

Mulțumesc domnului Prof. dr. Ștefan Șuțeanu care m-a îndrumat cu înțelegere, intuiție și răbdare în demersul meu de a aprofunda și cerceta un domeniu minunat și fascinant al medicinei, cu aplicație și în reumatologie - homeopatia -

Rigoarea și perseverența în studiu, aplecarea cu grijă și înțelegere asupra suferinței bolnavilor, dorința de a găsi de fiecare dată modalitatea cea mai potrivită de tratament, atitudini pe care domnul profesor le-a manifestat de-a lungul anilor în practica sa medicală și în activitatea didactică, mi-au fost exemplu, călăuză și sprijin, mi-au dat încrederea că pot realiza cu pasiune și dorință de cunoaștere, o lucrare care să fie un început pentru studii ulterioare.

Aduc mulțumirile mele domnului profesor pentru tot ce a însemnat ajutorul dânsului în anii de studiu și cercetare, fără de care nu aș fi putut realiza această lucrare.

Profesionalismul său, pasiunea, onestitatea, dorința de cunoaștere, vor fi pentru mine, mereu, îndreptar și pași de urmat în practica medicală și în cercetările viitoare.

Îmi exprim deosebita considerație și mulțumesc doamnei Prof. dr. Aurelia Nicoleta Cristea, care, urmând tradiția profesorilor de la Catedra de Farmacologie, începând cu Prof. A. Teitel, le descoperă studenților și alte căi în terapeutică, purtându-i în sfera farmacologiei informaționale și a dozelor infimezimale. Cercetările experimentale pe care le-a efectuat au contribuit, alături de studii similare din străinătate, la înțelegerea și explicarea acțiunii remediei homeopat, m-au ajutat în toată perioada cercetării la elaborarea tezei.

Aceeași rigoare, pasiune, dăruire și profesionalism ca și cele întâlnite la domnul Prof. Șuțeanu, m-au impresionat și au marcat evoluția mea în această perioadă.

Mulțumesc de asemenea domnului Prof. Victor Stoica pentru încrederea și sprijinul pe care mi le-a acordat de la momentul prezentării temei pentru teza de doctorat și pentru acceptul de a desfășura studiul în cadrul clinicii conduse de dânsul, colectivului de medici și asistente care m-au primit cu colegialitate și în mod deosebit doamnelor doctor Rodica Vișan, Gabriela Udrea, Veronica Pop și Mariana Sasu.

Nu în ultimul rând mulțumesc doamnei farmacist Carmen Ponoran, director al Firmei Plant Extract care mi-a oferit remediile homeopate folosite pe toată perioada studiului clinic.

Fără sprijinul, încrederea și susținerea dânsilor, demersul meu terapeutic și finalizarea acestei lucrări ar fi fost foarte dificile. Mulțumiri aduc și pacienților care au acceptat să facă parte din lotul care a primit remedii homeopate, dându-mi posibilitatea să demonstrez eficacitatea acestui tratament.

Cu toată grațitudinea

Dr. Luminița-Natalia Sârcă

CUPRINS

Abrevieri

Introducere

I. Partea generală.

Cap. 1. Durerea

Cap. 2. Variabilitatea reacției la durere

Cap. 3. Durerea în bolile reumatismale

Cap. 4. Evaluarea durerii. Scările de evaluare a intensității dureroase

Cap. 5. Tratamentul durerii în bolile reumatismale

Cap. 6. Metoda farmacoterapeutică homeopată

6.1. Istoricul homeopatiei

6.2. Homeopatia - farmacoterapia informațională

6.3. Legile de bază ale homeopatiei

6.4. Boala ca sindrom reacțional

6.5. Diagnosticul farmacoterapeutic de remediu

6.6. Posologia în terapeutila homeopată

6.7. Semiologia homeopată în bolile reumatismale

6.8. Farmacoterapia homeopată în bolile reumatismale

Cap. 7. Reglementările de ordin științific și bioetic privind cercetarea pe subiecți umani,
cu referire la farmacoterapia durerii în bolile reumatismale

Cercetări experimentale și studii clinice în domeniul homeopatiei

II. Partea specială.

Cap. 8. Motivația studiului

Cap. 9. Obiective

Cap.10. Metodologia de studiu

10.1. Protocolul general de studiu

10.2. Medicamente alese pentru studiu

10.2.1. Medicamente alopate alese pentru studiu

10.2.2. Medicamente homeopate alese pentru studiu, raportate la patologia în studiu

10.3. Metodele folosite pentru aprecierea durerii

Cap.11. Studiul pe afecțiuni și rezultatele

11.1. Artroze (Gonartroza și Coxartroza)

11.1.1. Protocolul particular de studiu

11.1.2. Rezultate și discuții

11.2. Lombosciatica - de cauză vertebrală -

11.2.1. Protocolul particular de studiu	
11.2.2. Rezultate și discuții	
11.3. Nevralgia cervicobrahială - de cauză vertebrală -	
11.3.1. Protocolul particular de studiu	
11.3.2. Rezultate și discuții	
11.4. Periartrita scapulo-humerală	
11.4.1. Protocolul particular de studiu	
11.4.2. Rezultate și discuții	
11.5. Reumatisme inflamatorii cronice (Poliartrita reumatoidă și Spondilita anchilozantă)	
11.5.1. Protocolul particular de studiu	
11.5.2. Rezultate și discuții	
Cap.12. Discuții generale	
Cap.13. Concluzii	
Contribuții personale în perioada cercetării	
Bibliografie	
Anexe. Date primare și prelucrări statistice ale acestora.	

Abrevieri

ACTH	=	adrenocorticotropic hormone
ANOVA	=	AN alysis Of VA riance
APUD	=	Amine Precursor Uptake and Decarboxilation
ATI	=	anestezie, terapie intensivă
cAMP	=	adenozin monophosphat ciclic
cGMP	=	glucozamin monophosphat cilic
CRF	=	corticotrofin releasing factor
EFIC	=	Asociația Europeană a Filialelor IASP
GABA	=	acid gama-amino-butiric
HAQ	=	H ealth A ssesment Q uestionnaire
I	=	Informație
IASP	=	International Association for The Study of Pain
LES	=	lupus eritematos sistemic
NCB	=	nevralgie cervicobrahială
NMDA	=	N-metil-D-aspartan
OMS	=	Organizația Mondială a Sănătății
PAR	=	Poliartrită reumatoidă
PM	=	Polimiozită
PSH	=	periartrită scapulohumerală
RMN	=	rezonanță magnetică nucleară
SA	=	Spondilită anchilozantă
SM	=	Semnal medicamentos
VDS	=	V isual D escriptive S cale
WOMAC	=	W estern O ntario MAC Master University

" Unica și înalta misiune a medicului este de a reda bolnavului starea de sănătate, proces numit Vindecare ". (Samuel Hahnemann)

Starea originară a omului este cea de sănătate iar strădania noastră de a o păstra sau de a reveni la ea este firească. Starea de sănătate îți dă bucuria de a trăi, de a întâmpina fiecare zi cu energie și optimism. În limba japoneză cuvântul "bucurie" este scris cu un "caracter" la care dacă se adaugă, deasupra lui, un radical cu semnificația "iarbă", "caracterul" rezultat înseamnă "medicament" sau "medicină". Medicamentul este ceea ce folosim pentru a readuce corpului și minții omului starea de sănătate. Radicalul "iarbă" se referă la natură, iar starea de sănătate se păstrează respectând legile naturii. Homeopatia este medicina care în înțelegerea organismului uman și în modalitatea de tratament urmează legile naturii.

Originile ei se află în concepția de abordare a bolnavilor și bolilor și în modul de a le trata ale lui Hipocrate și chiar în vremuri mai străvechi. A fost uitată sau ignorată o lungă perioadă de timp datorită modului de gândire strict materialist care impune explicarea fenomenelor în mod științific, prin rezultatele concrete ale experimentelor și măsurărilor.

Medicamentele homeopate acționează și prin elemente " ascunse ", imposibil de măsurat și evidențiat, până în ultimii ani, când, paradoxal, dezvoltarea tehnologiei care a periferizat-o atât de mult timp, a dus la posibilitatea înțelegerii și explicării mecanismului de acțiune.

În paralel, renașterea sa a fost influențată și de dezvoltarea psihologiei, viziunea holistică asupra omului și chiar de apariția interesului crescut pentru ecologie. Conceptul de bază este de organism văzut ca un întreg, funcționând ca un ansamblu, aflat în strânsă relație cu mediul înconjurător. Starea de sănătate sau de boală trebuie înțeleasă în acest context.

Samuel Hahnemann a denumit modalitatea de abordare, înțelegere și tratament a pacientului " homeopatie " (de la grecescul omeos = similar și pathos = suferință). Astfel, homeopatia înseamnă " a trata cu ceva care produce efecte similare suferinței pacientului ".

- În cartea sa apărută în 1810, intitulată ORGANONUL - Arta de a vindeca - Hahnemann prezintă succint principiile și legitățile homeopatiei :
1. Vindecarea se produce în concordanță cu anumite legi din natură;
 2. Nimeni nu poate asigura vindecarea în afara acestor legi;
 3. Nu există boli ca atare, ci doar indivizi bolnavi;
 4. Îmbolnăvirea este întotdeauna de natură dinamică, deci, pentru a vindeca remediul trebuie să fie de asemenea în stare dinamică;

5. Pacientul are nevoie de un anumit remediu, indiferent de stadiul bolii; dacă acesta nu este găsit, pacientul nu poate fi vindecat, starea lui putând fi cel mult ameliorată.

Hahnemann a readus în prim plan " viața ", " forța " ascunsă din fiecare substanță din natură, pe care o putem mobiliza și folosi prelucrând-o corect. Concepția materialistă, newtoniană, a fost înlocuită de paradigma einsteiniană din fizica cuantică, conform căreia materia este energie. Homeopatia o folosește în scop terapeutic.

Prin urmare, efectul curativ al remediilor homeopate nu este de natură materială, ci este implicat factorul energetic, informațional, care se transmite prin sucusiune (dinamizare) materiei neutre în care se dizolvă.

Observații făcute în practica zilnică ca și în cadrul cercetărilor de către medici alopați, au relevat că doze infime de substanță pot produce îmbolnăvirea, de aceea ne întrebăm de ce nu se acceptă că o doză la fel de mică de remediu poate aduce vindecarea, mai ales că remediul homeopat este prescris tocmai pe baza afinității maxime față de simptome, deci pacientul este extrem de sensibil la remediul respectiv. Una din explicațiile științifice ale acțiunii dozelor homeopate infime se află în legea lui Maupertuis (matematician francez din sec. XVIII), care afirma că " în natură, cantitatea de acțiune necesară pentru a afecta orice schimbare este cea mai mică cu putință; conform acestui principiu, cantitatea decisivă este întotdeauna minimă, infimă ".

Un complex de motive a făcut ca asemenea idei și explicații, științifice și ele, să fie ignorate sau considerate excentricități ale cercetătorilor sau medicilor care le susțineau. Până în ultimii ani ai secolului XIX, medicii homeopați au fost nevoiți să se mulțumească numai cu rezultatele clinice ale tratamentelor lor. Noile concepte din matematică, fizică, biochimie, informatică, astronomie, psihologie, farmacologie, au adus elemente care ajută la explicarea modului de acțiune al remediilor homeopate.

Prin lucrarea de față am încercat să prezint complexitatea homeopatiei și importanța ei în medicină și în mod special în reumatologie și eficacitatea tratamentului cu remedii homeopate.

În prima parte a lucrării (partea generală), am făcut o prezentare teoretică a homeopatiei, din punct de vedere istoric, al conceptului de medicină holistică, al mecanismului de acțiune și al particularităților sale față de alopatie, prin prisma noilor descoperiri științifice și a rezultatelor din ultimii ani și cele actuale ale cercetărilor experimentale și studiilor clinice efectuate în țara noastră și în străinătate.

Am abordat de asemenea, teoretic, conceptul de durere, în general și în particular durerea din afecțiunile reumatice, precum și modalitățile de tratament homeopat și alopat.

Contribuția personală constă în studiul clinic comparativ privind tratamentul durerii din afecțiunile reumatice prin cele două modalități - homeopată și alopata - prezentat în partea a doua a lucrării, care, prin rezultatele obținute, confirmă ameliorarea durerii la pacienții care au primit medicație homeopată la un nivel apropiat de cel înregistrat la pacienții care au primit medicație alopata.

În ultimii ani, în clinici de medicină homeopată din țări ca Anglia (Spitalul Regal Homeopat din Londra, spitalele homeopate din Glasgow, Birmingham), Franța (Centrul de cercetări Boiron, Spitalul Saint-Jaques din Paris), Italia (Spitalul Homeopat din Torino), Austria (Institutul Boltzmann care are o bază clinică homeopată în cadrul Policlinicii Centrale din Viena), SUA (Rheumatic Disease Clinics of North America), ș.a. există o preocupare deosebită de cercetare clinică și experimentală care să evidențieze într-un mod obiectiv și științific acțiunea eficientă a remediilor homeopate atât în afecțiuni acute cât și cronice.

Recentele descoperiri ale științei care introduc noi concepte și paradigme privind materia și energia, fac posibilă explicarea și înțelegerea mecanismului de acțiune complex și total diferit al remediilor homeopate față de cel al medicamentelor alocate, care până acum era doar intuit. În cadrul lucrării de față am folosit termenul de "remediu homeopat" deoarece aceasta este denumirea pentru o substanță naturală folosită în terapie și care nu are efecte secundare asupra organismului.

Termenul de "medicament" a fost folosit pentru substanțele chimice, de sinteză sau semisinteză, folosite în terapie și care au asupra organismului efecte pozitive sau negative.

Legile după care acționează remediile homeopate, modul în care se produc ameliorarea simptomelor și/sau vindecarea au rămas valabile și neschimbate în timp, adăugându-se o dată cu trecerea anilor elemente care explică mecanismul de acțiune și rezultatele experienței clinice și ale cercetărilor a tot mai mulți medici din întreaga lume.

Pentru a se ajunge la adevăr trebuie - așa cum a spus Descartes - "ca măcar o dată în viață să renunți la toate părerile preconcepute și să reconstruiești din temelie sistemul cunoștințelor tale".

Am făcut acest lucru atunci când am descoperit homeopatia și de atunci continui să adaug printr-un studiu permanent și prin practica medicală zilnică noi cărămizi la construcția sistemului prin care să înțeleg tot mai bine ființa umană, oamenii bolnavi și să-i pot ajuta pentru a-și regăsi starea de sănătate sau de a le ameliora măcar suferința.

Afecțiunile reumatice, prin frecvența lor mare și prin suferința pe care o produc, în mod deosebit prin durere, necesită alegerea tratamentului cel mai eficient pentru pacientul în cauză, și de aceea este important de știut nu numai tipul de boală care-l afectează, ci mai ales

" pe ce tip de pacient pune stăpânire boala ", cum afirma renumitul medic englez William Osler.

Acestui deziderat homeopatia răspunde prin înseși modul ei de acțiune, adică asupra terenului individului, care, modificat de o serie de factori permite instalarea bolii.

Am prezentat în această lucrare homeopatia prin prisma actualelor descoperiri și concepte științifice și am încercat să argumentez și printr-un studiu clinic personal contribuția pe care tratamentul homeopat îl poate avea, în cazul acesta, în ameliorarea durerii din bolile reumatice.

Cercetările și studiile clinice viitoare în contextul interesului tot mai mare pentru terapiile neconvenționale, precum și evoluția cunoașterii în noul mileniu vor da posibilitatea înțelegerii complete a homeopatiei și valorii ei în ameliorarea stării de sănătate a populației.

Prin această lucrare doresc să aduc și un omagiu geniului care a fost Samuel Hahnemann și tuturor medicilor care, cu har și iubire față de bolnavi, s-au aplecat cu răbdare și perseverență asupra unui domeniu medical, fascinant și deosebit atât prin concepția sa, cât și prin eficiența probată în peste 250 de ani de practică.

Obiectivele pe care mi le-am propus în acest studiu clinic au fost :

1. Demonstrarea eficacității, siguranței și tolerabilității medicamentelor homeopate în tratarea durerii din afecțiunile reumatice.
2. Compararea rezultatelor tratamentului cu medicamente homeopate față de tratamentul cu medicamente alopate în durerea din afecțiunile reumatice.

Afecțiunile pentru care s-a efectuat studiul sunt :

- a. Artroze (gonartroza și coxartroza);
- b. Lombosciatica (de cauză vertebrală);
- c. Nevralgia cervico-brahială (de cauză vertebrală);
- d. Reumatismul abarticular (periartrita scapulohumerală - PSH);
- e. Reumatisme inflamatorii cronice (poliartrita reumatoidă și spondilita anchilozantă - PAR și SA).

Am ales pentru tratament simptomul "durere", pentru că este cel pentru care un pacient suferind de o afecțiune reumatică se adresează medicului, îi afectează viața personală, profesională și socială, invalidându-l uneori pentru perioade lungi de timp.

Prof. univ. dr. Ostin Mungiu, președintele Asociației de Algeziologie din România și șeful Disciplinei de Algeziologie- Toxicologie- Farmacologie din cadrul Universității de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa" din Iași, spune că " România este scufundată într-o mare de dureri și suferințe de tot felul; cele mai frecvente dureri sunt cele cauzate de bolile reumatice".

Durerea poate fi acută (când durează puțin, câteva zile) și durerea cronică ce durează luni sau chiar ani. Durerea semnalează că ceva nu este în ordine în organism. Se poate spune că durerea este al cincilea simț vital. Prof. Ostin Mungiu prin Asociația de Algeziologie militează pentru recunoașterea durerii cronice ca "boală" în sine. În acest mod durerea va putea fi tratată corect și eficient, iar medicii vor avea pregătirea corespunzătoare.

În Europa și America există Centre de terapia Durerii (Pain Clinics), în Thailanda sunt patru spitale numai pentru tratamentul durerii.

În România sunt Centrul de terapia durerii din București și Centrul de Studiu și Terapie a Durerii din Iași. Prof. Ostin Mungiu a organizat cursuri de algeziologie pentru medici, a scris lucrări de specialitate, perseverând astfel în demersul său de realizare a unei pregătiri cât mai bune a medicilor care tratează "durerea".

Tema tezei fiind centrată pe "durere" și pe tratamentul ei, am abordat în partea generală a lucrării acest simptom sub mai multe aspecte și în același timp am prezentat domeniul homeopatiei și specificul tratamentului durerii cu remedii homeopate.

În primul capitol este prezentată "durerea". Există multe definiții prin care se încearcă exprimarea complexității acestui simptom. Medicul anestezist Bonica, cel care alături de neurochirurgul White a înființat primul centru de studiu al durerii (SUA, 1961), definește durerea ca fiind o constelație a unei experiențe neplăcute - perceptual și emoțional - asociată cu un răspuns reflex autonom, psihic și manifestări reacționale provocate de lezarea țesuturilor de către factori agresivi sau boli[109].

Arseni și Oprescu consideră că durerea este un model cerebral rezultând dintr-o suprasumație de stimuli de natură variată, mediați ascendent prin sisteme complexe specifice și nespecifice, spre structuri cerebrale analitice și integrative a căror activitate normală a fost perturbată.[3]

Definiția acceptată azi ca fiind cea mai completă a fost formulată în 1994 de către Comitetul de Taxonomie al Societății de Studiu al Durerii (IASP). Conform acestei definiții durerea este o experiență senzorială și emoțională dezagreabilă, dată de o leziune tisulară veritabilă sau potențială sau de o descriere cu termeni ce se referă la o asemenea leziune.

Ea cuprinde elemente subiective, de personalitate și elementul causal psihic al unei dureri.[109] De asemenea implică doi factori : senzorial (nocicepția, durerea fiziologică) și emoțional (suferința), care pot fi actuale sau evenimente potențiale.

Organismul uman - trup, spirit și suflet - este o unitate inseparabilă față de tot ceea ce ne înconjoară și cu sine, cu elementele ce îl compun. Bolile se nasc atunci când omul, indiferent din ce motiv, nu mai poate menține echilibrul, armonia dintre numeroasele elemente ale vieții. Atunci apare și durerea - fizică sau sufletească.[56; 111]. Profesorul Ostin Mungiu afirmă că la un congres cu tema "durerea", unul dintre specialiști a definit-o ca fiind " ceea ce spune bolnavul că este, că simte". Deci fiecare om are "durerea" lui.

Cea mai recentă definiție spune că "durerea este o afecțiune a sistemului nervos care trebuie tratată urgent, indiferent de maladia care a produs-o". Durerea este un semnal esențial în înțelegerea dezechilibrelor sau dezordinilor produse în organism. Se iau în considerare două componente ale durerii : senzația de durere și reacția la durere. Senzația de durere este specifică și se caracterizează prin localizare spațială, temporală, intensitate și calitate.

Reacția la durere - locală și generală - se face prin răspuns fiziologic (reflex), psihologic (afectiv) și comportamental (somatomotor), implicând sistemul nervos în totalitate. Mărimea reacției depinde de factori variați : senzoriali, motivaționali, cognitivi și psihologici .

Răspunsul imediat este involuntar, prin reflex segmental sau suprasegmental, cu scopul menținerii homeostaziei prin contracții sau spasme ale mușchilor scheletici, reacții glandulare, vasomotorii, modificări cardiovasculare, respiratorii, răspunsuri endocrine multiple. Răspunsul secundar este conștient (cortical).[109]

În 1930 Erlanger și Gasser au identificat în rădăcinile spinale și în nervii spinali somatici fibre cu conducere lentă, specifice pentru durere.[114]

Cercetările făcute de Sherington în 1900 privind reflexele spinale au fost continuate în 1947 de către Adrian care demonstrează reflexul spinal de apărare prin flectarea membrilor din cele trei articulații (reacție de scurtare) la stimulii dureroși aplicați pe extremitățile lor.

În 1949-1950 Moruzzi și Magoun au descoperit rolul funcțional al formațiunii reticulate a trunchiului cerebral și au identificat sistemul reticulat activator ascendent, cu transmitere senzitivă și senzorială nespecifică.

Acest sistem primește colaterale de la căile sensibilității generale și căile organelor de simț de la nivelul trunchiului cerebral și le transmite nespecific și difuz prin intermediul talamusului la scoarța cerebrală.[9; 109]

Această transmitere nespecifică, difuză spre scoarța cerebrală include și durerea. Noțiunea de " percepție dureroasă " se referă atât la nocicepție cât și la comportamentul dureros. În 1980 Loeser dădea patru dimensiuni noțiunii de durere:

- nocicepție = durerea fiziologică;
- durere = entitate patologică;
- suferința = fenomen fizic și psihic de însoțire;
- manifestări dureroase = comportament dureros individualizat.

În prezent termenul de durere include toate aceste aspecte.[97]

Într-o concepție veche, stimulii nociceptivi periferici se transmiteau pe căile nervoase la structurile centrale unde se prelucrau și rezulta percepția dureroasă. Azi se vorbește de o modulare a stimulilor nociceptivi la toate nivelurile.

În 1987 Besson și colaboratorii disting trei componente în fenomenul dureros :

- componenta senzorială discriminativă care se referă la capacitatea de analiză a naturii durerii, a localizării ei topografice, a intensității și duratei de acțiune a stimulului dureros;
- componenta emoțională cuprinde așa-zisul limbaj psihogen de exprimare simbolică a durerii cu un spectru semantic și onomasiologic foarte larg, însoțit de o reacție gestuală:[4]
- componenta cognitivă și evaluativă implică fenomene de atenție, de evaluare a experienței anterioare și de anticipare a riscurilor.

În vechea concepție stimulii nociceptivi periferici se transmiteau pe căile nervoase la structurile centrale unde se prelucrau și rezulta percepția dureroasă. Azi se vorbește de o modulare a stimulilor nociceptivi la toate nivelurile.

Modularea se realizează atât în sensul percepției ca senzație cât și ca intensitate a durerii. Agresiunea declanșatoare a unei " dureri " poate fi și un element de " stress ".

Acest termen a fost folosit în urmă cu aprox. 70 ani de către Selye (1936) și desemna un fenomen biologic de solicitare și răspuns nespecific la agresiuni fizice, chimice sau biologice. În termeni fiziologici se definește ca un sindrom general de adaptare cu rolul de alarmă, rezistență și epuizare. [73;80]

În timp, s-au adus completări la înțelegerea și interpretarea reacțiilor neuro-endocrino-metabolice ale sindromului general de adaptare descris de Selye, denumit " reacție oscilantă postagresivă " de către Labond în 1955. [86; 91]

În afara activării complexului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal secretor de CRF - ACTH și hormoni glucocorticoizi pe de-o parte și a sistemului simpatico-adrenocatecolaminergic pe de altă parte, suprasolicitățile stresante, inclusiv cele nociceptive, determină o gamă variată de alte dezechilibre neuro-endocrine centrale și periferice.

Printre acestea sunt descărcările hormonale adaptative de ACTH, ADH, hormon tireotrop, somatotrop, prolactină, ocitocină, glucagon, gonadotrofine, hormoni gonadali, tiroidieni, etc.

În ultimele decenii s-a acordat o atenție deosebită sistemului endocrin difuz (paracrin sau APUD) eliberator de hormoni locali începând cu neuropeptidele opioide (enkefaline, endorfine, dinorfine) și substanțe algogene (histamină, serotonină, substanța P, bradikinină) și sfârșind cu peptidele vasoactive (endoteline, sistemul renină-angiotensină, kinine plasmatică) și factori antacoizi lipidici (prostaglandine, prostaciline și leucotriene).[91]

Atât mediatorii chimici cât și substanțele hormonale acționează la nivelul diverselor țesuturi și organe prin intermediul receptorilor membranari, citozolici sau nucleari, determinând răspunsuri celulare specifice cu participarea receptorilor intracelulari de tipul nucleotidelor ciclice (cAMP, cGMP) sau al derivaților de inozitolfosfat (IP 3 și DAG) eliberatori de ioni de calciu și activatori de proteinkinaze.

Sensul și intensitatea reacțiilor celulare și tisulare s-a constatat că depind nu numai de natura, agresivitatea și durata solicitării stresante, ci și de starea funcțională a organismului stresat .

Descărcările neuro-endocrino-metabolice rezultate pot genera reacții adaptative normale, de apărare și de creștere a rezistenței organismelor la stres (eustres) sau pot genera dezechilibre biochimice cu alterări structurale și funcționale patologice (distres) de diferite grade. În acest sens, în ultimul timp există un interes crescând și în studiul analgeziei de stres ca fenomen de adaptare protectivă.

Sistemul nervos elaborează, transmite și prelucrează datele, iar lezarea unei afeerențe de la orice nivel - periferic sau central - duce la o perturbare informațională care în acest caz se traduce prin durere.

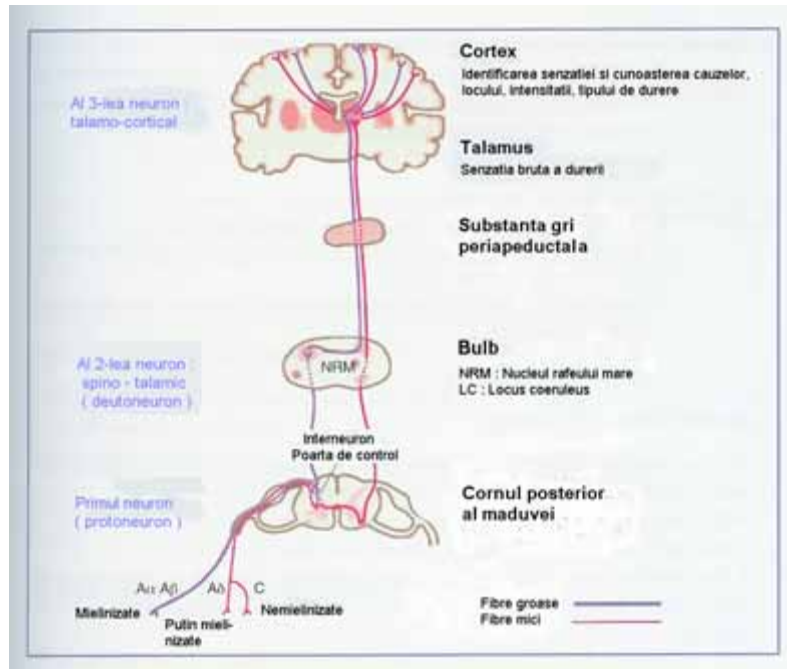
Modularea informațională are loc de la nociceptor până la nucleii centrali prin interconexiunile neuronale convergente și divergente care pot da fenomene de facilitare, ocluzie, reverberație, care modifică pe traseu forma informației nociceptoare după factori variați care influențează durerea : bagajul genetic, vârsta, sexul, cultura, mediul social, condițiile de producere a durerii, starea de sănătate, medicația, etc.

În acest fel au apărut ipoteze care explică durerea proiectată, hiperalgia cutanată, teorii de explicare a mecanismului durerii, cum este teoria " porții " .

Teoria " porții " de control al durerii se bazează pe rolul inhibitor al fibrelor nociceptoare aferente (inhibiție presinaptică) ale neuronului intercalar de la nivelul substanței gelatinoase Rolando, care poate fi inhibat de fibrele subțiri și excitat de fibrele groase. Această teorie introduce ideea existenței unui mecanism endogen de suprimare a durerii și evidențiază noțiunea de " balanță " între fibrele inhibitoare și activatoare.[86; 109]

Mecanisme de integrare spinală

Măduva spinală este un organ foarte complex cu rol important în integrarea și modularea durerii.



Căile nociceptive - " Precis de rhumatologie clinique " - pag.23

Neuronii cornului posterior fac conexiuni cu unul sau mai mulți neuroni intercalari pe orizontală și verticală și cu un neuron vegetativ din cornul lateral.

La nivel medular există numeroși neurotransmițători cu rol în mecanismele noxice cum sunt gruparea neurokininelor și aminoacizi excitatori (glutamat, aspartat).

Medierea nocicepției este blocată de opioizii endogeni, substanțe ale sistemului serotoninergic și noradrenergic (noradrenalina, adrenalina, dopamina).

Alte substanțe cu rol în medierea nocicepției sunt colecistokinina, calcitonina, somatostatina, peptidul intestinal vasoactiv și substanțe care intervin în mecanismele de blocaj fiziopatologic cum sunt GABA, adenozină și altele.[9; 109]

Controlul central se face de către zona senzitivo-motorie a cortexului, nucleii centrali, în special nucleul caudat, rinencefal, substanța reticulată, hipotalamus, nucleii rafeului și alte zone din trunchiul cerebral. De la acești centri se fac conexiuni lungi și scurte, ascendente și descendente cu rol în modularea durerii.[46]

După locul leziunii dureroase distingem durerea somatică (superficială și profundă), durerea viscerală, centrală (leziuni medulare sau cerebrale), psihică și mixtă.

După locul de apariție vorbim de durere primară sau principală și durere secundară care poate fi iradiată (proiectată în lungul unui nerv), referită (durere viscerală referită pe zona somatică) sau puncte *trigger* . Tot aici intră extinderea durerii primare în jurul focarului (hiperalgie perifocală). Uneori durerea secundară poate deveni dominantă în evoluție, necesitând tratament asociat durerii primare. ca tipuri particulare de durere se cunosc hiperpatia, hiperalgezia, anestezia dureroasă și alodinia.

Din punct de vedere al evoluției durerea poate fi acută (simptom în cadrul bolii, care dispare după vindecarea acesteia și nu lasă sechele) și cronică (durerea care persistă între 1 și 6 luni, pacienții fiind rezistenți la medicamentele și tratamentele uzuale).

Variabilitatea reacției la durere

Răspunsul la durere este foarte diferit, depinzând de tipul și gradul leziunii, tipul de durere, atitudinea pacientului față de durere, personalitate, nivel de inteligență, grad de cultură, anturaj.

În funcție de evoluție durerea poate fi acută sau cronică. Sternbach și Fordyce definesc durerea acută ca simptom al unei boli și durerea cronică ca boală în sine.

Durerea acută dispare după vindecarea bolii și nu lasă sechele fizice sau psihice.

Durerea cronică este un factor stresant pentru organism care " biciuiește " până la epuizare reacțiile neuroendocrine generatoare de dezechilibre morfochimice locale și generale de grade variate. Reacțiile somato-vegetative și senzitivo-senzoriale sunt exagerate, iar pragul durerii este scăzut creându-se un cerc vicios de întreținere a durerii cronice. Fiecare tip de durere înregistrează o anumită reacție din partea bolnavului și beneficiază de modalități diferite de tratament.

Prof. dr. Aurelia Cristea a efectuat cercetări experimentale care au dus la descrierea unui tip de reacție la durere - tipul opioid - asimilat tipului B de reacție la durere opus celui adrenergic (tipul A). Acesta din urmă a fost descris în 1980 de Friedman și Rosenman. [106]

Rezultatele cercetării au evidențiat sensibilitatea dureroasă redusă la tipul opioid (tipul O) și crescută la tipul A și respectiv nivelul catecolaminelor urinare scăzut la tipul O și crescut la tipul A.

În condiții de stres cronic nivelul catecolaminelor urinare descrește continuu la tipul A și crește la tipul O explicând diferențele reacției la durere la cele două tipuri; sindromul hiperalgic aparține tipului O, iar sindromul depresiv caracterizează tipul A. Sindromul hiperalgic observat la tipul O poate fi consecința secreției crescute de endorfine și enkephaline în timpul stresului.

Fiind cunoscut faptul că nivelul scăzut al opioidelor endogene permite eliberarea crescută a catecolaminelor poate de asemenea explica creșterea nivelului catecolaminelor în timpul stresului cronic la tipul O.

Evoluția nivelului catecolaminelor în stresul cronic la cele două tipuri sugerează că fiecare tip implică sistemul neuroendocrin dominant în timpul stresului.

Durerea în bolile reumautice

În afecțiunile reumatice durerea este un simptom de prim ordin. Factorii declanșatori sunt diverși : traumatici, inflamatori, iritativi, mecanici, degenerativi excitând receptori specifici (nociceptorii) sau fibrele lor aferente situate la nivel articular și mai ales periarticular (capsulă, terminații ale tendoanelor, ligamente, fascii) precum și în musculatura scheletică și în periost.

Patologia reumatică cuprinde boli ale aparatului locomotor care se caracterizează clinic prin durere, redoare articulară și tumefacție, însoțite în majoritatea cazurilor de o importantă limitare a funcțiilor mio-artro-kinetice. Toate structurile aparatului locomotor - os, cartilaj, sinovială, capsulă articulară, mușchi, ligamente - sunt generatoare de suferințe de tip reumatic.

Potențialul invalidant este remarcabil, patologia reumatică ocupând locul al 2-lea în cadrul entităților generatoare de handicap. Limitarea capacității funcționale a aparatului locomotor se realizează prin durere și prin leziuni distructive care se produc la nivel mio-articular și osos.

Bolile reumatismale exprimă cea mai largă paletă algică atât sub raportul mecanismelor fiziopatologice de producere a durerii cât și sub raportul intensității și duratei.

Durerea acută este de scurtă durată - câteva ore sau 1-2 zile (ex. artrita gutoasă, reumatismul palindromic), dar marea majoritate a bolnavilor au dureri cronice care pot persista chiar toată viața (Poliartrita reumatoidă, Spondilita anchilozantă, artroze).

Când durerea se prelungește mai mult de 6 luni, devine ea însăși o maladie cu consecințe fizice, psihice și sociale.

Interpretarea în scop diagnostic a durerii impune o analiză minuțioasă a condițiilor de apariție și a caracterelor ei : localizare, calitate, intensitate, extensie și iradiere, durată, relații cauzale (factori declanșatori sau favorizanți, factori calmanți sau agravanți), relații temporale, frecvență de apariție, contextul în care apare, simptome și semne asociate, etc.

Evaluarea durerii. Scările de evaluare a intensității dureroase.

Complexitatea "durerii" și implicațiile ei în viața pacientului impun măsurarea ei ca o necesitate. Metodele folosite sunt fiziologice și comportamentale, subiective și obiective.

Experimentele de măsurare a durerii trebuie să respecte normele de etică medicală. Primii cercetători care s-au ocupat de măsurarea durerii (von Fray, Hardy, etc.) au urmărit o singură caracteristică - intensitatea durerii - unitatea de măsură fiind " dolul ". [109]

Începând cu lucrările lui Beecher se folosește măsurarea multidimensională a durerii - senzorială și afectivă - prin care se urmărește cuantificarea senzațiilor primare (calitatea temporo-spațială, intensitatea), și componenta reacțională, socio-emoțională care reflectă personalitatea .

Se cercetează astfel noi valențe ale durerii, legate de calitate, durată variație în timp corelarea cu activitatea social - familială, somn, sex, vârstă, etc.

În studiul durerii cronice, alături de stimulii dureroși sunt cercetați și factorii psihici care implică un tratament specific, ei fiind considerați ca modulatori ai durerii.

Rezultă că măsurarea durerii acute sau cronice la pacienți este dificilă, complexă, metodele trebuind să fie fiabile, să aibe validitate și să fie practice.

Pentru o bună cuantificare trebuie corelate cele patru componente ale durerii : nocicepția, senzația, suferința și manifestările ei.

Se va urmări și automăsurarea intensității durerii pe diverse scări , examinarea activităților funcționale urmărirea expresiei durerii (față, corp), și studiul modificărilor psihologice legate de durere.

Scările de evaluare a intensității dureroase sunt : calitative, cantitative, mixte și conțin date descriptive verbale sau picturale despre intensitatea durerii. Există scări simple și scări combinate.

Scările simple sunt : vizuală analogă, numerică, verbală descriptivă, vizuală verticală sau orizontală și picturală.

Scările combinate sunt : analog vizuală cu patru orientări , combinată cu numere și adjective, vizual analogă și verbală, mixtă.

Memoria durerii are o importanță deosebită în aprecierea durerii actuale, pacienții având tendința de a subestima sau supraestima această durere față de cea trecută.

Importantă de asemenea este luarea în considerare a nuanțelor durerii, privind intensitatea, senzația, ritmul, tipul de durere (acută sau cronică), iradiere, factori declanșatori, simptomatologie de acompaniament, toate făcând posibilă diferențierea entităților reumatismale generatoare de durere, la toate vârstele și în același timp și alegerea terapiei adecvate.

Frecvența și dominanța atât de mari în patologie a simptomului " durere " a impus o preocupare specială a medicilor , creându-se o nouă specialitate - algeziologia -. Pregătirea de algolog este complexă, implicând cunoștințe de fiziologie, fiziopatologie, farmacologie, neurologie, anestezie, etc.

La noi în țară există o preocupare deosebită în acest sens în cadrul centrelor de terapie a durerii de la București și Iași.

Tratamentul durerii în bolile reumatismale

Complexitatea mecanismelor durerii impune tratamente variate, care să se adreseze etapelor de producere, transmisie, modulare și control și în același timp să poată fi individualizate în funcție de pacient.

Tratamentul alopatic cuprinde mai multe grupe de medicamente sau modalități de tratament cum ar fi tratamentul prin blocuri, prin stimulare electrică, termoterapie, balneoterapie, etc.

Substanțele analgezice, antipiretice și antiinflamatorii nesteroidiene sunt reprezentate de familii chimice de medicamente și anume :

- salicilații (acid acetilsalicilic, salicilat de sodiu);
- P-aminofenolul (fenacetina, paracetamolul, aminofenazona, noramidospirina metan sulfanat de sodiu - algocalminul -, fenibutazona, și oxifenilbutazona);
- derivați pirazolidinici (indometacina, tolmetina);
- acizi arilalifatici (ibuprofen, ketoprofen, fenoprofen, diclofenac);
- fenamați (acidul flufenamic);
- oxicami (piroxicamul).

Din acest grup acidul acetilsalicilic are efect moderat analgezic și antiinflamator, fenacetina, paracetamolul au efect predominant analgetic, iar fenilbutazona, noramidopirina, diclofenacul, piroxicamul au efect predominant antiinflamator.

Mecanismul lor de acțiune biochimică este însă comun prin "inhibiția cascadei" acidului arahidonic și blocarea formării de prostaglandină prin inhibiția ciclooxygenazei și alți produși asemănători. S-a dovedit și efectul central al derivaților de acid salicilic cât și al Indometacinului, Ibuprofenului și Diclofenacului prin capacitatea de blocare a receptorului NMDA - canal ionic.

Analgezicele opioide sunt reprezentate de substanțe opioide naturale (morfina, codeina, tebaina, papaverina) și sintetice crescând toleranța la durere, având efect anxiolitic și euforizant. Analgezia crește cu doza, dar apar în același timp și efecte secundare nedorite.

Farmacoterapia homeopată

Farmacologia informațională (farmacoinformatologia) studiază natura informațională a medicamentului și proceselor farmacologice, explicând atât acțiunea medicamentului alopatic cât și a celui homeopat alăturând din acest punct de vedere cele două modalități terapeutice - alopatică și homeopată -.

Alopatia aplică principiul derivației fie pe cel al contrariilor, iar *homeopatia* aplică principiul similitudinii.

Din punct de vedere istoric trebuie subliniat faptul că în medicina hipocratică cele două metode terapeutice erau folosite în deplină armonie distrusă însă brutal cu aprox. 1700 ani în urmă de către Claudius Galen, al cărui exclusivism a declarat alopatia singura valabilă în medicină.

În realitate cele două modalități terapeutice nu se exclud deoarece există o dualitate antagonistă a remediilor (substanțelor medicamentoase) în raport cu doza în care sunt administrate, aceasta fiind o regulă farmacodinamică generală și universală, comună tuturor substanțelor medicamentoase folosite în medicină, indiferent dacă aceasta este alopatică sau homeopată. Orice medicament produce două efecte opuse, după cum este prescris în doze mici sau mari.

Există chiar în cadrul medicinei alopate medicamente care acționează pe principiul similitudinii, cum este de ex. clonidina. Aceasta acționează ca element similar neuromediatorului chimic noradrenalină, putând astfel să stimuleze receptorii " traductori " de subtip alfa-2-adrenergic, presinaptici, declanșând astfel mecanismul de feed-back negativ în sinapsa adrenergică, cu reechilibrarea concentrației neuromediatorului chimic și deci a tonusului funcțional al sistemului simpatic, implicat în reglarea tensiunii arteriale.

Tocmai pentru că, Clonidina acționează pe principiul " similitudinii ", în cadrul unui mecanism de feed-back, dozele utilizate pot fi foarte mici raportat la dozele obișnuite ale medicamentelor antihipertensive alopate și anume doze de aprox. 1 microgr/kgcorp, o dată. [43;44]

Homeopatia - farmacoterapia informațională

Metoda terapeutică homeopată utilizează mecanismele de feed-back, în care specificitatea remediului și semnificația lui pentru sistemul dereglat sunt mult mai importante decât cantitatea sa.

Corelația între mecanismul biocibernetetic și modalitățile de reglare este următoarea :

- feed-back (mecanism de retrocontrol - endocrin și sinaptic -) prin iso - și - homeo - reglare;
- feed-before (mecanism de anticipare - de stres și reflexe condiționate alimentare -) prin alo- și enantio-reglare.

Aceste principii și modalități de reglare nu sunt numai principii fiziologice de reglare, ci sunt și principii utilizate de cele două metode farmacoterapeutice, homeopatia și alopazia.

Reglarea sistemelor biocibernetice în domeniile fiziologiei și farmacologiei

(A. Cristea 1998)

Parametrii de comparație	Mecanismele biocibernetice	de reglare
	feed-back	feed-before(feed-forward)
Elementul de reglare	- individual - similar	- complementar - contrar
Modalitatea de reglare (etimologia greacă)	- iso-reglare - homeo-reglare	- alo-reglare - enantio-reglare
Principiul reglării	- identității - similitudinii	- derivației - contrariilor
Factor foarte important	specificitatea și semnificația	cantitatea
Cantitatea de element reglator	infinitesimală	substanțială
Potența	întă	relativ scăzută (doză-dependentă)
Metoda terapeutică	homeopată	alopată

În esență reglările prin feed-back endocrin și sinaptic sunt iso- și homeo-reglări.

Farmacologia modernă și-a însușit noțiunile de semnal (S) biologic sau farmacologic (SB sau SF), informație (I), receptor (R), acceptând faptul evident la nivelul actual de cunoaștere, că medicamentul acționează prin informația transmisă sistemului receptor specific.

Așa cum am amintit, organismul uman este descris ca un sistem cibernetetic superintegrat, organizat pe nivele, cu un sistem de comunicație interconexat, prin care ciclul informația sub formă de semnale biologice, reglat prin mecanismele cibernetice de feed-back și feed-before ce funcționează cu substanță, energie și schimb complex de informație. Informația este necesară pentru procesele de reglare de care depinde homeostazia organismului într-un mediu foarte variabil.[38;43]

Ideea unei conexiuni inverse (feed-back) a fost introdusă în neurofiziologie în secolul XIX, de J.R.Breuer (1842-1925) pentru a explica funcționarea sistemului respirator.

În același sens, D. Danielopolu (1884-1955) a prezentat rolul aferenței inverse în funcționarea sistemului nervos vegetativ și în geneza durerii anginoase.[9]

Informația ar putea fi definită ca reprezentând expresia ordinii și a organizării sau a noutății pe care o poate aduce o reorganizare sau o altă ordine. Informația reprezintă un alt aspect al realității, care are alte legi de transformare și conservare.

Ea poate trece foarte ușor de pe un substrat pe altul; de aceea nu trebuie și nu poate fi confundată cu substanța sau cu energia care o poartă; poate suferi modificări importante prin simpla reorganizare, chiar dacă substanța și energia rămân perfect conservate. Informația are alte unități de măsură față de substanță și energie.[43]

Exprimarea substanței, energiei și informației

Substanță	Energie	Informație
MASĂ	FORȚĂ	ORDINE
VOLUM	CÂMP	ORGANIZARE
GR. (MOL)	CAL.	BIT

Informația este factor reglator pentru organismul uman. Puterea de reglare depinde de cantitatea de informație de care dispune sistemul.[39]

Stimulul medicamentos (SM) este numai declanșator potențial de efect farmacologic. Determinant în manifestarea efectelor este organismul destinat (D), în conformitate cu particularitățile sale, modificabile în timp și spațiu, în diferite condiții (fiziologice, patologice, sociale, etc.).

În funcție de aceste particularități, organismul decodifică I din SM și îi dă o semnificație personală. Această modalitate de acțiune este proprie medicamentului homeopat.[45]

În cazul aloterapiei, informația este comunicată receptorilor celulari de substanța medicamentoasă prin însăși structura moleculară a acesteia. În homeoterapie, informația este tot atât de ascunsă, pe cât de ascunsă este încă biologiei cauzalitatea informațională a viului, în sistemele biocibernetice.[42]

Legile de bază ale homeopatiei

- Legea similitudinii;
- Dinamizarea diluțiilor printr-un procedeu fizic;
- Utilizarea substanțelor medicamentoase în doze foarte mici sau infinitezimale;
- Individualizarea tratamentului și înțelegerea bolnavului în totalitatea sa.

Legea similitudinii . SIMILITUDINEA înseamnă că o substanță care produce la omul sănătos un ansamblu de simptome, poate vindeca bolile care prezintă aceeași asociere de simptome. Când simptomatologia bolnavului se suprapune perfect cu simptomele declanșate de substanța respectivă la omul sănătos, medicamentul este " simillimum ", iar când simptomele corespund parțial, medicamentul este " simile " (pentru bolnav).

Dinamizarea diluțiilor printr-un procedeu fizic. Remediile homeopate sunt preparate pornindu-se de la tinctura mamă (TM), care se obține din planta proaspătă macerată în alcool, în proporție de 10 părți la o parte din greutatea de substanță uscată.

Substanțele sunt diluate până la nivel infinitezimal, dar, pentru obținerea remediului homeopat este necesară și obligatorie dinamizarea, adică agitarea într-un anumit ritm. Diluțiile se fac în trepte succesive în proporție de 1/10 sau de 1/100 (scara decimală, respectiv centezimală).

Agitarea mecanică conferă proprietăți noi diluțiilor, care așa cum a afirmat Carduso, prin eliberarea unei energii intraatomice, medicamentul câștigă în energia cinetică ceea ce pierde în materialitate și toxicitate.

Mediul în care se efectuează diluțiile este alcoolul sau cel mai frecvent apa , considerată a fi ideală prin capacitatea ei de preluare și păstrare a informației. [2;48;63]

Diluțiile decimale se notează cu litera " D " sau cu cifra romană " X ", diluțiile centezimale cu litera " C " sau " CH " (centezimală hahnemaniannă), iar cele Korsakoff cu litera " K " , precedate sau urmate de cifra care indică numărul de sucusiuni efectuate (ex.Pulsatilla 200K).

Medicamentele homeopate acționează exclusiv informațional.

Informația reprezintă un alt aspect al realității, are alte legi de transformare și conservare decât materia, substanța activă din medicamentul alopatic și alte unități de măsură.

Utilizarea substanțelor medicamentoase în doze foarte mici sau infinitezimale.

În aloterapie informația este transmisă prin structura moleculară a substanței active, pe când în homeoterapie informația este transmisă prin intermediul solventului, care o preia, reorganizându-și structura moleculară. După diluția a 9-a CH nu se mai găsește nici-o moleculă din substanța de la care s-a plecat, dar se menține efectul terapeutic.

Este limita maximă la care mai există molecule din substanța originară (conform constantei Loschmidt - Avogadro, adică numărul de molecule dintr-un cmc de substanță, respectiv numărul de molecule conținute într-o molgram substanță). După această limită este transmisă numai informația.[17;96]

Remediul homeopat în diluții diferite are mecanisme diferite de acțiune și un substrat informațional diferit. Acesta din urmă este de natură moleculară, electromagnetică și electronică. Solventul în care se fac diluțiile este o substanță polară (apă sau alcool) singurele în care se poate păstra informația. Este vorba de așa numita " memorie a solventului ".

Rezultatele cercetărilor experimentale efectuate la Facultatea de Farmacie din București, de către Prof. dr. A. Cristea, ca și ale altor cercetări efectuate în străinătate, au evidențiat că eficiența crește cu cât diluția este mai înaltă, când se transmite de fapt numai informația, spre deosebire de medicamentele alopate la care eficiența crește proporțional cu

creșterea cantității de substanță activă și numai în această formă diluată și dinamizată acționează conform principiului similitudinii.[33;34]

Individualizarea tratamentului și înțelegerea bolnavului în totalitatea sa.

În homeopatie sunt tratați bolnavii, nu bolile. Tratamentul este individualizat în funcție de elemente care exprimă caracteristicile de reactivitate ale persoanei.

În medicina alopatică sunt căutate simptome obiective care să conducă spre diagnosticul de " boală ", pe când în medicina homeopată sunt căutate simptomele cele mai personale, care deosebesc un individ de altul față de boala.[14]

În inițierea tratamentului homeopat se ține cont, în afara diagnosticului de boală stabilit pe baza criteriilor medicinei alopate (consult clinic, analize de laborator, investigații paraclinice, etc.), de:

- diagnosticul bolii stabilit pe baza criteriilor medicinei oficiale (consultul clinic, analizele de laborator, investigațiile paraclinice constituie o etapă obligatorie);

- diagnosticul de remediu (în funcție de simptomele actuale, diferențiind ceea ce este individual la un pacient cu o boală diagnosticată alopatic de ceea ce este particular la acest bolnav).

- diagnosticul de constituție - înțelegându-se prin aceasta și determinarea categoriei constituționale și identificarea unor elemente patologice cu caracter de cronicitate, care pot modifica reactivitatea biologică generală a organismului față de agresiuni.

Modul de succesiune a fenomenelor patologice prezintă importanță atât în alegerea remediei, cât și în urmărirea evoluției.

Boala ca sindrom reacțional

Homeopatia aduce pe de o parte o înțelegere mai profundă a individualității persoanei suferinde, inclusiv a constituției psihice și pe de altă parte un tablou clinic al remediei, în care în mod frecvent suferința fizică este o expresie simbolică a tulburărilor psihice ale pacientului.[5;110]

Remediul homeopatic este capabil să influențeze pozitiv organismul uman în totalitatea sa (tulburarea patologică a forței vitale cum afirma Hahnemann).

Remediile homeopatice nu se administrează în anumite boli după o schemă șablon.

Medicina homeopată este deci o medicină reacțională. Efectul medicamentului homeopat nu crește odată cu creșterea dozei.

Vindecarea afecțiunilor tratate homeopatic se face după regulile lui Hering și anume : simptomele dispar de sus în jos, din interior spre exterior, de la organele vitale la cele mai puțin vitale și în ordinea inversă a apariției lor (ultimele apărute dispar primele).[127;128]

După administrarea unui remediu, pe perioada acțiunii lui (fără să fie repetat) se observă că simptome vechi reapar și dispar apoi de la sine. Evoluția trebuie atent urmărită pentru a stabili corect momentul readministrării remediei sau schimbării diluției, observând de fapt reactivitatea organismului.

Diagnosticul farmacoterapeutic de remediu

Diagnosticul farmacoterapeutic de remediu ia în considerare simptomele prezentate de bolnav, grupate în Repertorii de simptome. Totalitatea condițiilor în care un simptom se agravează și/sau se ameliorează reprezintă modalitățile unui bolnav.

În homeopatie, remediu reprezintă în același timp și diagnostic - diagnosticul de remediu - acesta fiind în măsură să rezolve suferința, suferințele sau disconfortul activ sau potențial al bolnavului. În acest sens medicina homeopată are un rol deosebit în prevenția bolilor potențiale ale unui individ, având elemente suficiente pentru evaluarea sensului evoluției acestuia încă de la naștere.[17;28;29;128]

Tratamentul homeopat este strict individualizat. Respectarea principiului similitudinii este obligatorie pentru realizarea unui tratament homeopat corect, indicația unui remediu sau a altuia făcându-se în limitele acestei reguli.

Partea specială cuprinde studiul clinic propriu-zis, rezultatele, discuțiile pe marginea lor, discuțiile generale și concluziile ce se desprind la finele acestei lucrări.

Tratamentul homeopat acționează în sensul restabilirii unei reactivități normale a organismului, individualizat în funcție de constituția pacientului, de perturbările pe care le-a suferit în timp, de vitalitatea de care dispune la momentul începerii tratamentului.

Tratamentul alopatic are și el în vedere mai multe elemente, mai multe planuri de abordare a bolii.

În cazul afecțiunilor reumatice dispunem de tratament etiologic atunci când este cunoscut agentul cauzal al bolii, tratament patogenetic când mecanismul sau mecanismele de producere a bolii sunt cunoscute sau parțial cunoscute în unele cazuri și tratament simptomatic, cum este ameliorarea sau suprimarea durerii. În funcție de caz tratamentul simptomatic se asociază tratamentului patogenetic și eventual celui etiologic.

Ameliorarea sau suprimarea durerii, simptom dominant în tabloul manifestărilor bolilor reumatice, care creează disconfort pacientului sau îl poate chiar invalida, este un obiectiv foarte important al tratamentului, ameliorând în final calitatea vieții acestuia.

Având în vedere mereu beneficiul pe care un tratament trebuie să-l aducă stării de sănătate a pacienților, se impune alegerea variantei celei mai potrivite fiecăruia.

Din acest motiv am ales un studiu clinic comparativ între două terapii - homeopată și alopatică - pentru a evidenția eficiența fiecăreia, pentru a adăuga încă un argument în sprijinul ideii că întotdeauna binele bolnavului trebuie să prevaleze și pentru aceasta trebuie administrate medicamentele cele mai potrivite cazului și momentului.

Metodologia de studiu a cuprins un protocol general de studiu și câte un protocol particular de studiu pentru fiecare afecțiune în cadrul căreia s-a urmărit evoluția durerii tratată cu medicație homeopată, respectiv alopatică, prezentarea medicamentelor folosite și modalitățile de apreciere obiectivă a durerii.

Loturile de studiu au cuprins în total un număr de 145 de pacienți, dintre care 122 femei și 23 bărbați.

Pacienții tratați homeopat au fost în număr de 76 (63 femei și 13 bărbați), iar cei tratați alopatic au fost în număr de 69 (59 femei și 10 bărbați).

Vârsta medie a fost de 55 ani în lotul homeopat și de 57 ani în lotul alopatic.

Studiul clinic a fost un studiu prospectiv, deschis, comparativ pe grupuri.

Studiul s-a desfășurat în două centre medicale : Spitalul Clinic Dr. Cantacuzino - Clinica de Medicină Internă, Secția de Reumatologie - și Centrul de Diagnostic și Tratament Dorobanți.

La Spitalul Dr. Cantacuzino au colaborat medici curanți alopați, care au condus tratamentul alopatic la grupul de pacienți din această categorie și au urmărit rezultatele tratamentului homeopat la pacienții tratați astfel privind evoluția durerii.

La CDT_DOROBANȚI tratamentul a fost condus de autoare, ca medic de medicină internă cu competență în homeopatie.

Durata studiului - perioada iunie 2005 - septembrie 2006.

PATOLOGIA STUDIATĂ :

- a. Artroze (gonartroza și coxartroza);
- b. Lombosciatica (de cauză vertebrală);
- c. Nevralgia cervico-brahială (de cauză vertebrală);
- d. Reumatismul abarticular (periartrita scapulohumerală - PSH) ;
- e. Reumatisme inflamatorii cronice (poliartrita reumatoidă și spondilita anchilozantă - PAR și SA).

Criteriile de alegere au fost :

- A. Frecvența patologiei;
- B. Predominanța durerii în tabloul clinic.

Au fost excluși pacienții cu afecțiuni neoplazice și cei care au urmat corticoterapie cu o lună înainte de începerea studiului (indiferent de calea de administrare : per os, intramusculară, intravenoasă sau intraarticulară).

Scopul propus al farmacoterapiei în afecțiunile reumatice este :

- a) ameliorarea sau îndepărtarea durerii;
- b) ameliorarea redorii articulare;
- c) ameliorarea inflamației;
- d) încetinirea sau oprirea evoluției bolii.

Studiul efectuat a avut în vedere un singur aspect, acela al ameliorării sau îndepărtării durerii. Rezultatele tratamentului au fost evaluate la intervale de 5 zile și 30 zile de la începerea studiului.

Medicamente alocate alese pentru studiu

Scopul studiului clinic fiind ameliorarea sau îndepărtarea durerii în bolile reumatice au fost administrate medicamente antialgice. S-a folosit calea de administrare orală care menține autonomia bolnavului în timpul tratamentului.

Tratamentul antialgic trebuie să țină cont de intensitatea, caracterul și originea sindromului dureros. De principiu se selectează produsul cel mai bine tolerat pe cale orală și niciodată antialgicele cele mai puternice.

În studiul clinic efectuat, pacienții tratați alopatic au primit: Paracetamol, Ketoprofen, Diclofenac și Arcoxia, iar pentru afecțiunile inflamatorii cronice - Sulfasalazina și Methotrexat.

Medicamente homeopate alese pentru studiu, raportate la patologia în studiu

Medicamentele homeopate cu tropism de elecție pentru anumite localizări ale modificărilor din afecțiunile reumatice sunt :

- Rhus toxicodendron - țesuturi fibroase și periarticulare;
- Causticum, Guaiacum - tendoane și aponevroze;
- Bryonia - seroase;
- Arnica, Guaiacum - mușchi;
- Causticum, Kalmia, Guaiacum, Ledum, Rhus toxicodendron - articulații;
- Rhus toxicodendron, Kalium carbonicum, Natrium sulfuricum, Radium bromatum, Medorrhinum, Angustura, - articulației genunchiului;
- Medorrhinum, Rhus toxicodendron, Radium bromatum, Natrium sulfuricum, Calcarea carbonica - articulația șoldului;[1;87]

Medicamente homeopate folosite pentru nevralgii în general :

Colocynthis pentru durerea pe partea stângă ;

Magnesia phosphorica pentru durerea pe partea dreaptă ;

Kali iodatum pentru durerea agravată de căldură, mai ales căldura patului și ameliorată de mișcare, la un pacient călduros ;

Rhus toxicodendron este ameliorat de mișcare ca și *Kali iodatum* , dar pacientul este friguros, sensibil la umezeală și agravat după repaus prelungit.

Gnaphalium în cazul nevralgiilor care prezintă durere însoțită de senzația de amorțeală ;

Plumbum prezintă aceleași modalități ca la *Gnaphalium* dar la un pacient cu constipație cronică;

Arsenicum album - nevralgie cu senzația de arsură, ameliorată de căldură locală și agravată noaptea între orele 1 și 3 și la frig ;[1;10;12]

Kalmia latifolia - nevralgie intensă, fulgurantă, de-a lungul traiectului nervos în sens centrifug, agravată de mișcare, dimineata și seara și în prima parte a nopții ;[20;87]

Hypericum perforatum - durere intensă lineară, agravată de atingere ;[1;10;16]

Mezereum - durere cu senzație de arsură agravată de timp rece și umed, de mișcare și de atingere, chiar foarte ușoară; este ameliorată de aplicații calde ;

Medicamente homeopate folosite frecvent în sciatalgii sunt :

Colocynthis și Magnezia phosphorica - cu caracteristicile descrise anterior;

Dioscorea villosa - durere ascuțită cu senzația de tendoane prea scurte;

- ameliorare prin extensia membrului inferior ,

- agravare aplecându-se înainte.[20]

Nux vomica, Kalmia latifolia, Hypericum, Arsenicum alb - descrise anterior-etc.

Medicamente homeopate cu acțiune electivă în NCB sunt :

Colocynthis și Magnezia phosphorica sunt foarte asemănătoare, durerea fiind fulgurantă, cu instalare și dispariție rapidă; poate fi însoțită de parestezii; durerea este ameliorată de flexia membrului superior, de presiune locală și de căldură.

Paris quadrifolia - nevralgia rebordului cubital, pulsatilă, posibil cu parestezii, agravată de atingere.

Nux vomica - nevralgie instalată brutal, acompaniată de spasme musculare, agravată de frig, de cureți de aer (care pot fi și cauză declanșatoare), ameliorată de căldură.

Calcarea sulfurica - nevralgie paroxistică, fugace, și/sau parestezii, și/sau senzația de " descărcări electrice ". Aceste senzații pot alterna. Se agravează la contactul cu apa, la ca mai mică mișcare, la mers la curenți de aer. Ameliorare prin presiune.[15;16]

Medicamentele homeopate cu acțiune electivă pentru PSH sunt : *Ruta, Arnica, Causticum, Brionia și Calcarea fluorica*. [18]

Pentru PAR sunt : *Causticum 30CH, Calcarea carbonica 30 CH, Pulsatilla 30CH, 200CH, Rhus toxicodendron 30CH, Ruta 7CH, Natrium muriaticum 30CH și 200CH.*

Pentru SA sunt : *Pulsatilla 30CH, Calcarea carbonica 30CH, Rhus toxicodendron 30CH, Natrium muriaticum 30CH, Amonium muriaticum 30CH.*

În cadrul studiului efectuat diluțiile folosite au fost cele joase și medii (7CH, 9CH, 15CH, 30CH) și înalte 200CH. Medicamentele homeopate față de cele alopate au avantajul latenței ultra scurte de acțiune (1-2 min.), caracteristică a căii sublinguale de administrare, fiind asociate astfel efectul rapid după administrare, cu avantajul unei căi ușor abordabile de către bolnav spre deosebire de medicamentele alopate, care nu sunt preparate în forme adresate acestei căi de administrare.[21]

Medicamentele homeopate folosite în cadrul studiului se încadrează în medicația antialgică utilă în tratamentul bolilor reumatice pentru reducerea sau îndepărtarea durerii.

Metodele folosite pentru aprecierea durerii

A. Anamneza :

- localizarea durerii (teritoriul durerii și al iradierii durerii);

- tipul durerii : - " arsură ", " pulsație ", " tracțiune ", " presiune "; etc.

- ritmul durerii : - diurn, nocturn, permanent, sezonier;
 - caracterul durerii : - acut sau cronic (durerea cronică are o durată mai mare de 3 luni, alterează personalitatea pacientului și îi afectează viața familială, socială și profesională).
 - circumstanțele apariției durerii și factorii declanșatori;
 - semne acompanyatoare;
 - intensitatea durerii.
- B. Examenul clinic - determină traseul anatomic al durerii;
- C. Mijloace de evaluare a durerii :

- **scări unidimensionale** :

VDS = Visual Descriptive Scale

Fără durere	0
Durere ușoară	1
Durere medie	2
Durere puternică suportabilă	3
Durere puternică insuportabilă	4

Scara mixtă :

Activitate normală	0
Activitate scăzută cu 25%	1
Activitate scăzută cu 50%	2
Activitate scăzută cu 75%	3
Activitate scăzută cu 100%	4

Evaluarea durerii în timp :

Nici o durere pe an	0
- durere la distanțe mari - intensitate mică - cedează la terapie minoră	1
- crize dureroase prelungite la intervale mari; cedează la medicație amelioratorie	2
- crize frecvente, foarte puternice, - medicamente în doze mari - perioade lungi de administrare	3
- durere continuă sub sedative puternice, doze mari, permanente	4

Tulburări ale somnului din cauza durerii :

somn normal	0
somn întrerupt	1
somn întrerupt, agitat, cu vise terifiante (nu ia medicamente)	2
insomnie - ia somnifere	3
somn nocturn și/sau diurn imposibil - epuizare fizică și psihică	4

- **chestionare** :

Indexul WOMAC pentru evaluarea durerii în artroze (WOMAC=Western Ontario Mac Master University):

Care este intensitatea durerii când :	Puncte
Mergeți pe o suprafață regulată ?	0 1 2 3 4
Urcați sau coborâți scările ?	0 1 2 3 4
Noaptea în pat ?	0 1 2 3 4
Vă ridicați din scaun după o ședere prelungită ?	0 1 2 3 4
Stați în picioare ?	0 1 2 3 4

0 = fără durere
1 = durere de intensitate redusă
2 = durere de intensitate moderată
3 = durere severă
4 = durere extremă

Durere sau disconfort :		Puncte
Noaptea	Absență	0
	La mișcare sau într-o anumită poziție	1
	Fără mișcare	2
Dimineața la primele mișcări	mai puțin de 1 minut	0
	între 1 și 15 minute	1
	peste 15 minute	2
Când stați drept sau șezând mai mult de 30 minute	NU	0
	DA	1
	NU	0
La mers	Numai după o anumită distanță	1
	Imediat după începerea mersului și cu intensitate rapid crescătoare	2
	NU	0
La ridicarea de pe scaun fără ajutorul mâinilor	NU	0
	DA	1

Scor HAQ = Health Assessment Questionnaire - disability and discomfort scales - Chestionarul HAQ de evaluare a sănătății măsoară gradul de durere și de funcționalitate, incluzând mobilitatea și capacitatea de a desfășura activitățile zilnice și cere pacienților o evaluare a capacității de a desfășura anumite sarcini specifice, încadrate în 8 categorii, pe o scală de la 0 la 3 (0 = fără nici o dificultate, 1 = cu oarecare dificultate, 2 = cu mare dificultate, 3 = incapabil de a desfășura activitatea respectivă).

Scările și chestionarele prezentate sunt modalități de evaluare a durerii aplicabile ambelor grupe de pacienți, atât din lotul alopatic cât și din cel homeopat.

Evaluarea durerii din punctul de vedere al abordării homeopate impune urmărirea și a altor aspecte specifice cum sunt :

- modalitățile de agravare și modalitățile de ameliorare,
- simptomele concomitente.

Pentru stabilirea diagnosticului specific și alegerea medicamentelor corespunzătoare au fost utilizate chestionare create special pentru acest gen de consult al pacientului, care permit o anamneză mult mai detaliată, necesară în cazul abordării homeopate.

Pentru a avea criterii comune de apreciere a evoluției durerii s-a folosit aceeași metodă de împărțire pe grupe de afecțiuni a lotului homeopat, ca și lotul alopatic.

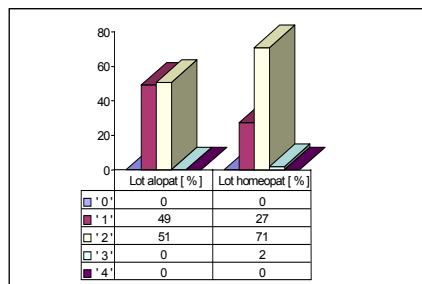
Grupele de studiu au fost omogene din punct de vedere al numărului de pacienți, sexului și vârstei, dar nivelul intensității durerii a fost mai mare la cel tratat homeopat.

Acest aspect a fost evidențiat pe baza datelor obținute de la pacienți cu ajutorul chestionarelor referitoare la afectarea activităților zilnice (**scara mixtă**), **evoluția durerii în timp și tulburările de somn**.

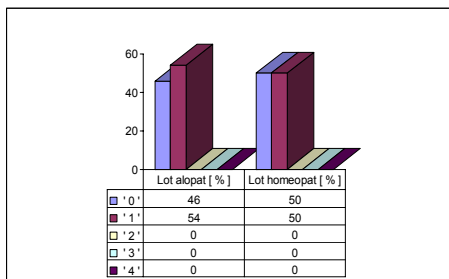
Prelucrând statistic datele furnizate de pacienți, au fost realizate următoarele reprezentări grafice care exprimă procentual afirmațiile făcute anterior.

Evoluție durere in timp	Simbol	Lot alopat [%]	Lot homeopat [%]
Nici o durere pe an	' 0 '	0	0
Durere la distante mari; Intensitate mica ; Cedeaza la terapie minora.	' 1 '	49	27
Crize dureroase prelungite la intervale mari; Cedeaza la medicatie ambulatorie.	' 2 '	51	71
Crize frecvente, foarte puternice; Medicamente in doze mari; Perioade lungi de administrare.	' 3 '	0	2
Durere continua sub sedative puternice, doze mari, permanente.	' 4 '	0	0
		100	100

Tulburări ale somnului din cauza durerii	Simbol	Lot alopat [%]	Lot homeopat [%]
Somn normal	' 0 '	46	50
Somn întrerupt	' 1 '	54	50
Somn întrerupt, agitat, cu vise terifiante (nu ia medicamente)	' 2 '	0	0
Insomnie - ia somnifere	' 3 '	0	0
Somn nocturn si/sau diurn imposibil - epuizare fizica si psihica -	' 4 '	0	0
		100	100

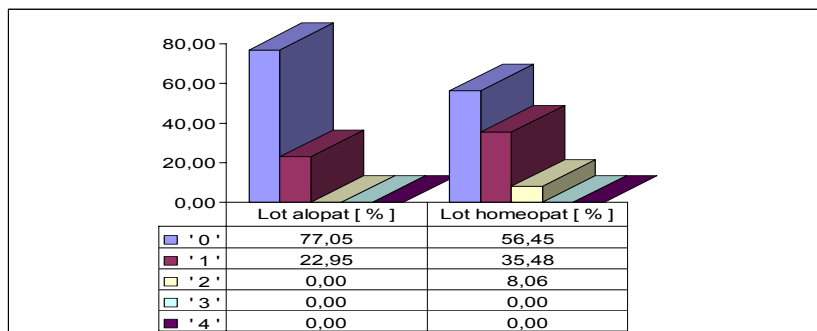


Evoluție durere in timp



Tulburări ale somnului din cauza durerii

Scară mixtă	Simbol	Lot alopă [%]	Lot homeopat [%]
Activitate normală	' 0 '	77,05	56,45
Activitate scăzută cu 25%	' 1 '	22,95	35,48
Activitate scăzută cu 50%	' 2 '	0,00	8,06
Activitate scăzută cu 75%	' 3 '	0,00	0,00
Activitate scăzută cu 100%	' 4 '	0,00	0,00
		100,00	100,00



Analiza statistică asupra datelor culese de la pacienți a fost efectuată cu programul pentru statistică matematică ANOVA (analysis of variance), care folosește valori numerice în testarea răspunsurilor furnizate de grupuri de subiecți cu număr diferit de membri, dar măsurătorile au aceleași caracteristici, în sensul că sunt făcute cu aceleași instrumente, deci au aceeași unitate de măsură.

Studiul pe afecțiuni și rezultatele

Artroze (Gonartroza și Coxartroza)

Lotul de studiu a cuprins 43 de pacienți - 37 femei și 6 bărbați : grupul care a primit medicamente alopate a cuprins 22 de pacienți, iar cel care a primit medicamente homeopate a cuprins 21 de pacienți.

Medicamente alopate administrate : Paracetamol ,Flamexin, Arcoxia,Ketonal, Diclofenac gel.

Medicamente homeopate administrate : Rhus toxicodendron 9CH, 15 CH, 30 CH; Natrium muriaticum 15 CH, Dulcamara 9 CH, 15 CH, Arnica 30 CH, Bryonia 9 CH, Calcarea Carbonica 30 CH, Arsenicum Album 30 CH, Ledum Palustre 15 CH, Kali Carbonicum 9CH, 15CH, 30CH.

Pacienții din lotul homeopat au primit medicamente specifice modului reactiv individual, în diluții medii (7-9 CH și înalte 15-30 CH), administrate inițial timp de 5-7 zile, apoi o dată pe săptămână timp de 2-3 săptămâni. Medicamentele homeopate au fost administrate o dată pe zi în doză de 10 granule timp de 5 zile, apoi o dată pe săptămână timp de două săptămâni.

Rezultate și discuții

Evaluarea clinică de eficacitate s-a făcut în conformitate cu parametrii scalei **WOMAC pentru durere**, cu parametrii **indexului funcțional al lui Lequesne** pentru evaluarea artrozei membrelor inferioare, cu valorile **VDS (scala vizuală descriptivă)**.

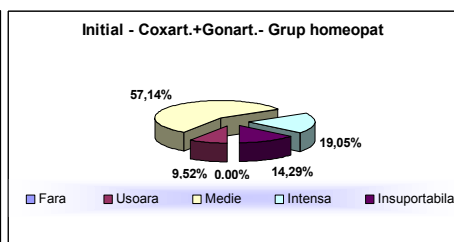
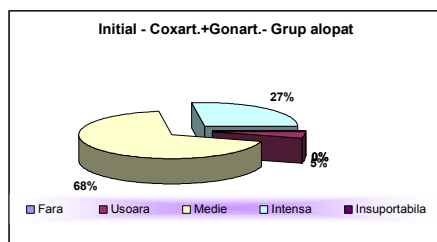
Grup alopatic . Conform datelor furnizate de " **VDS**" :

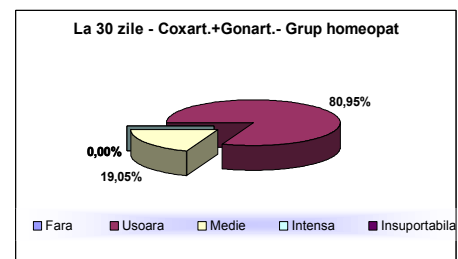
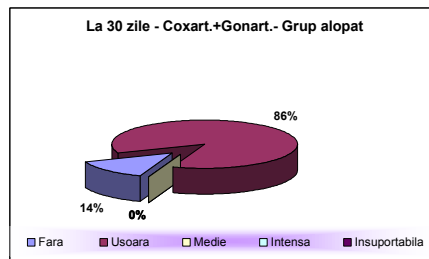
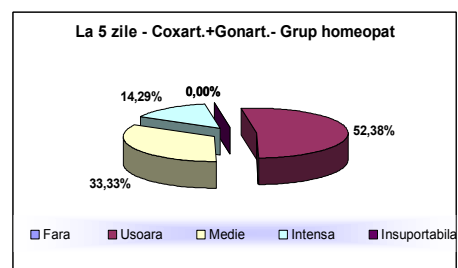
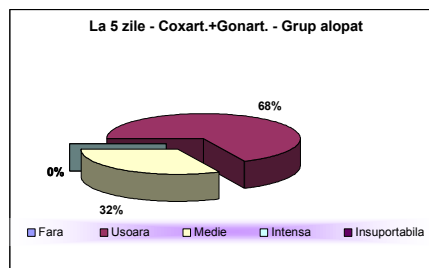
- inițial predominau durerea de intensitate medie (68%) și intensă(27%);
- după 5 zile de tratament : pacienți cu durere intensă = 0, pacienți cu durere medie 32% , pacienți cu durere ușoară 68% , deci ameliorare semnificativă.
- după 30 de zile de tratament : pacienți cu durere ușoară 86%, pacienți fără durere 14%.

Grup homeopat : conform datelor furnizate de " **VDS**" :

- inițial 57% pacienți cu durere de intensitate medie, 19% pacienți cu durere intensă și 14% cu durere insuportabilă.
- după 5 zile de tratament : pacienți cu durere insuportabilă = 0, au scăzut și procentele celor cu durere intensă și medie și a crescut procentul pacienților cu durere de intensitate ușoară;
- după 30 de zile : pacienții cu durere intensă și medie au scăzut foarte mult (la 0%, respectiv 19,05%), iar cei cu durere ușoară au ajuns la 80,95%.

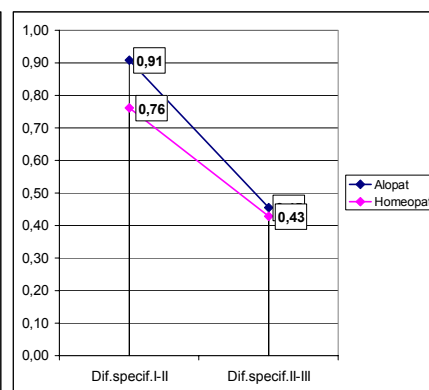
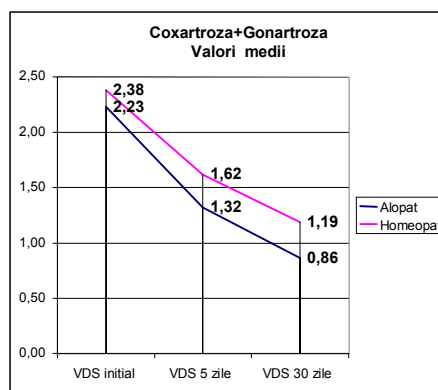
Rezultă că ambele tratamente au fost eficiente, evoluția favorabilă cu scăderea semnificativă a intensității durerii s-a înregistrat pe toată perioada studiului, procentul de pacienți cu durere ușoară fiind la 30 de zile de același ordin de mărime (86% VS 80,95%).





Aplicând programul ANOVA asupra datelor privind intensitatea durerii au fost obținute valori medii și valori ale variației răspunsurilor care sunt prezentate în continuare.

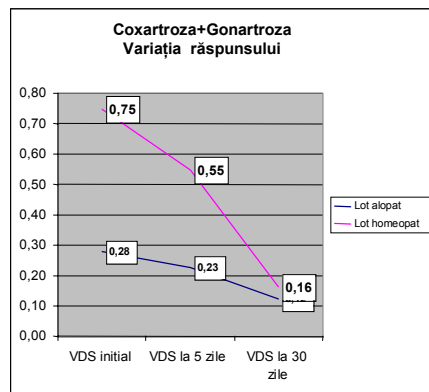
Comparația valorilor medii ale răspunsurilor indică o scădere a intensității durerii în ambele loturi studiate, pe toată durata studiului, în mod similar. Diferența specifică dintre valorile medii ale răspunsurilor arată valori comparabile la 30 de zile, ceea ce semnifică că răspunsul la ambele tratamente, alopăt și homeopat, a fost la acest moment aproape identic (0,45 VS 0,43).



Comparația variației răspunsurilor .

Rezultatele având valori comparabile la 30 de zile, arată o scădere omogenă a intensității dureroase în ambele grupe de studiu.

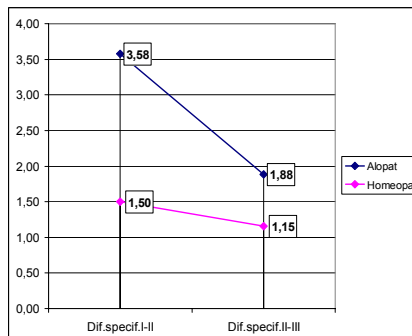
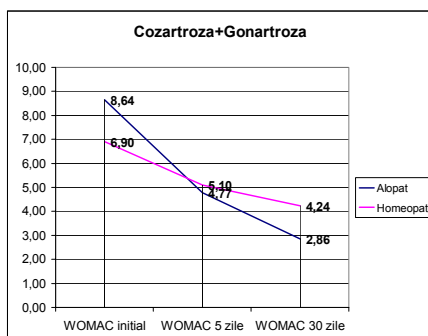
Valoarea p -ului la grupul alopatic este foarte mică ($p=0,00000000000001$), iar la grupul homeopat $p=0,000003 < 0,005$, aceasta însemnând că este statistic semnificativ.



În conformitate cu parametrii scalei **WOMAC** pentru durere, comparând valorile medii ale răspunsurilor s-a observat o evoluție favorabilă, similară la ambele loturi pe toată durata studiului. Diferența specifică a răspunsurilor arată o evoluție bună în ambele loturi, valori apropiate ale intensității durerii înregistrându-se după 30 de zile de tratament în ambele loturi de pacienți.

WOMAC- Coxartroza + Gonartroza		
	Alopatic	Homeopat
WOMAC initial	8,64	6,90
WOMAC 5 zile	4,77	5,10
WOMAC 30 zile	2,86	4,24

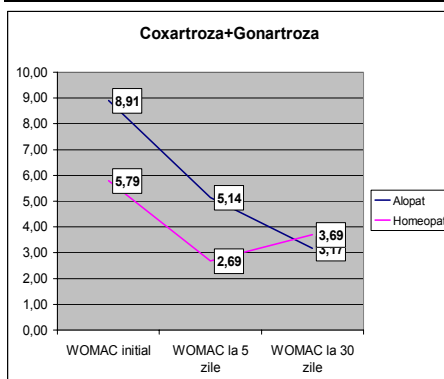
	Alopatic	Homeopat
Dif.specif.I-II	3,58	1,50
Dif.specif.II-III	1,88	1,15



Comparația variației răspunsurilor .

WOMAC - Coxartroza + Gonartroza

	Alopat	Homeopat
WOMAC initial	8,91	5,79
WOMAC la 5 zile	5,14	2,69
WOMAC la 30 zile	3,17	3,69



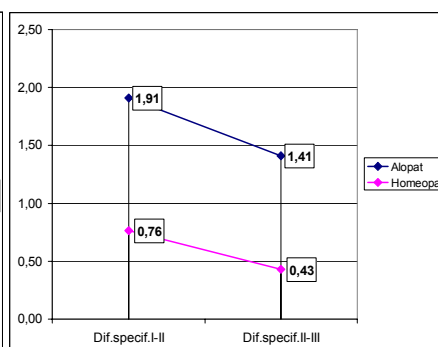
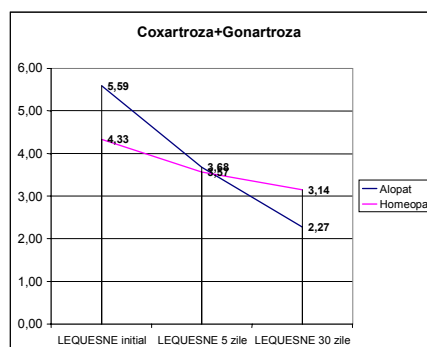
Variația răspunsurilor, studiată cu ajutorul indicelui WOMAC arată faptul că după cinci zile reactivitatea pacienților a fost identică la ambele metode de tratament, dar la 30 zile grupul tratat homeopat a fost mai puțin omogen în răspunsuri, înregistrându-se o creștere a variației răspunsului. Acest lucru înseamnă că la unii pacienți s-a constatat o revenire a durerii.

Din punct de vedere al veridicității studiului valorile p -ului sunt :
 $p=0,0000000001$ la grupul alopate și
 $p=0,0002 < 0,005$ la grupul homeopat, ceea ce arată că studiul a fost statistic semnificativ.

Conform indexului funcțional al lui **Lequesne** s-a înregistrat o ameliorare semnificativă și foarte apropiată ca valoare după 5 zile de tratament, atât alopate cât și homeopat (3,68 VS 3,57) și valori comparabile la 30 de zile. Deși funcționalitatea articulară s-a ameliorat pe toată perioada de studiu, la 30 de zile ameliorarea a fost mai bună la pacienții tratați alopate.

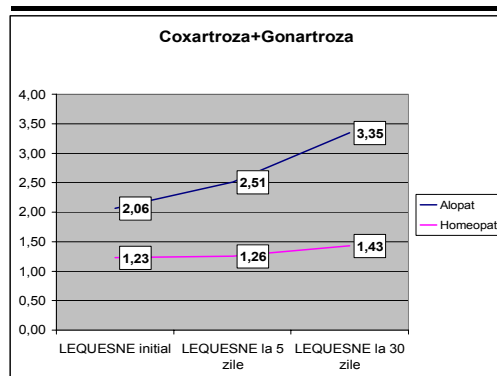
Coxart.+Gonart.	Alopat	Homeopat
LEQUESNE initial	5,59	4,33
LEQUESNE 5 zile	3,68	3,57
LEQUESNE 30 zile	2,27	3,14

	Alopat	Homeopat
Dif.specif.I-II	1,91	0,76
Dif.specif.II-III	1,41	0,43



Comparația variației răspunsurilor .

LEQUESNE - Coxartroza + Gonartroza	Alopat	Homeopat
LEQUESNE initial	2,06	1,23
LEQUESNE la 5 zile	2,51	1,26
LEQUESNE la 30 zile	3,35	1,43



Comparând valorile obținute cu parametrii indexului funcțional Lequesne se observă o diferență de reactivitate față tipul de tratament administrat. Grupul alopate înregistrează o neomogenitate crescândă a răspunsurilor spre deosebire de cel homeopat la care se observă o constanță în evoluția funcționalității articulare. Valorile p -ului sunt : $p=0,00000003$ la alopate și $p=0,005$ la homeopat; deci statistic semnificativ.

În timpul tratamentului s-au înregistrat numai 3 cazuri cu tulburări digestive minore la pacienții cu tratament alopate și niciun efect secundar la cei tratați homeopat. Toți pacienții au continuat tratamentul pe toată perioada studiului.

Lombosciatica - de cauză vertebrală

Lotul de studiu a cuprins 52 de pacienți - 42 femei și 10 bărbați ; grupul care a primit medicamente alopate a cuprins 26 de pacienți, iar cel care a primit medicamente homeopate a cuprins tot 26 de pacienți.

Diagnosticul s-a stabilit pe baza datelor clinice și paraclinice.

Medicamente alopate administrate : Aulin, Arcoxia, Ketoprofen, Paracetamol, Diclofenac, Flamexin, Tramadol, Mydocalm.

Medicamente homeopate administrate : Rhus Toxicodendron 15CH, Arnica 30CH, Rhododendron 15CH, Hypericum 9CH, 15 CH, Bryonia 15CH, Calcarea Carbonica 30CH, Calcarea Phosphorica 30CH, Kali Carbonicum 15CH, Nux Vomica 9CH, 30CH, Pulsatilla 15CH, 30CH, Dulcamara 15CH, Arsenicum Album 9CH, 30CH, Natrium Muriaticum 30CH.

Particularitățile simptomatologiei legate de durerea din lombosciatică a pacienților din lotul de studiu cu tratament homeopat au orientat alegerea acestor remedii.

Rezultate și discuții

Evaluarea clinică de eficacitate s-a făcut urmărindu-se parametrii **VDS** (**scala vizuală descriptivă**), parametrii **WOMAC** pentru durere, distanța degete-sol și semnul Lasegue.

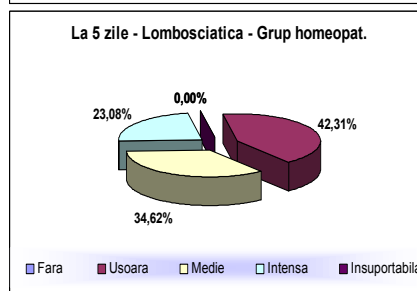
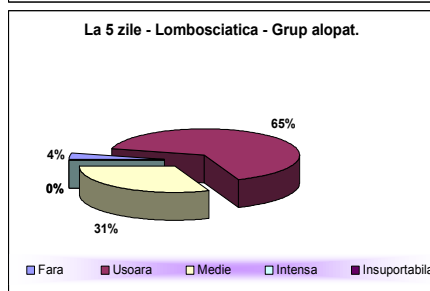
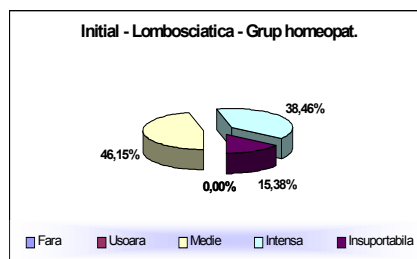
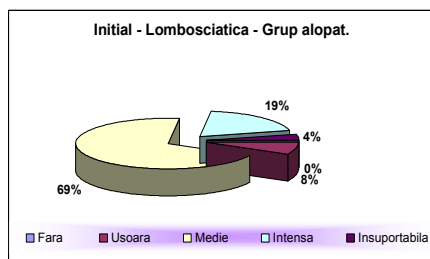
Grup alopatic . Conform datelor furnizate de " **VDS**" :

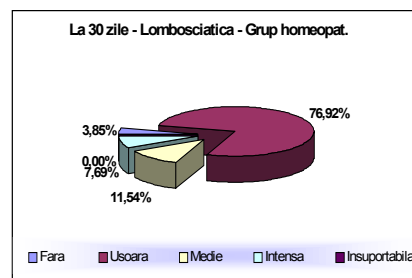
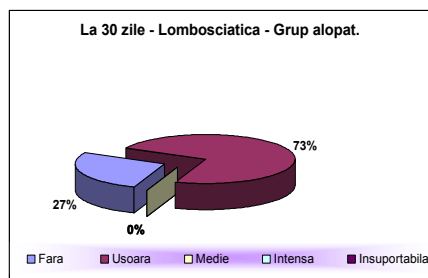
- inițial predominau durerea de intensitate medie 69% și intensă 19%;
- după 5 zile de tratament : pacienți cu durere intensă = 0, pacienți cu durere medie 31% , pacienți cu durere ușoară 65% , deci ameliorare semnificativă.
- după 30 de zile de tratament : pacienți cu durere ușoară 73%, pacienți fără durere 27%.

Grup homeopat : conform datelor furnizate de " **VDS**" :

- inițial 46,15 % pacienți cu durere de intensitate medie, 38,46 % pacienți cu durere intensă și 15,38 % cu durere insuportabilă.
- după 5 zile de tratament : pacienți cu durere insuportabilă 0 %, au scăzut și procentele celor cu durere intensă și medie și a crescut procentul pacienților cu durere de intensitate ușoară;
- după 30 de zile : pacienții cu durere intensă și medie au scăzut foarte mult (la 7,69 %, respectiv 11,54 %), iar cei cu durere ușoară au ajuns la 76,92 %.

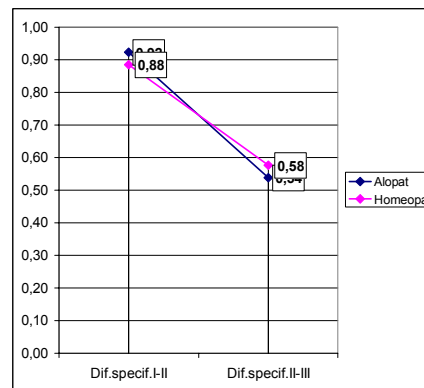
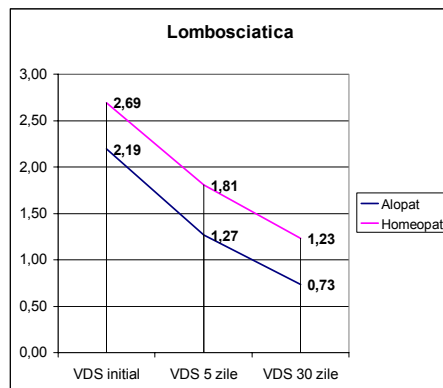
Rezultă că ambele tratamente au fost eficiente, evoluția favorabilă cu scăderea semnificativă a intensității durerii s-a înregistrat pe toată perioada studiului, procentul de pacienți cu durere ușoară fiind la 30 de zile de același ordin de mărime (73 % VS 76,92 %).





Aplicând programul ANOVA asupra datelor privind intensitatea durerii au fost obținute valori medii și valori ale variației răspunsurilor care sunt prezentate în continuare.

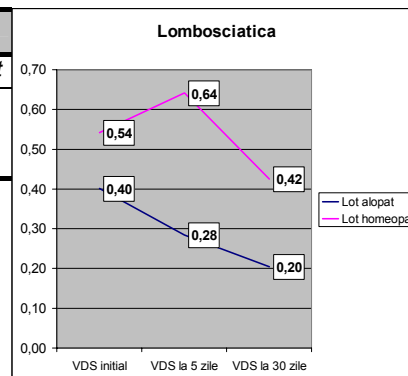
Comparația valorilor medii ale răspunsurilor indică o scădere constantă a intensității durerii în ambele loturi studiate, pe toată durata studiului. Diferența specifică dintre valorile medii ale răspunsurilor arată valori foarte apropiate la 30 de zile, ceea ce semnifică că răspunsul la ambele tratamente, alopatic și homeopat, a fost la fel (0,54 VS 0,58).



Comparația variației răspunsurilor.

VDS - Lombosciatica		
	Lot alopatic	Lot homeopat
VDS initial	0,40	0,54
VDS la 5 zile	0,28	0,64
VDS la 30 zile	0,20	0,42

În cazul afecțiunilor lombare se poate observa că la grupul homeopat variația răspunsului față de medie înregistrează o creștere la 5 zile și apoi o scădere bruscă la 30 zile.

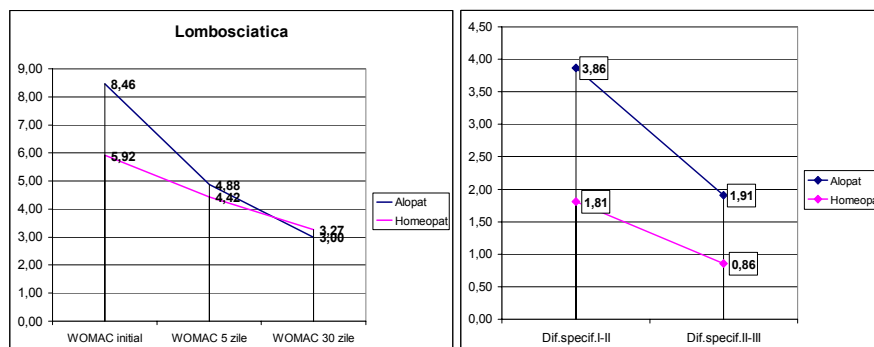


Acest lucru arată că deși în medie s-a produs o ameliorare progresivă, totuși reactivitatea la tratament a grupului s-a omogenizat către sfârșitul intervalului deoarece medicamentul homeopat soliciță reactivitatea individuală a organismului, efectul său durează mai mult fiind mai profund, spre deosebire de medicamentul alopatic a cărui acțiune se păstrează numai până la eliminarea substanței active din organism.

În rest, luând în considerare valorile înregistrate pentru p , se poate aprecia că studiul a fost statistic semnificativ, valoarea acestuia la grupul homeopat fiind $p=0,000000002$, cu mult mai mică decât $p=0,005$, valoare care este acceptată ca fiind relevantă în studiile statistice.

În conformitate cu parametrii scalei WOMAC

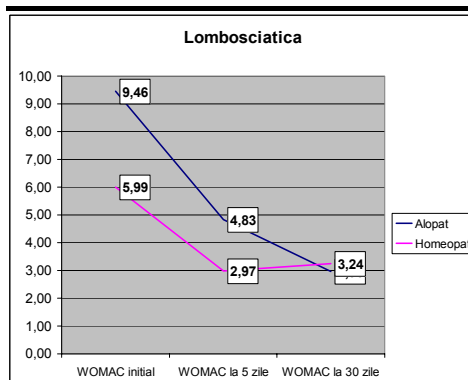
Comparația valorilor medii



Comparația variației răspunsurilor

WOMAC - Lombosciatica

	Alopat	Homeopat
WOMAC initial	9,46	5,99
WOMAC la 5 zile	4,83	2,97
WOMAC la 30 zile	2,96	3,24



Graficul ilustrează faptul că în prima parte a intervalului evoluția a fost omogenă în ambele grupuri de studiu, iar la 30 zile pentru grupul homeopat s-a înregistrat o ușoară creștere a valorii variației răspunsurilor. Acest lucru semnifică faptul că nu toți pacienții au avut același grad de ameliorare.

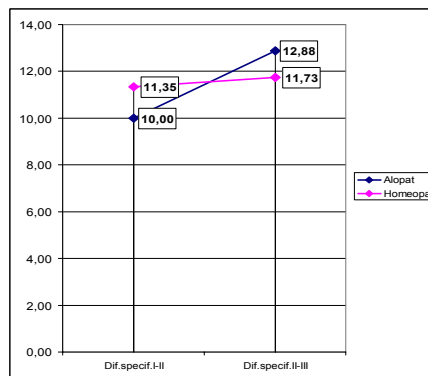
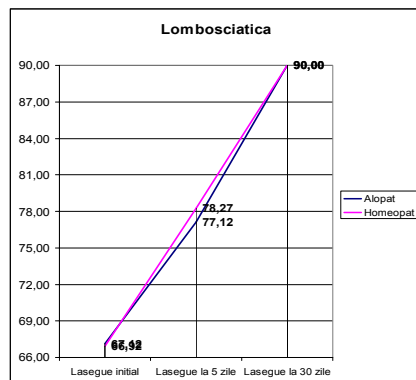
Semnul Lasegue pozitiv evidențiază prezența sindromului radicular. Manevra Lasegue a fost folosită de Charles Lasegue (1816-1883) la bolnavii cu lombosciatică , dar descrierea și semnificația ei au fost consemnate de către elevii săi după moartea sa.[19] Manevra Lasegue se face ridicându-se membrul inferior în extensie deasupra patului până la 90°(pacientul este în clinostatism). Este considerată pozitivă când apare o durere vie în gambă și coapsă la diferite unghiuri sub 90°.

Pentru studiul statistic a fost folosit programul ANOVA aplicat asupra datelor din tabele.

Comparația valorilor medii

Lombosciatica	Alopat	Homeopat
Lasegue initial	67,12°	66,92°
Lasegue la 5 zile	77,12°	78,27°
Lasegue la 30 zile	90,00°	90,00°

	Alopat	Homeopat
Dif.specif.I-II	10,00°	11,35°
Dif.specif.II-III	12,88°	11,73°



Evoluția sindromului radicular evidențiat prin manevra Lasegue a fost favorabilă, similară la pacienții care au prezentat acest sindrom, atât la cei tratați alopat cât și la cei tratați homeopat.

S-a înregistrat o ameliorare semnificativă după 5 zile de tratament în ambele grupe de studiu, iar la 30 zile niciun pacient nu a mai prezentat sindrom radicular (Lasegue negativ). Valorile diferenței specifice la 5 zile și 30 zile arată o ameliorare mai rapidă în al doilea interval la pacienții tratați alopat și un ritm de ameliorare relativ constant la pacienții tratați homeopat, dar cu o reactivitate mai bună în prima parte a intervalului la aceștia din urmă. Valorile parametrului p indică faptul că studiul a fost statistic semnificativ ($p=0,00001$ la grupul alopat și $p=0,000003$ la grupul homeopat; deci ambele valori sunt $<< 0,005$).

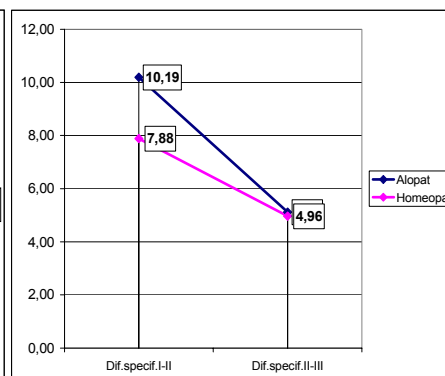
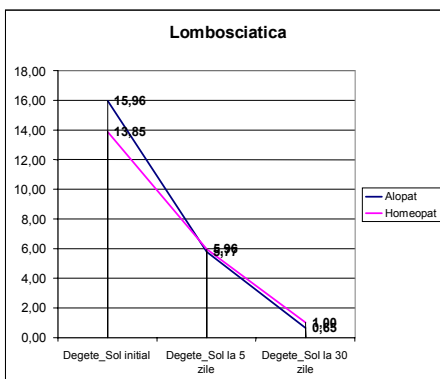
Distanța " degete-sol " este unul din elementele care evidențiază prezența sindromului lombar (alături de scolioza antalgică și contractura musculaturii paravertebrale). Măsurarea se face prin flectarea corpului , pacientul fiind în ortostatism, încercând să atingă solul cu vârful degetelor de la mâini.

Pentru studiul statistic a fost folosit programul ANOVA aplicat asupra datelor din tabele, în care sunt prezente distanțele măsurate în cm, până la care pacienții au putut să se aplece față de sol.

Comparația valorilor medii

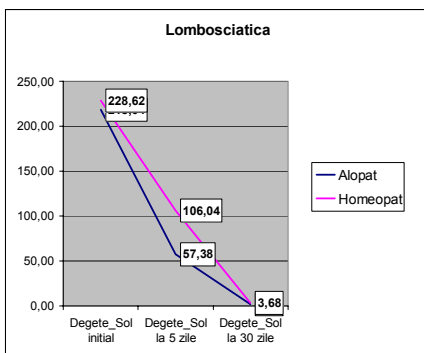
Lombosciatica	Alopat [cm]	Homeopat [cm]
Degete_Sol initial	15,96	13,85
Degete_Sol la 5 zile	5,77	5,96
Degete_Sol la 30 zile	0,65	1,00

	Alopat[cm]	Homeopat[cm]
Dif.specif.I-II	10,19	7,88
Dif.specif.II-III	5.12	4.96



Comparația variației răspunsurilor .

Lombosciatica	Alopat	Homeopat
Degete_Sol initial	218,04	228,62
Degete_Sol la 5 zile	57,38	106,04
Degete_Sol la 30 zile	2,00	3,68



Rezultatele obținute arată o ameliorare constantă, pe toată perioada tratamentului, foarte apropiată pentru cele două tipuri de medicație. La 30 de zile, evaluarea datelor a relevat valori aproape egale, deci eficiența remediilor homeopate s-a dovedit similară cu a medicamentelor alopatate.

Studiul a fost statistic semnificativ, valorile *p*-ului fiind mai mici de 0,005 (0,000001 pentru grupul alopat și 0,0002 pentru grupul homeopat).

Nu au fost înregistrate decât două cazuri cu disconfort digestiv ușor care nu a impus întreruperea tratamentului.

Nici un pacient nu a renunțat la tratament (nici alopat, nici homeopat), continuându-l până la sfârșitul studiului.

Nevralgia cervicobrahială de cauză vertebrală

Lotul de studiu a cuprins un număr de 22 de pacienți - 20 femei și 2 bărbați ; grupul care a primit medicamente alopate a cuprins 8 pacienți, iar cel care a primit medicamente homeopate a cuprins 14 de pacienți.

Stabilirea diagnosticului s-a făcut pe baza datelor clinice și paraclinice.

Medicamente alopate administrate : Aulin, Paracetamol, Flamexin, Ketoprofen, Arcoxia, Diclofenac Gel-administrare locală prin masaj pe locul dureros de 1-2 ori/zi .

Medicamente homeopate administrate : Rhus toxicodenron 15 CH, Acteea racemosa 15 CH, Hypericum 9 CH, Causticum 9 CH și 15 CH, Arnica 15 CH, Natrium Muriaticum 30 CH, Bryonia 15 CH, Argentum Nitricum 15 CH.

Siguranța și tolerabilitatea tratamentelor au fost evaluate pe baza afirmațiilor pacienților, examenului clinic și observațiilor consemnate de medic la fiecare vizită.

Rezultate și discuții

Evaluarea clinică de eficacitate s-a făcut în conformitate cu datele obținute prin cuantificarea intensității durerii folosind **scala vizuală descriptivă (VDS)** și **scorul HAQ (Health Assessment Questionnaire)**.

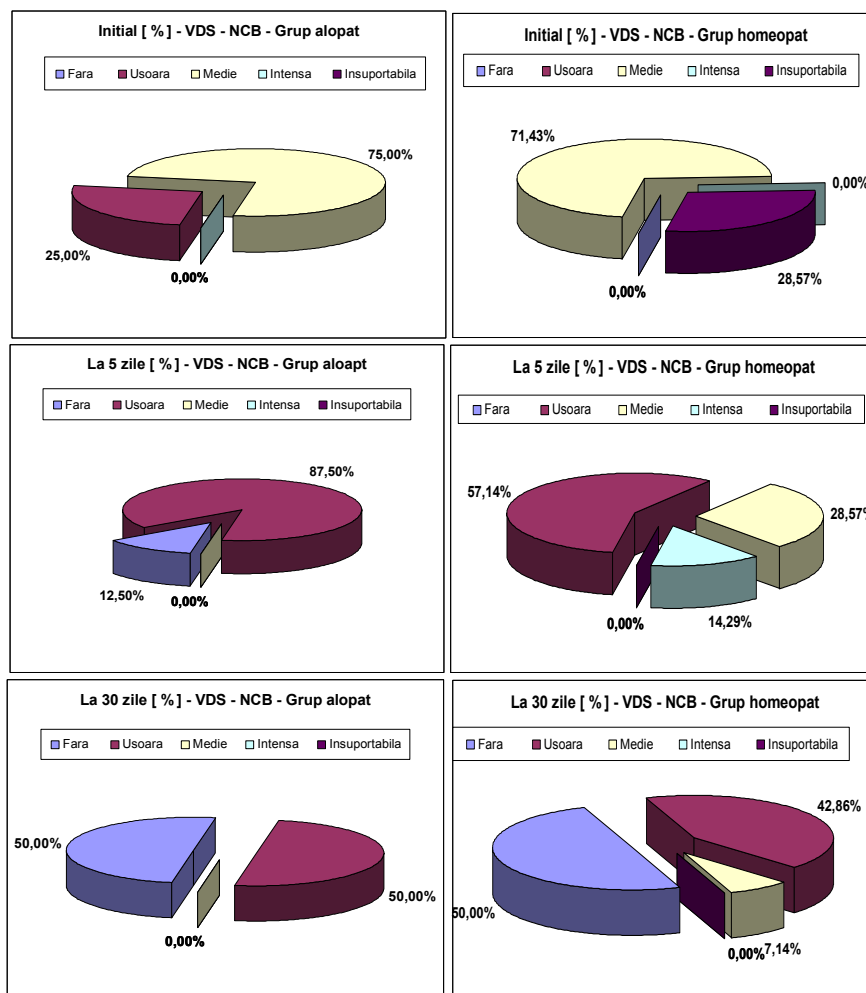
Grup alopate . Conform datelor furnizate de " **VDS**" :

- inițial predominau durerea de intensitate medie 75 % și ușoară 25 % ;
- după 5 zile de tratament : pacienți cu durere intensă 0 % , pacienți cu durere medie 0 % , pacienți cu durere ușoară 87,5 % , pacienți fără durere 12,5 % , deci ameliorare semnificativă.
- după 30 de zile de tratament : pacienți cu durere ușoară 50 % și pacienți fără durere 50 %.

Grup homeopat : conform datelor furnizate de " **VDS**" :

- inițial erau 71,43 % pacienți cu durere de intensitate medie și 28,57 % cu durere insuportabilă.
- după 5 zile de tratament : procentul pacienților cu durere insuportabilă a devenit 0 , dar s-a repartizat către celelalte niveluri de durere;
- după 30 de zile : 50 % dintre pacienți sunt fără durere, 42,86 % sunt cu durere ușoară și mai rămân la durere medie 7,14 %.

Prezentarea în paralel a graficelor de mai jos poate arăta sugestiv modul în care au evoluat pacienții din punctul de vedere al intensității durerii sub cele două tipuri de tratament în același interval de timp :



La final, tratamentul homeopat s-a dovedit a fi mai eficient având în vedere faptul că în acest grup s-a pornit inițial cu un procent mare de pacienți cu durere insuportabilă și s-a ajuns după 30 zile la același procent fără durere ca și în grupul alopat. Aplicând și programul ANOVA asupra datelor privind intensitatea durerii rezultă valori ale *mediei răspunsurilor* și *variației răspunsurilor* care susțin observațiile făcute mai sus.

Tabelele următoare care prezintă calculele statistice oferite de programul ANOVA ilustrează cu valori concrete afirmațiile, **p**-ul la ambele grupuri este statistic semnificativ, fiind mai mic de 0,005.

VDS - NCB - alopāt

SUMAR

<i>Grupuri</i>	<i>Nr.</i>	<i>Suma</i>	<i>Medie</i>	<i>Variatia</i>
VDS initial	8	14	1,75	0,21
VDS la 5 zile	8	7	0,88	0,13
VDS la 30 zile	8	4	0,50	0,29

ANOVA

<i>Sursa variației</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	6,58	2	3,29	15,80	0,0001	3,47
In cadrul grupurilor	4,38	21	0,21			
Total	10,96	23				

VDS - NCB - homeopat

SUMAR

<i>Grupuri</i>	<i>Nr.</i>	<i>Suma</i>	<i>Medie</i>	<i>Variatia</i>
VDS initial	14	36	2,57	0,88
VDS la 5 zile	14	22	1,57	0,57
VDS la 30 zile	14	8	0,57	0,42

ANOVA

<i>Sursa variației</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	28,00	2	14,00	22,48	0,0000003	3,24
In cadrul grupurilor	24,29	39	0,62			
Total	52,29	41				

Se remarcă totuși valori mai mari în variația răspunsului la grupul homeopat, dar acest lucru este de asemenea explicabil având în vedere faptul că s-a pornit cu tratamentul de la o situație mult mai gravă decât în grupul alopāt. Chiar dacă valorile variației răspunsului sunt mai mari ele merg pe o pantă descendentă, deci tendința este de omogenizare a reacției grupului.

Scorul HAQ

Prelucrând cu programul ANOVA, datele obținute de la pacienți, prin chestionarul HAQ au rezultat tabelele de mai jos pentru ambele grupuri.

HAQ - NCB - alopāt

SUMAR

<i>Grupuri</i>	<i>Nr.</i>	<i>Suma</i>	<i>Medie</i>	<i>Variatia</i>
HAQ initial	8	21	2,63	1,98
HAQ la 5 zile	8	11	1,38	1,13
HAQ la 30 zile	8	5	0,63	0,55

ANOVA

<i>Sursa variației</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	16,33	2	8,17	6,69	0,01	3,47
In cadrul grupurilor	25,63	21	1,22			
Total	41,96	23				

HAQ - NCB - homeopat**SUMAR**

<i>Grupuri</i>	<i>Nr.</i>	<i>Suma</i>	<i>Medie</i>	<i>Variația</i>
HAQ initial	14	47	3,36	1,02
HAQ la 5 zile	14	33	2,36	1,17
HAQ la 30 zile	14	12	0,86	1,21

ANOVA

<i>Sursa variației</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	44,33	2	22,17	19,58	0,000001	3,24
In cadrul grupurilor	44,14	39	1,13			
Total	88,48	41				

Comparând rezultatele obținute se observă ca o trăsătură comună că ambele grupuri au pornit de la situația că pacienții efectuau cu mare dificultate o activitate, valorile medii indicând tendința de a fi incapabili să desfășoare o activitate (2,63 VS 3,36).

Sub tratament au evoluat progresiv spre ameliorare ajungându-se la valori între 1 și 0 , ceea ce echivalează cu caracteristica că puteau desfășura activități cu o oarecare dificultate, iar variația răspunsurilor față de medie indică o omogenizare progresivă la grupul alopatic și o relativă constanță la grupul homeopat. Statistic studiul este semnificativ $p=0,000001 < 0,005$ la grupul homeopat.

Periartrita scapulo-humerală

Lotul de studiu a cuprins un număr de 12 de pacienți - 10 femei și 2 bărbați ; grupul care a primit medicamente alopate a cuprins 5 pacienți, iar cel care a primit medicamente homeopate a cuprins 7 de pacienți.

Stabilirea diagnosticului s-a făcut pe baza datelor clinice și paraclinice

Medicamente alopate administrate : Aulin, Flamexin, Arcoxia, Diclofenac gel-administrare locală prin masaj pe locul dureros.

Medicamente homeopate administrate : Ruta 15 CH, Rhus toxicodendron 15 CH și 30 CH, Arnica 15 CH, Brionia 15 CH.

Siguranța și tolerabilitatea tratamentelor au fost evaluate pe baza afirmațiilor pacienților, examenului clinic și observațiilor consemnate de medic la fiecare vizită.

Rezultate și discuții

Evaluarea clinică de eficacitate s-a făcut în conformitate cu datele obținute prin cuantificarea intensității durerii folosind **VDS** și **scorul HAQ**.

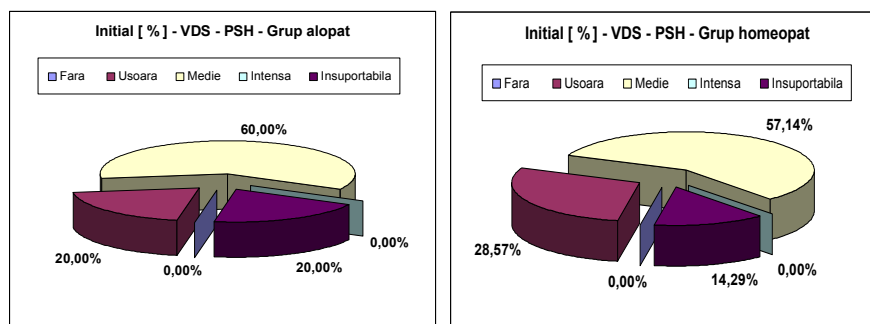
Grup alopatic . Conform datelor furnizate de " **VDS**" :

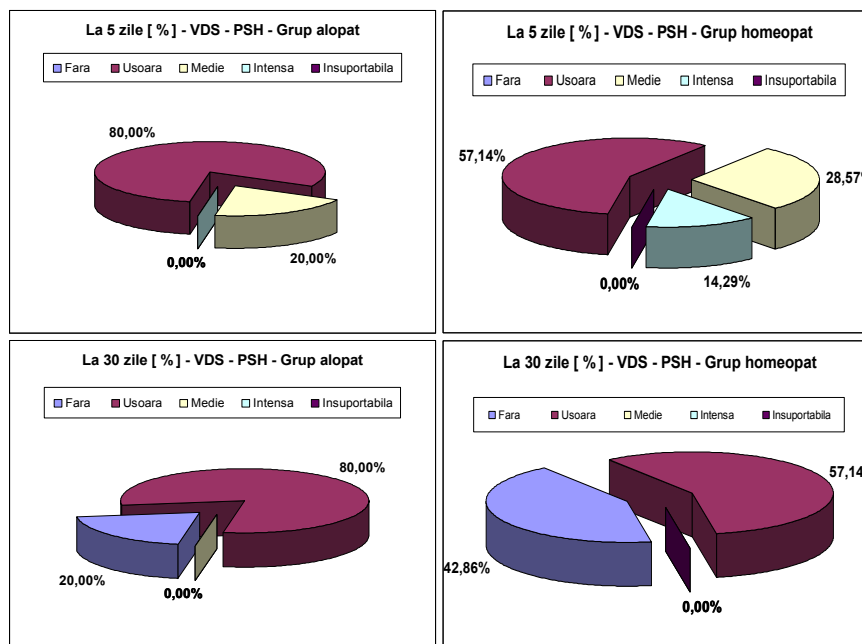
- inițial predominau durerea de intensitate medie 60 % și ușoară 20 % ;
- după 5 zile de tratament : pacienți cu durere intensă 0 % , pacienți cu durere medie 20 % , pacienți cu durere ușoară 80 % ;
- după 30 de zile de tratament : pacienți cu durere ușoară 80 % și pacienți fără durere 20 %.

Grup homeopat : conform datelor furnizate de " **VDS**" :

- inițial erau 28,57 % pacienți cu durere ușoară, 57,14 % pacienți cu durere de intensitate medie și 14,29 % cu durere insuportabilă.
- după 5 zile de tratament : procentul pacienților cu durere insuportabilă a devenit 0 , dar s-a repartizat către celelalte niveluri de durere;
- după 30 de zile : 42,86 % dintre pacienți sunt fără durere, iar 57,14 % sunt cu durere ușoară.

Prezentarea în paralel a graficelor de mai jos poate arăta sugestiv modul în care au evoluat pacienții din punctul de vedere al intensității durerii sub cele două tipuri de tratament în același interval de timp :





Din reprezentările grafice rezultă că pornindu-se de la situații comparabile (procentele fiind repartizate aproximativ la fel în ambele loturi) s-a ajuns ca după 30 zile tratamentul de tip homeopat să fie mai eficient deoarece procentele de ameliorare sunt 57,14 %, față de 80 % durere ușoară și respectiv 42,86 % , față de 20 % la categoria fără durere.

Și în cazul acestei afecțiuni PSH, se păstrează caracteristica că după 5 zile tratamentul alopāt se dovedește mai eficient, dar după cum am mai arătat la celelalte afecțiuni tratamentul homeopat își instalează mai lent efectul , dar este mai prelungit.

Prin aplicarea programului ANOVA s-au obținut *medii ale răspunsurilor și variațiile răspunsurilor față de medie*, care susțin rezutatele din graficele de mai sus în sensul că se înregistrează ameliorare și tendință de omogenizare a reacției la tratament, progresive în ambele grupuri.

VDS - PSH - alopāt

SUMAR

Grupuri	Nr.	Suma	Medie	Variatia
VDS initial	5	11	2,20	1,20
VDS la 5 zile	5	6	1,20	0,20
VDS la 30 zile	5	4	0,80	0,20

ANOVA

<i>Sursa variației</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	5,2	2	2,60	4,88	0,03	3,89
In cadrul grupurilor	6,4	12	0,53			
Total	11,6	14				

VDS - PSH - homeopat**SUMAR**

<i>Grupuri</i>	<i>Nr.</i>	<i>Suma</i>	<i>Medie</i>	<i>Variația</i>
VDS initial	7	14	2,00	1,00
VDS la 5 zile	7	11	1,57	0,62
VDS la 30 zile	7	4	0,57	0,29

ANOVA

<i>Sursa variației</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	7,52	2	3,76	5,93	0,01	3,55
In cadrul grupurilor	11,43	18	0,63			
Total	18,95	20				

Ca o observație negativă este faptul că din cauza numărului mic de pacienți investigați în ambele loturi, studiul în această situație nu poate fi considerat semnificativ, valorile înregistrate pentru *p* fiind mai mari de 0,005.

Scorul HAQ

Prelucrând cu programul ANOVA, datele obținute de la pacienți, prin chestionarul HAQ au rezultat tabelele de mai jos pentru ambele grupuri.

HAQ - PSH - alopatic**SUMAR**

<i>Grupuri</i>	<i>Nr.</i>	<i>Suma</i>	<i>Medie</i>	<i>Variația</i>
HAQ initial	5	24	4,80	5,70
HAQ la 5 zile	5	15	3,00	1,50
HAQ la 30 zile	5	7	1,40	0,80

ANOVA

<i>Sursa variației</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	28,93	2	14,47	5,43	0,02	3,89
In cadrul grupurilor	32,00	12	2,67			
Total	60,93	14				

HAQ - PSH - homeopat

SUMAR

<i>Grupuri</i>	<i>Nr.</i>	<i>Suma</i>	<i>Medie</i>	<i>Variatia</i>
HAQ inițial	7	21	3,00	3,67
HAQ la 5 zile	7	15	2,14	1,14
HAQ la 30 zile	7	7	1,00	0,67

ANOVA

<i>Sursa variației</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Între grupuri	14,10	2	7,05	3,86	0,04	3,55
În cadrul grupurilor	32,86	18	1,83			
Total	46,95	20				

În cazul PSH, chestionarul HAQ ne oferă posibilitatea de a observa că pornindu-se de la grade de dizabilitate comparabile mari, se ajunge după tratament la 30 zile la o situație acceptabilă, ambele grupuri situându-se în zona " cu oarecare dificultate " și cu grade de omogenitate a răspunsurilor asemănătoare 0,80 și respectiv 0,67. Dar din cauza numărului mic de cazuri studiul nu este semnificativ statistic pentru nici unul dintre grupuri ($p=0,02 > 0,005$ și $p=0,04 > 0,005$), însă este util din punct de vedere clinic.

Reumatisme inflamatorii cronice (PAR și SA)

Lotul de studiu a cuprins un număr de 16 de pacienți - 13 femei și 3 bărbați, repartizați pe afecțiuni - 11 cu PAR și 5 cu SA - . Grupul care a primit medicamente alopate a cuprins 8 pacienți, iar cel care a primit medicamente homeopate a cuprins tot 8 pacienți. Stabilirea diagnosticului s-a realizat pe baza datelor clinice și paraclinice.

Medicamente alopate administrate : Methotrexat 7,5 mg/zi, o dată/săpt. (pt. PAR), Prednison 10 mg/zi (pt. PAR), Sulfasalazină 2g/zi (pt. SA), Movalis, Ketonal, Celebrex.

Medicamente homeopate administrate : Pulsatilla 15 CH, 30 CH, 200 CH, Natrium Muriaticum 30 CH, 200 CH, Rhus Toxicodendron 30 CH, Causticum 15 CH, 30 CH, Ruta 5 CH.

Siguranța și tolerabilitatea tratamentului au fost evaluate pe baza datelor obținute de la pacienți de către medic la fiecare vizită și observațiilor înregistrate la examenul clinic al acestora.

Rezultate și discuții

Evaluarea clinică de eficacitate s-a făcut în conformitate cu datele obținute prin cuantificarea intensității durerii folosind **VDS** și **scorul HAQ** .

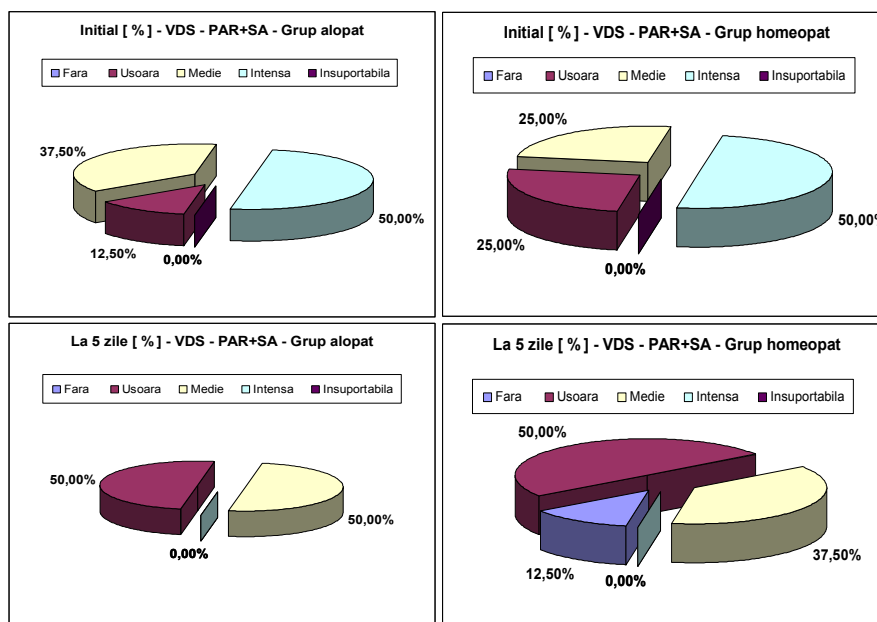
Grup alopatic . Conform datelor furnizate de " VDS" :

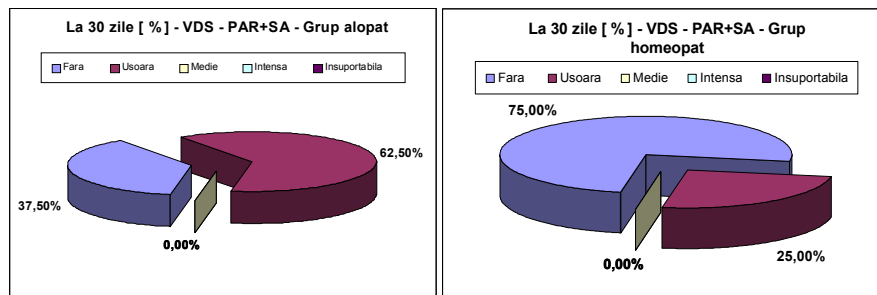
- inițial predomina durerea intensă 50 % , restul fiind 37,5 % durere de intensitate medie și ușoară 12,5 %;
- după 5 zile de tratament : pacienți cu durere intensă 0 % , pacienți cu durere medie 50 % , pacienți cu durere ușoară 50 % ;
- după 30 de zile de tratament : pacienți cu durere ușoară 62,5 % și pacienți fără durere 37,5 %.

Grup homeopat : conform datelor furnizate de " VDS" :

- inițial erau 25 % pacienți cu durere ușoară, 25 % pacienți cu durere de intensitate medie și 50 % cu durere intensă;
- după 5 zile de tratament : procentul pacienților cu durere intensă a devenit 0 , s-au modificat procentele la durere medie și ușoară, și au apărut 12,5 % pacienți fără durere;
- după 30 de zile : 75 % dintre pacienți sunt fără durere, iar 25 % sunt cu durere ușoară.

Prezentarea în paralel a graficelor de mai jos poate arăta sugestiv modul în care au evoluat pacienții din punctul de vedere al intensității durerii sub cele două tipuri de tratament în același interval de timp :





Și la aceste afecțiuni PAR și SA tratamentul homeopat s-a dovedit a fi la fel de

Aplicând programul ANOVA asupra datelor înregistrate se observă că și media răspunsurilor și gradul de omogenitate al reacției la tratament, exprimat prin variația răspunsului, al grupului homeopat, sunt mai bune. Valorile rezultate pentru medie scad foarte rapid și de asemenea variația răspunsului are valori din ce în mai mici, la 30 zile fiind 0,21 față de 0,27 la grupul alopate. Valorile rezultate pentru p sunt și acestea sub 0,005 ; deci studiul este statistic semnificativ.

VDS - PAR+SA - alopate

SUMAR

Grupuri	Nr.	Suma	Medie	Variatia
VDS initial	8	19	2,38	0,55
VDS la 5 zile	8	12	1,50	0,29
VDS la 30 zile	8	5	0,63	0,27

ANOVA

Sursa variației	SS	df	MS	F	p	F crit
Intre grupuri	12,25	2	6,13	16,60	0,00005	3,47
In cadrul grupurilor	7,75	21	0,37			
Total	20	23				

VDS - PAR+SA - homeopat

SUMAR

Grupuri	Nr.	Suma	Medie	Variatia
VDS initial	8	18	2,25	0,79
VDS la 5 zile	8	10	1,25	0,50
VDS la 30 zile	8	2	0,25	0,21

ANOVA

<i>Sursa variatiei</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	16	2	8	16	0,0001	3,47
In cadrul grupurilor	10,5	21	0,5			
Total	26,5	23				

Scorul HAQ

Prelucrând cu programul ANOVA, datele obținute de la pacienți, prin chestionarul HAQ au rezultat tabelele de mai jos pentru ambele grupuri.

HAQ - PAR+SA - alopate**SUMAR**

<i>Grupuri</i>	<i>Nr.</i>	<i>Suma</i>	<i>Medie</i>	<i>Variatia</i>
HAQ initial	8	27	3,38	0,84
HAQ la 5 zile	8	19	2,38	0,84
HAQ la 30 zile	8	9	1,13	0,98

ANOVA

<i>Sursa variatiei</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	20,33	2	10,17	11,46	0,0004	3,47
In cadrul grupurilor	18,63	21	0,89			
Total	38,96	23				

HAQ - PAR+SA - homeopat**SUMAR**

<i>Grupuri</i>	<i>Nr.</i>	<i>Suma</i>	<i>Medie</i>	<i>Variatia</i>
HAQ initial	8	23	2,88	4,70
HAQ la 5 zile	8	15	1,88	2,98
HAQ la 30 zile	8	6	0,75	3,07

ANOVA

<i>Sursa variatiei</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	18,08	2	9,04	2,52	0,10	3,47
In cadrul grupurilor	75,25	21	3,58			
Total	93,33	23				

Rezultatele obținute la investigarea pacienților în ceea ce privește mobilitatea, nu sunt satisfăcătoare în sensul că grupul homeopat deși a înregistrat o scădere a durerii, nu a înregistrat o revenire a mobilității în aceeași măsură. Acest fapt arată că tratamentul homeopat acționează cu succes asupra durerii, dar nu poate influența modificările organice de natură mecanică instalate la nivelul articulațiilor. Variația răspunsurilor a fost relativ mare în grupul homeopat chiar de la momentul inițial, aceasta însemnând că pacienții reclamau afectarea mobilității în grade diferite. După 5 zile apare o omogenizare a grupului, dar la 30 zile se înregistrează din nou o creștere a valorii variației. Statistic studiul nu este semnificativ, $p=0,1 > 0,005$.

Suplimentar pentru afecțiunile PAR și SA a evaluată și **evoluția redorii matinale**, după o scară de valori de la 0 la 2. Pe baza datelor respective au fost făcute prelucrări cu programul ANOVA, rezultând următoarele tabele :

RM - PAR+SA - alopăt

SUMAR

<i>Grupuri</i>	<i>Nr.</i>	<i>Suma</i>	<i>Medie</i>	<i>Variatia</i>
RM initial	8	11	1,38	0,27
RM la 5 zile	8	6	0,75	0,21
RM la 30 zile	8	4	0,50	0,29

ANOVA

<i>Sursa variației</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	3,25	2	1,63	6,35	0,01	3,47
In cadrul grupurilor	5,38	21	0,26			
Total	8,63	23				

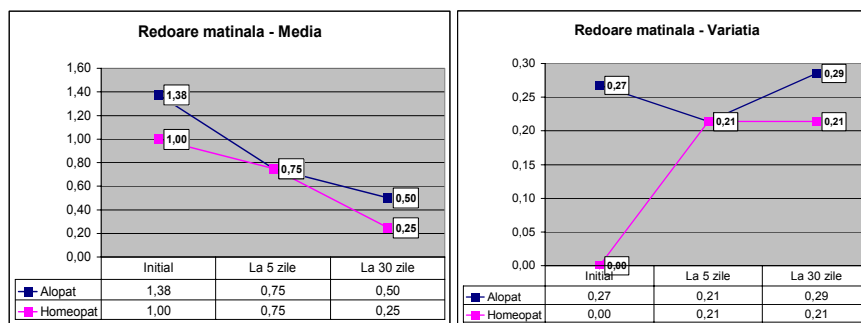
RM - PAR+SA - homeopat

SUMAR

<i>Grupuri</i>	<i>Nr.</i>	<i>Suma</i>	<i>Medie</i>	<i>Variatia</i>
RM initial	8	8	1,00	0,00
RM la 5 zile	8	6	0,75	0,21
RM la 30 zile	8	2	0,25	0,21

ANOVA

<i>Sursa variației</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F crit</i>
Intre grupuri	2,33	2	1,17	8,17	0,002	3,47
In cadrul grupurilor	3,00	21	0,14			
Total	5,33	23				



Rezultatele evidențiază o ameliorare similară la ambele grupuri de studiu pe toată perioada observației clinice conducând la o valoare identică după 5 zile de tratament. Variația răspunsului la grupul homeopat arată faptul că după tratament ameliorarea a fost în aceeași proporție menținându-se constantă până la final.

Discuții generale

Bolile reumatice prin evoluția lor complexă și pe o perioadă lungă de timp, cu o simptomatologie de multe ori invalidantă, durerea fiind de departe cea care aduce pacientul la medic și care impune un tratament eficient. Reacțiile secundare apărute de multe ori la pacienții cărora li se administrează medicamente alopate aduc în discuție și alte modalități de tratament. Homeopatia s-a dovedit de-a lungul timpului eficientă, atât în afecțiuni acute cât și cronice, ușor de administrat și fără efecte secundare.

Tratamentul este individualizat în funcție de particularitățile constituționale și de reactivitate ale fiecăruia, medicamentele administrate (remediile homeopate) sunt naturale, fără efecte secundare.

"Remediul" se definește ca fiind o substanță naturală care nu are efecte adverse asupra organismului.

" Medicamentul " este o substanță chimică, sintetică sau semisintetică, care are efecte pozitive sau negative (secundare sau adverse) asupra organismului în cadrul unui tratament.

Alegerea remediului se face în funcție de ansamblul simptomelor prezentate de bolnav care trebuie să se suprapună cu cele induse de acesta într-un organism sănătos.

Este legea similitudinii care trebuie respectată pentru alegerea potrivită a remediului și pentru eficiența tratamentului.

Din acest motiv, în homeopatie evaluarea simptomatologiei este și diagnostic de remediu.

În studiul efectuat de mine în cadrul acestei lucrări, chestionarul pentru evaluarea durerii stabilește și diagnosticul homeopat, adică diagnosticul de remediu pentru fiecare pacient.

Studiul efectuat a fost un studiu deschis, care, în cazul tratamentului homeopat putea fi în deficit pentru medicul homeopat. Este o modalitate de tratament practică de puțin timp în țara noastră, așa încât pacienții nu au deplină încredere sau de loc în calitățile și eficiența lui.

Din această perspectivă, poate fi considerat un efect "nocebo". Cele mai multe studii clinice care s-au efectuat în ultimii ani în străinătate au comparat rezultatele tratamentului homeopat față de "placebo".

Studiul efectuat în cadrul acestei lucrări nu s-a făcut față de "placebo" deoarece simptomul investigat a fost durerea, observațiile clinice au fost făcute pe o perioadă de 30 de zile, așa încât am considerat că este în beneficiul pacienților de a nu-i priva de tratament în acest interval de timp.

În Buletinul informativ Nr.3 din 1999 al Agenției Naționale a Medicamentului se stipulează că "la alegerea tratamentului pentru grupurile de control trebuie decis dacă este de dorit sau justificabil din punct de vedere etic să se utilizeze placebo sau un alt medicament activ (de referință) pentru comparație".[23] În acest caz, medicamentele alocate sunt medicamentele de referință și în acest mod pacienții sunt protejați în privința simptomului cel mai supărător -durerea- din afecțiunile pe care le au. Astfel, nici un pacient din lotul de studiu nu a renunțat în timpul perioadei de studiu, reușindu-se finalizarea lui în condiții bune.

Sudiul efectuat de mine în cadrul acestei lucrări, este primul din țara noastră, comparând rezultatele tratamentului homeopat față de cele ale tratamentului alopatic.

De asemenea, un alt aspect particular este acela al monitorizării și înregistrării rezultatelor tratamentului homeopat față de cel alopatic asupra unui singur simptom din tabloul afecțiunilor reumatismale și anume "durerea".

În cadrul altor studii s-a avut în vedere acțiunea unui remediu asupra unei afecțiuni, acute sau cronice.

Avantajul acestui studiu constă și în faptul că a comparat eficiența tratamentului homeopat față de cel alopatic, acesta din urmă fiind tratamentul folosit în mod obișnuit.

În România, așa cum am arătat, s-au făcut cercetări de farmacologie experimentală, studii clinice de imunologie, de boli profesionale (tratamentul homeopat în silicoză),etc.

Studiul efectuat în cadrul acestei teze, privind aportul homeopatiei în tratamentul durerii din bolile reumatismale, este o contribuție personală în acest demers pentru demonstrarea eficienței acestei alternative de terapie.

Studiile clinice efectuate în unele țări au avut ca scop evidențierea, relevarea faptului că remediile homeopate acționează într-adevăr, că se înregistrează o ameliorare a simptomatologiei și în același timp acțiunea pe care un remediu o are asupra organismului în ansamblu.

Revin asupra câtorva studii clinice din domeniul reumatologiei care urmăresc acțiunea unor remedii homeopate în afecțiuni reumatismale.

Studiile efectuate de Dr. Peter Fisher, specialist reumatolog, conducător al Serviciului de reumatologie al Spitalului homeopat din Londra, au evidențiat acțiunea remediei Rhus toxicodendron la pacienți cu boală artrozică, arătând o diferență statistic semnificativă în favoarea tratamentului homeopat față de placebo asupra fiecăruia din parametrii explorați.

Rezultate asemănătoare au fost înregistrate de L. Long și E. Ernst și prezentate în British Homeopathic Journal în 2001; Jonas W. B., Linde K. și Ramirez G. au publicat rezultatele bune ale tratamentului homeopat față de placebo în afecțiunile artrozice; Horstman J. a publicat în anul 2000 în revista Arthritis Today (martie-aprilie), rezultatele studiului asupra durerii din gonartroză.

Au fost efectuate studii clinice privind acțiunea remediilor homeopate în poliartrita reumatoidă, în ameliorarea durerii din fibromialgie, în durerea din sindromul de canal carpian, în ameliorarea acroparesteziilor nocturne idiopatice, unele dintre ele față de placebo, altele urmărind doar efectul unui remediu homeopat în ameliorarea simptomatologiei.

Am prezentat aceste studii alături de rezultatele unor cercetări fundamentale privind modul de acțiune al remediei homeopat, al diluțiilor homeopate în capitolul de "cercetări experimentale și studii clinice în domeniul homeopatiei".

Cele mai multe din studiile efectuate au adus argumente prin care tratamentul homeopat s-a dovedit eficient și nu s-au înregistrat efecte secundare.

În lucrarea de față am prezentat rezultatele unui studiu clinic comparativ între cele două modalități de tratament (homeopat și alopatic), dorind să aduc argumente în plus față de cele ale studiilor deja existente privind eficacitatea homeopatiei.

Din tabloul simptomatic al afecțiunilor reumatismale am ales "durerea", aceasta creând cea mai mare suferință pacientului, așa încât diminuarea și/sau îndepărtarea ei fiind o necesitate imperioasă. În cadrul acestei lucrări m-am referit numai la "durerea" din afecțiunile reumatismale.

Studiul clinic s-a desfășurat timp de un an și jumătate, pe un lot de 145 de pacienți, evoluția lor fiind urmărită pe o perioadă de 30 de zile. Grupurile de bolnavi, cei cu tratament alopatic și cei cu tratament homeopat, au fost omogene din punct de vedere al numărului de pacienți, sexului și vârstei.

Pentru a avea criterii comune de studiu și de evaluare a eficienței tratamentului, pacienții au fost împărțiți aleatoriu în grupe în funcție de afecțiuni. Unele grupe au cuprins un număr mai mic de pacienți, fie din cauza frecvenței mai mici a patologiei respective în perioada de studiu, fie datorită severității bolilor și tratamentului lor specific (PAR și SA) care nu a putut fi întrerupt pentru efectuarea studiului.

Rezultatele obținute în urma acestui studiu clinic au arătat că tratamentul homeopat a avut o eficiență la fel de bună comparativ cu a tratamentului alopatic, pe toată perioada în care pacienții au fost monitorizați (30 de zile).

În cazul artrozelor (gonartroza și coxartroza), ameliorarea intensității durerii a fost similară în ambele grupuri, la evaluarea finală (la 30 de zile) valorile obținute fiind foarte apropiate pentru ambele tratamente. În privința mobilității articulare însă, tratamentul alopatic a fost mai eficient decât cel homeopat, la sfârșitul perioadei de studiu valorile medii ale răspunsurilor evidențiind acest lucru.

În cazul pacienților cu lombosciatică ameliorarea durerii a fost similară pentru cele două tipuri de tratament, valorile obținute fiind foarte apropiate după cinci zile de tratament și comparabile la treizeci de zile.

Pacienții cu nevralgie cervico-brahială (NCB) din ambele grupuri (cu tratament alopatic și cu tratament homeopat) au avut o evoluție constant favorabilă, valorile medii ale răspunsurilor arătând la 30 de zile un procent egal fără durere.

Periartrita scapulohumerală a beneficiat de asemenea de scăderea intensității durerii, atât în cazul pacienților cu tratament alopatic cât și în cazul celor cu tratament homeopat, procentele de ameliorare fiind comparabile la al doilea moment de evaluare (la 30 de zile). La primul moment de evaluare însă (la 5 zile), ameliorarea durerii s-a produs într-un procent mai mare în grupul alopatic față de cel homeopat, confirmând faptul că răspunsul la acțiunea remediilor homeopate este în funcție de reactivitatea individuală, așa încât, în acest caz, ca și în al celorlalte afecțiuni reumatismale incluse în studiu, rezultatele au fost foarte apropiate la al doilea moment de evaluare (la 30 de zile).

Pacienții cu PAR și SA au fost în număr mic, datorită condițiilor particulare ale acestor afecțiuni, discutate deja la capitolul respectiv. Rezultatele obținute au relevat o eficiență asemănătoare a celor două tipuri de tratament; după 5 zile (primul moment de evaluare) s-a înregistrat același procent de pacienți cu durere ușoară. Valori comparabile au fost înregistrate și la al doilea moment de evaluare (la 30 de zile).

Tratamentul a fost bine tolerat pe toată perioada de către toți pacienții din ambele loturi de studiu; un număr foarte mic de pacienți (cinci) din grupul tratat alopatic a prezentat tulburări digestive minore (ușoară greață, disconfort gastric) care nu au impus întreruperea tratamentului.

Administrarea unor AINS și antialgice cu o bună toleranță gastrică au permis tratamentul pe toată perioada de studiu, de 30 de zile, și nici un pacient nu a renunțat la medicație. În grupul pacienților tratați homeopat nu s-au înregistrat efecte secundare, tratamentul a fost foarte bine tolerat pe toată perioada de studiu. S-a confirmat astfel calitatea remediilor homeopate de a nu avea efecte secundare.

Eficacitatea tratamentului a fost evaluată după 5 zile de tratament și după 30 de zile de la începerea tratamentului(așa cum am arătat).

Rezultatele studiului au fost statistic semnificative, valorile p-ului fiind mai mici de 0,005. Ameliorarea durerii s-a înregistrat la ambele loturi de pacienți în mod similar pe toată perioada studiului.

Rezultatele obținute sunt argumente interesante și importante pentru practica medicală și constituie premisele continuării studiilor clinice pe loturi mai mari de pacienți și pe o perioadă mai lungă de timp.

Studiile și cercetările efectuate evidențiază preocuparea oamenilor de știință din diferite domenii - medicină, fizică, farmacologie pentru explicarea modului de acțiune al medicamentelor homeopate, pentru demonstrarea eficacității în practica medicală, pentru fundamentarea științifică a acestei terapeutici.

Numărul cercetărilor și al studiilor a crescut în ultimii ani, odată cu progresele tehnice înregistrate în laboratoare și centre de cercetare, pe de o parte și pe de altă parte, datorită actualelor descoperiri în domeniul fizicii cuantice și farmacologiei informaționale.

În acest context favorabil, în ultimii ani, au fost efectuate tot mai multe studii clinice pentru demonstrarea eficacității tratamentului homeopat. Studiul efectuat de mine este un argument atât în favoarea homeopatiei ca tratament în sine cât și comparativ cu tratamentul alopatic, rezultatele fiind similare la grupele de pacienți, pe toată durata cercetării.

Ca direcție de viitor, doresc să continui acest studiu, pentru a putea aduce argumente și mai convingătoare privind eficacitatea homeopatiei și pentru a completa modalitățile de tratament în beneficiul pacienților.

Indiferent dacă teoriile prezentate sunt recunoscute ca veridice sau sunt deocamdată supoziții, ele configurează un domeniu al științei în general și al medicinei în particular de o complexitate deosebită, care va fi mult mai bine argumentat și înțeles în următorii ani, dar care, prin rezultatele unei practici de mai mult de 200 de ani se dovedește eficient ca modalitate de tratament și care se dovedește tot mai necesar în momentul actual.

Concluzii

- Terapia homeopată s-a dovedit eficientă în ameliorarea durerii din afecțiunile reumatismale ;
- Evoluția ameliorării durerii a fost similară la pacienții din ambele loturi, cu tratament homeopat și alopatic, pe toată perioada studiului; La sfârșitul perioadei de studiu (la 30 de zile), valorile obținute conform parametrilor după care s-au făcut evaluările, au fost foarte apropiate; nu s-au înregistrat diferențe statistice semnificative la acest moment de evaluare, fiind deci evidentă eficacitatea acestei terapii comparativ cu terapia alopatică;
- Tratamentul homeopat este individualizat, indicat și administrat după criterii deosebite față de tratamentul alopatic și se adresează reactivității pacientului și particularităților sale constituționale;
- Rezultatele studiului au demonstrat că, în condițiile acestor deosebiri între cele două modalități terapeutice, ameliorarea durerii, a funcționalității și calității vieții pacienților din cele două loturi, au înregistrat valori foarte apropiate la 30 de zile;
- Remediile homeopate acționează prin stimularea reactivității individului, astfel încât valorile care au indicat ameliorarea durerii au fost foarte apropiate în cele două loturi de studiu la al doilea moment de evaluare (la 30 de zile);
- Tratamentul homeopat a fost foarte bine tolerat, nu s-au înregistrat efecte secundare și nici un pacient nu a renunțat la această medicație în timpul studiului;
- Costul tratamentului homeopat este mult mai mic decât al tratamentului alopatic, atât pe termen scurt cât și pe termen lung;
- Rezultatele obținute în cadrul acestui studiu clinic, comparativ, între cele două modalități de tratament confirmă eficacitatea lor similară și deci posibilitatea folosirii homeopatiei ca terapie alternativă - în cazul de față în afecțiunile reumatismale cronice - și motivează continuarea lui pe o perioadă mai lungă de timp și pe un număr mai mare de pacienți, precum și inițierea altor studii în viitor.

Contribuții personale în perioada cercetării

Luminița-Natalia Sârcă, Ștefan Șuțeanu - Durerea în bolile reumatice și tratamentul ei, *Medicina Modernă*, Nr. 3, 2002, 123-130.

Luminița-Natalia Sârcă, Ștefan Șuțeanu - Homeopatia și locul ei în medicină, *Medicina Modernă*, Nr. 9, 2005, 457-462.

Luminița-Natalia Sârcă, Ștefan Șuțeanu - Forța vitală a organismului și tratamentul homeopat în afecțiunile cronice reumatismale, *Medicina Modernă*, Nr. 1, 2006, 6 - 8.

Luminița-Natalia Sârcă, Ștefan Șuțeanu - Comparație între efectul tratamentului homeopat față de efectul tratamentului alopatic în durerea din artroza genunchiului și șoldului - studiu clinic - Medicina Modernă, Nr. 5, 2007, 226-231.

Luminița-Natalia Sârcă, Aurelia Nicoleta Cristea - Comparație între efectul tratamentului homeopat față de efectul tratamentului alopatic în durerea din lombosciatica de cauză vertebrală - studiu clinic - Medicina Modernă, Nr. - sub tipar -.

Bibliografie

- 1 . Allen H. C. - Remedii homeopatice, Ed. Polirom, Buc., 2001, 43; 79; 92; 169.
- 2 . Andron C. : Apa - studiu de relevanță pentru homeopatie, Revista Română de Homeopatie, Nr. 3, 2006, 4-19.
- 3 . Arseni C. - Tratat de Neurologie, Ed. Medicală, Buc., 1980, 1141; 1143; 1150; 1151.
- 4 . Athanasiu A. - Tratat de psihologie medicală, Ed. Oscar Print, Buc., 1998, 152-159.
- 5 . Barbancey J. - Pratique homoeopathique en psiho-pathologie, Ediprim, Lyon, 1981, 5-6.
- 6 . Bart C. - Aforismele lui Hipocrat - Ed. Medicală, Buc., 1974, 14-15.
- 7 . Bălăceanu-Stolnici C. - Geriatrie practică, Ed. Amaltea, Buc., 1998, 342-343.
- 8 . Bălăceanu-Stolnici C. - Neuropsihologia postmodernistă, Ed. Ecologica, Buc., 2000, 1-7; 126-134.
- 9 . Bălăceanu-Stolnici C. - Incursiune în lumea sufletului - o abordare antropologică-, Ed. Paideea, Buc., 2003, 290-291; 320-321.
- 10 . Bărbulescu C. - Memorator de homeopatie, Ed. Tibotrib, Sibiu, 2001, 26; 91; 100.
- 11 . Belon Ph. - Cercetarea în homeopatie, Revista Română de Homeopatie, Nr. 4, 1998, 23-25.
- 12 . Binnet C. - Lexique medical homoeopathique, Editions Dangles, France, 1980, 10; 15; 35.
- 13 . Bird P. - Viața secretă a plantelor, Ed. Elit, Ploiești, 2000, 21-22.
- 14 . Black J. - " Biological variability: Ignore, reduce or analyse ? ", 1st European Congress of Pharmacology, Milan, Italia, 1995.
- 15 . Blackie M. - Homeopatia - o provocare, Ed. Ex Ponto, Constanța, 1999, 148; 160.
- 16 . Blackie M. - Homeopatie clasică, Ed. Fundația "SIMILE", 2002, 269; 275; 276; 283.
- 17 . Blăjeni C. A. - Homeopatie, Ed. Litera, Buc., 1994, 15; 19-20; 35-37.
- 18 . Boericke W. - Homoeopathic Materia Medica, Calcutta, 1993, 220; 230.
- 19 . Boiron - Precis de rhumatologie clinique, CEDH, France, 2003, 23-37; 75; 97; 268; 279-280; 353-357; 462-470.
- 20 . Borland D. - Urgențe medicale tratate homeopatic, Ed. Moldogrup, Iași, 1998, 18-19.
- 21 . Borland D. - Remedii pentru uz pediatric, Ed. Paneurope, Iași, 2002, 19-20.
- 22 . Bott V. - Medicina antroposofică - Ed. Triade, Cluj, 1997, 22-26.
- 23 . Buletin informativ Nr. 3, 1999 - Agenția Națională a Medicamentului, 25.
- 24 . Bungetzianu Gh. - De la etnobotanica la homeopatie, Revista Română de Homeopatie, Nr. 2, 2005, 16-19.
- 25 . Bungetzianu Gh., Jurj Gh. - Materie medicală clinică homeopatică , Ed. Waltpress, Timișoara, 2004, 37; 41; 127; 249; 280.
- 26 . Bungetzianu Gh. - Forța vitală, Revista Română de Homeopatie, Nr. 1, 2005, 57-59.
- 27 . Caba T. - Elemente de practică homeopată, Ed. Litera, Buc., 1979, 69-71.
- 28 . Chappell P. - Homeopatie, Ed. Teora, Buc., 1996, 158; 159; 176.
- 29 . Chirilă P., Bungetzianu Gh. - Manual de homeopatie, Ed. Medicală, Buc., 1983, 30-44.
- 30 . Chirilă P. - Ghid terapeutic, Ed. Științifică și Enciclopedică, Buc., 1986, 104; 116.
- 31 . Constantinescu. D., Hațieganu-Buruiiană E. - Să ne cunoaștem plantele medicinale, proprietățile lor terapeutice și modul de folosire, Ed. Medicală, Buc., 1986, 10.
- 32 . Cristea A. - Opioid and adrenergic types of behaviour to stress, J. Neuropsychopharmacology 1993, 3; 446-447.
- 33 . Cristea A. - Cercetări farmacologice experimentale privind acțiunea diluțiilor homeopate de Chamomilla la nivelul SNC, Farmacia, 1994, 1-2; 3-7.
- 34 . Cristea A. - Highlighting the healthy individual type " sensitive " to a drug - Methodology, 8th GIRI Symposium, Jerusalem, Israel, 1994, 15-16.
- 35 . Cristea A. - Reactivitatea individuală la naloxon și clonidină, în analgezia de stress, Farmacia, 1994, 5-6; 27-30.
- 36 . Cristea A. - Experimental and clinical studies concerning the opioid psychoneuroendocrine type , 1st National Congress of Psychoneuroendocrinology, 1996, Bucharest, Romania, 259.
- 37 . Cristea A., Ștefănescu A., Ciobanu A. - Cathecolamine levels in opioid and adrenergic psychoneuroendocrine types, 6th congress of Endocrinology, 1996, Bucharest, Romania, 2-3.
- 38 . Cristea A. - O comparație între principiile homeoterapeuticii și modalitățile de reglare fiziologică, în cadrul mecanismelor biocibernetice de reglare, A XI-a Conf. Naț. de Homeopatie, Buc., 1998, 7-8.
- 39 . Cristea A. - Proposals concerning biocybernetic regulation principles by drugs, Romanian Journal of Biophysics, Ed. Academiei Române , 4, 1998, 303-307.
- 40 . Cristea A. - The reaction to convulsive stimulus of the opioid and adrenergic psychoneuroendocrine mice types, Romanian Journal of Neurology, Ed. Academiei Române, 1999, 1-2; 95-102.
- 41 . Cristea A. - Efectul naloxonului și clonidinei asupra analgeziei induse de stressul acut experimental la animale cu sensibilitate dureroasă bazală normală și la hiper- sau hiposensibilități (relații doză - efect), Al XIII-lea Congres Național de Farmacie, Sibiu, România, 2000, vol. rez. 396-397.
- 42 . Cristea A. - The power of infinitesimal relied on informational causality, 56th Congress Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis, Sibiu, România, 2001, 80-83.
- 43 . Cristea A. - Farmacologie Generală, Ed. Didactică și Pedagogică, Buc., 2001, 427-431; 437; 445-446; 454-455.

- 44 . Cristea A. - Ann. Farmaceutiques Francaises, 2004, 260-269.
- 45 . Cristea I. - Terapia durerii, Ed. Medicală, Buc., 1991, 12; 20.
- 46 . Damasio A. - Emoțiile, rațiunea și creierul uman, Ed. Humanitas, Buc., 2004, 115-125.
- 47 . Dujany R. - Manual practic de homeopatie, Ed. Polirom, Buc., 2005, 47; 148-149.
- 48 . Emoto M. - Mesajele ascunse din apă, Ed. Adevăr, Brașov, 2006, 18-19.
- 49 . Fisher C. E. - Homeopatie, Ed. Pan Europe, Iași, 2002, 8.
- 50 . Fontaine J. - A patra noastră lume, Ed. Lotus, Buc., 1998, 120-121.
- 51 . Gerber R. - Medicina Vibrațională, Ed. Elit, Iași, 2005, 83-85.
- 52 . Ghegas V. - Homeopatie clasică, Homeo-Study, Belgia, 1989, 26-27.
- 53 . Ghegas V. - Lecții de homeopatie clasică, Ed. Paralela 45, Buc. 1997, 30-31.
- 54 . Giroud P., Mathe G., Meyniel G. - Pharmacologie clinique, Ed. Expansion Scientifique Francaise, Paris, 1988, 321-323.
- 55 . Granata G. - Homeopatie, Ed. Polirom, Buc., 2005, 12-13.
- 56 . Grandgeorge D. - Spiritul remediului homeopat, Ed. EdiComm, France, 1993, 5-12.
- 57 . Grandgeorge D. - Pe potecile homeopatiei, Ed. Proxima, Buc., 2004, 67-68.
- 58 . Grof S. - Psihologia viitorului, E.F.Publishing, Buc., 2003, 9-11.
- 59 . Guernonprez M., Pinkas M., Torck M. - Matière Medicale Homeopathique, Ed. Boiron, France, 1989, 188-193.
- 60 . Guillemain J. - La recherche pharmacologique appliquee a l'homeopathie, sa grandeur, ses faiblesses, "Homeop. Fr." 71, 1983, 191-200.
- 61 . Guja C. - Aura corpului uman, Ed. Polirom, Iași, 2000, 14.
- 62 . Guja C. - Aurele corpurilor, Ed. Polirom, Iași, 2000, 201.
- 63 . Haberland H. - Clusters of Atoms and Molecules, Ed. Springer Verlag, Berlin, 1994, 322-324.
- 64 . Harrison - Principii de medicină internă, Ed. Lider, 2000, 804-806.
- 65 . Hartmann F. - Paracelsus, viața și învățătura - Ed. Herald, Buc., 2004, 74-75.
- 66 . Hawking St. W. - De la Big Bang la Găurile Negre, Ed. Humanitas, 2001, 144; 178-179; 181-185.
- 67 . Herbert R. - Studiul remediilor prin comparație, Ed. Pan Europe, Iași, 2005, 20-21.
- 68 . Houmard A. - Therapeutique homeopathe en dermatologie, Ed. Boiron, France, 2003, 17-32.
- 69 . Iftimovici R. - Istoria medicinei, Ed. All, 1995, 54-57.
- 70 . Ionescu R. - Esențialul în Reumatologie, Ed. Amaltea, Buc., 2006, 144-147; 161-163; 166.
- 71 . Izsak S. - Farmacia de-a lungul secolelor, Ed. Științifică și Enciclopedică, Buc., 1979, 15; 17.
- 72 . Jayasuriya A. - Homeopatie clinică, Apimondia, 2000, 14-24.
- 73 . Joja O. - Psihosomatica între medicină și cultură, Ed. Paideea, Buc., 2003, 38-39.
- 74 . Jouanny J. - Therapeutique homeopathique, Ed. Boiron, France, 1986, 76-88.
- 75 . Jung C. G. - Arhetipurile și inconștientul colectiv, Ed. 3, Buc., 2003, 38-39.
- 76 . Jung C. G. - Tipuri psihologice, Ed. 3, Buc., 2004, 16.
- 77 . Jurj Gh. - Breviar de homeopatie, Ed. Forma Media, Tg. Mureș, 2005, 41-43.
- 78 . Jurj Gh. - Probleme ale homeopatiei contemporane, Revista Română de Homeopatie, Nr. 1, 2005, 29-49.
- 79 . Le Roux P. - Energia homeo-hidrogen, Ed. Proxima, Buc., 2005, 8-10.
- 80 . Luban-Plazza, W. Poldinger, F. Kroger - Boli psihosomatice în practica medicală, Ed. Medicală, Buc., 1996, 199-202.
- 81 . Milcu Șt. - Modele cibernetice în endocrinologie, Fiziologia normală și patologică, Buc., 1965, 413-420.
- 82 . Milcu Șt. - Semnalul hormonal în sistemul neuroendocrin, În : Semnalul biologic, E. Nicolau, Ed. Academiei Române, Buc., 1992, 18-23.
- 83 . Miller G. - Relațiile dintre remedii, Ed. MiniEd, Iași, 2006, 57; 79; 331.
- 84 . Morrison R. - Ghid practic de remedii homeopatice-Ed. Tao, 2001, 246; 248; 249; 252.
- 85 . Mungiu O. - Algeziologie generală, Ed. Polirom, Iași, 1999, 43-45.
- 86 . Mungiu O. - Algeziologie specială, Ed. Polirom, Iași, 1999, 37.
- 87 . Nash E. B. - Materia Medica, Ed. Serapis, Timișoara, 1999, 24; 84; 126.
- 88 . Nash E. B. - Principalele simptome locale, Ed. Pim, Iași, 2005, 103.
- 89 . Neagu - Basarab M. - 150 remedii homeopatice vegetale, Ed. Sport-Turism, Buc., 1984, 6-7; 12.
- 90 . Nuta V. - Fractali și atractorii străini în homeopatie, Revista Română de Homeopatie, Nr. 3, 2002, 27-30.
- 91 . Olinici C., Călușer I. - Sistemul neuroendocrin difuz, Ed. Medicală, Buc., 1988, 40-41; 45-46; 160-163; 165-167.
- 92 . Ortega P. - Note despre miasme, Liga Medicorum Homeopathica Internationalis, Sibiu, 2001, 10; 36-38.
- 93 . Pacaud G. - Homeopatia pentru toți, Ed. Teora, Buc., 2006, 60; 76-77.
- 94 . Payrhuber D. - Dimensiunile medicinei homeopate, ArsMedica, 2002, 8-9; 13; 96-97.
- 95 . Păun R. - Medicina Internă - , Ed. Medicală, Buc., 1999, 106; 109; 249; 255.
- 96 . Pellegrini A. - Farmacologia infinitezimală, Revista Română de Homeopatie, Nr. 1, 2002, 37-40.
- 97 . Popa C. - Neurologie, Ed. Național, Buc., 1999, 110.
- 98 . Popescu E. - Reumatologie, Ed. Național, 1997, 106-126; 217-218.
- 99 . Racz A., Laza A., Coiciu E. - Plante medicinale și aromatice, Ed. Ceres, Buc., 1970, 40-44.
- 100 . Ray L. - Studii prin termoluminescența ale diluțiilor înalte, Revista Română de Homeopatie, Nr. 1, 2005, 25-28.
- 101 . Regulile pentru bun practică în studii clinice - Agenția Națională a Medicamentului
- 102 . Restian A. - Informație minimă, semnificație maximă, Revista de Filozofie, Buc., 1971, 1229-1235.
- 103 . Restian A. - Patologie informațională, Ed. Academiei Române, Buc., 1997.
- 104 . Rocher C. - Homeopathie, Ed. Boiron, France, 2003, 47; 64.
- 105 . Ronecker J-P. - Energia vibratoare a undelor de forma, Pro - Editura, 2006, 51.
- 106 . Rosemann R. H. - Personality type A behaviour pattern and coronary heart disease, Royal Society of Medicine, 1980, 14, 65-70.
- 107 . Ruasse J-P. - L' indispensable en homeopathie, Techniced, Paris, 1985, 122; 146; 182.
- 108 . Russell M. - Nosode intestinale, Ed. Aprilia Print, Timișoara, 2002, 8.
- 109 . Sandu L. - Cum tratăm durerea, Ed. Teora, Buc., 1995, 30; 49; 51; 54-57; 69; 71; 80-83; 103.
- 110 . Sankaran - Homeopatie - Schema lui Sankaran-Ed. MiniEd, Iași, 2005, 4-6.

- 111 . Schrott E. - Ayurveda- Ed. Polirom, Buc., 2005, 7.
- 112 . Smolin L. - Spațiu, Timp, Univers - Ed. humanitas, Buc., 2002, 77-82; 197.
- 113 . Soulier J-P. - Enigma vietii, Ed. Medicala, Bucuresti, 1991, 132-133.
- 114 . Stamatoiu I. - Durerea, Ed. Cerma, Buc., 1997, 31-36.
- 115 . Stewart I. - Numerele naturii - Ed. Humanitas, Buc., 2006, 75; 77; 79; 81; 83-84; 95; 97.
- 116 . Stroescu V. - Bazele farmacologice ale practicii medicale, Ed. Medicală, Buc., 1989, 63-65; 72-79.
- 117 . Șuteanu Șt. - Tratat de Medicină Internă - Reumatologie, Ed. Medicală, Buc., 1999, 20-21; 36-37; 249-250; 253-255; 295; 532; 575-576.
- 118 . Teleianu I. - Repertoriu al materiei medicale homeopatice, Ed. Proxima, 2005, 1188; 1192; 1196
- 119 . Textes legislatifs reglementaires et internationaux - Protection des personnes dans la recherche biomédicale France, 1991.
- 120 . Textes - Recherche en homeopathie, Ed. Boiron, France, 2005, 8-9; 28; 37; 57-67.
- 121 . Toma M., Toma A. - Homeopatie Veterinară - Ed. Argument, București, 2002, 445-447; 501-505; 509-510.
- 122 . Vannier L. - Précis de thérapeutique homéopathique, Ed. Boiron, France, 2002, 586-590.
- 123 . Vithoulkas G. - Esența materiei medica, Ed. Moldogrup, Iași, 1997, 38-41; 56-59; 178-179.
- 124 . Vithoulkas G. - Un nou model de vindecare pe cale naturală, Ed. Polirom, Buc., 1999, 64-66.
- 125 . Vithoulkas G. - Medicina noului mileniu, Ed. Pan Europe, Iași, 2002, 17-21.
- 126 . Vithoulkas G. - Un nou model de sănătate și boală, Ed. Pan Europe, Iași, 2002, 132-134.
- 127 . Vithoulkas G. - Știința homeopatiei, Ed. Homeo Praxis, Pitești, 2003, 23-24; 16-87.
- 128 . Zissu R. - Manuel de médecine homéopathique, Ed. Boiron, France, 2002, 70-73; 97-100; 107-111.