnye\\_protivovospalitelnyye\\_preparaty\\_pri\\_lechenii\\_zabolevaniy\\_sustavov/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Nesteroidnye_protivovospalitelnyye_preparaty_pri_lechenii_zabolevaniy_sustavov/)

Но разрушение хряща лекарством – это, конечно недопустимо.

При длительном употреблении НПВСы (за исключением аспирина) отрицательно влияют на сердечно сосудистую систему. Но это надо глотать таблетки долго и непрерывно.

Недавно выяснилось, что популярный ибупрофен может являться причиной мужского бесплодия.

По НПВСам есть много литературы. Неплохой обзор здесь: [http://www.antibiotic.ru/rus/all/metod/npvs/npvs.shtml#g14\\_20](http://www.antibiotic.ru/rus/all/metod/npvs/npvs.shtml#g14_20)

Чрезвычайно интересным является применение нового НПВС **диацереина** в терапии остеоартрита: [https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Diacerein\\_v\\_terapii\\_osteoartrita\\_kolennyhsustavov\\_rezulytaty\\_sravnitelnogo\\_issledovaniya/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Diacerein_vterapii_osteoartrita_kolennyhsustavov_rezulytaty_sravnitelnogo_issledovaniya/)

В отличие от традиционных НПВС, которые действуют на ЦОГ, этот препарат действует на провоспалительные интерлейкины, в частности на ИЛ1, иглибируя их производство. Это препарат длительного применения, в этом

отношении он стоит в одном ряду с глюкозамином и хондроитином (о них ниже). Во всех клинических исследованиях он показывает хороший эффект.

Однако,

«Тем не менее медицинские чиновники Евросоюза приняли решение внести определенные ограничения на использование этого препарата. В финальной версии (от 4.09 2014 г.) их заключение гласит: «Из-за риска, связанного с тяжелой диареей, диацереин больше не рекомендуется у пациентов в возрасте 65 лет и старше. Рекомендуется также начинать лечение пациентов с назначения половины обычной дозы (т. е. 50мг в день с последующим увеличением ее до 100 мг), а в случае развития диареи прием диацереина следует прекратить. Кроме того, лекарственные средства, содержащие диацереин, не должны теперь использоваться у любых пациентов с заболеванием печени в настоящее время или в анамнезе, и врачи должны проводить мониторинг пациентов для выявления ранних признаков поражения печени. На основании имеющихся данных врачи должны ограничить использование диацереина лечением симптомов остеоартрита тазобедренного и коленного суставов. Лечение могут проводить только врачи, имеющие опыт лечения остеоартрита»

Источник: <https://cyberleninka.ru/article/n/15665460>

Сам не пробовал.

Все больше появляется исследований, в которых показывается, что прием традиционных НПВС снижает риск развития некоторых видов рака. Интересный обзор этого явления представлен здесь:

<https://nestarenie.ru/tabletki-ot-davleniya-aspirin-preduprezhdayut-rak.html>

Есть экспериментальный данные о возможности использования целебрекса для лечения семейного аденоматозного полипоза, а возможно, и профилактики рака прямой кишки:  
[http://provisor.com.ua/archive/2001/N23/art\\_42.php](http://provisor.com.ua/archive/2001/N23/art_42.php)

Следует отметить прискорбный факт - зачастую исследования новых НПВС проводятся как-то странно: у них не исследуется то, что они призваны лечить. Например, так и не удалось найти независимого представительного исследования влияния амтолметин гуацила (Найзилата) на состояние суставного хряща, на скорость прогрессирования болезни (остеоартроза). И это при том, что современное развитие медицинской техники позволяет увидеть и оценить состояние хряща до и после. Тем не менее - молчок. И это наводит на нехорошие подозрения в ангажированности исследователей. Особенно, когда сотрудники научных институтов начинают под видом лекций и информационных сообщений рекламировать такие препараты на основе сомнительных исследований, в которых определяется что угодно, но только не основное, казалось бы, целевое, действие препарата. Наверное, есть, что умалчивать. Поэтому надеяться на то, что нас кто-то вылечит, даже за деньги и даже, казалось бы, в серьезной профильной организации - нельзя. Только собственный анализ, только собственное мышление.

### ***Глюкокортикостероиды СПВС***

Стероидные (гормональные) Противовоспалительные Средства имеют большое количество побочных действий, поэтому я их не применяю.

Дипроспан. Этот препарат относится к группе гормональных средств, которые оказывают мощное действие. Быстро снимает боль и воспаление. Действует продолжительно, в течение 10 – 14 дней. Иногда после первого введения нужно повторить инъекции второй или третий раз. Иногда достаточно одной блокады.

Гидрокортизон. Обладает не столь мощным эффектом как Дипроспан. Поэтому его назначают на несколько инъекций с небольшими промежутками. Через 2 – 3 процедуры препарат накапливается в месте воспаления и достигается ожидаемый эффект – уменьшение боли и воспаления.

Кеналог – гормональный препарат, который назначается реже всего – при неправильном введении препарат может привести к некрозу (отмиранию) костных тканей.

Источник: <https://momentpereloma.ru/fasciit-i-pyatochnaya-shpora/kakie-ukoly-delayut-pri-pyatoc/>

Очень хороший обзор здесь: <https://dvgmu.ru/images/data/pages/215/aCnvEZT4S3isGfMI.pdf>

### ***Диметилсульфоксид, он же Димексид***

Обладает великолепной проникающей способностью. В крови обнаруживается уже через 5 минут после нанесения!

Прекрасная транспортирующая способность для лекарственных веществ.

Обладает противовоспалительной активностью. Причем не только блокирует воспаление, но и лечит, восстанавливая функцию. Возможно, это происходит за счет снятия воспаления, но не исключаются и другие механизмы.

Умеренные обезболивающие и хорошие морозозащитные свойства.

Возможно противораковое действие – есть сообщения на форумах, и даже личный рассказ человека – непосредственного свидетеля лечения.

Применяется, в основном, в форме компрессов водного раствора концентрацией до 30% или в составе геля «Долобене». Есть данные о пероральном, внутримышечном и даже о внутривенном применении. Малотоксичен, но в высоких концентрациях может дать сморщивание кожи.

Сильный растворитель. Может смыть даже несмываемую полиуретановую строительную «пену».

Обзор <http://rak.flyboard.ru/topic1084.html?view=print>

Спрашивается, почему такое лекарство не очень широко известно? Думаю, что потому что чудес не бывает и многие свойства, возможно, проявляются индивидуально.

### **Гепарин**

Поскольку является тромболитическим средством и улучшает реологические свойства крови, то оказывает положительное влияние при воспалении суставов и окружающих тканей. Поскольку сам он через кожу проникает не очень хорошо, то лучше, если используется в комбинации с транспортными агентами, например, как в Долобене или Гепатромбине.

В настоящее время установлено, что гепарин играет существенную роль в формировании Гликокаликса – тончайшего слоя, выстилающего поверхности многих органов. Не исключено, что именно это свойство обуславливает его положительное влияние на суставы.

## **Долобене**

Трехкомпонентный гель: гепарин, декспантенол, диметилсульфоксид. Гепарин – улучшение реологических свойств крови, усиление капиллярного кровообращения, формирование гликокаликса, декспантенол – регенерация, защита кожи, диметилсульфоксид – противовоспалительное, восстанавливающее, транспортирующее действие.

Долобене оказывает обезболивающее, и противовоспалительное действие, но при этом классическим НПВСом не является. Обезболивающее действие не сильное, слабее диклофенака, а лечебное – хорошее, но не быстрое, нужна неделя – две для того, чтобы проявился эффект. Зато он устойчивый.

Наносится на кожу пораженного сустава три раза в день. **Обязательно на чистую!** Прекрасно сочетается с другими препаратами – например, с целебрексом. Есть данные о некотором гипотензивном действии, но я не заметил.

Эффективно сочетание с линиментом синтомицина и линиментом стрептоцида, в чем убедился на примере лечения воспаления височно-нижнечелюстного сустава: сначала втирается линимент синтомицина и/или стрептоцида, на них – долобене. Возникает синергетическое действие препаратов. Применение такого сочетания определяется исходя из характера заболевания.

## **Гепатромбин**

Имеет в своем составе гепарин, аллантоин, декспантенол. Будучи направленным, в основном, на лечение варикозного расширения вен, очень положительно действует и на суставы.

## **Хондропротекторы глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат**

Хондроитин сульфат так же, как и гепарин, относится к гликозаминогликанам, и тоже участвует в формировании гликокаликса что, возможно, и объясняет его хондропротекторные свойства. Глюкозамин сульфат – его предшественник, на его основе в организме производится эндогенный, то есть, внутренний хондроитин сульфат. А это значительно ценнее, чем введение в организм экзогенного, то есть внешнего вещества.

Хондропротекторы относятся к препаратам медленного действия. Обладают симптомо-модифицирующим действием, возможно структурно-модифицирующим. В переводе с медицинского языка на нормальный, это означает, что устраняют симптомы и, возможно, даже восстанавливают поврежденные ткани суставов. Однако, если в отношении симптомо-модифицирующего действия все исследования сходятся, то в отношении структурно-модифицирующего всё не так однозначно. Хотя и обнадеживающе, во многих случаях отмечается замедление деградациии суставного хряща. По фармакологической группе относятся к корректорам метаболизма костной и хрящевой ткани.

Помимо хондропротекторного действия, глюкозамин сульфат обладает системным положительным действием, на гено-молекулярном уровне, основаном на том, что он усиливает или угнетает экспрессию различных групп генов, что обеспечивает его хондропротекторный эффект и приводит к замечательной способности лечить коморбидные (сопутствующие) заболевания:

« ... несколько важных особенностей транскриптомного действия изучаемой молекулы. **ГС достоверно снижал экспрессию провоспалительных генов**, способствовал переходу клетки в состояние энергосбережения за счет снижения экспрессии генов, участвующих в клеточном делении (митозе), что удлиняло жизненный цикл фибробластов. Также **ГС повышал экспрессию генов, вовлеченных в восстановление хряща и кости**, и способствовал преимущественному повышению транскрипции групп генов, вовлеченных в кардиопротекцию (134 гена), нейропротекцию (110 генов), детоксикацию (91 ген) и поддержание антивирусного и антибактериального иммунитета (58 генов).

Установленные особенности действия молекулы ГС на транскриптом фибробластов важны для понимания как основного (хондропротекторного) действия ГС, так и для обоснования целесообразности использования ГС у пациентов, страдающих одновременно и патологией хряща, и другими коморбидными заболеваниями (ИБС, аритмии, цереброваскулярная патология, инфекционные заболевания, заболевания печени и почек и др.). Данные свойства ГС имеют большое клиническое значение, поскольку у большинства пациентов с остеоартрозом присутствуют различные коморбидные состояния, влияющие на течение патологического процесса в суставе и возможности терапии»  
[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Hemotranskriptomnyy\\_analiz\\_molekuly\\_glyukozamina\\_sulyfata\\_v\\_kontekste\\_po\\_stgenomnoy\\_farmakologii/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Hemotranskriptomnyy_analiz_molekuly_glyukozamina_sulyfata_v_kontekste_po_stgenomnoy_farmakologii/)



У меня лучшие результаты были достигнуты внутримышечными инъекциями глюкозамин сульфата в виде препарата «Дона». Естественно, на нужном этапе лечения.

Дозировка у него по 400 мг в ампуле. Иногда пишут 200 мг на мл. Ампула 2 мл. Плюс 1 мл специальный растворитель. Набирается в один 3 мл шприц. Колется в ягодичцу. Мне врач Колосов прописывал курсы по 12 уколов. Два укола в неделю. В описании лекарства написано через день. Но он твердо сказал, и написал в рекомендациях, что два раза в неделю. Однако, это была рекомендация по поводу коленного сустава. Результат сугубо положительный. Потом я её распространил и на позвоночник. Храню в холодильнике, но перед инъекцией согреваю – кладу ампулы в горячую воду, довожу до температуры тела.

Существуют таблетки «Дона». Мой опыт показывает, что курс должен быть длительным: 180 таблеток по 750 мг по две в день, то есть, курс 3 месяца. Дорого, 3000 руб на декабрь 2022 года, но работает – после трехмесячного курса я не использую никаких НПВС ни в какой форме в течение не менее полугода. Потом приходится иногда применять наружно.

Существуют мази и гели на основе глюкозамина и хондроитина. У меня никакого положительного эффекта не дали. Даже ухудшение чувствовалось. Но возможно оно было вызвано наличием примесей, которые вызывают аллергические реакции.

Так же не дали особого эффекта капсулы Глюкозамин-хондроитинового комплекса ГХК. Продаются как БАД, но я принимал в терапевтической дозе, она выше, чем заведомо

бесполезная доза БАД. Однако, возникла жуткая изжога, обострился гастрит. Возможно, был грязный препарат.

Есть высокая вероятность того, что глюкозамин поднимает артериальное давление и холестерин, хотя в клинических исследованиях об этом эффекте нет. А в некоторых сообщениях есть:

«Я проколол Алфлутоп и заметил, что повысилось артериальное давление с 130/85 до 145/93, правда сахар в норме 5,1» <https://fitni.ru/hondroprotektory-pobochnye-effekty-o-kotoryh-ne-govoryat-hondroitin-i-glyukozamin/>

«**Глюкозамин** может повышать артериальное давление и уровень холестерина в крови.» <https://herbhelp.ru/glyukozamin/>

«Добавки глюкозамина повышают ваше кровяное давление и сердечный ритм, MayoClinic.com примечания. Добавки глюкозамина, которые содержат хондроитин, также вызывают сердцебиение в дополнение к повышенному кровяному давлению. Текущие данные свидетельствуют о том, что увеличение артериального давления и частоты сердечных сокращений является временным» <https://ru.healthycareinfo.com/side-effects-of-glucosamine-on-blood-pressure-48656>

У меня такое явление наблюдается. Иногда даже курс из 12 ампул не докалываю. А вот перорально в течение 3 месяцев переносится нормально.

## **Цель-Т**

Наверное, тоже надо отнести к хондропротекторам, поскольку в некоторых исследованиях такое свойство было найдено. К сожалению, исследований такого рода препаратов мало. О лечебных свойствах есть в статье «Комплексные

биорегуляционные препараты в терапии остеоартрита», где упоминаются исследования препаратов Цель-Т и Траумель: [https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Kompleksnye\\_bio\\_regulyacionnye\\_preparaty\\_v\\_terapii\\_osteoartrita/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Kompleksnye_bio_regulyacionnye_preparaty_v_terapii_osteoartrita/)

По моим ощущениям помогают и уколы и мазь.

### ***Пиаскледин***

Неомыляемые соединения масла авокадо и соевых бобов. По многим исследованиям регулирует процессы обмена в хрящевой ткани, оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие на суставы, частично восстанавливает двигательную функцию. В некоторых экспериментальных исследованиях было доказано, что препарат оказывает регенерирующее действие на хрящ, стимулируя синтез коллагена в суставных хондроцитах.

[https://umedp.ru/articles/vi\\_sezd\\_revmatologov\\_rossii\\_osteartroz\\_ot\\_patogeneza\\_k\\_realnoy\\_praktike.html](https://umedp.ru/articles/vi_sezd_revmatologov_rossii_osteartroz_ot_patogeneza_k_realnoy_praktike.html)

Однако, в целом, выраженного структурно-модифицирующего эффекта не наблюдается.

[https://www.rmj.ru/articles/farmakoterapiya/Opyt\\_pri\\_meneniya\\_neomylyaemyh\\_soedineniy\\_avokado\\_i\\_bobov\\_soi\\_Pias\\_kledin\\_v\\_lechenii\\_osteartroza\\_razlichnoy\\_lokalizacii/](https://www.rmj.ru/articles/farmakoterapiya/Opyt_pri_meneniya_neomylyaemyh_soedineniy_avokado_i_bobov_soi_Pias_kledin_v_lechenii_osteartroza_razlichnoy_lokalizacii/)

Сроки приема для появления эффектов длительные – месяцы, желательно не менее 6. Есть исследования с трехлетним приемом. Цена достаточно высокая: 1200 руб на месячный курс (январь 2020).

### ***Миорелаксант центрального действия Сирдалуд***

Применял и могу утверждать, что хорош при лечении позвоночника: снимает спазм поперечно-полосатой мускулатуры, из которой состоит мышечный каркас

позвоночника. По некоторым данным, защищает слизистую ЖКХ от отрицательных гастро-эффектов НПВСов и имеет собственное обезболивающее действие. Препарат обладает синергизмом с НПВСами, потенцирует их действие.  
[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Strategiya\\_vybo\\_ra\\_differencialnoy\\_terapii\\_u\\_pacientov\\_s\\_bolyuu\\_v\\_spine\\_novye\\_dannye\\_i\\_vozmoghnosti/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Strategiya_vybo_ra_differencialnoy_terapii_u_pacientov_s_bolyuu_v_spine_novye_dannye_i_vozmoghnosti/)

[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Aktualnyye\\_voprosy\\_effektivnosti\\_i\\_bezopasnosti\\_sovremennyh\\_nestero\\_idnyh\\_protivovospalitelnyh\\_preparatov/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Aktualnyye_voprosy_effektivnosti_i_bezopasnosti_sovremennyh_nestero_idnyh_protivovospalitelnyh_preparatov/):

*«тизанидин (Сирдалуд) усиливает обезболивающее и противовоспалительное действие НПВП (нимесулида, диклофенака, мелоксикама и др.), позволяет снизить их дозу и, обладая гастропротекторной эффективностью, снижает риск возникновения гастропатий, обусловленных НПВП».*

По собственному опыту могу сказать, что для крупных суставов эффекта нет, для позвоночника – полезен. Вызывает сонливость, принимать надо на ночь. Дополнительная особенность – углубляет сон, помогает высыпаться. Однако использовать его в качестве регулярного снотворного не надо.

### **Пентоксифиллин**

Он же трентал, он же агапурин. Повышает эластичность эритроцитов, позволяя им проникать в недоступные области, пораженные болезнью. Отрицательное свойство – может увеличивать кровоточивость слабых участков слизистой оболочки, в частности, геморроя. Был действенен при некрозе в колене.

## **Витамины**

Лучше, конечно, когда организм получает витамины из пищи, но из современной пищи нужного количества можно и не получить, приходится добавлять.

Хорошо работает витаминный комплекс «Алфавит-50+».

Есть данные о том, что большие дозы некоторых витаминов и антиоксидантов повышают вероятность развития рака. Поэтому важно не перебарщивать и держаться в рамках физиологических доз. Об этом здесь:

[Opas antioks vitam.pdf](#)

## **Супрастин**

Интересный факт – он улучшает действие НПВС. Возможно, потому что снимает аутоиммунное воспаление. Как бы то ни было, но прием по пол таблетки или по таблетке на ночь дает ощутимое повышение эффекта действия НПВС. Но надо понимать, что он снижает иммунитет в целом, а это крайне нежелательно.

## **Антибиотики**

Бывает так, что заболевания суставов провоцируются бактериальными агентами. Тогда могут быть использованы антибиотики, но это уже совсем другая тема. Исследования в этом отношении ведутся:

[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Racionalynoe\\_primenenie\\_antibiotikov\\_v\\_revmatologii\\_izbrannye\\_aspekty/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Racionalynoe_primenenie_antibiotikov_v_revmatologii_izbrannye_aspekty/)

## **Комплексные препараты НПВС с витаминами В**

Клодифен Нейро. Сам пока не пробовал, но отзывы в научной литературе хорошие:

<https://www.lvrach.ru/2020/10/15437722>

Нейродикловит

<http://www.emedvisit.ru/Articles.aspx?id=681>

## Типичные ситуации и возможное лечение

Это не врачебные рекомендации, я просто делюсь опытом ситуаций, когда врача поблизости нет.

Общее правило – сустав желательно разгрузить, но это не всегда возможно, иногда надо идти. Тогда обязательно тугая повязка, ограничивающая подвижность, бандаж.

1. Растяжение. Сначала сразу же холодное – тряпку с холодной водой из горной речки, снег, в общем, что будет под рукой. Не длительно, поскольку можно простудить сустав. Затем Диклак-гель и тугая повязка, но чтобы не перекрывалось кровообращение. В этом случае, чем меньше будет движений, тем лучше. Диклак-гель два – три раза в сутки. Через неделю тепловые процедуры и продолжение Диклака еще в течение недели. Можно вместо тепловых процедур мазать дополнительно Капсикамом или Апизартроном. Сразу отмечу, что обольщаться не стоит, хорошее растяжение будет время от времени чувствоваться и через годы.
2. Ушиб сустава. Может быть боковой, может быть осевой. Осевой хуже. Ушиб сустава чреват тем, что может треснуть хрящ или/и возникнуть компрессионный перелом внутренних частей губчатой кости – поломаются стенки, которые образуют «соты», возникнет кровоизлияние, которое может привести к некрозу, отек костного мозга. Начало лечения такое же. Тепловых процедур ни в коем случае не делать. Параллельно с Диклак-гелем начать прием пентоксифиллина в течение пары недель. Через две недели перейти на Долобене или

на Гепатромбин, в крайнем случае использовать Лиотон-гель. Если сустав крупный, Диклак-гель не снимает боли и возникающего от удара отека, то с самого начала начать прием Мелоксикама или Целебрекса. Если Диклак-гель справляется со своей задачей, то Мелоксикам или Целебрекс начинаем принимать с переходом на Долобене. Чисто кинематические упражнения с разгруженным суставом, как только это станет возможным.

3. Синовит (синовиит) – воспаление суставной сумки. Может проявиться неожиданно в виде быстро опухшего – отекшего сустава. Сразу начинать прием Мелоксикама или Целебрекса. Если в походе, и это нога, то эффективно будет использование свечей (ректальных суппозиторий) Вольтарен. 5 – 7 дней, сколько анус выдержит. Но тогда не принимать ничего другого. Наколенник, повязка. Местно на сустав Диклак-Гель. Затем переход со свечей на пероральный прием Мелоксикама или Целебрекса. Мелоксикам или Целебрекс в течение 2 недель. По окончании курса НПВС – курс 12 уколов «Доны». Чтобы снизить побочные эффекты от глюкозамина, можно колоть не через день, как указано в описании, а два раза в неделю. Чисто кинематические упражнения с разгруженным суставом с самого начала. Упражнения лучше делать сразу после нанесения на сустав наружных средств, чтобы обеспечить их лучшее распределение. По личному опыту тепловые процедуры не вредят, но и не помогают.

4. Шпора. Это костный вырост в виде шипа, который возникает на пяточной кости или кости локтевого сустава. Наибольшие страдания причиняет пяточная шпора. Возможно хирургическое удаление, однако потом опять вырастет. Лечение длительное два – три месяца, пол года, с рецидивами. Шип должен обрасти соединительной тканью, образующей капсулу. Общая схема лечения:

- С самого начала наружно Диклак-гель + в анус свечи Вольтарен 5 – 7 дней.
- По окончании свечей – Мелоксикам или Целебрекс две недели, в это время первую их неделю продолжаем Диклак-гель.
- Параллельно разминание зоны шпоры и постукивание по ней. При наличии ребристого каточка – катать подошвой стопы на полу сколько возможно прямо по шпоре с нажимом. Способствует образованию капсулы.
- Упражнение: выставив вперед здоровую ногу примерно на пол метра и опираясь руками на опору делать выпад не отрывая пятки больной ноги сзади от пола так, чтобы тянулось сухожилие, проходящее через икру к пятке. Держать в натянутом до боли состоянии примерно 30 секунд, передохнуть и повторять.
- Полезно парить в очень горячей воде с морской солью.

5. Боли неизвестного происхождения. Диклак-гель наружно, Мелоксикам или Целебрекс перорально в течение двух недель. Затем переход на Долобене. Кинематические упражнения на разгруженном суставе.



## Дополнительные соображения



Сказать, что для пациента что-то с той поры качественно изменилось нельзя. Появилась масса лекарств, на которые медицина успешно подсаживает пациентов до конца жизни. Появились средства, дающие неплохой симптоматический эффект, но никак не влияющие на саму болезнь, и имеющие отрицательные побочные эффекты. Ведутся исследования на мышах, и для них есть какой-то эффект. Развиваются методы, основанные на использовании свойств обогащенной тромбоцитами собственной плазмы, сами ортопеды признают, что эффективность «fifty/fifty». Внедряется в практику применение стволовых клеток. С последним – вообще забавно и страшно: доказательных клинических исследований эффективности и безопасности на людях нет, а рекламы – вагон, плевать, что у тебя потом рога вырастут, важно сейчас тебе укол за пятьдесят тысяч сделать.

Надо понять, что речь идет не о простом растяжении или ушибе, а о систематическом заболевании. Когда потихонечку начинает «сыпаться» все и без видимых причин. Значит, есть какая-то скрытая причина! Думаю, что когда у вас по очереди или парами начинают болеть суставы,

сухожилия, воспаляются мышцы, то наиболее вероятной причиной надо считать системное заболевание соединительной ткани, возможно, ревматоидный артрит. Но на самом деле, не очень важно, как назвать, важно – что делать. Хотя постановка правильного диагноза много значит, хотя бы потому, что ревматоидный артрит тащит за собой целый шлейф сопутствующих заболеваний, а может быть и он и его спутники являются следствием пока непознанной системной причины.

### ***Ревматоидный артрит и онкология***

Согласно некоторым исследованиям, процесс протекания РА и онкологии близок по своему характеру:

*«Процессы, происходящие в синовии при РА, напоминают локальное злокачественное новообразование. Масса вновь образованных клеток и соединительной ткани во много раз превышает массу нормальной синовиальной оболочки. Образующийся при РА паннус обладает способностью к инвазии и деструкции хряща, субхондральной кости и связочного аппарата. Синовиоциты больных РА обладают фенотипическими свойствами трансформированных опухолевых клеток. В синовиальной жидкости и тканях обнаружено увеличение уровня факторов роста – тромбоцитарного и фибробластного. Сходство ревматоидного синовита и локализованного злокачественного новообразования проявляется и на молекулярном уровне.»*

Источник: Р. М. Балабанова, проф., дмн, руководитель отдела изучения и коррекции аутоиммунных нарушений ГУ Института ревматологии РАМН, Е. В. Шекшина, кмн, мнс. Ревматоидный артрит: новые подходы к старой проблеме.

<https://medi.ru/info/1912/>

Часто они идут рука об руку, что хорошо описано в статье Н.Н. Гусевой «Проблема ассоциации ревматических и онкологических заболеваний (патогенетические и клинические аспекты)» –

<https://cyberleninka.ru/article/n/problema-assotsiatsii-revmaticheskikh-i-onkologicheskikh-zabolevaniy-patogeneticheskie-i-klinicheskie-aspekty>

Метаанализы показывают, что при наличии ревматоидного артрита возрастает риск развития лимфом и снижается риск развития рака толстой кишки и молочной железы. Снижение гипотетически относят к действию НПВС, которые больные РА вынуждены употреблять достаточно часто и много.

<b>Мета-анализ риска злокачественных заболеваний при РА, 2008</b>		
<b>Заболевание</b>	<b>Риска развития</b>	<b>95% ДИ</b>
Лимфома	2.08	1.80–2.39
Лимфома Ходжкина	3.29	2.56–4.22
Неходжкинская лимфома	1.95	1.70–2.24
Рак легкого	1.63	1.43–1.87
Рак толстой кишки	0.77	0.65–0.90
Рак молочной железы	0.84	0.79–0.90
Общий риск злокачественного заболевания	1.05	1.01–1.09

Cush J.J. et al. Rheum Dis Clin N Am 38 (2012) 761–770

Источник: <https://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/revma13/15/prez-vzr/22.pdf>

Помимо указанных в таблице, отмечается более высокий риск развития рака кожи.

Одним из главных факторов иммунитета, защищающих человека от рака и других серьезных заболеваний, является так называемый Фактор Некроза Опухоли (ФНО). Как и все в этом мире, его действие неоднозначно: при

перепроизводстве в организме он поддерживает воспалительные процессы. Поэтому появились новые НПВС – ингибиторы ФНО. Их производители утверждают, что при правильном применении риск развития рака на фоне их приема не возрастает. Использование при этом лукавой словесной формулы «достоверного повышения не отмечено», наводит на мысль, что оно все-таки есть, но статистические результаты позволяют такую фразу использовать. А вот независимые исследования показывают статистически достоверное повышение риска лимфомы: «Связь между использованием тиопуринов или антагонистов фактора некроза опухоли ...» Дайджест

[http://www.dr.falkpharma.ru/Falk Gastro-Info 2018 01 Rus.pdf](http://www.dr.falkpharma.ru/Falk_Gastro-Info_2018_01_Rus.pdf)

В 2,6 раза при монотерапии и в 6 раз при комбинированной. Даже производители соглашались с тем, что возрастает риск развития инфекционных осложнений: <https://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/revma13/15/prez-vzr/22.pdf>

Кроме того, применение ингибиторов ФНО однозначно повышают риск развития туберкулеза:

[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Risk\\_razvitiya\\_tuberkuleza\\_pri\\_iskpolzovanii\\_ingibitorov\\_faktora\\_nekroza\\_opuholia/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Risk_razvitiya_tuberkuleza_pri_iskpolzovanii_ingibitorov_faktora_nekroza_opuholia/)

Существуют работы, в которых указывается на безопасность таких ингибиторов. Эти работы принадлежат, в основном, ревматологам, и это понятно – для лечения ревматоидного артрита эти препараты эффективны: [https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Effektivnosty\\_i\\_bezopasnosty\\_ingibitorov\\_faktora\\_nekroza\\_opuholia\\_pri\\_revmatoidnom\\_artrite/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Effektivnosty_i_bezopasnosty_ingibitorov_faktora_nekroza_opuholia_pri_revmatoidnom_artrite/)

<https://cyberleninka.ru/article/n/15386072>

Неоднозначно их влияние и на риск сердечно-сосудистых осложнений при РА:

<https://cyberleninka.ru/article/n/ingibitory-faktora-nekroza-opuholi-a-i-risk-serdechno-sosudistyh-oslozhneniy-pri-revmatoidnom-artrite>

В общем, лечение ингибиторами ФНО – перспективное для фармакологической промышленности направление, но очень неоднозначное для пациентов.

### ***Ревматоидный артрит и атеросклероз***

Исследования показывают, что есть взаимосвязь ревматоидного артрита и атеросклероза. И то и другое является системным воспалительным процессом и проявляет общие черты патогенеза:

<https://cyberleninka.ru/article/n/novye-dannye-o-svyazi-revmatoidnogo-artrita-i-ateroskleroza>

<https://cyberleninka.ru/article/n/sistemnoe-vozpalenie-kak-faktor-riska-serdechno-sosudistyh-zabolevaniy-obzor-literatury>

<http://izron.ru/articles/aktualnye-problemy-i-dostizheniya-v-medsine-sbornik-nauchnykh-trudov-po-itogam-mezhdunarodnoy-nauch/sektsiya-34-revmatologiya-spetsialnost-14-01-22/ateroskleroz-i-revmaticheskie-zabolevaniya/>

Интересно то, что «критических» стенозов коронарных артерий немного, но при этом наблюдается высокая частота «ранимых» бляшек и выраженные признаки воспаления сосудистой стенки, кальциноз коронарных артерий:

<https://cyberleninka.ru/article/n/serdechno-sosudistye-zabolevaniya-pri-revmatoidnom-artrite-novye-dannye>

Есть исследования, в которых показано, что воспалительные процессы в этих двух случаях не тождественны: «Имеется ли тождество между воспалительными процессами при ревматических заболеваниях и атеросклерозе?». Казимирко В.К., Иваницкая Л.Н. Национальная академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев.

<http://www.rheumatology.kiev.ua/article/8941/imeetsya-li-tozhdestvo-mezhdu-vospalitelnyimi-processami-pri-revmaticheskix-zabolevaniyah-i-ateroskleroze>

Сама постановка вопроса говорит о том, что сходство есть и это сходство наводит на мысль об общих причинах и источниках заболеваний. А то, что не тождественны – так и органы разные рассматриваются.

### ***Ревматоидный артрит и повышенное давление***

Наличие повышенного давления при заболеваниях суставов – факт известный. Происходит это как собственно из-за болезни, из-за ее ассоциированности с атеросклерозом, так и из-за ответа на терапию НПВСами.

<http://gzt.ima-press.net/125-2014-1-12/426-diagnostika-i-lechenie-arterialnoj-gipertenzii-pri-revmatoidnom-artrite>  
<https://cyberleninka.ru/article/n/arterialnaya-gipertenziya-pri-revmatoidnom-artrite>

Это еще на фоне того, что:

*«в нашей стране сложилась крайне неблагоприятная ситуация в отношении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): по данным ВОЗ, Россия по смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) и инсультов занимает одно из первых мест, причем смертность за последнее десятилетие увеличилась более чем в 1,5 раза, в то время как в*

странах Европы, США, Японии наблюдается снижение изначально более низких показателей»

Источник <https://medi.ru/info/4494/>

Снизить давление, возникшее от приема НПВС в какой-то мере возможно. Надо только учитывать, что в этом случае ингибиторы АПФ работают хуже, чем блокаторы кальциевых каналов типа обычного нифедипина:

<https://cyberleninka.ru/article/n/arterialnaya-gipertenziya-pri-revmatoidnom-artrite>

Но при этом, у ингибиторов АПФ и у блокаторов ангиотензиновых рецепторов (БРА) есть существенные противовоспалительные и органопротективные эффекты, которые делают их предпочтительными для снижения давления при ревматоидном артрите.

Источники:

Органопротективные возможности и безопасность блокаторов рецепторов ангиотензина II. «РУССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»; Кардиология; ТОМ 17; № 9; 2009; стр. 1-6. проф. О.А. Цветкова, М.Х. Мустафина.

<https://medi.ru/info/4494/>

Ангиотензины и ревматоидный артрит. Савушкина Н.М., Галушко Е.А., Демидова Н.В., Гордеев А.В.

<https://rsp.ima-press.net/rsp/article/download/2653/1783>

Данные о канцерогенности препаратов от давления противоречивы. Это очень сложный вопрос. Ведь просто так человек такие препараты принимать не начинает. Есть какая-то причина. Так может быть эта причина и вероятность рака увеличивает? А вовсе не препарат? Есть и такие исследования, в которых показаны обратные эффекты для сартанов. Вопрос – насколько исследователи были

независимы? Пока считается, что сартаны в отношении рака безопасны.

### **Ревматоидный артрит и холестерин**

Такая взаимосвязь существует:

«Показано, что у больных с высокой активностью РА уровни холестерина (ХС) и ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) ниже, чем в общей популяции, и обратно коррелируют с концентрацией маркеров воспаления [16]. Такой характер изменения липидного спектра получил название «липидный парадокс» и ассоциируется с высоким риском сердечно-сосудистых катастроф.»:

<https://cyberleninka.ru/article/n/serdechno-sosudistye-zabolevaniya-pri-revmatoidnom-artrite-novye-dannye>

Но может быть, тогда следует задуматься над тем, что высокий уровень холестерина является адаптацией организма и защитой от разрушающего действия воспалительного процесса при ревматоидном артрите? И снижать его – значит лишать организм этой защиты? Предположим, у человека есть клиника РА, при этом результаты анализов более-менее удовлетворительные. Искусственно снизим холестерин, и ревматоидный артрит расцветет пышным цветом? Никто ведь таких исследований не проводил, увы.

Возможно, что главный вопрос не в том, чтобы снижать холестерин, а в том, чтобы обеспечить обратный транспорт холестерина в печень и его утилизацию?

Подробнее о холестерине написал здесь:

[Holest ateroskl.pdf](#)



## **Эффективность различных лекарственных форм**

Существует несколько путей введения лекарства в организм:

Внутривенные уколы или капельница;

Внутримышечные уколы;

Таблетки или капсулы (пероральный);

Ректальные суппозитории (свечи);

Мази, кремы, гели (трансдермальный).

Казалось бы, о чем говорить? Понятно, что укол даст максимально высокую концентрацию действующего вещества в организме, а нанесение – минимальную, поскольку кожа – это мощный барьер и проникновение лекарства затруднено.

НО! Часто бывает, что высокая концентрация действующего вещества во всем организме не только не нужна, но и вредна, поскольку возникают системные побочные действия. Исследования показывают, что локальное применение лекарств в трансдермальных формах во многих случаях значительно лучше, оно дает необходимую концентрацию действующего вещества в нужном месте, и уберегает от системных нежелательных реакций. Особенно это относится к комбинированным мазям, кремам и гелям, в состав которых входят вещества – транспортники:  
[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Lokalynye\\_formy\\_NP\\_VP\\_sovremennyy\\_vzglyad\\_na\\_effektivnosty\\_i\\_bezopasnosty/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Lokalynye_formy_NP_VP_sovremennyy_vzglyad_na_effektivnosty_i_bezopasnosty/)

Понятно, что это относится только к лекарствам прямого действия и не применимо к пролекарствам, которые должны сначала метаболизироваться в организме, чтобы получилось эндогенное действующее вещество.

## Еда

Подробно о правильной еде в работе [«О еде»](#). Здесь очень коротко.

1. Какие нужны вещества организму с больными суставами?
2. Как их согласовать и направить в нужные места организма?
3. Где их взять и какова их полезность в разных формах и видах пищи?

Конечно, организму нужны всякие вещества, но не забываем, что речь о заболеваниях суставов и костей.

В первую очередь, необходим **кальций**. Суточная потребность примерно 1000 миллиграммов.

Для его усвоения необходимы **жиры, витамин D3, магний**.

Для баланса с кальцием – его антагонисты **фосфор** и тот же **магний**.

Для уменьшения камнеобразования в почках и желчном пузыре при увеличении поступления кальция и фосфора – **калий и натрий**.

Для направления в кости усвоенного – витамин **K2 МК7**, он же менахинон. В норме он образуется сам в организме, в тонком кишечнике. Но наличие заболевания говорит о том, что нормы нет и его хорошо бы пополнить. Нужны совсем небольшие дозы: для взрослых – 100 – 150 микрограмм в сутки, для детей – 30 – 85 микрограмм. Только вот его содержание везде тоже крайне небольшое.

Необходимо так же фоновое поступление **глюкозамина** и **хондроитина** сульфата.

Нужен витамин **С**, витамин **Е**. Но в меру, как уже отмечалось, безмерное потребление витаминов и

антиоксидантов может привести к очень нехорошим последствиям: [Opas antioks vitam.pdf](https://www.opas-antioksvitam.pdf).

Поскольку есть ассоциированность с онкологией, нужны **сульфорафан**, **кверцетин**, **геспердин**, их роль рассматривается в вышеуказанной работе.

Нет продукта, в котором бы содержалось все. Но есть комплекс. Это два вида сыра, творог, кисло-молочные продукты, рыба, капуста, гречка, цедра цитрусовых, лекарственное средство Аспаркам, которое в этом случае используется в качестве пищевой добавки.

## **Сыр**

Отобраны два: Пармезан и Гауда. Суммарная дневная доза должна составлять примерно 50 граммов в равных долях, что даст примерно 500 миллиграммов кальция дополнительно к потребляемому с другими продуктами и водой, и нужное количество витамина К2 МК7. Естественно, это относится к нормальному усвоению продукта, когда он не вызывает негативных реакций. У меня, к сожалению, сыр вызывает сильную изжогу, поэтому я его ем редко. Кроме того, много подделок с пальмовым маслом.

## **Пармезан**

Твердый сыр, с большим содержанием кальция – до 1200 миллиграмм на 100 гр. Достаточная жирность (до 50%) способствует его усвоению. Очень вкусный. Долго не портится, что позволяет его брать в поход в качестве дополнения к основному рациону.

## **Гауда**

Мягкий сыр. Источник витамина К2 МК7. В разумных дозах не вызывает изжоги. Все остальное у него средненькое.

На самом деле, в сыре Бри витамина К2 МК7 значительно больше, но цена у него запредельная. Кроме того, замеры проводились по французскому сыру, а где он в России?

## ***Творог, кисло-молочные продукты,***

Дополнительные источники кальция и еда. Основное условие – они не должны быть обезжиренными, для творога минимум 9%, для кефира – 2,5%, лучше больше. Дозы – 200 – 300 граммов творога и 0,5 л кефира, ряженки и т.п. в день потребления. И опять-таки встает вопрос подделок с пальмовым маслом.

## ***Кости с хрящами***

В основном, используются как постоянный источник глюкозамина и хондроитина. Но, в то же время, это дополнительный источник и кальция и фосфора.

## ***Рыба***

Лучше, конечно, кушать осетрину. Но можно ограничиться сельдью, скумбрией и аналогичными достаточно жирными рыбами. Очень интересная работа о скумбрии здесь: <https://foodismedicine.ru/skumbriya-polza-i-vred-dlya-organizma/> Можно просто пить рыбий жир, но в нем нет фосфора. А в рыбе есть и рыбий жир, и кальций, и фосфор. Доза – от 0,5 кг в неделю при условии нормального потребления мяса.

## ***Капуста, Гречка, Цедра цитрусовых***

Поскольку существует вероятность того, что болезни суставов вызваны ревматоидным артритом, а он может быть ассоциирован с онкологией, то эти продукты необходимы. Подробно смотрим в той же работе [«О еде»](#).

## ***Имбирь***

Пишут, что помогает на уровне диклофенака. Я сам такого мощного эффекта не заметил. Тем не менее, если он хотя бы вероятен, а чай с имбирем или просто заваренный имбирь очень хорош, в том числе и для согревания, то отчего бы и не пить?

Только надо учесть, что он при длительном непрерывном употреблении может тахикардию вызвать.

## ***Лекарственное средство Аспаркам***

В данном случае применяется в качестве биодобавки как источник калия и магния в хорошо доступной форме аспарагината.

Источник: <http://www.tiensmed.ru/news/asparkam-ab1.html>

По цене вполне доступен. В период обострения – по 3 – 4 таблетки в сутки. Поддерживающая доза – 1 – 2 таблетки. Необходимо учитывать, что он действует на сердце. В умеренных дозах положительно, но передозировок, понятное дело, допускать не надо.

## **Несколько слов о позвоночнике**

Решения проблемы позвоночника не знаю. Некоторый проблеск намечен в материале Эдуарда Конкина, который достаточно убедительно показал, что на самом деле большая часть проблем, которые относят к позвоночнику, является следствием миофасциального синдрома:

<https://www.youtube.com/watch?v=tbPKAijmKEE>

<https://www.youtube.com/watch?v=KIjWcCjJv44>

<https://www.youtube.com/watch?v=qY-sL9MwuLw>

<https://www.youtube.com/watch?v=KmZe-2OG5uU>

<https://www.youtube.com/watch?v=ukr-FOgcbAc>

## **Заключение**

Нужно понимать, что до конца вылечить эти заболевания невозможно. Можно только научиться удерживать их от разгула, научиться с ними жить. И помнить о лягушке, которая выбралась из кувшина, потому что не сдалась.