

Bir Juvenil Romatoid Artrit Vakası Örneğiyle Sağlık Seviyeleri Teorisi

Dmitri Chabanov¹, Dionysis Tsintzas², and George Vithoulkas³

¹ Novosibirsk Centre of Classical Homeopathy, Novosibirsk, Russia

² General Hospital of Aitolokarnania, Agrinion, Greece

³ University of the Aegean, Syros, Greece

İtibat: Dionysios Tsintzas, Email: dentsin@hotmail.com

Öz

Amaç : Çağdaş tıp, patolojinin derinlemesine değerlendirilmesi, hastalığın gelişimi, prognozu ve iyileşme olasılığı yaklaşımları ile organizmanın tedavi süreçlerine verdiği tepkilerin olası komplikasyonlarına temel oluşturabilecek yeni bir *hasta sağlık grubu sınıflandırmasına* büyük ihtiyaç duymaktadır. Bu sınıflandırma, organizma tepkisi ve direnci açısından sağlık değerlendirmesi düzeyinde bütünsel yaklaşımlara dayandırılırsa mümkün olabilir. Klasik homeopatide 4 sağlık grubu ve 12 seviye atanmış böyle bir sınıflandırma mevcuttur. **Yöntemler :** Klasik homeopati ile tedavi edilen 11 yaşında bir kız çocuğundaki genelleştirilmiş formatta juvenil romatoid artrit vakasında, grubu ve sağlık seviyesini belirlemek için yeni bir yöntem gösterilmiştir. Vakanın takibi 18 yıldır. **Sonuç :** Yöntem, doktorun patoloji gelişimi sırasında organizma dinamiklerini bir bütün olarak değerlendirmesine olanak tanır.

Anahtar kelimeler : juvenil idiyopatik artrit, homeopati, sağlık düzeyleri teorisi

Alınma tarihi 6 Nisan 2018. Yayınlanma tarihi 26 Nisan 2018.

Tıpta, çeşitli sağlık sınıflandırmaları vardır. Ancak, bunların hiçbiri bir hastanın patolojisinin hem derinliğini hem de ciddiyetini gerçekten değerlendirebilecek kapasitede değildir. Bu sınıflandırmalar, hastalığın gelişimine dair uzun vadeli tahminler sağlamakta yardımcı olmazlar ve tedavi etkinliğini tahmin etmede de yararlı değildirler. Bu sebeplerden dolayı, bazı yeni giriş parametrelerine giderek daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Bu parametreler yalnızca ayrı bir patolojiyi değil, aynı zamanda organizmanın tutarlı bir durumunu da tanımlamalıdır: genel tepkisellik ve direnç.

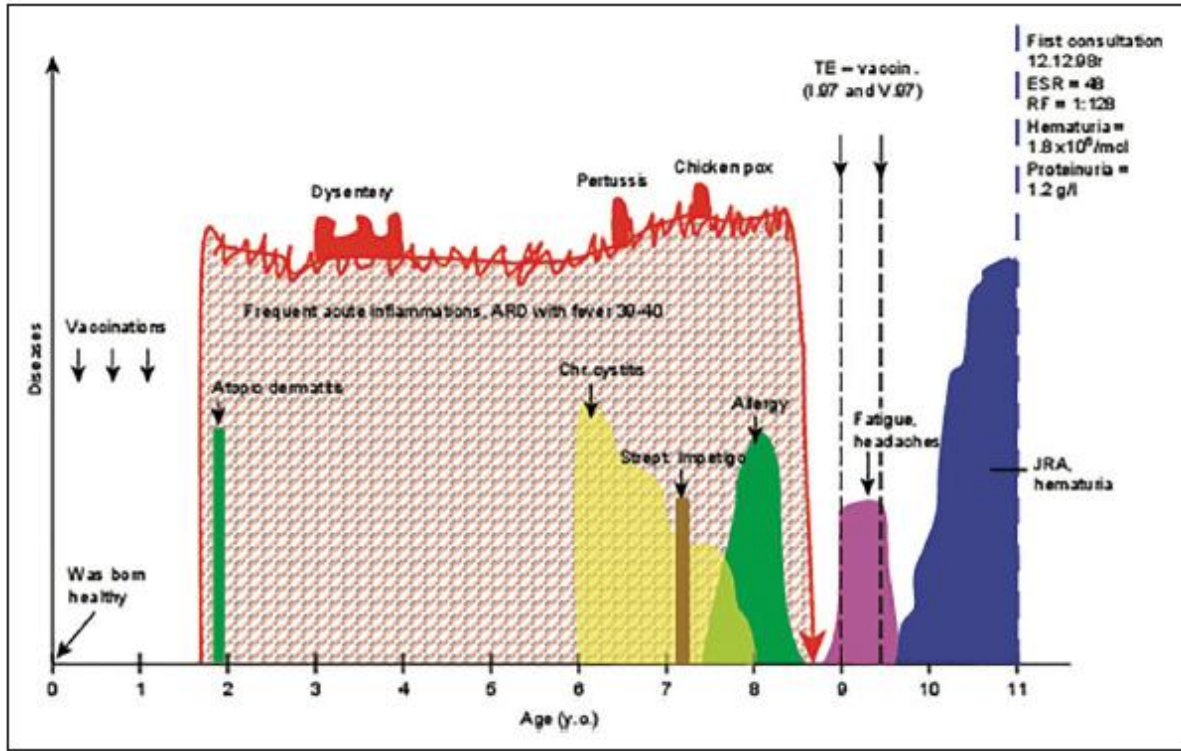
Genel tepkisellik ve direnç araştırmaları 1950'lerde Rusya'da bol miktarda yürütülmüştür¹⁻⁴. Bu alanda tanınmış otorite olan Prof. Sirotinin'e göre, direnç (Latince resisto - direnmek, karşı koymak) bir organizmanın çeşitli etkilere direnmesini sağlayan hayati bir özelliktir. Diğer terimler arasında "sertlik" veya "alıcı olmama" yer alır⁴. "Direnç ve Reaktivitenin Evrimi" adlı çalışmasında, direncin sadece bir parçası olan bağışıklık dışında, çok çeşitli direnç mekanizmalarını kapsayan direnç fikri tartışılmıştır⁴. Bu süreçteki lider roller, merkezi sinir sistemine ve hipofiz-adrenal sistemlere aittir. Genel tepkisellik, çevresel etkilere belirli bir şekilde tepki verme yeteneğidir. Başka bir deyişle, direnç, homeostazın nihai bir güç ölçümüdür, reaktivite ise homeostazın sürdürülmesi mekanizmalarının toplamıdır^{1,34}. Organizmanın tepkiselliğinin ana araçları hem iltihap hem de ateştir¹⁻⁵.

Araştırmalar, enflamatuar reaksiyonun karakterinin değiştiğini, reaktivitenin azaldığını ve reaksiyonun akut olmaktan çıkıp kronikleştiğini; bulaşıcı hastalıkların yaygın bir şekilde geliştiğini ve enflamatuar sürecin tüm evrelerinin daha az belirgin hale geldiğini, zatürrenin ise hiçbir belirti göstermediğini göstermiştir⁴.

Sağlık Seviyeleri Teorisi

Modern klasik homeopatiye göre, 4 grup (12 seviye) sağlık vardır^{6,7}. Grup A, yüksek reaktiviteye ve vücudun en güçlü direncine sahip olan kişilerden oluşur. Bu gruptaki kronik hastalıklar hafiftir ve uzun süreli remisyon dönemleri vardır. Akut hastalıklar nadiren görülür, hastalık semptomlarının özellikleri şiddetlidir, yüksek ateşle birlikte ve hiçbir komplikasyona neden olmaz. Grup B'de direnç azalırken

organizmanın reaktivitesi artar. Bu hastalar daha sık akut durumlar ve ardından tedavi gerektiren komplikasyonlarla daha derin kronik hastalıklardan muzdariptirler.



Şekil 1 : Hastalığın gelişimi

Grup B içinde altıncı seviye, örneğin, yılda birkaç kez ortaya çıkan akut zatürre veya akut piyelonefrit ile örneklendirilebilir. Ancak, grup C içindeki yedinci seviyesden başlayarak, organizmanın önemli ölçüde farklı bir durumu gözlemlenebilir. Çok sayıda derin kronik patoloji, büyük ölçüde azalmış reaktivite. Ya hastalar artık soğuk algınlığı, grip, otit vb. geçirmiyordur, ya da normalde akut olan hastalıklar, ateşli sıcaklık olmadan belirsiz özelliklere sahiptir. Grup D'ye ait hastalar ise olumsuz tedavi prognozlarına ve en kısa yaşam beklentilerine sahip olan tedavi edilemez hastalardır.

Yukarıda belirtilen sınıflandırma, patoloji şiddetinin daha derin bir şekilde tahmin edilmesine olanak tanır ve hem tedavi olasılığı hem de organizmanın tedavi süreci sırasındaki tepkileri için daha sağlam bir beklenti sağlar. Bu nedenle, hipertansiyon, bronşiyal astım, kanser veya başka herhangi bir patolojiden muzdarip hastaların prognozları, tedaviden beklentileri B ve C grupları arasında tamamen farklı olacaktır. Tedavi başarısızlığı ve ayrıca komplikasyonların, nükslerin, metastazların ve diğer istenmeyen olayların ortaya çıkması, A ve B gruplarına kıyasla C grubunda çok daha olasıdır.

Kavramın bir örneği olarak, iyileşmiş bir juvenil romatoid artrit (JRA) vakası anlatılmaktadır.

Vaka Sunumu

Hasta, Tomsk şehrinde yaşayan 11 yaşında, zayıf, uzun boylu ve sarışın bir kızdı ve ilk kez Aralık 1998'de tedavi için başvurdu. Tomsk şehrindeki bir RCH'nin (Bölgesel Çocuk Hastanesi) özel bir yatan hasta bölümünde tekrarlanan tıbbi gözlemler ve tedaviden sonra hastaya juvenil romatoid artrit, eklem-viseral form, oldukça aktif, seropozitif, dörtnala seyir teşhisi kondu. Hastaneye en son yatılış Ekim 1998'deydi. İlk görüşme sırasında hasta, birçok eklemden özellikle metakarpofalangeal ve proksimal interfalangeal el eklemlerinde, bileklerde, ayak bileklerinde, dirseklerde ve diz eklemlerinde şişlik, ağrı ve sertlikten şikayet etti. Ağrı onu günün her saatinde rahatsız ediyordu, hareket sırasında

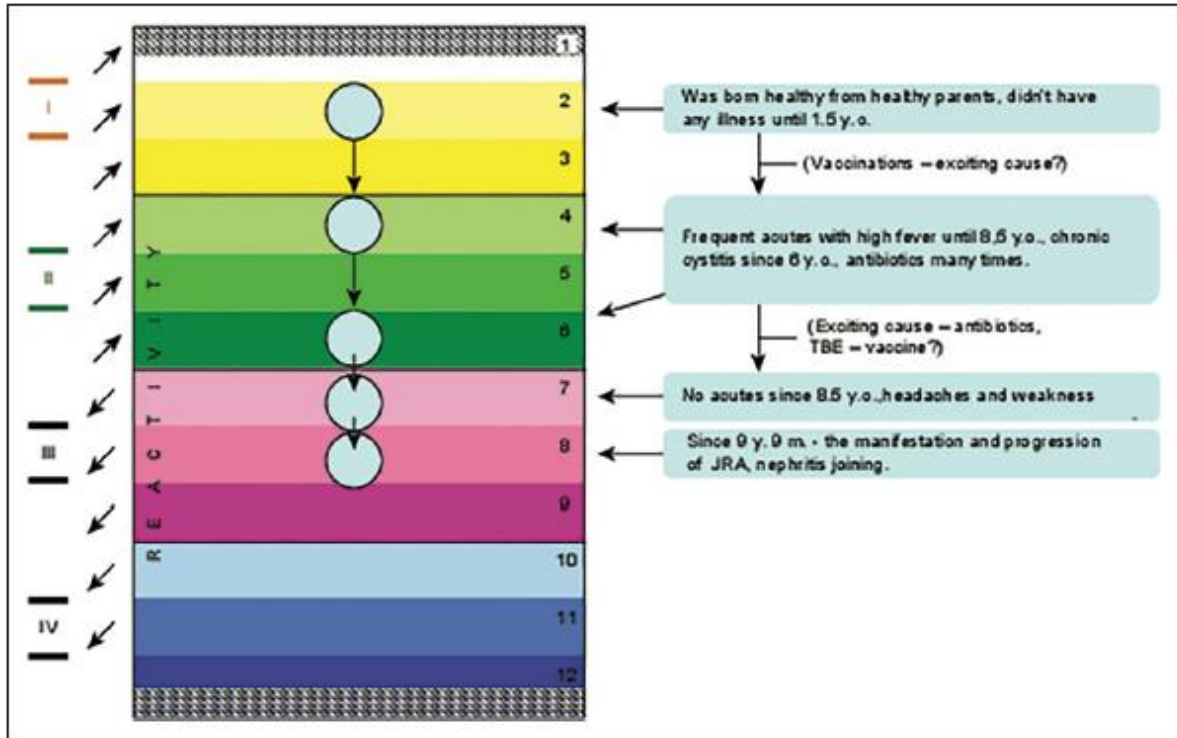
daha da kötüleşiyordu ve istirahat sırasında da devam ediyordu. Sertlik sabah saatlerinde artıyor ve hareket halindeyken azalıyor. Eklem önemli ölçüde şişmiş ve deforme olmuştu. Hareket genliği önemli ölçüde sınırlıydı (özellikle dirsek ve diz). Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 48 mm/saat'e, romatoid faktör (RF) 1:128'e (normal değer 1:20) yükseldi, idrar proteini 0,2 ila -1,2 g/L idi ve hematüri 1.800.000 mL/cm³'e kadar çıkmıştı, tahliller böbreklerin immün enflamasyon sürecinde olduğunu ve glomerüler epitelin de etkilenmiş olduğunu gösteriyordu. Lupus Eritimatoz hücreler bulunmamıştı.

Kişisel Geçmiş

Bilinen tıbbi geçmişinde eklemlerde patoloji yoktu. Kişisel geçmişe göre, kız çocuğunun sağlıklı ebeveynlerden sağlıklı doğmuştu; 12 ay boyunca emzirilmişti, büyüme ve gelişimi normal aralıklardaydı, aşıları programa göre uygulanmıştı (Şekil 1). 18 aylıkken, hastada tekrarlayan (yılıda 3-4 kez) ve uzun süreli akut solunum yolu enfeksiyonları (ARI) gelişti ve 39° C'ye kadar yüksek ateşle birlikte her seferinde antibiyotik ile tedavi edildi. 20 aylıkken, hastada antihistaminik ilaçlar ve merhemlerle tedavi edilen enfantil egzama (yüz, kollar ve vücut etkilenmişti) gelişti. 3 yaşındayken, 6 aylık bir süre içinde 3 kez hastaneye kaldırıldı - ilk yatışı akut dizanteri nedeniyleydi, diğer yatışları dizanteri taşıyıcılığı nedeniyleydi ve bu nedenle tekrar tekrar antibiyotik aldı. 4-5 yaşlarında hastada 39° dereceye kadar çıkan ateşlerle birlikte sık görülen akut hastalıklar görülmeye devam etti. 6 yaşında, idrar yaparken ağrı ve idrar lökositozu eşliğinde ilk sistit vakası ortaya çıktı ve bir başka antibiyotik tedavisi ile çocuk hastanesine yatırıldı. Sistit, sürekli alevlenmeler ve şiddetli ağrılar, 8 yaşına geldiğinde idrar lökositozu ile kronik bir forma dönüştü ve üroseptik ilaçlarla tedavi edildi. Birden fazla alerjik reaksiyon sürece dahil oldu : atopik dermatit, polinozis, alerjik vulvovajinit ile dönüşümlü stomatit ve kalıcı öksürükle birlikte solunum alerjisi. 6,5 yaşında, DPT dahil tüm aşılarla rağmen hasta boğmaca nedeniyle hastaneye kaldırıldı (laboratuvarda teşhis edildi). Hastanede ayrıca, antelmintik tedavi uygulanan askariasis de keşfedildi. Hastaya 7 yaşındayken streptokokal impetigo teşhisi konuldu ve dermatolojik tedavi gördü. Hasta 7,5 yaşındayken suçiçeği geçirdi. 9 yaşına kadar sık sık ARVI, tonsillit ve otit geçirdi ve tekrar tekrar antibiyotik verildi. En son ateşi yaklaşık 9 yaşındayken çıktı. Aynı yaşta (Ocak 1997) hastaya kene kaynaklı ensefalit aşısı yapıldı ve sonrasında sık sık baş ağrısı, halsizlik ve çabuk yorulma gelişti, baş ağrıları okulda beden eğitimi derslerine katılmasına izin vermedi. Bu sorunlar nedeniyle hastaya bir nörolog tarafından bir tedavi uygulandı ve intrakranial hipertansiyon tanısı konuldu. Ağustos 1997'de, 9 yıl 9 aylıkken, ana şikayeti ortaya çıktı: büyük ve küçük eklemlerde akut poliartrit (hastalığın başlamasından kısa bir süre önce, hasta kene kaynaklı ensefalit aşısı tekrarlanmıştı). Ekim-Kasım 1997'de, kız çocuğu Tomsk şehrindeki 1 No'lu Çocuk Hastanesi'nde tıbbi gözlem ve ardından tedavi gördü. ESR 52 mm/saate çıktı ve RF 1:64'tü, idrar hematürisi ise 20.000 mL/cm³'tü. İlk başta, reaktif klamidyal artrit teşhisi kondu, (IgM titreleri 1:200 ölçüldü, boğaz ve vulva sürüntülerinde pozitif polimeraz zincir reaksiyonu pm'nin ortaya çıkmasına dayanarak). Tanı, klamidya ve kronik sistit alevlenmesine dayalı olarak Reiter sendromu olarak değiştirildi. Hastaya uzun süreli bir antibiyotik tedavisi (azitromisin dahil) ve antiviral ilaçlar verildi. Uzun süreli bir tedavi olarak steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar aldı. Yine de hastalık yıl boyunca ilerledi. Hasta okulu bırakmak zorunda kaldı ve tüm akademik yılı kaçırdı. 1998 yılında bir kere yazın bir kere de sonbaharda, Tomsk şehrindeki RCH'de iki kez hastaneye kaldırıldı. Orada, kendisine JRA teşhisi konuldu ve hiçbir etkisi olmayan sülfasalazin verildi. Ağrı sendromu arttı, RF titreleri 1:128'e çıktı ve hematüri 400.000 ila 1.800.000 mL/cm³ ölçüldü. Ağustos 1998'den beri Rhus-tox (12, 30, 200), Phosph, Calc-carb, Chin-ars ve Merc-dulc remedilerini farklı güçlerde ve bazı birleşik homeopatik ilaçları kullandı ama hiçbirine işe yaramıyordu.

Diğer Semptomlar

Hastanın annesine göre, kızı mütevazı, utangaç, iyi huylu ve çok sempatik bir hastaydı. Temmuz 1997'de, ana hastalığın gelişmesinden kısa bir süre önce, kaburga kırığı nedeniyle hastaneye kaldırılan annesi için çok endişeleniyordu. Köpeklerden ve gök gürültülü fırtınalardan korkuyordu, sevdiklerine bir şey olmasından korkuyordu. Füme yiyecekleri, baharatlı yiyecekleri ve süt seviyordu. Eklem ağrıları nedeniyle uykusu huzursuzdu; uyurken sık sık pozisyonunu değiştiriyordu. 6 yaşına kadar, uyurken dişlerini gıcırdatıyordu ve uyurgezerlik huyu vardı, şekilli dışkı enkoprezisi (istemsiz dışkı kaçırma) ve gündüzleri (erunezis) istemsiz idrar kaçırma sorunu yaşıyordu, (hepsi 6 yaşından önce).



Şekil 2 : 0-11 yaş arası sağlık dinamikleri

Vakanın Analizi

Hasta olumlu bir kalıtımla sağlıklı doğdu. 18 aylık olana kadar hiçbir hastalığı yoktu ve o zamana kadar Sağlık Seviyeleri ölçeğine göre büyük olasılıkla A grubundaydı (Şekil 2). Daha sonra, organizmasının tepkiselliği net bir şekilde arttı, sık sık hastalandı, bu nedenle B grubunda (dördüncü seviyede) olduğu ortaya çıktı. 18 aylık olana kadar olan dönemde organizmasını etkileyebilecek olası olumsuz faktörlerin görülmediğinden bahsetmek gerekir. Mantıksal olarak, organizmanın ilgili yatkınlığı ve duyarlılığı göz önüne alındığında, organizmanın savunma sistemini bir bütün olarak etkileyen tek temel faktörün aşılardan olduğu sonucuna varılabilir. 18 aylıktan sonra, bağışıklık sistemi de dahil olmak üzere savunma mekanizmasını bozan bir diğer önemli faktör, başta antibiyotiklerin ve ateş düşürücü ilaçların tekrar tekrar reçete edilmesi olmak üzere yetersiz ARI tedavisiydi. Yukarıda belirtilen tüm faktörler nedeniyle, organizmanın genel tepkisi daha da artmaya devam etti ve 6 yaşına kadar hasta sık sık farklı tiplerde akut inflamatuvar süreçler geçirdi ve yüksek ateşleri oldu. Bu öykü, kronik bir hastalığın gelişimine izin vermeyen savunma sisteminin sağlıklı aktivitesini göstermektedir. Diğer yandan, hastanın sağlık seviyesi sürekli olarak dördüncü seviyeden beşinci ve altıncı seviyelere düştü. 6 yaşından sonra, kronik sistit geliştirdiği ve bu yüzden sık sık hastaneye yatarak tekrar tekrar

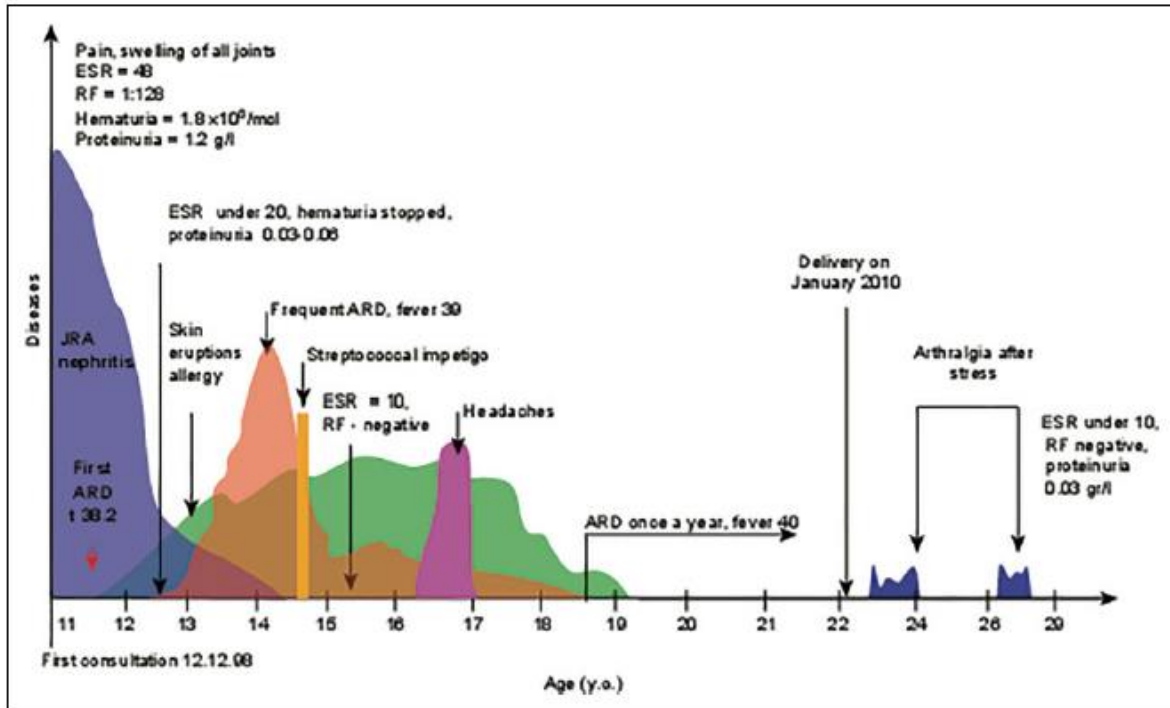
antibiyotik tedavisi gördüğü bir dönem ortaya çıktı. Yine de hasta 8,5 ila 9 yaşına kadar B grubunda kaldı. Daha sonra, genel kötüleşme (baş ağrıları, yorgunluk, fiziksel efor yetersizliği) ile birlikte hastada yüksek ateş ve akut hastalıklar gelişimi kesildi. Bu sırada organizması C grubuna (yedinci seviyeye) girdi. Bağışıklık sistemi bozukluğunun ek faktörünün kene kaynaklı ensefalit aşısı olması muhtemeldir, bu zaten bozulmuş organizma için "son damla" olarak adlandırılabilir. Bu nedenle, 9 yıl 9 aylıkken ciddi bir dejeneratif patolojinin ortaya çıkması, aslında, organizmanın sağlıklı tepkiselliğinin bastırıldığı andan itibaren başlatılarak hasta için önceden belirlenmişti ve sonunda sağlığı genel olarak gerilemişti (grup C).

Prognoz

Sağlık grubu C içindeki hastaların doğru tedavisi durumunda, prognoz 4 ila 6 aydan birkaç yıla kadar sürebilen uzun vadeli bir tedavi gerektirir. Tedavi sırasında, birbiri ardına birkaç homeopatik ilaç gerekebilir. İyileşme süreci sırasında, reaksiyonların ortaya çıkmasını, yani eski baskılayıcı tedaviyle baskılanan patolojilerin geri dönüşünü bekleriz. Ek olarak, organizmanın akut iltihaplanma ve yüksek ateş üretme yeteneğinin yenilenmesini isteriz. Kemoterapiye bağlı olarak etkisizleşme yüzünden artiküler sendrom ve böbrek semptomlarında başlangıç alevlenmesi beklenemez, ve hastalığın tam klinik tablosu tedavinin başlangıcında mevcuttur.

Reçete (12 Aralık 1998)

Steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçların etkisini azaltmak için Causticum LM VI - 10 adet remedi 250 mL suda eritilerek, sabahları günde 1 tatlı kaşığı, yemekten önce alınacak şekilde reçete edildi. Causticum, similia (benzerlik) ilkesine dayanarak seçildi çünkü bu ilacın patogenezinde huzursuzlukla birlikte eklem iltihabı, böbrek iltihabı, güçlü sempatik unsurlar, sevdiğiniz bir şey olabileceği korkusu ve köpek ve fırtına korkusu ile tütsülenmiş yiyecek isteği vardır. Patolojinin ciddiyeti ve sağlık durumunun oldukça düşük olması nedeniyle remediye düşük bir etkiyle başlanmasına karar verildi.



Şekil 3 : Tedavi süreci

Takip

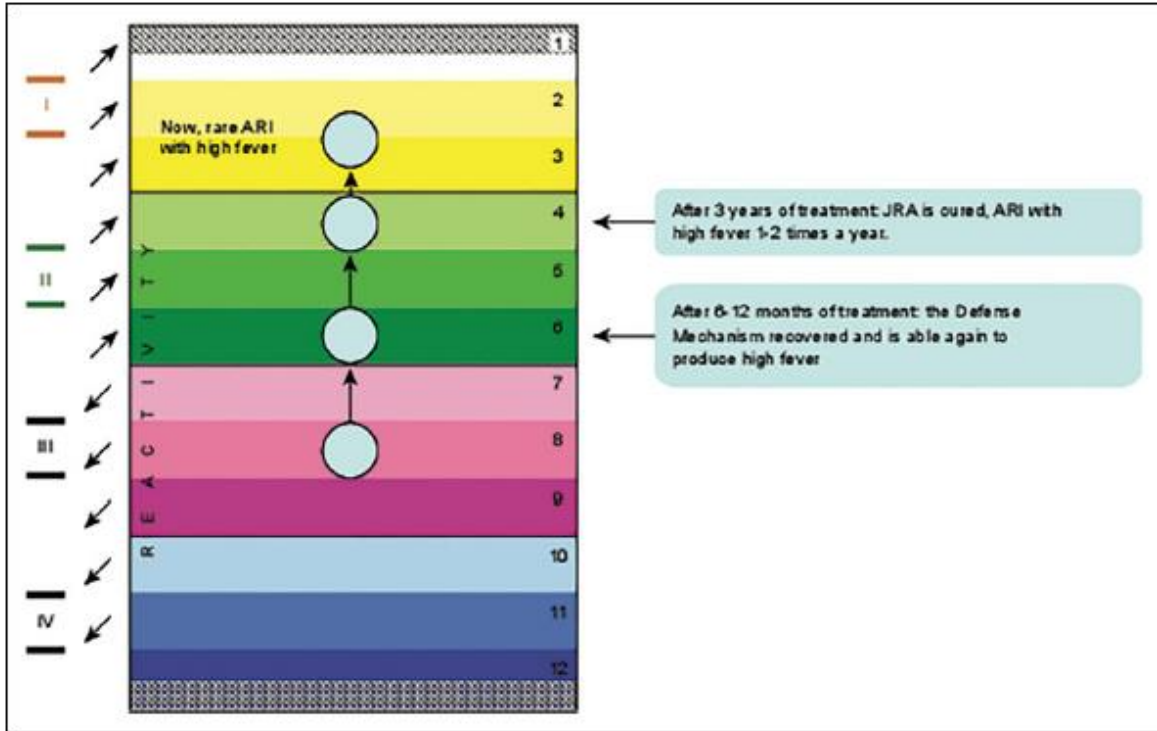
Vaka 18 yıldır takip ediliyor. Bu genç kadın 18 yıl boyunca 32 kez doktoru ziyaret etti ve hala tedavi görüyor. 18 yıllık tedavi boyunca farklı güçlerde Causticum aldı ve tedaviyi tamamlamak için dönüşümlü olarak 2 homeopatik ilacın farklı güçlerini kullandı : Natrium muriaticum ve Tuberculinum. İyileşme sürecinin dinamikleri ve takip geçmişi Şekil 3'te kompakt bir şekilde gösterilmiştir. Yatay eksen hastanın yaşını, 11 yaşından - tedavinin başlangıcından - 29 yaşına kadarki süreci gösterir. Tedaviyle birlikte, steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlardan kaçınıldı, eklemlerdeki ağrı ve şişlik, herhangi bir birincil kötüleşme olmadan ilk 2 hafta boyunca önemli ölçüde azaldı, ancak daha fazla iyileşme birkaç yıl boyunca kademeli olarak devam etti. Tedavinin başlamasından bir yıl sonra, eklem sendromu iyileşmesi yaklaşık %80-%90 olarak değerlendirildi; hasta daha sonra sınıf arkadaşlarına katılabildi. Eklem şikayetleri tedavinin başlamasından 3 yıl sonra tamamen ortadan kalktı.

Bununla birlikte, belirli parmak eklemlerinin "dügümlenmesi" olarak ifade edilen deformasyon, tedavinin beşinci yılına kadar ve ayak parmaklarında ise yedinci yılına kadar devam etti, ayak kabı numarası ise 40'tan 38'e düştü. Aynı zamanda, ne ağrı ne de sertlik fark edildi. Tedavinin sekizinci yılından itibaren, tüm eklemler normal görünüyordu. 1,5 yıllık tedavi boyunca, ESR sürekli bir şekilde azaldı, asla 20 mm/saat'in üzerine çıkmadı, ancak yalnızca tedavinin dördüncü yılında tamamen normale döndü. Hematüri, tedavinin 1,5 yılında tamamen ortadan kalktı. Proteinüri o zamana kadar 0,03 ila 0,06 g/L'ye düştü ve oranı sabit kaldı, ancak yüksek ateşli ARI'ler sırasında protein bazen 0,9 ila 1,0 g/L'ye kadar yükseliyordu, bu da bazı glomerulilerde epitelyumun kalıcı, sürekli hasarını gösteriyordu. RF 4 yıllık tedaviden sonra negatife döndü ve normalin üzerine hiç çıkmadı.

Hasta 21 yaşında hamile kaldı. Gebelik herhangi bir patoloji olmadan ilerledi, klinik idrar testleri normal aralıklardaydı ve eklem sendromu neredeyse hiç kötüleşmedi. Vajinal doğumla bir bebek doğurdu (çocuk şu anda 6 yaşında ve sağlıklı). Daha sonra, birkaç stresin (boşanma, 2011'de kendi başına para kazanma zorunluluğu, annesinin 2014'te ölümü) arka planında, eklem sendromu alevlenmeleri oldu. Bu alevlenmeler, Şekil 3'te 24 ve 27 yaşlarına karşılık gelen mavi eğrinin zirveleri olarak işaretlenmiştir. Bu alevlenmeler farklı eklemlerde artralji yoluyla ilerledi (belirgin şişlik olmadan); aynı zamanda, RF normal aralıklardaydı ve ESR 16 mm/saat'in üzerine çıkmadı. Tüm streslere rağmen, hastanın genel sağlık durumu uzun yıllar boyunca gözlem altında tutuldu ve hasta iş hayatına rahatlıkla devam edebildi.

JRA iyileşmesinin arka planında organizmanın reaktivitesinin geri kazanılmasının, 5 aylık tedaviden sonra (Şekil 3'ün kırmızı bölümü) ARI'nin 38,2 C'lik ateşle ortaya çıkmasıyla kanıtlandığı belirtilmelidir. 3 yıl sonra ilk kez ateşlendi. Şiddetli JRA'dan muzdaripken hasta herhangi bir ARI veya ateş geliştirmemişti. Daha sonra, tedavinin ikinci ve üçüncü yıllarında, ARI'ler yılda 3 ila 4 defaya kadar 39° lik ateşle meydana geldi (artrit semptomları daha da kötüleşmeden). Daha sonra, ARI'ler daha az sıklıkta, yılda bir veya daha az sıklıkta görüldü, ancak ateş 39° C ila 40° C'ye kadar yükseldi ve bu da hastanın bağışıklık sisteminin yüksek başarısını gösterdi. 17 yıllık gözlem süresi boyunca hasta hiç antibiyotik almadı. Ek olarak, tedavinin ilk 6 yılı boyunca ciltte ve mukoza zarlarında çeşitli döküntüler oluştu (Şekil 3'ün yeşil bölümü). Tedavinin beşinci ayında avuç içlerinde kaşıntı ve yanma vezikülleri olan dermatit görüldü. Döküntüler 10 gün devam etti ve sonra deskuamasyona dönüştü. Daha sonra, benzer döküntüler ayak tabanında ve ardından göğüs ve boyun bölgesinde belirdi ve bu döküntüler 6 ila 12 aylık aralıklarla 5 ila 6 yıl daha görülmeye devam etti. Aynı zamanda, tedavinin beşinci ayından itibaren sağ elin arkasında birçok siğil belirdi ve 1,5 yıl kaldı sonra kendiliğinden kayboldu. 3 yıllık tedaviden sonra, JRA'nın ortaya çıkmasından 7 yıl önce geçmişte meydana gelen streptokokal impetigo kollarında ve kalçada tekrar belirdi. Karşılaştırıldığında, 7 yaşında, bir dermatolog tarafından antibiyotiklerle tedavi edilen hasta, mevcut streptokokal impetigo 1 hafta içinde kendi kendine

çözüldü. Tedavinin altıncı yılında, hasta, JRA'nın ortaya çıkmasından önce yaşadığı baş ağrılarına benzer, periyodik baş ağrıları yaşadı.



Şekil 4 : Genel sağlık dinamiği (11- 28 yaşları arası)

Tartışma

Vithoukas'a göre, her insan, yaşam boyunca birbirine bağlı olan akut ve kronik hastalıklardan etkilenir. "Hastalıkların birleşik bir alt tabakasının sürekliliği" içinde, yaşamın sonunu işaret eden nihai hastalık durumuna kadar uzanır⁸. Sonuç olarak, bir tedavi süreci içerisinde, hastalığın dinamiklerinin "içeriden dışarıya" ve iç organlardan (yani böbrekler ve eklemler) cilde kaydığı gözlemlenir; ayrıca, önceki patolojilerin (yani streptokokal impetigo, baş ağrıları, alerjiler) ters yönde "geri dönüş sendromu" gözlemlenir. Tüm bu süreçler Hering'in "Tedavi Yasası"nı yansıtır ve plasebo etkisinde görülmeyen, tedaviye olumlu bir sonuç sunan savunma sisteminin yeniden düzenlendiğinin kanıtıdır⁹.

Sadece birkaç klinik çalışma, romatoid artrit hastalarında homeopatinin etkinliğini değerlendirmek için yeterli metodolojiyle yayınlanmıştır. Yayınlanan çalışmaların hiçbiri homeopatik ilaçlarla ilişkili yan etkiler bildirmemiştir¹⁰. Gibson, 1980 yılında romatoid artritte homeopatik tedaviyi değerlendiren çift kör klinik terapötik bir çalışmada, homeopatik ilaçlar alan hastalarda plaseboya kıyasla öznel ağrı, eklem indeksi, sertlik ve kavrama gücünde önemli bir iyileşme olduğu sonucuna varmıştır¹¹. Bu makaleden iki yıl önce, aynı yazar, romatoid artrit hastası olan iki hasta grubunu karşılaştırmıştır; birinci grupta salisilat, ikinci grupta ise homeopati uygulanmıştır. Homeopati alan hastaların, salisilat alan hastalardan daha iyi durumda olduğu kaydedilmiştir¹².

Sağlık Seviyeleri teorisine göre, hastamızın organizmasındaki nitel değişiklik, tedavinin başlamasından 6 ay ila 1 yıl sonra, ilk ARI'nin 38° C ateşle ortaya çıkmasıyla, ardından 2 ila 3 yıllık tedavi boyunca daha sık ARI atakları ve yüksek ateşlerle gerçekleşti (Şekil 4). Bunlar iyileşmenin belirtileriydi ve hem yüksek ateş geliştirme yeteneğini hem de ARI tetikleyici virüslere ve daha sonra streptokoklara karşı duyarlılığı kanıtlıyordu. Tüm süreçler, hastanın B grubundaki altıncı sağlık seviyesine geçtiğini gösteren, belirgin bir iyileşme sürecinde meydana geldi. Hastanın şimdiki sağlık seviyesi B grubundaki

dördüncü seviye gibi görünüyor. Hastanın sağlık durumu hala stabil olarak kabul edilemez. Terapinin iyileştirici etkilerine ve JRA gibi ciddi bir patolojinin ortadan kalkmasına rağmen, şiddetli bir glomerülonefrit seyriyle komplike bir hale gelmesine ve 17 yıllık takip geçmişine rağmen, otoimmün patolojinin tekrarlama riski devam ediyor. Bu vaka, her türlü baskılayıcı tedaviye karşı özellikle dikkatli bir tutum gerektiriyor. Kimyasal ilaç kullanımından ve psikolojik olarak şiddetli stresli durumlardan kaçınmak, hem hastanın yaşam beklentisi hem de yaşam kalitesi açısından olumlu bir prognoz sağlar.

Sonuç

Savunma mekanizmalarının durumuna yönelik bütünsel yaklaşıma dayanan, genel tepki ve direnci göz önünde bulunduran yeni Sağlık Seviyeleri sınıflandırması, bir hastalık prognozunun ve hastanın iyileşme olasılığının yanı sıra tedavi sırasında olası komplikasyonların ve organizmanın reaksiyonlarının anlaşılmasına olanak tanır.

Şiddetli bir otoimmün patolojinin - genelleştirilmiş juvenil romatoid artrit formu - klasik homeopati yöntemiyle iyileşmesi, böyle bir tedavinin etkinliğini destekler. 17 yıl boyunca hiçbir hastalık belirtisi göstermeyen uzun süreli takip, homeopatik ilaçların gücü için sağlam bir kanıt görevi görür.

Yazar Katkıları

Dr. Chabanov hastanın tedavisinden sorumluydu; Dr. Tsintzas literatür araştırmasını yürüttü ve makalenin yazılmasına yardımcı oldu; Prof. Vithoulkas ise tüm projeyi denetledi.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar, bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve/veya yayınlanmasıyla ilgili olarak herhangi bir potansiyel çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve/veya yayınlanması için hiçbir finansal destek almamışlardır.

Etik Onay

Bu çalışma etik onay gerektirmemektedir.

Referanslar

1. Bogomolets AA. Selected Works. Vol. 2. Kiev, Russia: AS USSR; 1957:480.
2. Garkavi LK, Kvakina EB, Kuz'menko TS, Shikhlyarova AI. Anti-Stress Reactions and Activation Therapy. Moscow, Russia: Imedis; 1998:617.
3. Makshanov IY. Theoretical and practical aspects of the organism resistance, their role and meaning in medicine. An assembly speech. Grodno; 1991:25.
4. Sirotinin NN. Evolution of Resistance and Reactivity [in Russian]. Moscow, Russia: Medicine; 1981:235.
5. Serov VV. General Pathology Approach to the Knowledge of the Disease. Moscow, Russia: Meditsina; 1999:303.
6. Vithoulkas G. Levels of Health. The Second Volume of Science of Homeopathy. Revised edition. Northern Sporades, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2017:23.
7. Vithoulkas G. A New Model for Health and Disease. Northern Sporades, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 1996.

8. Vithoulkas G, Carlino S. The “continuum” of a unified theory of diseases. *Med Sci Monit.* 2010;16:SR7-SR15.
9. Brien SB, Harrison H, Daniels J, Lewith G. Monitoring improvement in health during homeopathic intervention. Development of an assessment tool based on Hering’s Law of Cure: the Hering’s Law Assessment Tool (HELAT). *Homeopathy.* 2012;101:28-37.
10. Fernandez-Llanio CN, Matilla FM, Cuesta JA. Have complementary therapies demonstrated effectiveness in rheumatoid arthritis? [in Spanish] *Reumatol Clin.* 2016;12:151-157.
11. Gibson RG, Gibson SL, MacNeill AD, Buchanan WW. Homeopathic therapy in rheumatoid arthritis: evaluation by double-blind clinical therapeutic trial. *Br J Clin Pharmacol.* 1980;9:453-459.
12. Gibson RG, Gibson SL, MacNeill AD, Gray GH, Dick WC, Buchanan WW. Salicylates and homeopathy in rheumatoid arthritis: preliminary observations. *Br J Clin Pharmacol.* 1978;6: 391-395.