

Ocena zdrowia człowieka – korelacja chorób autoimmunologicznych z występującymi w historii medycznej pacjenta ostrymi infekcjami tłumionymi chemicznie

Spiros Kivellos^{1,*}, Seema Mahesh² and George Vithoulkas³

¹ Centrum Homeopatii Klasycznej, 128 Gr. Labraki Street, Piraeus, Grecja

² Centrum dla Homeopatii Klasycznej, 10, 6th Cross Chandra Layout, Bangalore 560040, Indie

³ Uniwersytet Egejski, Grecja

Abstrakt: Jest to próba przedstawienia środowisku medycznemu nowej koncepcji oceny poziomu zdrowia jednostki, poprzez teorię profesora George'a Vithoulkasa. Teoria poziomów zdrowia okazała się cenną pomocą dla klinicystów, ponieważ umożliwia im nie tylko ocenę stanu zdrowia pacjenta, ale także dostosowanie przebiegu indywidualnego leczenia. Osiąga się to poprzez ocenę reakcji organizmu na terapię dowolnego rodzaju. W połączeniu z „Kontinuum ujednoczonej teorii chorób”, choroba i leczenie są lepiej rozumiane i stanowią standard odniesienia dla klinicystów. Zastosowanie koncepcji psychoneuroimmunologii (PNI) i innych, które wiążą tłumienie ostrych chorób z pojawianiem się przewlekłych schorzeń, otwiera nowe horyzonty w zrozumieniu natury ludzkiego ciała w tym zakresie. Leczenie ostrych chorób może prowadzić w dwóch przeciwnych kierunkach: może albo doprowadzić do wyleczenia, albo wręcz przeciwnie, spowodować stopniową degenerację obrony PNI organizmu. Jeśli chodzi o „objawy”, ich zmniejszenie lub zanik po leczeniu wynika albo z tego, że organizm ich już nie potrzebuje, osiągając wyższy poziom zdrowia, albo z tego, że nie może ich już utrzymać, ponieważ jego zdrowie zostało pogorszone z powodu sposobu leczenia. Idealne leczenie nie powinno jedynie eliminować objawów, podczas gdy ogólny stan zdrowia się pogarsza. Zamiast tego musi ono powodować wzmocnienie działania układu odpornościowego we własnym kierunku poprzez wzmocnienie generowanych przez niego objawów. W ten sposób układ odpornościowy staje się silniejszy po pozbyciu się choroby, a ogólny stan zdrowia ulega poprawie.

Słowa kluczowe: Historia choroby, gorączka, ostre infekcje, autoimmunizacja, supresja, leki, układ odpornościowy, rokowanie, poziomy zdrowia, kontinuum chorób, psychoneuroimmunologia.

Kluczowy przekaz: Dla lepszego zrozumienia i leczenia profilu immunologicznego pacjentów jako całości, autoimmunizacja musi być skorelowana z występującą w historii medycznej pacjenta ostrą infekcją tłumioną chemicznie. Immunologiczne mechanizmy obronne muszą być wspierane, a nie tłumione, aby poprawić zdrowie organizmu.

KONTEKST

Teoria poziomów zdrowia została pierwotnie przedstawiona w książce „Science of Homeopathy”, a ostatnio w bardziej kompletnej formie w „Levels of Health” [1, 2]. Początkowo klasyfikacja poziomu zdrowia pacjentów została pomyślana i stworzona w celu zrozumienia i wyjaśnienia różnych reakcji, których pacjenci doświadczali po podaniu środka homeopatycznego. Jednak wkrótce stało się jasne, że teoria ta może wyjaśnić odpowiedzi na wszystkie terapie, w tym konwencjonalną.

Zgodnie z tą teorią pacjentów można sklasyfikować według różnych poziomów zdrowia, od najwyższego do najniższego. Kryteria stosowane w tej klasyfikacji to odpowiedzi immunologiczne organizmu na różne czynniki chorobotwórcze i metody leczenia (Tabela 1). Pomiedzy najwyższym poziomem - stanem najzdrowszym, a najniższym - stanem najbardziej zdegenerowanym, bliskim śmierci, znajdują się poziomy pośrednie. Możemy zaobserwować w tabeli, że w miarę schodzenia w dół poziomów, choroby stają się bardziej skomplikowane, a reakcja na leczenie trudniejsza. Czynniki

zakaźne stają się bardziej zjadliwe w miarę schodzenia w dół poziomów; od infekcji paciorkowcami i gronkowcami, przez Proteus, po Bacillus pyocyaneus i grzyby [3, 4].

*Adres do korespondencji z autorem: Centre of Classical Homeopathy, 128 Gr. Labraki street, Piraeus, Grecja; Tel.: 003104138231; E-mail: cchomeopathy@hol.gr

Zaobserwowano, że czasami po ostrej chorobie pojawia się stan przewlekły. Taka reakcja jest zwykle przypisywana samej infekcji lub działaniom niepożądanym leku [5-9]. Również po pojawieniu się stanu przewlekłego organizm przestaje rozwijać ostre infekcje gorączkowe, które w przeszłości były regularne [2]. Zmiana ta może oznaczać, że układ odpornościowy jest osłabiony i nie ma

Tabela 1: Poziomy zdrowia według teorii homeopatycznej prof. G. Vithoulkasa: (Grupa A do grupy D, od wyższego do niższego poziomu zdrowia)

Grupa A Poziomy 1-3	Potencja homeopatyczna do 50M	<p>Wszystkie choroby - ale głównie zaburzenia czynnościowe, uleczalne homeopatią, objawy prowadzą do jasnego obrazu remedium homeopatycznego</p> <p>rzadkie infekcje, głównie typowe bakteryjne choroby wieku dziecięcego</p> <p>na najwyższym poziomie terapeutyczne zaostrzenie homeopatyczne może nie wystąpić.</p> <p>Bardzo rzadko ostre choroby. na niższych poziomach 2 i 3, może wystąpić łagodne terapeutyczne zaostrzenie homeopatyczne. sporadyczne ostre choroby.</p> <p>Na najwyższym poziomie silne zdrowie, zwykle nie będzie konieczne powtórzenie środka homeopatycznego lub innego środka</p> <p>na niższych poziomach 2-3 więcej środków homeopatycznych w odpowiedniej kolejności będzie potrzebnych, aby uzyskać maksymalny wynik.</p> <p>Na niższych poziomach - 2 i 3, ostre choroby pojawiają się częściej</p>
Grupa B Poziomy 4-6	Potencja homeopatyczna 10M-1M	<p>W miarę schodzenia w dół poziomów, pojawiają się częstsze i poważniejsze ostre stany (np. zapalenie płuc), infekcje bakteryjne bardziej odporne na antybiotyki, poważniejsze zaostrzenie homeopatyczne, potrzeba więcej środków homeopatycznych, jeden po drugim, w niższym poziomie, ostre choroby nawracające, po leczeniu lekami chemicznymi, poziom zdrowia spada. w niższych poziomach 5-6, terapeutyczne zaostrzenie homeopatyczne może trwać długo</p>
Grupa C Poziomy 7-9	Potencja homeopatyczna 200 CH	<p>Cięższe przewlekłe choroby zwyrodnieniowe (np. choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego) na górnym poziomie, mniej ostrych chorób, mniej poważne, łatwo ustępują w dolnym poziomie,</p> <p>brak objawów ostrych stanów w górnym poziomie,</p> <p>bardzo poważne początkowe pogorszenie homeopatyczne w górnym poziomie,</p> <p>pogorszenie homeopatyczne może być poważne - wymagające konwencjonalnej interwencji medycznej, konieczne będzie zastosowanie 4-5 środków homeopatycznych w odpowiedniej kolejności, zanim odczuje się pozytywne efekty.</p> <p>Niewłaściwy środek homeopatyczny może skomplikować sprawę.</p>

		W dolnym poziomie 9, pogorszenie homeopatyczne może oznaczać, że środek był niewłaściwy.
Grupa D Poziomy 10-12	Potencja homeopatyczna 30CH-12CH powtarzana	Większość poważnych chorób przewlekłych, wpływających na układ odpornościowy i ośrodkowy układ nerwowy. kilka homeopatycznych środków leczniczych będzie potrzebnych w odpowiedniej kolejności, zanim pojawi się ostra choroba. żadnych ostrych infekcji, żadnego początkowego pogorszenia. jeśli pojawi się homeopatyczne pogorszenie, to środek leczniczy był zdecydowanie zły. Na niższym poziomie, przypadki nieuleczalne homeopatią, możliwe jest jedynie leczenie łagodzące/paliatywne

potencjału do zainicjowania i zakończenia niezbędnego ostrego procesu zapalnego.

Kto zatem jest zdrowszy? Dziecko z nawracającym gorączkowym zapaleniem migdałków czy dziecko, u którego rozwinęła się astma lub choroba Leśniowskiego- Crohna po tonsilektomii, ale u którego nie rozwijają się już żadne gorączkowe infekcje? [10] Na jakiej podstawie powinniśmy decydować, czy nasze interwencje terapeutyczne doprowadziły organizm do wyższego, czy do niższego poziomu zdrowia?

Ludzkie ciało walczy jako całość, aby utrzymać homeostazę. Stało się oczywiste dzięki studiom Psychoneuroimmunologii, że ciało posiada mechanizm do ustanawiania specyficznej pamięci reakcji immunologicznych na losowy czynnik chorobowy, z którym wcześniej się zetknęło i z którym walczyło [11, 12]. Jest zaprogramowane tak by reagować jako zintegrowany system, zaangażować niezbędne procesy zapalne - w tym wysoką gorączkę - aby osiągnąć równowagę. Zgodnie z tą teorią, niezdolność organizmu do rozwinięcia wysokiej gorączki podczas epidemii lub, co gorsza, niezdolność do rozwinięcia jakiegokolwiek ostrej choroby gorączkowej podczas trwania przewlekłego stanu, jest zdecydowanie negatywnym czynnikiem prognostycznym dla ogólnego stanu zdrowia.

Wyleczenie kontra leczenie

Wszyscy lekarze zgadzają się, że idealnym wynikiem leczenia jest wyleczenie; oznacza to, że nie jest potrzebne dalsze leczenie konkretnej choroby.

W przypadku braku tego ideału, leczenie musi skutkować przynajmniej poprawą stanu zdrowia - co musi być widoczne podczas oceny obecnego stanu zdrowia społeczności. Sytuacja, którą widzimy w dzisiaj na świecie, jest zupełnie odwrotna. W rzeczywistości statystyki pokazują, że odsetek populacji ze zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi i zwyrodnieniowymi, zwłaszcza w młodym wieku, drastycznie wzrasta [13-17]. Ten trend powinien niepokoić społeczność medyczną.

Leczona choroba, ale nie wyleczona predyspozycja

Taka zmiana w stanie zdrowia populacji powinna sprawić, że za każdym razem, gdy przepisujemy leczenie, będziemy analizować, czy ma ono potencjał wyleczenia pacjenta, czy też jedynie wyeliminowania objawów choroby. Na przykład rozważmy leczenie dziecka z ostrym, ropnym zapaleniem ucha środkowego. Jeśli w ciągu kilku dni od rozpoczęcia leczenia objawy kliniczne ustąpiły, zakładamy, że zapalenie ucha zostało wyleczone. Jeśli po dwóch miesiącach to samo dziecko powraca z kolejnym przypadkiem tego samego zapalenia, mamy dwa sposoby wyjaśnienia ponownego pojawienia się tego drugiego epizodu: jest to przypadek losowy lub tak naprawdę nie wyleczyliśmy go na początku [18].

Załóżmy, że powtórzyliśmy leczenie, a objawy ponownie ustąpiły. Po sześciu miesiącach dziecko ma pierwszy atak astmy. Czy możemy również uznać atak astmy za przypadek losowy? Albo

czy powinniśmy uznać, że nigdy nie wyleczyliśmy dziecka, a układ odpornościowy stał się słabszy - ponieważ ujawnił się poważniejszy, przewlekły stan zapalny? [19]. Jeśli po naszych nieustających próbach chemicznego leczenia astmy, to samo dziecko po roku rozwinię zachowania psychotyczne, możemy ponownie albo uznać pojawienie się tej trzeciej, jeszcze poważniejszej choroby, za przypadek losowy, albo zdać sobie sprawę, że nigdy nie wyleczyliśmy dziecka. Teraz musimy radzić sobie z jeszcze bardziej osłabionym układem odpornościowym.

Wniosek jest taki, że układowi odpornościowemu nie pozwolono na pomyślne ukończenie przebiegu zapalnego, poprzez podniesienie wysokiej gorączki na samym początku i dlatego ustanowił stan uporczywego, nieskutecznego stanu zapalnego, objawiającego się astmą z ostrymi zaostrzeniami. Aktywowany stan przewlekły jest zgodny z dziedziczną predyspozycją, którą nosi organizm. Oznacza to, że proces zapalny, reprezentujący zarówno chorobę, jak i stan układu odpornościowego, jest w rzeczywistości procesem ciągłym, od urodzenia do momentu rozpatrywania w czasie [20-22].

Korelacja między obecną dolegliwością pacjenta, a jego historią medyczną

Badania wiążące ostre choroby i choroby przewlekłe, takie jak choroby autoimmunologiczne, dostarczyły użytecznych danych na temat potencjalnej ochrony organizmu przed tymi drugimi z pomocą pierwszych [23-31]. Ponadto, ponieważ powiązania między egzemą, alergicznym nieżytem nosa i astmą są udokumentowane w literaturze naukowej [32, 33], kolejnym logicznym krokiem jest badanie innych takich korelacji. Musimy również zbadać reakcję organizmu na interwencje terapeutyczne w chorobach ostrych i przewlekłych. W scenariuszu praktycznym pediatra dermatolog mógł być zadowolony z wyników leczenia kortykosteroidami w neurodermicie na wcześniejszym etapie życia pacjenta. Jednak może nigdy nie zostać poinformowany, że to samo dziecko następnie rozwinęło astmę alergiczną. Dlatego też predyspozycje alergiczne tego dziecka nigdy nie zostały w rzeczywistości wyeliminowane.

Teoria „poziomów zdrowia” i „kontinuum jednolitej teorii chorób”

W powyższym przykładzie wyprysk dziecięcy wydaje się zniknąć po zastosowaniu miejscowych kortykosteroidów. Jednak ważnym pytaniem jest, czy organizm jest ogółem zdrowszy niż wcześniej.

Medycyna potrzebuje jednolitej teorii, aby ocenić ogólny stan zdrowia pacjenta w dłuższej perspektywie, skupiając się na czymś więcej, niż tylko na konkretnych chorobach pojawiających się w momencie, gdy pacjent szuka pomocy medycznej. Teoria ta została przedstawiona w artykule: „Kontinuum jednolitej teorii chorób” autorstwa G. Vithoulkasa i S. Carlino [34]. Znaczenie tej teorii polega na wyjaśnieniu złożonych kwestii zdrowia i choroby na dwa sposoby: po pierwsze, traktując pacjenta jako spójną jednostkę psycho-neuro-immunologiczną, a po drugie, oceniając incydenty w całej jego historii medycznej; analizując obecną chorobę pacjenta w świetle jego historii medycznej i wszystkich poprzednich metod leczenia. Chociaż teoria ta została opracowana dla homeopatii, jest ona istotna i może być stosowana we wszystkich dziedzinach medycyny [35-40].

GLÓWNE CECHY TEORII

1. Wydajność odpornościowa, aby podnieść gorączkę

Zdolność do podniesienia wysokiej gorączki wymaga prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego, aby podwzgórze było zdolne do reagowania na uwalnianie PGE2. Aby to się stało, organizm powinien być w stanie łatwo produkować cytokiny, interleukinę-1, interleukinę-6, TNF-alfa: wszystkie endogenne pirogeny, w odpowiedzi na kompleks LBP-LPS [41-44]. Jest to mechanizm obronny, dzięki któremu układ odpornościowy uczy się skutecznie zwalczać patogeny.

2. Efekt tłumienia ostrych stanów zapalnych

Agresywne tłumienie gorączki prowadzi do zwiększonej liczby epizodów infekcji i wyższej śmiertelności w porównaniu z łagodniejszym leczeniem gorączki [45, 46]. Tłumienie gorączki nawet w przypadkach wstrząsu septycznego zostało poważnie zakwestionowane. Badania przeprowadzone na pacjentach OIOM-u wykazały, że wskaźnik przeżycia u takich pacjentów wzrasta, gdy pozwala się im na rozwinięcie wysokiej gorączki [47]. Dowody te skłoniły badaczy do zwrócenia się do rodziców, farmaceutów i lekarzy w sprawie odpowiedniego leczenia gorączki [48-51]. Zgodnie z teorią „poziomów zdrowia” częstość infekcji wzrasta z powodu pogorszenia się stanu zdrowia danej osoby.

3. Aktywacja przewlekłego procesu zapalnego - Aktywacja chorób autoimmunologicznych

W końcu pacjent osiąga punkt, w którym zaczynają pojawiać się częste nawroty ostrej infekcji. Oznacza to, że organizm jest w stanie, w którym nie może w odpowiedni sposób wykorzystać bodźca pochodzącego od patogenu, aby wywołać skuteczną reakcję zapalną wymaganą do rozwinięcia pamięci PNI. Każda interwencja terapeutyczna w tym kluczowym momencie może zmienić i określić późniejszą ewolucję immunologiczną organizmu, jego ogólny przyszły stan zdrowia. Wszystkie agresywne metody leczenia (przeciwgorączkowe, antybiotyki przeciwzapalne itp.) mogą tłumić objawy i dodatkowo osłabiać układ odpornościowy [52-55].

Kiedy na przykład dziecko rozwija po raz piąty w ciągu roku zapalenie migdałków, pierwszym pytaniem jest, czy dziecko kiedykolwiek musiało wytrzymać choćby jeden epizod wysokiej gorączki, aby osiągnąć swój cel immunologiczny. Działo się przeciwnie, w takich przypadkach często zdarzało się dokładnie odwrotnie. Organizm osiąga teraz stan, w którym nie jest już w stanie rozwijać ostrych infekcji z powodu osłabionego układu odpornościowego [20, [56-59] Ta „immunologiczna cisza” – nierozwijająca wysokiej gorączki – może trwać od kilku miesięcy do kilku lat, aż w końcu u pacjenta rozwinię się przewlekła choroba. Ta cisza w wielu przypadkach wskazuje na początek przewlekłej choroby zwyrodnieniowej, kiedy układ odpornościowy przechodzi z ostrych reakcji zapalnych na podostry, przewlekły stan zapalny, a ostatecznie na przewlekły [60].

Jesteśmy świadkami epidemii wzrostu częstości występowania stwardnienia rozsianego (SM), choroby demielinizacyjnej, wśród młodej populacji [61]. Jest to główna przyczyna niepełnosprawności neurazowej u młodych dorosłych [62]. Po zbadaniu szczegółowego wywiadu zauważamy, że często mają długie okresy bez infekcji lub wysokiej gorączki. Często słyszymy, jak mówią: „Wszyscy w mojej rodzinie zachorowali oprócz mnie”, sprawiając wrażenie „zdrowych”. Jednak te wcześniej „silne” osoby, w kwiecie wieku, rozwinęły zwyrodnieniową chorobę autoimmunologiczną. W przypadku takich przewlekłych chorób zwyrodnieniowych często zdarza się, że pacjenci zgłaszają, że przez wiele lat nie rozwinęła się u nich żadna ostra infekcja gorączkowa [2].

4. Ponowne pojawienie się ostrego stanu zapalnego podczas leczenia przewlekłej choroby

W trakcie leczenia przewlekłej choroby ponowne pojawienie się ostrego stanu zapalnego z wysoką gorączką jest pozytywnym czynnikiem prognostycznym. Wskazuje to, że organizm powrócił do pierwotnego stanu ostrych epizodów sprzed wystąpienia przewlekłej choroby. Takie było nasze doświadczenie, gdy leczylimy pacjentów z ciężką migreną w Klinice Bólów Głowy Publicznego Szpitala „G. Genimatas” w Atenach, w Grecji [63]. Nasze powtarzające się doświadczenie pokazuje również, że dzieci autystyczne nie zapadają łatwo na ostre infekcje, ani nie gorączkują często. Jednak można było zaobserwować poprawę warunków, gdy u tych dzieci ostatecznie rozwinęła się infekcja po miesiącach, a nawet latach leczenia. Słyszeliśmy, jak ich rodzice podkreślali, że ich dzieci poprawiały się podczas epizodów gorączkowych [64, 65]. Rodzice dzieci autystycznych informują na portalach internetowych, że sytuacja ich dziecka uległa poprawie po infekcjach gorączkowych. W ostatnich latach wielu badaczy zajmuje się zjawiskiem, podobnym do terapii gorączkowej osób starszych [65-67]. Narodowy Instytut Zdrowia USA finansuje obecnie badania, zgłębiające mechanizm leżący u podstaw poprawy objawów związanych z autyzmem podczas infekcji gorączkowych [68].

5. Początkowe nasilenie „objawów”

W przypadku prawidłowego remedium homeopatycznego w danym stanie i jeśli choroba jest uleczalna, nastąpi nasilenie objawów, które układ odpornościowy wytworzył w odpowiedzi na bodziec patogenny. Następuje po tym wyleczenie danej choroby i poprawa ogólnego stanu zdrowia [2].

DYSKUSJA

Leczenie chorób poprzez tłumienie objawów - czy to słuszne?

Musimy zrozumieć, że objawy nie stanowią oznak choroby. Objawy są oznakami walki organizmu z patogennym bodźcem. Organizm bez objawów jest albo całkowicie zdrowy, albo martwy. Na każdym etapie, pomiędzy tymi dwoma skrajnościami ludzki organizm wkłada wysiłek w rozwój objawów celem zwalczania czynników chorobotwórczych, fizycznych lub psychicznych.

Im zdrowszy jest organizm, tym bardziej kompletna będzie jego reakcja na patogenny bodziec. Ta kompletna reakcja spowoduje ogólną odpowiedź PNI organizmu [69-72].

Na przykład dziecko z gorączką będzie miało słaby apetyt, będzie spragnione i będzie prosić o małe łyki wody; jego twarz będzie gorąca, ale ręce i stopy będą zimne - co jest oznaką obwodowego zwężenia naczyń i centralnego rozszerzenia naczyń. Wszystkie te objawy są manifestowane przez układ odpornościowy jako reakcja na patogen w celu osiągnięcia homeostazy [69]. Dlatego terapia powinna wspomagać tę reakcję i wzmacniać objawy, a nie je tłumić.

Taki proces jest stosowany w leczeniu homeopatycznym, które powoduje początkowe pogorszenie objawów; następnie homeostaza organizmu zostanie przywrócona, rozwinię się pamięć PNI i ostatecznie ogólny poziom zdrowia ulegnie poprawie.

Początkowe pogorszenie objawów jest dobrym znakiem i wskazaniem, że organizm naprawdę zmierza we właściwym kierunku pod wpływem leczenia [73].

Konieczność łączenia różnych efektywnych badań, z ujednoczoną teorią

Uniwersytety medyczne nie nauczały o znaczeniu historii zdrowia pacjenta w odniesieniu do jego obecnego stanu; że istnieje „kontinuum” w PNI organizmu od urodzenia do chwili obecnej. W rezultacie klasyfikujemy ponad połowę chorób jako o „nieznanej etiologii”. Jednak kilka opublikowanych badań popiera teorie „poziomów zdrowia” i „kontinuum”. Jednak te teorie nie mają wspólnego teoretycznego tła, co prowadzi do braku pojęciowego związku między procesem chorób, a leczeniem. Może być konieczne zainicjowanie badań, które udokumentują dowody na taką „Uniwersalną Teorię Medyczną”.

PROPONOWANE PRZYSZŁE BADANIA

a. Retrospektywne, wielośrodkowe badanie może zostać zaprojektowane w celu ustalenia, czy leczenie ostrych chorób jest związane lub nie, z rozwojem chorób przewlekłych w późniejszym okresie. Na przykład, jeśli nawracające objawy alergicznej predyspozycji na skórze nie były leczone, zapobiegły one wystąpieniu ciężkiej astmy później, w porównaniu z przypadkami leczonymi miejscowymi sterydami.

b. Utworzenie aktualizującego i raportującego systemu informacji dla lekarzy za pośrednictwem wiadomości elektronicznych z ich odpowiednich stowarzyszeń medycznych może pomóc w sformułowaniu ostatecznego wniosku dotyczącego losu tłumienia ostrych chorób. Na przykład dermatolog mógłby okresowo otrzymywać wiadomości tekstowe informujące o stanie zdrowia pacjentów z trądzikiem, których leczył retinoidami. Raporty te informowałyby go, że u niektórych z tych pacjentów rozwinęła się depresja lub nawet tendencje samobójcze, podczas gdy trądzik pozostawał dobrze kontrolowany; co oznacza tłumienie, ale nie wyleczenie neurohormonalnej podstawy trądziku

[74-76] i pogorszenie stanu zdrowia. W ten sposób długoterminowe skutki interwencji medycznych mogą być przekazywane społeczności medycznej.

WNIOSEK

Zrozumienie organizmu ludzkiego jako całości jest niezbędne do zrozumienia jego reakcji na bodźce chorobowe i promowania zdrowia. Zastosowanie teorii „poziomów zdrowia” i teorii „kontinuum” daje solidną podstawę do oceny zdrowia i leczenia w świetle nowych koncepcji rozwijających się w naukach medycznych, takich jak psychoneuroimmunologia. Jeśli chcemy dziś poczynić postępy w medycynie, musimy przeprowadzić badania, które będą śledzić stan zdrowia danej osoby od samego początku i rejestrować wpływy patogenne i terapeutyczne, a następnie uzyskać szerszy obraz, który może dyktować strategię leczenia w przyszłości.

ROLE

Dr Spiros Kivellos opracował oryginalny artykuł i plakat, artykuł został zredagowany, a plakat został zaprezentowany na konferencji przez dr Seema Mahesh. Wskazówki dotyczące całego projektu i przedstawionych teorii należą do prof. George’a Vithoulkasa

KONFLIKT INTERESÓW

Brak.

SKRÓTY

PNI = Psychoneuroimmunologia

TNF alfa = Czynniki martwicy nowotworu alfa

PGE2 = Prostaglandyna E2

LBS = Białko wiążące lipopolisacharydy

LPS = Lipopolisacharyd

OIOM = Oddział intensywnej opieki medycznej

BIBLIOGRAFIA

[1] Vithoulkas G. The science of homeopathy. Athens: A.S.O.H.M. 1978.

[2] Vithoulkas G, Woensel E. Levels of health. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy 2010.

[3] Casadevall A, Pirofski LA. Host-pathogen interactions: redefining the basic concepts of virulence and pathogenicity. *Infection and Immunity* 1999; 67(8): 3703-13.

[4] Hart PD, Russell E, Remington JS. The compromised host and infection. II. Deep fungal infection. *The Journal of Infectious Diseases* 1969; 120(2): 169-91. <https://doi.org/10.1093/infdis/120.2.169>

[5] Ghadirian P, Dadgostar B, Azani R, Maisonneuve P. A case control study of the association between socio-demographic, lifestyle and medical history factors and multiple sclerosis. *Canadian Journal of Public Health* 2001; 92(4): 281.

[6] Hofstra AH, Li-Muller SM, Uetrecht JP. Metabolism of isoniazid by activated leukocytes. Possible role in drug-induced lupus. *Drug Metabolism and Disposition* 1992; 20(2): 205-10.

- [7] Kim SW, Grant JE, Kim SI, Swanson TA, Bernstein GA, Jaszcz WB, Williams KA, Schlievert PM. A possible association of recurrent streptococcal infections and acute onset of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2004; 16(3): 252-60. <https://doi.org/10.1176/jnp.16.3.252>
- [8] Kivity S, Agmon-Levin N, Blank M, Shoenfeld Y. Infections and autoimmunity—friends or foes? *Trends in Immunology* 2009; 30(8): 409-14.
- [9] Molina V, Shoenfeld Y. Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity. *Autoimmunity* 2005; 38(3): 235-45. <https://doi.org/10.1080/08916930500050277>
- [10] Koutroubakis IE, Vlachonikolis IG, Kapsoritakis A, Spanoudakis S, Roussomoustakaki M, Mouzas IA, Kouroumalis EA, Manousos ON. Appendectomy, tonsillectomy, and risk of inflammatory bowel disease. *Diseases of the Colon & Rectum* 1999; 42(2): 225-30. <https://doi.org/10.1007/BF02237133>
- [11] Ziemssen T, Kern S. Psychoneuroimmunology—cross-talk between the immune and nervous systems. *Journal of Neurology* 2007; 254: II8-11.
- [12] Maier SF, Watkins LR, Fleshner M. Psychoneuroimmunology: The interface between behavior, brain, and immunity. *American Psychologist* 1994; 49(12): 1004. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.12.1004>
- [13] Autoimmune Info - American Autoimmune Related Diseases Association [Internet]. AARDA. 2017 [cited 5 June 2017]. Available from: <https://www.aarda.org>
- [14] Cooke A. Infection and autoimmunity. *Blood Cells, Molecules, and Diseases* 2009; 42(2): 105-7. <https://doi.org/10.1016/j.bcmd.2008.10.004>
- [15] Lerner A, Jeremias P, Matthias T. The world incidence and prevalence of autoimmune diseases is increasing. *International Journal of Celiac Disease* 2015; 3(4): 151-5. <https://doi.org/10.12691/ijcd-3-4-8>
- [16] Lipman TH, Katz LE, Ratcliffe SJ, Murphy KM, Aguilar A, Rezvani I, Howe CJ, Fadia S, Suarez E. Increasing incidence of type 1 diabetes in youth. *Diabetes Care* 2013; 36(6): 1597- 603. <https://doi.org/10.2337/dc12-0767>
- [17] Malaty HM, Fan X, Opekun AR, Thibodeaux C, Ferry GD. Rising incidence of inflammatory bowel disease among children: a 12-year study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2010; 50(1): 27-31. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181b99baa>
- [18] Casselbrant ML, Mandel EM, Doyle WJ. Information on comorbidities collected by history is useful for assigning Otitis Media risk to children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2016; 85: 136-40. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.03.040>
- [19] MacIntyre EA, Heinrich J. Otitis media in infancy and the development of asthma and atopic disease. *Current Allergy and Asthma Reports* 2012; 12(6): 547-50. <https://doi.org/10.1007/s11882-012-0308-x>
- [20] Maté-Jimenez J, Correa-Estañ JA, Perez-Miranda M, Gomez-Cedenilla A, Pajares JM, Moreno-Otero R. Tonsillectomy and inflammatory bowel disease location. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 1996; 8(12): 1185-888. <https://doi.org/10.1097/00042737-199612000-00010>
- [21] Schlehofer B, Blettner M, Preston-Martin S, Niehoff D, Wahrendorf J, Arslan A, Ahlborn A, Choi WN, Giles GG, Howe GR, Little J. Role of medical history in brain tumour development. Results from the international adult brain tumour study. *International Journal of Cancer* 1999; 82(2): 155-60. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0215\(19990719\)82:23.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0215(19990719)82:23.0.CO;2-P)
- [22] Haroon E, Raison CL, Miller AH. Psychoneuroimmunology meets neuropsychopharmacology: translational implications of the impact of inflammation on behavior. *Neuropsychopharmacology* 2012; 37(1): 137-62. <https://doi.org/10.1038/npp.2011.205>
- [23] Ahmed R, Gray D. Immunological memory and protective immunity: understanding their relation. *Science* 1996; 272(5258): 54. <https://doi.org/10.1126/science.272.5258.54>
- [24] Bach JF. Infections and autoimmune diseases. *Journal of Autoimmunity* 2005; 25: 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2005.09.024>

- [25] Bach JF. The effect of infections on susceptibility to autoimmune and allergic diseases. *New England Journal of Medicine* 2002; 347(12): 911-20. <https://doi.org/10.1056/NEJMra020100>
- [26] Bach JF. Six questions about the hygiene hypothesis. *Cellular Immunology* 2005; 233(2): 158-61. <https://doi.org/10.1016/j.cellimm.2005.04.006>
- [27] Cahoon EK, Inskip PD, Gridley G, Brenner AV. Immune related conditions and subsequent risk of brain cancer in a cohort of 4.5 million male US veterans. *British Journal of Cancer* 2014; 110(7): 1825-33. <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.97>
- [28] Cooke A, Zaccane P, Raine T, Phillips JM, Dunne DW. Infection and autoimmunity: are we winning the war, only to lose the peace? *Trends in Parasitology* 2004; 20(7): 316-21.
- [29] Gaisford W, Cooke A. Can infections protect against autoimmunity? *Current Opinion in Rheumatology* 2009; 21(4): 391-6.
- [30] Okada H, Kuhn C, Feillet H, Bach JF. The 'hygiene hypothesis' for autoimmune and allergic diseases: an update. *Clinical & Experimental Immunology* 2010; 160(1): 1-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2249.2010.04139.x>
- [31] van der Kleij D, Yazdanbakhsh M. Control of inflammatory diseases by pathogens: lipids and the immune system. *European Journal of Immunology* 2003; 33(11): 2953-63. <https://doi.org/10.1002/eji.200324340>
- [32] Burgess JA, Lowe AJ, Matheson MC, Varigos G, Abramson MJ, Dharmage SC. Does eczema lead to asthma? *Journal of Asthma* 2009; 46(5): 429-36.
- [33] Spergel JM. From atopic dermatitis to asthma: the atopic march. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 2010; 105(2): 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2009.10.002>
- [34] Vithoulkas G, Carlino S. The "continuum" of a unified theory of diseases. *Med Sci Monit* 2010; 16(2): 15.
- [35] O'connor TG, Moynihan JA, Caserta MT. Annual research review: the neuroinflammation hypothesis for stress and psychopathology in children—developmental psychoneuroimmunology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2014; 55(6): 615-31. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12187>
- [36] Root-Bernstein R, Fairweather D. Complexities in the relationship between infection and autoimmunity. *Current Allergy and Asthma Reports* 2014; 14(1): 407. <https://doi.org/10.1007/s11882-013-0407-3>
- [37] Sampson TR, Mazmanian SK. Control of brain development, function, and behavior by the microbiome. *Cell Host & Microbe* 2015; 17(5): 565-76. <https://doi.org/10.1016/j.chom.2015.04.011>
- [38] Solomon GF. Psychoneuroimmunology: interactions between central nervous system and immune system. *Journal of Neuroscience Research* 1987; 18(1): 1-9. <https://doi.org/10.1002/jnr.490180103>
- [39] Sperner-Unterweger B. Biological hypotheses of schizophrenia: possible influences of immunology and endocrinology. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2005; 73: S38-43.
- [40] Sperner-Unterweger B. Immunological aetiology of major psychiatric disorders. *Drugs* 2005; 65(11): 1493-520. <https://doi.org/10.2165/00003495-200565110-00004>
- [41] Riedel W, Maulik G. Fever: an integrated response of the central nervous system to oxidative stress. *Molecular and Cellular Biochemistry* 1999; 196(1): 125-32. <https://doi.org/10.1023/A:1006936111474>
- [42] Smith RS. The immune system is a key factor in the etiology of psychosocial disease. *Medical Hypotheses* 1991; 34(1): 49-57. [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(91\)90064-6](https://doi.org/10.1016/0306-9877(91)90064-6)
- [43] Steffler A, Hopkins SJ, Rothwell NJ, Luheshi GN. The role of TNF- α in fever: opposing actions of human and murine TNF- α and interactions with IL- β in the rat. *British Journal of Pharmacology* 1996; 118(8): 1919-24. <https://doi.org/10.1111/j.1476-5381.1996.tb15625.x>
- [44] Sternberg EM, Chrousos GP, Wilder RL, Gold PW. The stress response and the regulation of inflammatory disease. *Annals of Internal Medicine* 1992; 117(10): 854-66. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-117-10-854>

- [45] Schulman CI, Namias N, Doherty J, Manning RJ, Li P, Elhaddad A, Lasko D, Amortegui J, Dy CJ, Dlugasch L, Baracco G. The effect of antipyretic therapy upon outcomes in critically ill patients: a randomized, prospective study. *Surgical Infections* 2005; 6(4): 369-75. <https://doi.org/10.1089/sur.2005.6.369>
- [46] Ackerman Z, Flugelman MY, Wax Y, Shouval D, Levy M. Hepatitis during measles in young adults: possible role of antipyretic drugs. *Hepatology* 1989; 10(2): 203-6. <https://doi.org/10.1002/hep.1840100214>
- [47] Su F, Nguyen ND, Wang Z, Cai Y, Rogiers P, Vincent JL. Fever control in septic shock: beneficial or harmful? *Shock* 2005; 23(6): 516-20.
- [48] de Bont EG, Brand PL, Dinant GJ, van Well GT, Cals J. Risks and benefits of paracetamol in children with fever. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 2013; 158(2): A6636. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz029>
- [49] de Bont EG, Peetoom KK, Moser A, Francis NA, Dinant GJ, Cals JW. Childhood fever: a qualitative study on GPs' experiences during out-of-hours care. *Family Practice* 2015; 32(4): 449-55.
- [50] Kelly M, McCarthy S, O'Sullivan R, Shiely F, Larkin P, Brenner M, Sahn LJ. Drivers for inappropriate fever management in children: a systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2016; 38(4): 761-70. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0333-2>
- [51] Knoebel EE, Narang AS, Ey JL. Fever: to treat or not to treat. *Clinical Pediatrics* 2002; 41(1): 9-16. <https://doi.org/10.1177/000992280204100104>
- [52] Bailey LC, Forrest CB, Zhang P, Richards TM, Livshits A, DeRusso PA. Association of antibiotics in infancy with early childhood obesity. *JAMA Pediatrics* 2014; 168(11): 1063-9. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.1539>
- [53] Jernberg C, Löfmark S, Edlund C, Jansson JK. Long-term impacts of antibiotic exposure on the human intestinal microbiota. *Microbiology* 2010; 156(1): 3216. <https://doi.org/10.1099/mic.0.040618-0>
- [54] Smith TW, Girolami UD, Hickey WF. Neuropathology of immunosuppression. *Brain Pathology* 1992; 2(3): 183-94. <https://doi.org/10.1111/j.1750-3639.1992.tb00691.x>
- [55] Zandman-Goddard G, Shoenfeld Y. HIV and autoimmunity. *Autoimmunity Reviews* 2002; 1(6): 329-37. [https://doi.org/10.1016/S1568-9972\(02\)00086-1](https://doi.org/10.1016/S1568-9972(02)00086-1)
- [56] Earn DJ, Andrews PW, Bolker BM. Population-level effects of suppressing fever. In *Proc. R. Soc. B* 2014 Mar 7 (Vol. 281, No. 1778, p. 20132570). The Royal Society.
- [57] Gündüz Ö. Immunomodulation with antibiotics. immunomodulatory and immunosuppressive drugs in dermatology 2016; 19.
- [58] Lee WM. Hepatitis B virus infection. *New England Journal of Medicine* 1997; 337(24): 1733-45. <https://doi.org/10.1056/NEJM199712113372406>
- [59] Torres AR. Is fever suppression involved in the etiology of autism and neurodevelopmental disorders? *BMC Pediatrics* 2003; 3(1): 9.
- [60] Koenig W, Sund M, Fröhlich M, Fischer HG, Löwel H, Döring A, Hutchinson WL, Pepys MB. C-reactive protein, a sensitive marker of inflammation, predicts future risk of coronary heart disease in initially healthy middle-aged men. *Circulation* 1999; 99(2): 237-42. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.99.2.237>
- [61] Alonso A, Hernán MA. Temporal trends in the incidence of multiple sclerosis A systematic review. *Neurology* 2008; 71(2): 129-35. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000316802.35974.34>
- [62] World Health Organization (WHO). Atlas. Multiple sclerosis resources in the world, 2008. World Health Organization 2008.
- [63] Kivellós S, Skifti S, Vithoukás G. EHMTI-0396. Reappearance of high fever on migraine patients, after individualized homeopathic treatment, is a valuable prognostic factor. *The Journal of Headache and Pain* 2014; 15(1): M7.
- [64] Curran LK, Newschaffer CJ, Lee LC, Crawford SO, Johnston MV, Zimmerman AW. Behaviors associated with fever in children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2007; 120(6): e1386-92.

- [65] Megremi AS. Is fever a predictive factor in the autism spectrum disorders? *Medical Hypotheses* 2013; 80(4): 391-8.
- [66] Cann SH, Van Netten JP, Van Netten C. Dr William Coley and tumour regression: a place in history or in the future. *Postgraduate Medical Journal* 2003; 79(938): 672-80.
- [67] Mehler MF, Purpura DP. Autism, fever, epigenetics and the locus coeruleus. *Brain Research Reviews* 2009; 59(2): 388- 92. <https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2008.11.001>
- [68] NIH funds study on why fever sometimes eases autism symptoms [Internet]. *Autism Speaks*. 2017 [cited 6 June 2017]. Available from: <https://www.autismspeaks.org/science/science-news/nih-funds-study-exploring-why-feversometimes-eases-autism-symptoms>.
- [69] Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA* 1992; 267(9): 1244-52. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480090092034>
- [70] Duff GW, Durum SK. Fever and immunoregulation: hyperthermia, interleukins 1 and 2, and T-cell proliferation. *The Yale Journal of Biology and Medicine* 1982; 55(5-6): 437.
- [71] Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*. 2002; 53(1): 83-107. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135217>
- [72] Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70(3): 537. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.537>
- [73] Stub T, Salamonsen A, Alraek T. Is it possible to distinguish homeopathic aggravation from adverse effects? A qualitative study. *Forschende Komplementärmedizin/Research in Complementary Medicine* 2012; 19(1): 13-9. <https://doi.org/10.1159/000335827>
- [74] Barak Y, Wohl Y, Greenberg Y, Dayan YB, Friedman T, Shoval G, Knobler HY. Affective psychosis following Accutane (isotretinoin) treatment. *International Clinical Psychopharmacology* 2005; 20(1): 39-41. <https://doi.org/10.1097/00004850-200501000-00008>
- [75] Bravard P, Krug M, Rzeznick JC. Isotretinoine et depression: soyons vigilants. *Les Nouvelles Dermatologiques* 1993; 12(4): 233-54.
- [76] Bremner JD, Shearer K, McCaffery P. Retinoic acid and affective disorders: the evidence for an association. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2012; 73(1): 37. <https://doi.org/10.4088/JCP.10r05993>

Otrzymano 01-11-2017 Przyjęto 30-11-2017 Opublikowano 31-12-2017

DOI: <https://doi.org/10.12970/2310-9874.2017.05.06>

© 2017 Kivellos i in.; Licencjobiorca Synergy Publishers.

To artykuł w otwartym dostępie, licencjonowany na warunkach licencji Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), która zezwala na nieograniczone, niekomercyjne wykorzystanie, dystrybucję i reprodukcję w dowolnym medium, pod warunkiem prawidłowego cytowania dzieła