

Методы альтернативной и комплементарной медицины в педиатрической ревматологии

Андрей Вячеславович Сантимов, Николай Владимирович Слизовский,
Марина Владимировна Жданова, Геннадий Айзикович Новик

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург,
ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Для цитирования: Сантимов А.В., Слизовский Н.В., Жданова М.В., Новик Г.А. Методы альтернативной и комплементарной медицины в педиатрической ревматологии. *Children's Medicine of the North-West*. 2025;13(3):56–72.
<https://doi.org/10.56871/CmN-W.2025.91.94.005>

Поступила: 25.03.2025

Одобрена: 05.06.2025

Принята к печати: 25.09.2025

РЕЗЮМЕ. Многие пациенты, страдающие различными хроническими заболеваниями, обращаются к методам комплементарной и альтернативной медицины, применение которых далеко не всегда основывается на принципах доказательной медицины, хотя многие из них часто используются в реальной клинической практике. В отечественной научной печати методам комплементарной и альтернативной медицины в педиатрической ревматологии посвящены единичные публикации, главным образом, представляющие собой обзорные статьи, обобщающие опыт применения различных диет и пищевых добавок в лечении ревматических заболеваний у детей. При этом многие родители маленьких пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями, самостоятельно обращаются за дополнительной помощью к методам комплементарной и альтернативной медицины или задают врачам-ревматологам вопросы о возможности использования тех или иных методов комплементарной и альтернативной медицины в комплексном лечении их ребенка. У практических врачей далеко не всегда имеются ответы на эти вопросы, соответствующие современному состоянию научных знаний о данной проблеме. Цель настоящего обзора – обобщить имеющиеся зарубежные публикации, посвященные применению методов комплементарной и альтернативной медицины в лечении ревматических заболеваний у детей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: комплементарная и альтернативная медицина, ревматические заболевания, педиатрическая ревматология

✉ Андрей Вячеславович Сантимов. E-mail: a.santimoff@gmail.com

© Сантимов А.В., Слизовский Н.В., Жданова М.В., Новик Г.А., 2025

<https://doi.org/10.56871/CmN-W.2025.91.94.005>

Methods of alternative and complementary medicine in pediatric rheumatology

Andrey V. Santimov, Nikolai V. Slizovskiy,
Marina V. Zhdanova, Gennady A. Novik

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Lithuania, Saint Petersburg 194100, Russian Federation

For citation: Santimov A.V., Slizovskiy N.V., Zhdanova M.V., Novik G.A. Methods of alternative and complementary medicine in pediatric rheumatology. *Children's Medicine of the North-West*. 2025;13(3):56–72. (In Russian). <https://doi.org/10.56871/CmN-W.2025.91.94.005>

Received: 25.03.2025

Revised: 05.06.2025

Accepted: 25.09.2025

ABSTRACT. Many patients suffering from various chronic diseases turn to complementary and alternative medicine methods, the use of which is not always based on the principles of evidence-based medicine, although many of them are often used in real clinical practice. In the Russian scientific press, there are isolated publications devoted to the methods of complementary and alternative medicine in pediatric rheumatology, mainly review articles summarizing the experience of using various diets and dietary supplements in the treatment of rheumatic diseases in children. At the same time, many parents of young patients suffering from rheumatic diseases independently seek additional help from complementary and alternative medicine methods, or ask rheumatologists questions about the possibility of using certain complementary and alternative medicine methods in the comprehensive treatment of their child. Whereas practitioners do not always have answers to these questions that meet the current state of scientific knowledge about this problem. The purpose of this review is to summarize the available foreign publications on the use of complementary and alternative medicine methods in the treatment of rheumatic diseases in children.

KEYWORDS: *complementary and alternative medicine, rheumatic diseases, pediatric rheumatology*

✉ Andrey V. Santimov. E-mail: a.santimoff@gmail.com

© Santimov A.V., Slizovskiy N.V., Zhdanova M.V., Novik G.A., 2025

ВВЕДЕНИЕ

Многие пациенты, страдающие различными хроническими заболеваниями, часто обращаются к методам комплементарной и альтернативной медицины (КАМ), применение которых далеко не всегда основывается на принципах доказательной медицины. При этом многие из методов КАМ достаточно часто используются в реальной клинической практике, как для усиления эффективности стандартной терапии, так и в качестве альтернативного лечения. В последние годы появляется все больше научных статей в отечественных высокорейтинговых научно-практических журналах, посвященных применению различных методов КАМ [1–8], в том числе в комплексном лечении ревматических заболеваний у взрослых пациентов [4–8]. Методам КАМ в педиатрической ревматологии посвящены единичные русскоязычные публикации, главным образом, представляющие собой обзорные статьи, обобщающие опыт применения различных диет и пищевых добавок в лечении ревматических заболеваний у детей [9, 10]. При этом многие родители юных пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями, активно обращаются за дополнительной помощью к различным методам КАМ, далеко не всегда ставя своих лечащих врачей в известность об этом, которые, в свою очередь, также редко спрашивают своих пациентов об использовании ими методов КАМ. Такая неосведомленность врачей может быть проблематичной, поскольку использование методов КАМ в сочетании с традиционным лечением может быть полезным, но может привести к неоправданному увеличению бремени лечения или снижению эффективности назначенных лекарственных препаратов. Возможны также побочные эффекты КАМ и фармакологические взаимодействия с противоревматическими лекарственными препаратами. Родители других пациентов, напротив, часто задают врачам-ревматологам вопросы о возможности использования тех или иных методов КАМ в комплексном лечении их ребенка, а у практических врачей далеко не всегда имеются адекватные ответы на эти вопросы. Врач-ревматолог, обладающий современными научно-обоснованными знаниями о КАМ, может предложить помощь в координации комплексного ведения пациента, снизив риски нежелательного лекарственного взаимодействия или побочных эффектов КАМ и существенно повысив комплаентность пациентов и их родителей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования – провести обзор зарубежных публикаций, посвященных применению методов КАМ в лечении ревматических заболеваний у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнен поиск статей в базе данных PubMed по запросу «complementary alternative rheumatic», опубликованных до 31 декабря 2024 года, обнаружено 527 публикаций. Большая их часть была посвящена применению методов КАМ при остеоартрите, фибромиалгии, подагре, ревматоидном артрите, анкилозирующем спондилите и других ревматических заболеваниях у взрослых пациентов. На использовании методов КАМ в педиатрической ревматологии были сконцентрированы только 16 публикаций. Полный текст двух статей, опубликованных в 1992 и 1996 годах, оказался недоступен. Таким образом, в обзор было включено 14 статей [11–24], посвященных применению методов КАМ в педиатрической ревматологии, опубликованных за последние 22 года, в том числе один не-систематический обзор [11], один систематический обзор и метаанализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) [12], и 11 не включенных в него оригинальных исследований [13–24].

ОБЗОР ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ

Согласно американскому национальному центру КАМ, входящему в состав национального института здравоохранения Соединенных Штатов Америки (США), КАМ включает в себя множество видов терапии, которые не рассматриваются в качестве части конвенциональной медицины, и подразделяется на 5 областей: 1) альтернативные медицинские системы (традиционная китайская медицина, натуропатическая медицина, аюрведическая и го-меопатическая медицина); 2) вмешательства на уровне тело–психика (медитация, релаксация, гипноз, биологическая обратная связь); 3) биологически обоснованные методы лечения (растительные добавки, ароматерапия); 4) практики, основанные на манипуляциях с телом (хиропрактика, остеопатия, массаж); 5) энергетические процедуры (рэйки, терапевтические прикосновения) [11]. Однако до сих пор нет единого мнения относительно определения КАМ и видов терапии, которые следует рассматривать в качестве относящихся к ней. Например, считать ли методом КАМ самостоятель-

ное применение пациентами витаминов и/или микроэлементов? Это существенно затрудняет сопоставление между собой результатов отдельных оригинальных исследований, изучающих частоту применения методов КАМ.

Так, L.E. Hagen и соавт. в 2003 году обнаружили, что 90 (64%) из 141 пациентов (средний возраст 10,8 года, 95 девочек и 41 мальчик, пол 5 пациентов не был указан), наблюдающихся в амбулаторной ревматологической клинике Детской больницы Торонто (Канада), использовали по крайней мере один вид КАМ в течение предыдущих 12 месяцев, однако, если бы авторы исключили из исследования тех пациентов, которые употребляли только витамины и/или микроэлементы, не прибегая к другим методам КАМ, общее число потребителей КАМ сократилось бы до 73 (51,8%) из 141 пациентов. Если же относить самостоятельное применение витаминов и/или микроэлементов к КАМ, то они оказались самыми часто применяемыми методами КАМ: витамины применяли 33 (37%) из 90 пациентов, микроэлементы – 31 (34%) из 90 пациентов. Среди пациентов, употребляющих витамины, 18 (55%) из 33 пациентов принимали витамин С, 10 (30%) из 33 пациентов – витамин D, 5 (15%) из 33 пациентов – витамин Е, по 1 (3%) из 33 пациентов – витамин А и витамины группы В, 10 пациентов принимали несколько витаминов. Среди пациентов, использующих микроэлементы, 16 (52%) из 31 пациентов принимали кальций, 11 (35%) из 31 пациентов – железо, по 3 (10%) из 31 пациентов – цинк и магний, 4 пациента принимали несколько микроэлементов. Другими широко используемыми методами КАМ оказались техники релаксации – 20 (22%) из 90 пациентов, хиропрактика – 19 (21%) из 90 пациентов, медные браслеты или кольца – 16 (18%) из 90 пациентов, а также растительные лекарственные средства – 15 (17%) из 90 пациентов. Реже (менее чем в 10% случаев) использовались рыбий жир, другие пищевые добавки, ароматерапия, медитация, гомеопатия, акупунктура, иридология и натуропатия. Среди 141 участников исследования было 69 (49%) пациентов с различными субтипами ювенильного идиопатического артрита (ЮИА), 25 (18%) пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани (системная красная волчанка, ювенильный дерматомиозит (ЮДМ), системная склеродермия, системные васкулиты) и 47 (33%) пациентов с другими заболеваниями, включая фибромиалгию и редкие диагнозы, такие как саркоидоз, а также пациентов с еще не установленными диагнозами. L.E. Hagen и соавт. не обнаружили

существенных различий между пользователями и не-пользователями КАМ по возрасту, полу или диагностической группе. Однако у пользователей КАМ продолжительность заболевания была больше ($4,12 \pm 3,60$ лет), чем у тех, кто не пользовался КАМ ($2,82 \pm 3,23$ лет), средняя разница составила 1,3 года ($p=0,04$). Среди 137 пациентов, сообщивших о количестве диагностированных хронических заболеваний, у 41 было диагностировано более одного заболевания, эти пациенты с большей вероятностью пользовались методами КАМ (32 из 41), чем те, у кого было диагностировано только одно заболевание (57 из 96, $p=0,036$) [13].

D.E. Feldman и соавт. в 2004 году изучали частоту применения методов КАМ среди 118 пациентов с ЮИА (средний возраст $10,4 \pm 3,9$ года, средняя продолжительность заболевания – $4,5 \pm 3,5$ года, 74 девочки и 44 мальчика), наблюдавшихся в двух канадских детских больницах – Детская больница Монреаля и Детская больница Британской Колумбии, Ванкувер. В исследование были включены пациенты, страдающие всеми субтипами ЮИА (36,1% – олигоартрит, 23,1% – полиартрит, 15,7% – псориатический артрит, 14,8% – энтезит-ассоциированный артрит, 5,6% – системный артрит и 4,6% – недифференцированный артрит). Когда-либо использовали КАМ для лечения ЮИА 46 (33,9%) из 118 пациентов. Среди 14 (11,9%) из 118 пациентов, которые применяли КАМ в течение предыдущих 3 месяцев, использовались следующие виды КАМ: натуропатия (4 пациента), акупунктура (3 пациента), хиропрактика (2 пациента), диетотерапия (2 пациента), гомеопатия (2 пациента), массаж (1 пациент). Из тех родителей, чьи дети использовали КАМ, 92% обратились к методам КАМ для обеспечения дополнительного обезболивания своему ребенку, а 93% указали, что их дети также продолжали получать стандартную терапию, несмотря на использование КАМ. Почти половина (43,7%) родителей сообщили, что использовали методы КАМ для собственного лечения. Факторами, ассоциированными с использованием КАМ пациентами с ЮИА, оказались использование КАМ их родителями ($p=0,001$) и этническая принадлежность ($p=0,006$), причем использование КАМ было самым высоким среди семей, которые идентифицировали себя как франко-канадцы. Наблюдалась также статистически незначимая тенденция к более широкому использованию КАМ в семьях с более высоким доходом и небольшая тенденция к ассоциации более длительной продолжительности заболевания с использованием КАМ [14].

К. Zebracki и соавт. в исследовании 2008 года изучали распространенность применения методов КАМ и ее связь с симптомами тревоги, депрессии и дистимии у 36 латиноамериканских детей с ЮИА (17 пациентов, средний возраст $12,29 \pm 2,59$ года, средняя продолжительность заболевания $4,83 \pm 3,93$ года, 12 девочек и 5 мальчиков) или артралгией (19 пациентов, средний возраст $9,05 \pm 2,64$ года, средняя продолжительность заболевания $2,30 \pm 2,15$ года, 8 девочек и 11 мальчиков), наблюдавшихся в Детской больнице Среднего Запада (Чикаго, США). Большинство семей (56%) использовали по крайней мере один метод КАМ в сочетании с традиционным медикаментозным лечением. Наиболее распространенными методами КАМ были молитвы (56%), массаж (50%), медитация/релаксация (30%), мази/кремы (30%), ароматерапия (25%), терапевтические прикосновения (20%) и фитотерапия (20%). Методы КАМ чаще использовались для облегчения боли (90%), реже для улучшения общего самочувствия (20%), и, согласно отчетам большинства родителей (80%), были признаны в некоторой степени полезными. Почти половина семей (45%) указали, что их лечащий врач не был осведомлен об использовании ими КАМ. Методы КАМ в равной степени использовались как детьми с ЮИА ($n=10$), так и детьми с артралгией ($n=10$). Демографические показатели, уровень аккультурации и характеристики заболевания, такие как продолжительность заболевания, интенсивность боли, функциональные нарушения, не были ассоциированы с использованием КАМ. Средние показатели тревоги и депрессии у детей были в пределах нормы, в то время как средние баллы по симптомам дистимии находились в зоне риска, причем показатели были одинаковыми у пациентов с ЮИА и пациентов с артралгией. Вопреки гипотезе К. Zebracki и соавт., использование КАМ не было связано с психологическим функционированием в целом по выборке. При помощи иерархической линейной регрессии, с учетом возраста и пола ребенка, было показано, что использование КАМ предсказывало симптомы тревоги ($F=11,66$, $p < 0,01$) и дистимии ($F=4,64$, $p < 0,05$) у детей с артралгией, но не у детей с ЮИА, а применение методов КАМ было связано с уменьшением симптомов. Ни в одной из групп не было обнаружено значимой взаимосвязи между применением КАМ и симптомами депрессии [15].

К. Rouster-Stevens и соавт. в 2007 году изучали частоту применения методов КАМ и оценивали их эффективность у 52 детей с ЮИА (из них 40% — олигоартрит, 28% — серонегативный полиартрит,

12% — системный артрит, 12% — энтезит-ассоциированный артрит, 8% — другие субтипы ЮИА, средний возраст детей $10,9 \pm 4,7$ года, средняя продолжительность заболевания $4,9 \pm 4,0$ года, 42 девочки и 10 мальчиков, 45 белых, 3 афроамериканца, 4 латиноамериканца), наблюдавшихся в Детской больнице Бреннера (Уинстон-Сейлем, США). Методы КАМ использовали 92% пациентов. 54% пациентов получали при болях в суставах массаж в домашних условиях. Пищевые добавки и изменения в рационе питания также были одними из наиболее часто используемых методов КАМ. Например, 40% получали поливитамины и 19% — витамин С. Меньшее количество пациентов получали витамин D (13%), омега-3 жирные кислоты / добавки с рыбьим жиром (6%) или глюкозамин (4%). В отличие от опросов взрослых пациентов с артритом, ни один из родителей не сообщал о том, что давал своему ребенку бромелайн, масло семян льна, гамма-линоленовую кислоту, масло примулы вечерней, кверцетин, S-аденозилметионин, куркуму или куркумин. Многие родители (35%) сообщили, что они не дают своему ребенку определенные продукты, которые, по их мнению, могут усилить боль. Например, 35% не употребляли молочные продукты, 27% — мясо, от 10 до 20% не употребляли апельсины, рыбу/морепродукты, пшеницу/глютен, менее 10% не употребляли помидоры, перец, баклажаны или сою. Мази на основе трав применяли 6% пациентов. Методы управления стрессом и духовного исцеления также широко использовались. От 12 до 25% родителей использовали музыку, группы поддержки, релаксационные кассеты или компакт-диски, чтобы облегчить симптомы у своих детей, чуть более четверти сообщили, что применяли духовное исцеление (молитвы), менее 3% использовали управляемые образы, медитацию, прогрессивную релаксацию, ароматерапию, йогу, тайчи, гомеопатию или магниты, только по одному родителю сообщили, что обращались к профессиональному консультанту или к целительному прикосновению, ни один из родителей не сообщил об использовании медных браслетов, биологической обратной связи или гипноза для облегчения боли или других симптомов у ребенка. Никто из родителей не сообщил о том, что в течение 30 дней, предшествовавших обследованию, они водили своего ребенка к иглотерапевту, мануальному терапевту, травнику, профессиональному массажисту, врачу-натуропату или врачу-остеопату. Методами КАМ, которые были оценены родителями пациентов как наиболее эффективные, оказались группы поддержки, молитвы, мази на основе трав и

витамин D, у других пищевых добавок (поливитамины, витамин C, рыбий жир и глюкозамин), релаксационных кассет или компакт-дисков и музыки также была отмечена эффективность выше среднего. Все методы КАМ имели среднюю оценку побочных эффектов, равную 0, и многие родители порекомендовали бы использовать большинство из них другим семьям [16].

К. Tourin-April и соавт. в 2009 году опубликовали результаты первого лонгитюдного исследования использования КАМ при ЮИА. За когортой из 182 детей с ЮИА (средний возраст $10,2 \pm 4,4$ года, средняя продолжительность заболевания $4,2 \pm 3,6$ года, 124 девочки и 58 мальчиков), которые посещали амбулаторные ревматологические клиники двух канадских детских больниц (Детская больница Монреала и Детская больница Британской Колумбии, Ванкувер) было проведено наблюдение в течение года. Родители отвечали на вопросы анкеты каждые 3 месяца. В начале исследования 41,7% родителей сообщили, что в прошлом применяли методы КАМ для себя, а 31,7%, что использовали их ранее для улучшения здоровья своих детей. При анализе каждого из 3-месячных интервалов использование методов КАМ варьировало от 10,2 до 23,8%. В течение года наблюдения 36,4% детей хотя бы 1 раз использовали методы КАМ (42% в Монреале и 24,6% в Ванкувере), 40% из них использовали более одного вида КАМ, а 35,9% использовали КАМ в течение более чем одного 3-месячного периода, 34,8% из которых все это время использовали один и тот же метод лечения. Наиболее распространенными методами КАМ были изменения в рационе питания и пищевые добавки, хиропрактика и натуропатия, часто использовались массаж, акупунктура и гомеопатия. Среди всех пользователей КАМ 89% сообщили, что одновременно с КАМ использовали традиционное лечение. Кроме того, дети, которые применяли методы КАМ во время исследования, продемонстрировали схожую приверженность к назначенному медикаментозному лечению по сравнению с теми, кто не применял методы КАМ. В течение года наблюдения общий процент использования методов КАМ детьми с ЮИА увеличился до 51,1%. 72% родителей из тех, которые использовали методы КАМ для лечения своих детей, указали, что это было, по крайней мере, в какой-то степени полезно. По словам родителей, большинство методов (таких как остеопатия, диетические изменения и пищевые добавки, а также натуропатия) привели к незначительному или умеренному улучшению состояния. Гомеопатия была воспринята родителями

как умеренно или очень полезная. Хиропрактика и духовное целительство считались наименее полезными. Предикторами продолжения использования КАМ были предыдущее применение методов КАМ родителями в связи с их собственными проблемами со здоровьем и более низкая предполагаемая полезность назначенных лекарств, по мнению родителей. Ни демографические, ни социально-экономические характеристики, ни статус заболевания не были связаны с использованием КАМ [17].

Те же авторы в 2009 году оценивали эффективность применения методов КАМ в отношении качества жизни, связанного со здоровьем, общего состояния здоровья, физического функционирования, боли и тяжести заболевания в той же когорте из 182 канадских детей с ЮИА (из них 40,4% — олигоартрит, 20,3% — полиартрит, 9% — системный артрит, 10,1% — энтезит-ассоциированный артрит, 11,2% — псориатический артрит, 9% — недифференцированный артрит). Использование методов КАМ было связано с последующим ухудшением общего состояния здоровья и физического функционирования по оценке ревматолога, несмотря на более высокую приверженность к назначенной медикаментозной терапии. Применение методов КАМ также не было связано с последующим улучшением показателей качества жизни, уменьшением боли или тяжести заболевания. Таким образом, было показано, что у детей с ЮИА, которые используют методы КАМ, результаты лечения не улучшаются, по крайней мере, в относительно краткосрочной перспективе, тем не менее они, по-видимому, более привержены к традиционному лечению, назначенному ревматологом, чем пациенты с ЮИА, не применяющие методы КАМ [18].

Е.М. Seburg и соавт. в 2012 году провели онлайн-опрос среди 134 подростков с ЮИА (возраст от 14 до 19 лет, 112 женского пола и 22 мужского), наблюдавшихся в детских ревматологических клиниках Миннесоты и Висконсина (США) на предмет использования ими методов КАМ. 72% участников исследования сообщили об использовании одного или нескольких методов КАМ (45% применяли йогу, 40% — медитацию, релаксацию или управляемые образы, 36% — массаж, 30% — фитотерапию и 19% — хиропрактику). Не было обнаружено значимой связи между использованием КАМ и полом, возрастом, расой или местом проживания. Более низкое психосоциальное качество жизни было связано с использованием массажа, медитации, релаксации или управляемых образов, а также с совокупным показателем любого использования КАМ ($p < 0,05$),

что, возможно, позволяет предположить, что применение методов КАМ является адаптивной реакцией на психосоциальный стресс. Частота обсуждения КАМ с врачами-ревматологами варьировала в зависимости от способа использования КАМ. В целом 46% участников сообщили, что обсуждали один или несколько методов КАМ со своим врачом. Представители молодежи более старшего возраста (17–19 лет) чаще, чем более младшего (14–16 лет), обсуждали методы КАМ (57% против 31%, $p < 0,05$), и пользователи каждого из способов чаще, чем не-пользователи, вступали в данные дискуссии. Среди подростков, которые обсуждали методы КАМ со своими врачами, и подростками, которые не обсуждали их, не было обнаружено существенных различий по полу, расе, месту проживания или уровню здоровья. Для большинства методов КАМ значительная часть подростков из тех, кто не пользовался ими, были в некоторой степени или очень заинтересованы в получении дополнительной информации о них (79% – о массаже, 57% – о йоге, 54% – о хиропрактике, 50% – о фитотерапии и 43% – о медитации, релаксации или управляемом воображении) [19].

G. Fadanelli и соавт. в 2012 году проанализировали использование методов КАМ у детей с ревматическими заболеваниями, проходивших лечение в детском ревматологическом центре в Падуе (Италия). Родители 150 детей (средний возраст 10,5 лет, средняя продолжительность заболевания 5,5 лет, 90 девочек и 60 мальчиков) с различными вариантами хронических ревматических заболеваний (80 – ЮИА, 45 – системные васкулиты, 25 – системные заболевания соединительной ткани) анонимно заполнили анкету о том, как их дети в прошлом или в настоящее время пользовались методами КАМ. Использование КАМ для лечения ревматических заболеваний у детей в Италии, по видимому, встречается реже, чем в Северной Америке. Были проанализированы две группы пациентов: группа 1 состояла из 100 пациентов, которые продолжали посещать центр, группа 2 состояла из 50 детей, которые не посещали клинику более года. Наблюдалось статистически значимо более широкое использование методов КАМ среди пациентов, которые не посещали клинику более года, по сравнению с теми, кто регулярно проходил обследование ($p=0,022$). Всего 22 пациента из 150 (14,7%), 10 из 100 в группе 1 (10%) и 12 из 50 в группе 2 (24%) использовали те или иные методы КАМ. Чаще всего использовались гомеопатия (54,5%), растительные лекарственные средства (50,0%),

витамины (40,9%) и микроэлементы (31,8%). Специалистами, которые назначали методы КАМ, чаще были семейные врачи или педиатры (45,5%), гомеопаты (40,9%), натуропаты (18,2%), иридологи (4,5%) или фармацевты (4,5%). Одна треть пациентов начала использовать методы КАМ в момент постановки диагноза ревматического заболевания, остальные – в среднем через 12,2 месяца (от 3 до 72 месяцев) после начала конвенциональной терапии. Родители тех пациентов, которые продолжали применять методы КАМ на момент проведения исследования, считали его более эффективным, чем традиционные препараты. Все родители этих детей (100%) были удовлетворены проводимым лечением, и 81,8% из них заявили об улучшении качества жизни их детей. Другими заявленными положительными эффектами, по мнению родителей, были уменьшение побочных эффектов, связанных с лечением (63,6%), уменьшение боли (50,0%), улучшение настроения (36,4%) и подвижности (36,4%). Статистически значимых различий в возрасте, поле, продолжительности заболевания и варианте ревматического заболевания между пользователями и не-пользователями КАМ выявлено не было. Частота использования методов КАМ в большей степени коррелировала с уровнем образования матерей, чем с уровнем образования отцов. Использование методов КАМ самими родителями было достоверно связано с их использованием детьми ($p=0,001$). После начала применения методов КАМ 6 пациентов (27,3%) полностью прекратили традиционное лечение, чаще из-за неадекватного ответа на терапию, по мнению родителей, недостаточных результатов традиционной терапии, страха перед возможными побочными эффектами, а также в одном случае из-за фактического наличия побочных эффектов и в одном случае по рекомендации специалиста по нетрадиционной медицине. Неблагоприятный исход, вероятно, связанный с использованием исключительно альтернативных методов лечения, наблюдался у 3 из 6 пациентов, которые полностью прекратили прием традиционных противоревматических препаратов, 2 из них (один с ЮИА и один с ЮДМ) сообщили о тяжелой стойкой инвалидизации, а третий, также с ЮДМ, в течение 14 месяцев получавший только гомеопатическое лечение, умер из-за инфекции, связанной с кишечным васкулитом и кальцинозом, которые являются известными осложнениями ЮДМ [20].

P. Nousiainen и соавт. в 2014 году провели перекрестное анкетирование среди 147 амбулаторных пациентов подросткового возраста, наблюдавшихся

в Детской больнице Университета Хельсинки (Финляндия), из них 50 с ЮИА, 18 — с олигоартритом, 25 — с полиартритом, 4 — с энтезит-ассоциированным артритом, 3 — с псориатическим артритом (средний возраст $13,8 \pm 1,1$ года, продолжительность заболевания $6,9 \pm 3,7$ года, 33 девочки и 17 мальчиков), а также 97 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), 46 — с болезнью Крона, 41 — с язвенным колитом и 10 — с недифференцированным колитом (средний возраст $15,5 \pm 1,5$ года, продолжительность заболевания $3,4 \pm 2,1$ года, 46 девочек и 51 мальчик), в ходе которого были изучены частота и тип использования КАМ. В течение последних 12 месяцев 48% пациентов регулярно использовали методы КАМ, в то время как 81% сообщили об эпизодическом их применении. По сравнению с пациентами с ЮИА, пациенты с ВЗК использовали КАМ чаще (54% среди пациентов с ВЗК и 38% среди пациентов с ЮИА, $p=0,08$). Наиболее часто используемые методы КАМ включали в себя пробиотики, поливитамины и добавки с микроэлементами и омега-3 и омега-6 жирными кислотами. Самостоятельное введение диетических ограничений встречалось только среди 27,6% пациентов, которые не применяли методы КАМ, но среди 64,8% всех пользователей КАМ ($p < 0,0001$). Наиболее часто используемые диеты включали в себя безмолочную и безглютеновую диету и отказ от фруктов и овощей, причем частота применения различных диет была сопоставима у пациентов с ВЗК и ЮИА. Пользователи КАМ, которые самостоятельно ввели диетические ограничения, чаще использовали комбинацию из нескольких методов КАМ, чем те, которые придерживались обычной диеты ($p < 0,0016$). Не было выявлено существенных гендерных различий или различий, связанных с окружающей средой или семьей (место жительства, размер семьи, домашние животные, курение), ассоциированных с использованием КАМ, равно как и не было обнаружено связи между продолжительностью заболевания и использованием КАМ. Активность заболевания была связана с применением КАМ при ЮИА (пациенты с активным заболеванием чаще использовали КАМ, чем пациенты с неактивным заболеванием, $p=0,038$), но не при ВЗК. Пациенты с заболеваниями средней и тяжелой степени тяжести, получавшие биологические препараты, глюкокортикостероиды или иммунодепрессанты, применяли методы КАМ с той же частотой, как и остальные пациенты. Кроме того, P. Nousiainen и соавт. не обнаружили существенного снижения приверженности лечению среди подростков, ис-

пользующих методы КАМ. Доля пациентов, сообщивших о плохом соблюдении назначенных лечащим врачом рекомендаций по приему лекарственных препаратов, была одинаковой среди лиц, применявших и не применявших методы КАМ, и сопоставимой между группами (19% при ВЗК и 26% при ЮИА, $p > 0,05$) [21].

В связи с весьма ограниченными возможностями медикаментозной терапии ювенильной фибромиалгии и других синдромов хронической скелетно-мышечной боли, родители детей, страдающих ими, достаточно часто прибегают к различным методам КАМ. J.C. Tsao и соавт. в 2007 году изучали предпочтения в выборе методов КАМ среди 129 детей (средний возраст $14,5 \pm 2,4$ года, 94 девочки и 35 мальчиков), наблюдавшихся в многопрофильной клинике высшего звена, специализирующейся на лечении хронической боли у детей (38,8% из них страдали миофасциальным болевым синдромом, 12,4% — ювенильной фибромиалгией, 11,6% — комплексным регионарным болевым синдромом и 1,6% — ЮИА). Более 60% пациентов решили попробовать хотя бы один метод КАМ для лечения боли. Самыми популярными методами КАМ оказались биологическая обратная связь, йога и гипноз, наименее популярными были арт-терапия и энергетические практики, а краниосакральная терапия, акупунктура и массаж занимали промежуточное положение. Сравнение между пациентами, которые выбрали по крайней мере один метод КАМ, и теми, кто не выбрал ни одного, показало, что те пациенты, которые выбирали КАМ, сообщали о большей продолжительности боли и худшем физическом функционировании. Однако не было выявлено никаких групповых различий по полу, расе / этнической принадлежности, уровню образования родителей, наличию коморбидных заболеваний, интенсивности боли или другим показателям состояния здоровья ребенка. Пациенты с ювенильной фибромиалгией с наибольшей вероятностью использовали бы методы КАМ (80% опрошенных) по сравнению с пациентами с остальными болевыми синдромами. Пациенты с миофасциальным и комплексным регионарным болевым синдромом достаточно часто выбирали методы КАМ (почти две трети опрошенных). Когда детям с хронической болью был предоставлен выбор методов КАМ, то, независимо от диагноза, они предпочитали неинвазивные подходы, способствующие расслаблению и соматическому контролю (биологическая обратная связь, йога и гипноз). Более продолжительная боль и более выраженные нарушения функционирования, особенно

во время семейных активностей, увеличивали вероятность того, что такие пациенты согласятся на применение методов КАМ, особенно тех, которые были отнесены к категории методов, основанных на воздействии на сознание (таких как гипноз, биологическая обратная связь и арт-терапия) [22].

Е.К. Verkamp и соавт. в 2013 году опросили на предмет применяемых ими методов лечения 110 молодых людей в возрасте от 14 до 25 лет с установленным не менее 2 лет назад диагнозом «ювенильная фибромиалгия» (средний возраст $18,97 \pm 2,37$ года, 103 женского пола и 7 мужского). 20 пациентов (18,2%) использовали методы КАМ, в том числе 4 участника (3,6%) – акупунктуру, 5 (4,5%) – хиропрактику и 11 (10%) – массаж, который оказался эффективен по мнению большинства (91%) применяющих его пациентов. Кроме того, 36 участников (32,7%) сообщили о приеме витаминных добавок или растительных лекарственных препаратов [23].

Отсутствие специальных опросников существенно затрудняло оценку применения методов КАМ в педиатрической ревматологии до 2016 года, когда К. Tourpin-April и соавт. разработали и валидировали англоязычный опросник WHAT (“Which Health Approaches and Treatments are you using?” – «Какие медицинские подходы и методы лечения вы используете?»), заполняемый как детьми, так и их родителями, и специально предназначенный именно для применения в педиатрической ревматологии [24], однако за прошедшие после публикации данной статьи почти 10 лет исследований, проведенных с использованием опросника WHAT в педиатрической ревматологии, не публиковалось, только в 2023 и 2024 году вышли две статьи М.Р. Alqudimat и соавт., посвященные применению данного опросника в детской онкологии [25, 26]. И вообще, за последние 10 лет оригинальных исследований по применению методов КАМ в педиатрической ревматологии, несмотря на их широкое применение пациентами, опубликовано так и не было. Наиболее актуальной публикацией является работа 2016 года Y. Cai и соавт., выполнивших систематический обзор и метаанализ РКИ, изучающих эффективность и безопасность общих гликозидов пиона при ЮИА [12]. *Paeonia lactiflora* Pallas, также называемая китайским пионом, является средством традиционной китайской медицины. В Китае, Корее и Японии отвар из его высушенных корней без коры веками использовался для лечения ревматоидного артрита. В 1998 году Государственное управление по контролю за продуктами и лекарствами Китая

разрешило его выпуск на рынок в качестве неббиологического лекарственного средства. Водный или спиртовой экстракт корня китайского пиона, также известный как общие гликозиды пиона, содержит более 15 компонентов, основным действующим веществом которых является пеонифлорин. В последние годы в ряде исследований были продемонстрированы противовоспалительные, иммуномодулирующие, гепатопротекторные и обезболивающие эффекты общих гликозидов пиона, в том числе ряд РКИ был проведен с участием пациентов, страдающих ЮИА [27–37]. Метаанализ Y. Cai и соавт., обобщивший данные этих 11 РКИ (590 пациентов с ЮИА, 308 из групп исследования, 282 – из групп контроля, возраст участников 9 исследований варьировал от 1,5 до 14 лет, средний возраст 8,8 года, 55% участников 9 исследований были мужского пола, а в двух исследованиях возраст и пол пациентов не сообщался), оценивал общую реакцию на вмешательство, интенсивность боли, количество болезненных суставов, количество припухших суставов, продолжительность утренней скованности, силу хвата кисти, уровень ревматоидного фактора, скорость оседания эритроцитов, С-реактивный белок, а также побочные эффекты в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе. В целом результаты этого метаанализа свидетельствуют о благоприятном воздействии общих гликозидов пиона в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами или болезнь-модифицирующими противоревматическими препаратами у пациентов с ЮИА в среднесрочной перспективе (9–26 недель). Общая частота развития нежелательных явлений также была ниже в группе вмешательства. Однако статистическая значимость большинства результатов не была достигнута ни в краткосрочной (4–8 недель), ни в долгосрочной перспективе (>26 недель), особенно в группах, получавших только общие гликозиды пиона, в сравнении с группами, получавшими только болезнь-модифицирующие противоревматические лекарственные препараты. Кроме того, Y. Cai и соавт. подчеркивают, что общее методологическое качество большинства исследований было низким, и рекомендуют проявлять осторожность при интерпретации этих положительных результатов [12].

Столь масштабных исследований применения других представителей китайской традиционной фитотерапии в педиатрической ревматологии на английском языке не публиковалось. Кроме того, большинство имеющихся опубликованных исследований включали преимущественно пациентов с

несистемными формами ЮИА, тогда как соответствующие исследования при системном артрите и системных заболеваниях соединительной ткани в доступных источниках практически отсутствуют.

M.S. Luu и соавт. в 2020 году и X. Yu и соавт. в 2024 году представили описания клинических случаев эффективности китайской традиционной фитотерапии в лечении болезни Стилла у 2 молодых взрослых пациентов: мужчины 28 лет, у которого после шестинедельного лечения гранулами на основе отвара Сяочайху и порошка Иньцяо наступила быстрая ремиссия, без рецидивов в течение 15 месяцев наблюдения после прекращения лечения [38], и женщины 28 лет, у которой терапия метилпреднизолоном в дозе 80 мг в сутки принесла лишь частичное улучшение, а после добавления к лечению отвара Чжу Е Ши Гао клинические симптомы и биомаркеры воспаления у пациентки улучшились, и ее состояние оставалось стабильным при продолжении приема отвара Чжу Е Ши Гао в комбинации с 4 мг метилпреднизолона в течение 10-месячного периода наблюдения [39]. Интерпретировать эти положительные результаты следует с большой осторожностью, с учетом возможности моноциклического течения болезни Стилла.

W. Wang и соавт. в 2021 году и Q. Chen и соавт. в 2024 году опубликовали описания клинических случаев эффективности и безопасности китайской традиционной фитотерапии в лечении болезни Шегрена у 2 взрослых пациентов: женщины 45 лет с неэффективностью гидроксихлорохина и препаратов искусственной слезы и искусственной слюны в течение года, сообщившей об отсутствии усталости или нарушения сна, а также об уменьшении сухости глаз и слизистых оболочек полости рта, подтвержденных улучшением показателей теста Ширмера и сиалометрии, после 7 месяцев применения И-Гуань-Цзяня с Хуай-Сяомаем и Тянь-Хуа-Фэнь, без каких-либо побочных эффектов [40], и женщины 56 лет, в течение 10 лет страдающей от ксерофтальмии и ксеростомии, а также от тревожного расстройства, проявлявшегося раздражительностью и бессонницей, с неэффективностью терапии алпразоломом, венлафаксином, пилокарпином и глазными каплями с гиалуронатом натрия, а после 8 недель лечения модифицированным отваром Да-Чай-Ху и отваром Лингуй Чжугань сообщившей о значительном улучшении симптомов, связанных с сухостью, и качества сна [41].

C.M. Yen и соавт. в 2024 году опубликовали результаты исследования эффективности и безопасности ежедневного употребления 350 мл

традиционного китайского травяного чая TBDESJS (Чунь-Юй-Цзин-Хуа-Инь), в состав которого входят Бай-Хэ, Май-Мен-донг, Ву-Вей-Цзы, Джу-Хуа, Юань-Чжи, Суань-Цзао-Жэнь и Бай-Шао, у 59 пациентов с синдромом Шегрена (средний возраст $54,4 \pm 12,53$ года, средняя продолжительность заболевания $6,25 \pm 6,77$ года, 57 женского пола и 2 мужского), 28 пациентов с изолированным синдромом сухого глаза (средний возраст $53,80 \pm 9,19$ года, средняя продолжительность заболевания $3,33 \pm 2,64$ года, 25 женского пола и 3 мужского) и 10 здоровых добровольцев (средний возраст $48,70 \pm 12,82$ года, 7 женского пола и 3 мужского). Как у пациентов с синдромом Шегрена, так и у пациентов с синдромом сухого глаза, через 4 и через 8 недель наблюдалось статистически значимое улучшение показателей теста Ширмера на обоих глазах ($p < 0,001$). Питтсбургский индекс качества сна значимо улучшился во всех группах через 8 недель ($p < 0,05$). Использование препаратов искусственной слезы снизилось как у пациентов с синдромом Шегрена, так и у пациентов с синдромом сухого глаза ($p < 0,001$). В данном исследовании не было выявлено серьезных побочных эффектов, у 2 пациентов отмечалась диарея, у 3 — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и у 1 — кожная сыпь. Как одно из ограничений исследования, C.M. Yen и соавт. отмечают отсутствие группы плацебо-контроля, организация которой при исследовании чая TBDESJS крайне затруднительна, учитывая присущие ему ярко выраженный аромат, вкус, цвет при заваривании и текстуру. Учитывая это ограничение, в будущих исследованиях будет рассмотрен вопрос о применении альтернативных форм введения, таких как порошки или капсулы, которые могли бы облегчить создание неотличимого плацебо. Такой подход позволил бы провести крупномасштабное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, позволяющее более точно оценить терапевтический потенциал чая TBDESJS в лечении синдрома Шегрена [42].

Как показало исследование T.D Yildirim и соавт. 2024 года, пациенты с системной склеродермией часто обращаются к фитотерапии. Среди 100 опрошенных взрослых пациентов 55 использовали те или иные фитопрепараты после установки диагноза системной склеродермии. Пациенты, принимавшие и не принимавшие фитотерапию, имели сходные демографические и клинические характеристики с точки зрения возраста, пола, уровня образования, продолжительности заболевания, формы заболевания, пораженных органов. Участники

в основном применяли следующие фитопрепараты: 23 участника использовали зеленый чай, 16 — зверобой продырявленный и 12 — куркуму. По словам участников, наибольшее улучшение симптомов после применения фитопрепаратов было отмечено в отношении состояния опорно-двигательного аппарата и толщины кожи. Хотя пациенты, страдающие системной склеродермией, и заявляли, что фитопрепараты принесли им пользу, исследований эффективности этих методов лечения недостаточно, чтобы рекомендовать их для широкого применения при системной склеродермии [43].

G. Fiori и соавт. в 2018 году оценивали влияние вмешательства с участием собак, дополняющего традиционную терапию, основанного на взаимодействии животных и человека, на улучшение психологических характеристик, снижение тревожности и боли у 42 пациентов с системной склеродермией, которые были разделены на три группы: 14 пациентов (средний возраст $60,4 \pm 8,6$ года, все 14 женского пола) прошли 20 еженедельных 50-минутных сеансов с участием собак и профессиональной многопрофильной команды, включавшей врача, медсестру и двух работников по уходу за животными, 14 пациентов (средний возраст $63,4 \pm 5,3$ года, 13 женского пола и 1 мужского) также раз в неделю по 50 минут занимались альтернативной социальной деятельностью без участия собак с конкретной целью — создание книги кулинарных рецептов (контрольная группа 1) и 14 пациентов (средний возраст $62,3 \pm 6,8$ года, 13 женского пола и 1 мужского), получавших традиционную терапию без какой-либо альтернативной деятельности (контрольная группа 2). В группе вмешательства наблюдалось достоверное снижение уровня тревожности по сравнению с двумя контрольными группами ($p < 0,001$). Уровень боли по визуальной аналоговой шкале оказался ниже как в группе вмешательства ($p < 0,001$), так и в контрольной группе 1 ($p < 0,01$). Опросник контроля мышления показал, что пациенты группы вмешательства, по сравнению с контрольной группой 2, обладали большей способностью избегать неприятных и нежелательных мыслей ($p < 0,05$). Пересмотренный личностный опросник Айзенка выявил усиление экстраверсии и уменьшение нейротизма в группе вмешательства по сравнению с обеими контрольными группами ($p < 0,05$). Таким образом, было показано, что вмешательства с участием животных значительно снижают восприятие боли, тревожность, нейротизм и улучшают социальное взаимодействие пациентов,

поэтому могут быть полезным дополнением к традиционным методам лечения системной склеродермии [44].

E.A. Berg и соавт. в 2014 году опубликовали статью с интригующим названием "What Everybody is DOIng but No One is Talking About: Use of Complementary and Alternative Medicine in the ANCA Associated Vasculitis Population" («То, что все делают, но о чем никто не говорит: использование КАМ у пациентов с васкулитами, ассоциированными с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами» (АНЦА)). Данное исследование завершили 107 пациентов в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст 53 ± 17 лет, средняя продолжительность заболевания $6,4 \pm 5,8$ года, 66 женского пола и 41 мужского, 64 пациента с микроскопическим полиангиитом, 40 — с гранулематозом с полиангиитом и 2 — с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом). У 48% из них были выявлены АНЦА к протеиназе 3, у 44% — к миелопероксидазе и 8% были АНЦА-негативными. Основными пораженными органами были почки (87%), суставы (55%), легкие (53%) и верхние дыхательные пути (53%). 81% участников исследования сообщили о применении по крайней мере одного вида КАМ, при этом наиболее частыми были молитвы (64%), физические упражнения (27%), релаксационные техники (21%), массаж (19%), медитация (13%), хиропрактика (13%), йога (12%) и акупунктура (7%). Большинство практик использовались для улучшения самочувствия, и большинство опрошенных назвали их очень полезными. Пациенты, которые пользовались методами КАМ, были в среднем на десять лет моложе тех, кто не пользовался ими ($p = 0,0016$), но пользователи и не-пользователи КАМ были похожи по полу и расе. У тех, кто применял методы КАМ, наблюдалась тенденция к более длительной продолжительности заболевания ($p = 0,15$). Характеристики заболевания, включая тип васкулита, специфичность АНЦА и пораженные органы, статистически значимо не различались между пользователями и не-пользователями КАМ. Из 94 пациентов, использовавших КАМ, только 24 обсуждали применение методов КАМ со своим лечащим врачом, при этом 40% сказали, что хотели бы обсудить с ним эту тему, а 88% были бы рады поделиться с лечащим врачом своими практиками в области КАМ. На вопрос, порекомендовали бы они КАМ другим пациентам с васкулитами, 48% из тех, кто указал, что использовал КАМ, ответили положительно [45].

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, несмотря на отсутствие соответствующей доказательной базы, методы КАМ достаточно широко используются как взрослыми, так и детьми, страдающими ревматическими заболеваниями. При этом в большинстве случаев в семьях детей, применяющих методы КАМ, наблюдается хорошая приверженность и к конвенциональному лечению [14, 17, 18, 21], что может быть связано с тем, что родители, которые используют методы КАМ для лечения ребенка, могут быть глубже вовлечены в процесс лечения, поскольку они, по-видимому, активно ищут все возможные методы лечения для своего ребенка, не просто отказываются от любого традиционного лечения, но хотят испробовать все возможные варианты лечения. Родители, также, возможно, становятся более приверженными традиционному лечению, если КАМ не оправдала их ожиданий. Кроме того, поскольку родители детей с более высокой степенью тяжести заболевания с большей вероятностью ищут помощи КАМ, они могут использовать более массивное медикаментозное лечение, чем пациенты, не использующие методы КАМ, и применяют методы КАМ именно в качестве дополнительного, а не альтернативного лечения. Безусловно, рекомендовать к применению методы, эффективность которых не доказана в ходе РКИ, врач-ревматолог не должен. Нужно ли запрещать применение как минимум безопасных методов КАМ, начатое пациентами по собственной инициативе, – вопрос спорный. Однако, безусловно, врач не должен осуждать пациентов и их родителей в связи с применением методов КАМ, так как большинство пациентов, применяющих методы КАМ, не сообщают об этом своему лечащему врачу, именно опасаясь осуждения [11, 19, 45]. А бесконтрольное использование методов КАМ может, как минимум, привести к снижению эффективности назначенных лекарственных препаратов, побочным эффектам КАМ и фармакологическим взаимодействиям с противоревматическими лекарственными препаратами, а в худшем случае – к полному прекращению традиционного лечения, исчезновению из поля зрения ревматолога и, как следствие, стойкой инвалидизации и даже смерти ребенка [20], в связи с чем врачи-ревматологи должны быть осведомлены об использовании КАМ, особенно у тех пациентов, которые пропускают регулярные осмотры в клинике. Некоторые родители детей с ревматическими заболеваниями ищут помощи КАМ из-за страха

перед побочными эффектами лекарственных препаратов или из-за отсутствия улучшения состояния ребенка на фоне конвенциональной терапии. Однако большинство родителей обращается к КАМ для облегчения боли у ребенка, а также для улучшения его общего самочувствия, не отказываясь от традиционной терапии, признавая ее ведущую роль в лечении ребенка [11], соответственно, задача врача-ревматолога – донести до родителей информацию о наличии немедикаментозных методов лечения с высокой доказательной базой в отношении уменьшения боли и улучшения общего самочувствия у ребенка, страдающего ревматическим заболеванием, к которым, в первую очередь относится психотерапия [46] и лечебная физическая культура [47].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методы КАМ широко используются пациентами с ревматическими заболеваниями для уменьшения боли и улучшения общего самочувствия и часто оказываются весьма полезными по мнению пациентов и их родителей, но необходимо более открытое обсуждение КАМ между врачами и пациентами. Мониторинг применения методов КАМ в педиатрической ревматологии важен не только для уменьшения потенциальных побочных эффектов и взаимодействий с традиционными лекарственными препаратами, но и для лучшего понимания методов КАМ и их влияния на состояние здоровья юных пациентов, что может привести к более эффективному комплексному подходу к лечению пациентов с хроническими ревматическими заболеваниями. Дальнейшие исследования должны включать в себя РКИ и изучение результатов применения методов КАМ в течение более длительного периода времени, причем информацию следует запрашивать как у родителей, так и у самих юных пациентов, поскольку у детей могут быть иные представления об эффективности лечения, чем у их родителей. Мы надеемся, что благодаря большей осведомленности врачей и пациентов и их родителей о различных типах терапии, в частности о методах КАМ, будет проведено больше РКИ для тщательной проверки эффективности и безопасности тех методов КАМ, которые являются наиболее перспективными для применения в педиатрической ревматологии, что поможет врачам давать своим пациентам рекомендации по лечению, основанные на доказательной базе.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Источники финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Табеева Г.Р., Филатова Е.Г., Амелин А.В., Осипова В.В., Артеменко А.Р., Ахмадеева Л.Р., Екушева Е.В., Корешкина М.И., Лебедева Е.Р., Сергеев А.В., Головачева В.А., Латышева Н.В., Наприенко М.В., Скоробогатых К.В., Азимова Ю.Э., Рачин А.П., Парфенов В.А. Альтернативные и комплементарные методы лечения мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(1):4–15. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-1-4-15.
2. Епифанова Е.В. Административно-правовые проблемы неконвенциональной медицины. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Право*. 2023;2(53):69–80. DOI: 10.17308/law/1995-5502/2023/2/69-80.
3. Ашихмин Я.И., Ратникова А.К., Фельсендорфф О.В., Мельников А.Ю., Дикур О.Н., Грудина М.О. Интеграционная медицина и профилактика старения: современное состояние вопроса. *Врач*. 2022;33(12):5–10. DOI: 10.29296/25877305-2022-12-01.
4. Чапек М. Думать по-другому при психосоматических состояниях у ревматологических больных (изменение стиля мышления врача). *Современная ревматология*. 2021;15(2):7–16. DOI: 10.14412/1996-7012-2021-2-7-16.
5. Абросимов И.Н., Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Лисицына Т.А., Ялтонская А.В., Лиля А.М. Иммуновоспалительные ревматические заболевания: роль восприятия болезни и совладания с ней в психологической адаптации пациента. *Современная ревматология*. 2022;16(6):20–25. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-6-20-25.
6. Матьянова Е.В., Полищук Е.Ю., Кондрашева О.В., Каратеев А.Е., Лиля А.М. Танцевальная терапия как метод реабилитации при ревматических заболеваниях. *Современная ревматология*. 2023;17(5):7–14. DOI: 10.14412/1996-7012-2023-5-7-14.
7. Желябина О.В., Елисеев М.С., Кузьмина Я.И. Диета при подагре и гиперурикемии: несколько важных вопросов. *Современная ревматология*. 2024;18(1):117–121. DOI: 10.14412/1996-7012-2024-1-117-121.
8. Сантимов А.В., Жданова М.В., Новик Г.А. Диета при фибромиалгии. *Университетский терапевтический вестник*. 2024;6(4):100–122. DOI: 10.56871/UTJ.2024.13.47.009.
9. Сантимов А.В. Роль диеты в развитии и лечении ревматических заболеваний у детей. *Children's Medicine of the North-West*. 2024;12(4):99–117. DOI: 10.56871/CmN-W.2024.65.19.007.
10. Павловская Е.В., Зубович А.И., Строкова Т.В. Нутритивные нарушения у детей с ревматическими заболеваниями и возможности их коррекции. *Вопросы детской диетологии*. 2022;20(3):40–50. DOI: 10.20953/1727-5784-2022-3-40-50.
11. April K.T., Walji R. The state of research on complementary and alternative medicine in pediatric rheumatology. *Rheum Dis Clin North Am*. 2011;37(1):85–94. DOI: 10.1016/j.rdc.2010.11.011.
12. Cai Y., Yuan Q., Xu K., Zhu J., Li Y., Wu X., Yang L., Qiu Y., Xu P. Assessment of the therapeutic effect of total glucosides of peony for juvenile idiopathic arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2016;2016:8292486. DOI: 10.1155/2016/8292486.
13. Hagen L.E., Schneider R., Stephens D., Modrusan D., Feldman B.M. Use of complementary and alternative medicine by pediatric rheumatology patients. *Arthritis Rheum*. 2003;49(1):3–6. DOI: 10.1002/art.10931.
14. Feldman D.E., Duffy C., De Civita M., Malleson P., Philibert L., Gibbon M., Ortiz-Alvarez O., Dobkin P.L. Factors associated with the use of complementary and alternative medicine in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum*. 2004;51(4):527–32. DOI: 10.1002/art.20536.
15. Zebracki K., Holzman K., Bitter K.J., Feehan K., Miller M.L. Brief report: use of complementary and alternative medicine and psychological functioning in Latino children with

- juvenile idiopathic arthritis or arthralgia. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(8):1006–10. DOI: 10.1093/jpepsy/jsm033.
16. Rouster-Stevens K., Nageswaran S., Arcury T.A., Kemper K.J. How do parents of children with juvenile idiopathic arthritis (JIA) perceive their therapies? *BMC Complement Altern Med*. 2008;8:25. DOI: 10.1186/1472-6882-8-25.
 17. April K.T., Feldman D.E., Zunzunegui M.V., Descarreaux M., Malleson P., Duffy C.M. Longitudinal analysis of complementary and alternative health care use in children with juvenile idiopathic arthritis. *Complement Ther Med*. 2009;17(4):208–15. DOI: 10.1016/j.ctim.2009.03.003.
 18. Toupin-April K., Feldman D.E., Zunzunegui M.V., Descarreaux M., Malleson P., Duffy C.M. Is complementary and alternative healthcare use associated with better outcomes in children with juvenile idiopathic arthritis? *J Rheumatol*. 2009;36(10):2302–7. DOI: 10.3899/jrheum.081295.
 19. Fadanelli G., Vittadello F., Martini G., Zannin M.E., Zannon G., Zulian F. Complementary and Alternative Medicine (CAM) in paediatric rheumatology: a European perspective. *Clin Exp Rheumatol*. 2012;30(1):132–6.
 20. Seburg E.M., Horvath K.J., Garwick A.W., McMorris B.J., Vehe R.K., Scal P. Complementary and alternative medicine use among youth with juvenile arthritis: are youth using CAM, but not talking about it? *J Adolesc Health*. 2012;51(2):200–2. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.01.003.
 21. Nousiainen P., Merras-Salmio L., Aalto K., Kolho K.L. Complementary and alternative medicine use in adolescents with inflammatory bowel disease and juvenile idiopathic arthritis. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14:124. DOI: 10.1186/1472-6882-14-124.
 22. Tsao J.C., Meldrum M., Kim S.C., Jacob M.C., Zeltzer L.K. Treatment Preferences for CAM in children with chronic pain. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2007;4(3):367–74. DOI: 10.1093/ecam/nel084.
 23. Verkamp E.K., Flowers S.R., Lynch-Jordan A.M., Taylor J., Ting T.V., Kashikar-Zuck S. A survey of conventional and complementary therapies used by youth with juvenile-onset fibromyalgia. *Pain Manag Nurs*. 2013;14(4):e244–e250. DOI: 10.1016/j.pmn.2012.02.002.
 24. Toupin April K., Stinson J., Boon H., Duffy C.M., Huber A.M., Gibbon M., Descarreaux M., Spiegel L., Vohra S., Tugwell P. Development and Preliminary Face and Content Validation of the “Which Health Approaches and Treatments Are You Using?” (WHAT) Questionnaires Assessing Complementary and Alternative Medicine Use in Pediatric Rheumatology. *PLoS One*. 2016;11(3):e0149809. DOI: 10.1371/journal.pone.0149809.
 25. Alqudimat M.R., Toupin April K., Jibb L., Victor C., Nathan P.C., Stinson J. Inter-rater reliability, construct validity, and feasibility of the modified “which health approaches and treatments are you using?” (what) questionnaires for assessing the use of complementary health approaches in pediatric oncology. *Children (Basel)*. 2023;10(9):1500. DOI: 10.3390/children10091500.
 26. Alqudimat M.R., Toupin April K., Jibb L., Victor C., Nathan P.C., Stinson J. Assessment of complementary health approaches use in pediatric oncology: Modification and preliminary validation of the “Which Health Approaches and Treatments Are You Using?” (WHAT) questionnaires. *PLoS One*. 2024;19(3):e0294393. DOI: 10.1371/journal.pone.0294393.
 27. Shi Y., Ding X. Observation on effectiveness of MTX and TGP on rheumatic arthritis with children. *Anhui Medical and Pharmaceutical Journal*. 2004;8(6):413–414.
 28. Tang X.-M., Xu P.-J., Li Q. et al. The evaluation of renal damage of total glucosides of paeony on juvenile idiopathic arthritis. *Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Nephrology*. 2004;5(11):646–647.
 29. Zang Y.-S. Observation on curative effects of total glucosides of paeony for juvenile idiopathic arthritis. *Anhui Medical and Pharmaceutical Journal*. 2004;9(2):97–98.
 30. Cao L.-F., Zhao Y., Mao H.-Y. The clinical efficacy and safety of TGP treatment in juvenile idiopathic arthritis. *Chinese Journal of Rheumatology*. 2006;10(2):100–103.
 31. Li Y., Yang L., Liao Z.-H. The therapeutic effect of total glucosides of paeony combined methotrexate on juvenile idiopathic arthritis. *Modern Journal of Integrated Chinese Traditional and Western Medicine*. 2008;17(21):3291–3292.
 32. Liu X.-H. The therapeutic effect of total glucosides of paeony combined methotrexate on systemic juvenile idiopathic arthritis. *Jiangxi Zhong Yi Yao*. 2008;39(305):37–38.
 33. Tong H.-Y., Shui Y.-X. The effect of total glucosides of paeony on juvenile idiopathic arthritis. *Zhejiang Zhongyi Za Zhi*. 2009;44(7):543.
 34. Sun Y. Comparative study on clinical efficacy of using methotrexate singly or combined with total glucosides of paeony in treating juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of Taishan Medical College*. 2011;32(10):744–746.
 35. Zhao J., Li H. Total Glucosides of Paeony combined methotrexate for non-systemic Juvenile Idiopathic Arthritis. *World Health Digest Medical Periodical*. 2011;8(46):8–10.
 36. Fang P., Li L.-H. The therapeutic effect of total glucosides of paeony combined methotrexate on non-systemic juvenile idiopathic arthritis. *Medical Information*. 2012;25(1):168–169.
 37. Wang X.-J. Clinical observation of methotrexate combined with total glucosides of paeony for juvenile rheumatoid arthritis. *Evaluation and Analysis of Drug-Use in Hospitals of China*. 2012;12(8):722–724.
 38. Lyu M.S., Li D.Y., Zhou S.Z., Ban C.J., Yan J. Adult-onset Still's disease successfully treated with Chinese herbal medicine: A case report with 15-month follow-up. *J Integr Med*. 2020;18(6):530–534. DOI: 10.1016/j.joim.2020.08.004.

39. Yu X., Zhu Y., Xu J., Song X. Successful complementary therapy with traditional Chinese medicine in a patient with Qi and Jin deficiency symptoms from adult-onset Still's disease: A case report. *Explore (NY)*. 2024;20(2):256–260. DOI: 10.1016/j.explore.2023.08.006.
40. Wang W., Wang X., Fan Y. Complementary therapy with Traditional Chinese Medicine for a patient with Sjögren's syndrome: A case report. *Explore (NY)*. 2021;17(3):223–226. DOI: 10.1016/j.explore.2020.03.004.
41. Chen Q., Chen X., Zhu Y., Yu X. A relatively rare traditional Chinese medicine pattern of primary Sjögren syndrome: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(15):e37744. DOI: 10.1097/MD.00000000000037744.
42. Yen C.M., Lin H.C., Chen W.S., Hsu C.C., Liaw C.C., Kung Y.Y., Ma C.P., Chen H.Y., Su Y.T., Chang C.M. Evaluation of traditional Chinese medicine tea bag TBDESJS in patients with Sjögren's syndrome and dry eye syndrome: A phase II pilot study. *Int J Rheum Dis*. 2024;27(11):e15398. DOI: 10.1111/1756-185X.15398.
43. Yildirim T.D., Basibuyuk F., Birlik A.M. Patients with systemic sclerosis frequently use phytopharmaceuticals: a cross-sectional survey. *Rheumatol Int*. 2024;44(12):3079–3085. DOI: 10.1007/s00296-024-05745-8.
44. Fiori G., Marzi T., Bartoli F., Bruni C., Ciceroni C., Palomba M., Zolferino M., Corsi E., Galimberti M., Moggi Pignone A., Viggiano M.P., Guiducci S., Calamai M., Matucci-Cerinic M. The challenge of pet therapy in systemic sclerosis: evidence for an impact on pain, anxiety, neuroticism and social interaction. *Clin Exp Rheumatol*. 2018;36 Suppl 113(4):135–141.
45. Berg E.A., McGregor J.G., Burkart M.E., Poulton C.J., Hu Y., Falk R.J., Hogan S.L. What Everybody is Doing but No One is Talking About: Use of Complementary and Alternative Medicine in the ANCA Associated Vasculitis Population. *J Autoimmune Dis Rheumatol*. 2014;2(3):74–91. DOI: 10.12970/2310-9874.2014.02.03.2.
46. Сантимов А.В., Часнык В.Г., Гречаный С.В. Психотерапевтический подход к лечению хронического болевого синдрома при ювенильном идиопатическом артрите и предикторы его эффективности. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2022;13(2):138–150. DOI: 10.34883/PI.2022.13.2.010.
47. Сулова Г.А., Булина О.В. К вопросу о медицинской реабилитации: современный уровень и перспективы развития. *Children's Medicine of the North-West*. 2023;11(4):5–14. DOI: 10.56871/CmN-W.2023.40.55.001.
- Latysheva N.V., Naprienko M.V., Skorobogatykh K.V., Azimova Yu.E., Rachin A.P., Parfenov V.A. Alternative and complementary treatments for migraine. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(1):4–15. (In Russian). DOI: 10.14412/2074-2711-2024-1-4-15.
2. Epifanova E.V. Administrative and legal problems of non-conventional medicine. *Proceedings of Voronezh State University. Series: Law*. 2023. 2023;2(53):69–80. (In Russian). DOI: 10.17308/law/1995-5502/2023/2/69-80.
3. Ashikhmin Ya.I., Ratnikova A.K., Felsendorff O.V., Mel'nikov A.Yu., Dikur O.N., Grudina M.O. Integrative medicine and aging prevention: state-of-the-art. *Vrach*. 2022;33(12):5–10. (In Russian). DOI: 10.29296/25877305-2022-12-01.
4. Capek M.E.Y. Thinking differently in rheumatological psychosomatic conditions (changing the doctor's style of thinking). *Modern Rheumatology Journal*. 2021;15(2):7–16. (In Russian). DOI: 10.14412/1996-7012-2021-2-7-16.
5. Abrosimov I.N., Yaltonsky V.M., Sirota N.A., Lisicyna T.A., Yaltonskaya A.V., Lila A.M. Immunoinflammatory rheumatic diseases: the role of the perception of the disease and coping with it in the psychological adaptation of the patient. *Modern Rheumatology Journal*. 2022;16(6):20–25. (In Russian). DOI: 10.14412/1996-7012-2022-6-20-25.
6. Matyanova E.V., Polishchuk E.Yu., Kondrasheva O.V., Karateev A.E., Lila A.M. Dance therapy as a method of rehabilitation in rheumatic diseases. *Modern Rheumatology Journal*. 2023;17(5):7–14. (In Russian). DOI: 10.14412/1996-7012-2023-5-7-14.
7. Zhelyabina O.V., Eliseev M.S., Kuzmina Y.I. Diet for gout and hyperuricaemia: some important questions. *Modern Rheumatology Journal*. 2024;18(1):117–121. (In Russian). DOI: 10.14412/1996-7012-2024-1-117-121.
8. Santimov A.V., Zhdanova M.V., Novik G.A. Diet for fibromyalgia. *University Therapeutic Journal*. 2024;6(4):100–122. (In Russian). DOI: 10.56871/UTJ.2024.13.47.009.
9. Santimov A.V. The role of diet in the development and treatment of rheumatic diseases in children. *Children's Medicine of the North-West*. 2024;12(4):99–117. (In Russian). DOI: 10.56871/CmN-W.2024.65.19.007/
10. Pavlovskaya E.V., Zubovich A.I., Strokova T.V. Nutritional disorders in children with rheumatic diseases and opportunities for their correction. *Pediatric Nutrition*. 2022;20(3):40–50. (In Russian). DOI: 10.20953/1727-5784-2022-3-40-50.
11. April K.T., Walji R. The state of research on complementary and alternative medicine in pediatric rheumatology. *Rheum Dis Clin North Am*. 2011;37(1):85–94. DOI: 10.1016/j.rdc.2010.11.011.
12. Cai Y., Yuan Q., Xu K., Zhu J., Li Y., Wu X., Yang L., Qiu Y., Xu P. Assessment of the therapeutic effect of total glucosides of peony for juvenile idiopathic arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Evid*

REFERENCES

- Based Complement Alternat Med.* 2016;2016:8292486. DOI: 10.1155/2016/8292486.
13. Hagen L.E., Schneider R., Stephens D., Modrusan D., Feldman B.M. Use of complementary and alternative medicine by pediatric rheumatology patients. *Arthritis Rheum.* 2003;49(1):3–6. DOI: 10.1002/art.10931.
 14. Feldman D.E., Duffy C., De Civita M., Malleson P., Philibert L., Gibbon M., Ortiz-Alvarez O., Dobkin P.L. Factors associated with the use of complementary and alternative medicine in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004;51(4):527–32. DOI: 10.1002/art.20536.
 15. Zebracki K., Holzman K., Bitter K.J., Feehan K., Miller M.L. Brief report: use of complementary and alternative medicine and psychological functioning in Latino children with juvenile idiopathic arthritis or arthralgia. *J Pediatr Psychol.* 2007;32(8):1006–10. DOI: 10.1093/jpepsy/jsm033.
 16. Rouster-Stevens K., Nageswaran S., Arcury T.A., Kemper K.J. How do parents of children with juvenile idiopathic arthritis (JIA) perceive their therapies? *BMC Complement Altern Med.* 2008;8:25. DOI: 10.1186/1472-6882-8-25.
 17. April K.T., Feldman D.E., Zunzunegui M.V., Descarreaux M., Malleson P., Duffy C.M. Longitudinal analysis of complementary and alternative health care use in children with juvenile idiopathic arthritis. *Complement Ther Med.* 2009;17(4):208–15. DOI: 10.1016/j.ctim.2009.03.003.
 18. Toupin-April K., Feldman D.E., Zunzunegui M.V., Descarreaux M., Malleson P., Duffy C.M. Is complementary and alternative healthcare use associated with better outcomes in children with juvenile idiopathic arthritis? *J Rheumatol.* 2009;36(10):2302–7. DOI: 10.3899/jrheum.081295.
 19. Fadanelli G., Vittadello F., Martini G., Zannin M.E., Zanone G., Zulian F. Complementary and Alternative Medicine (CAM) in paediatric rheumatology: a European perspective. *Clin Exp Rheumatol.* 2012;30(1):132–6.
 20. Seburg E.M., Horvath K.J., Garwick A.W., McMorris B.J., Vehe R.K., Scal P. Complementary and alternative medicine use among youth with juvenile arthritis: are youth using CAM, but not talking about it? *J Adolesc Health.* 2012;51(2):200–2. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.01.003.
 21. Nousiainen P., Merras-Salmio L., Aalto K., Kolho K.L. Complementary and alternative medicine use in adolescents with inflammatory bowel disease and juvenile idiopathic arthritis. *BMC Complement Altern Med.* 2014;14:124. DOI: 10.1186/1472-6882-14-124.
 22. Tsao J.C., Meldrum M., Kim S.C., Jacob M.C., Zeltzer L.K. Treatment Preferences for CAM in children with chronic pain. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2007;4(3):367–74. DOI: 10.1093/ecam/nel084.
 23. Verkamp E.K., Flowers S.R., Lynch-Jordan A.M., Taylor J., Ting T.V., Kashikar-Zuck S. A survey of conventional and complementary therapies used by youth with juvenile-onset fibromyalgia. *Pain Manag Nurs.* 2013;14(4):e244–e250. DOI: 10.1016/j.pmn.2012.02.002.
 24. Toupin April K., Stinson J., Boon H., Duffy C.M., Huber A.M., Gibbon M., Descarreaux M., Spiegel L., Vohra S., Tugwell P. Development and Preliminary Face and Content Validation of the “Which Health Approaches and Treatments Are You Using?” (WHAT) Questionnaires Assessing Complementary and Alternative Medicine Use in Pediatric Rheumatology. *PLoS One.* 2016;11(3):e0149809. DOI: 10.1371/journal.pone.0149809.
 25. Alqudimat M.R., Toupin April K., Jibb L., Victor C., Nathan P.C., Stinson J. Inter-rater reliability, construct validity, and feasibility of the modified “which health approaches and treatments are you using?” (what) questionnaires for assessing the use of complementary health approaches in pediatric oncology. *Children (Basel).* 2023;10(9):1500. DOI: 10.3390/children10091500.
 26. Alqudimat M.R., Toupin April K., Jibb L., Victor C., Nathan P.C., Stinson J. Assessment of complementary health approaches use in pediatric oncology: Modification and preliminary validation of the “Which Health Approaches and Treatments Are You Using?” (WHAT) questionnaires. *PLoS One.* 2024;19(3):e0294393. DOI: 10.1371/journal.pone.0294393.
 27. Shi Y., Ding X. Observation on effectiveness of MTX and TGP on rheumatic arthritis with children. *Anhui Medical and Pharmaceutical Journal.* 2004;8(6):413–414.
 28. Tang X.-M., Xu P.-J., Li Q. et al. The evaluation of renal damage of total glucosides of paeony on juvenile idiopathic arthritis. *Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Nephrology.* 2004;5(11):646–647.
 29. Zang Y.-S. Observation on curative effects of total glucosides of paeony for juvenile idiopathic arthritis. *Anhui Medical and Pharmaceutical Journal.* 2004;9(2):97–98.
 30. Cao L.-F., Zhao Y., Mao H.-Y. The clinical efficacy and safety of TGP treatment in juvenile idiopathic arthritis. *Chinese Journal of Rheumatology.* 2006;10(2):100–103.
 31. Li Y., Yang L., Liao Z.-H. The therapeutic effect of total glucosides of paeony combined methotrexate on juvenile idiopathic arthritis. *Modern Journal of Integrated Chinese Traditional and Western Medicine.* 2008;17(21):3291–3292.
 32. Liu X.-H. The therapeutic effect of total glucosides of paeony combined methotrexate on systemic juvenile idiopathic arthritis. *Jiangxi Zhong Yi Yao.* 2008;39(305):37–38.
 33. Tong H.-Y., Shui Y.-X. The effect of total glucosides of paeony on juvenile idiopathic arthritis. *Zhejiang Zhongyi Za Zhi.* 2009;44(7):543.
 34. Sun Y. Comparative study on clinical efficacy of using methotrexate singly or combined with total glucosides of paeony in treating juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of Taishan Medical College.* 2011;32(10):744–746.

35. Zhao J., Li H. Total Glucosides of Paeony combined methotrexate for non-systemic Juvenile Idiopathic Arthritis. *World Health Digest Medical Periodical*. 2011;8(46):8–10.
36. Fang P., Li L.-H. The therapeutic effect of total glucosides of paeony combined methotrexate on non-systemic juvenile idiopathic arthritis. *Medical Information*. 2012;25(1):168–169.
37. Wang X.-J. Clinical observation of methotrexate combined with total glucosides of paeony for juvenile rheumatoid arthritis. *Evaluation and Analysis of Drug-Use in Hospitals of China*. 2012;12(8):722–724.
38. Lyu M.S., Li D.Y., Zhou S.Z., Ban C.J., Yan J. Adult-onset Still's disease successfully treated with Chinese herbal medicine: A case report with 15-month follow-up. *J Integr Med*. 2020;18(6):530–534. DOI: 10.1016/j.joim.2020.08.004.
39. Yu X., Zhu Y., Xu J., Song X. Successful complementary therapy with traditional Chinese medicine in a patient with Qi and Jin deficiency symptoms from adult-onset Still's disease: A case report. *Explore (NY)*. 2024;20(2): 256–260. DOI: 10.1016/j.explore.2023.08.006.
40. Wang W., Wang X., Fan Y. Complementary therapy with Traditional Chinese Medicine for a patient with Sjögren's syndrome: A case report. *Explore (NY)*. 2021;17(3):223–226. DOI: 10.1016/j.explore.2020.03.004.
41. Chen Q., Chen X., Zhu Y., Yu X. A relatively rare traditional Chinese medicine pattern of primary Sjögren syndrome: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(15):e37744. DOI: 10.1097/MD.00000000000037744.
42. Yen C.M., Lin H.C., Chen W.S., Hsu C.C., Liaw C.C., Kung Y.Y., Ma C.P., Chen H.Y., Su Y.T., Chang C.M. Evaluation of traditional Chinese medicine tea bag TBDESJS in patients with Sjögren's syndrome and dry eye syndrome: A phase II pilot study. *Int J Rheum Dis*. 2024;27(11):e15398. DOI: 10.1111/1756-185X.15398.
43. Yildirim T.D., Basibuyuk F., Birlik A.M. Patients with systemic sclerosis frequently use phytopharmaceuticals: a cross-sectional survey. *Rheumatol Int*. 2024;44(12):3079–3085. DOI: 10.1007/s00296-024-05745-8.
44. Fiori G., Marzi T., Bartoli F., Bruni C., Ciceroni C., Palomba M., Zolferino M., Corsi E., Galimberti M., Moggi Pignone A., Viggiano M.P., Guiducci S., Calamai M., Matucci-Cerinic M. The challenge of pet therapy in systemic sclerosis: evidence for an impact on pain, anxiety, neuroticism and social interaction. *Clin Exp Rheumatol*. 2018;36 Suppl 113(4):135–141.
45. Berg E.A., McGregor J.G., Burkart M.E., Poulton C.J., Hu Y., Falk R.J., Hogan S.L. What Everybody is Doing but No One is Talking About: Use of Complementary and Alternative Medicine in the ANCA Associated Vasculitis Population. *J Autoimmune Dis Rheumatol*. 2014;2(3):74–91. DOI: 10.12970/2310-9874.2014.02.03.2.
46. Santimov A.V., Chasnyk V.G., Grechanyi S.V. Psychotherapeutic approach to the treatment of chronic pain syndrome in juvenile idiopathic arthritis and predictors of its effectiveness. *Psychiatry psychotherapy and clinical psychology*. 2022;13(2):138–150. (In Russian). DOI: 10.34883/PI.2022.13.2.010.
47. Suslova G.A., Bulina O.V. On the issue of medical rehabilitation: current level and development prospects. *Children's Medicine of the North-West*. 2023;11(4):5–14. (In Russian). DOI: 10.56871/CmN-W.2023.40.55.001.

Об авторах

✉ **Андрей Вячеславович Сантимов** — к.м.н., доцент кафедры детских болезней им. профессора И.М. Воронцова. E-mail: a.santimoff@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-4750-5623>; SPIN: 1362-9140

Николай Владимирович Слизовский — к.м.н., доцент кафедры детских болезней им. профессора И.М. Воронцова. E-mail: nataliaslizovskaya@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0009-3041-3432>; SPIN: 2955-6525

Марина Владимировна Жданова — к.м.н., доцент кафедры детских болезней им. профессора И.М. Воронцова. E-mail: zhdanova-marina@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7035-0100>; SPIN: 2204-3465

Геннадий Айзикович Новик — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детских болезней им. профессора И.М. Воронцова. E-mail: ga_novik@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7571-5460>; SPIN: 6289-0209

Authors info

✉ **Andrey V. Santimov** — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Children's Diseases named after Professor I.M. Vorontsov.

E-mail: a.santimoff@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-4750-5623>; SPIN: 1362-9140

Nikolai V. Slizovskiy — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Children's Diseases named after Professor I.M. Vorontsov. E-mail: nataliaslizovskaya@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0009-3041-3432>; SPIN: 2955-6525

Marina V. Zhdanova — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Children's Diseases named after Professor I.M. Vorontsov. E-mail: zhdanova-marina@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7035-0100>; SPIN: 2204-3465

Gennady A. Novik — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Children's Diseases named after Professor I.M. Vorontsov. E-mail: ga_novik@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7571-5460>; SPIN: 6289-0209