

Теория Уровней Здоровья на Примере Случая Ювенильного Ревматоидного Артрита.

Dmitri Chabanov (1), Dionysis Tsintzas (2), George Vithoulikas (3)

*(1) Новосибирский Гомеопатический Центр, Новосибирск, Россия

(2) General Hospital of Aitolokarnania, Agrinion, Greece

(3) University of Aegean, Syros, Greece

*Статья получена 6 апреля 2018 года, одобрена и принята к публикации 26 апреля 2018 года

*Статья печатается в соответствии с оригиналом, более полная информация, интересующая врачей – гомеопатов, включая реперторизацию, подробную динамику в ходе всех консультаций в течение 18 лет наблюдения можно найти на сайте www.homeopatia-nsk.ru

Резюме:

Актуальность: Современная медицина испытывает большую необходимость в новой классификации групп здоровья, которая позволяла бы оценить глубину патологии пациента, сделать прогноз развития болезни, возможности исцеления, а также осложнений и реакций организма пациента в ходе лечения. Такая классификация возможна только на базе холистического подхода к оценке уровня здоровья пациента, с учетом реактивности и резистентности организма. Подобная классификация, предусматривающая выделение 4 групп и 12 уровней здоровья, существует в классической гомеопатии. **Методы:** Новый метод оценки группы и уровня здоровья пациента представлен на примере случая генерализованной формы ювенильного ревматоидного артрита у 11-летней девочки, излеченной с помощью классической гомеопатии. Длительность наблюдения данного случая составила 18 лет. **Вывод:** Метод позволяет оценить динамическое состояние организма, как единого целого, как в ходе развития патологии, так и в ходе исцеления.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, гомеопатия, теория уровней здоровья

В медицине существуют различные классификации здоровья. Однако, ни одна из принятых на сегодня классификаций не дает возможности реально оценить глубину и тяжесть патологии пациента, не позволяет сделать долгосрочный прогноз течения заболевания и, тем более, не позволяет прогнозировать эффективность лечения. Для этого требуется введение новых параметров, описывающих не только отдельную патологию, но и целостное состояние организма – его общую реактивность и резистентность.

Исследования общей реактивности и резистентности очень активно проводились в России еще 25-30 лет назад, начиная с 1950-х годов XX века (1-4). По словам профессора Сиротинина, признанного авторитета в этой области, резистентность (от лат. *resisto* – противостоять, сопротивляться) – важнейшее свойство организма противостоять различным воздействиям, или иначе говоря – «устойчивость организма (4). В своей работе «Эволюция резистентности и реактивности организма» он пишет, что резистентность охватывает более широкий круг механизмов сопротивляемости, чем только иммунитет, который является лишь составным звеном резистентности (4). Руководящая роль принадлежит центральной нервной и гипофизарно – надпочечниковой системам. Общая реактивность — это свойство организма реагировать определенным образом на воздействие окружающей среды. Иными словами, резистентность – мера прочности гомеостаза, а реактивность – это совокупность механизмов сохранения гомеостаза (1,3,4). Главным инструментом реактивности является воспаление и лихорадка (1-5). В исследованиях было показано, что при сниженной реактивности меняется характер воспалительной реакции, она начинает протекать не остро, а хронически; все основные этапы воспалительного процесса выражены слабее, инфекции приобретают стертый характер, пневмонии протекают бессимптомно (4).

Теория уровней здоровья

Современная классическая гомеопатия выделяет 4 группы (12 уровней) здоровья (6,7). В группе здоровья А находятся люди с хорошей реактивностью и наиболее высокой резистентностью организма. Хронические болезни в этой группе отличаются легким течением и длительными периодами ремиссии, острые болезни возникают редко, протекают ярко, с высокой лихорадкой, проходят без осложнений. В группе здоровья В резистентность снижается параллельно нарастанию реактивности организма. У этих пациентов мы видим более серьезные хронические болезни, а также частые острые состояния, которые протекают тяжелее, с возможными осложнениями, и требуют лечения. На 6-м уровне 2-й группы здоровья (В) это могут быть, например, острые пневмонии или острый пиелонефрит по несколько раз в год. Но, начиная с 7 уровня, в 3-й группе здоровья (С) мы видим качественно иное состояние организма. У этих людей тяжелая хроническая патология различного типа развивается уже на фоне резко сниженной реактивности. Такие пациенты либо совсем перестают болеть банальными ОРВИ, гриппом, ангинами, отитами и т.д., либо течение подобных острых воспалений у них становится стертым, без развития фебрильной температуры. К группе здоровья D относятся неизлечимые пациенты с тяжелым прогнозом и с минимальной ожидаемой продолжительностью жизни.

Подобная классификация позволяет давать более глубокую оценку тяжести патологии и более основательный прогноз, как возможности излечения, так и реакций организма в ходе процесса исцеления. Так прогноз у пациентов с гипертонией, бронхиальной астмой, рассеянным склерозом, с раковой опухолью или с любой другой патологией в группах здоровья В и С будет принципиально различаться. В 3-й группе здоровья (С) вероятность потерпеть неудачу в лечении пациента, так же как и вероятность осложнений, рецидивов, метастазирования и других неприятных моментов в ходе лечения на порядок выше, нежели в 1-й или 2-й группах здоровья. Рассмотрим эту концепцию на примере случая излечения ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА).

Презентация случая

Пациентка Н.О. – девочка 11 лет, худенькая, высокая блондинка, жительница г.Томск, обратилась в декабре 1998г. после неоднократного обследования и лечения в специализированном отделении Томской ОДБ (областной детской больницы), где был установлен диагноз: «Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА), серопозитивный, суставно-висцеральная форма, быстро прогрессирующее течение, высокой степени активности». Последняя госпитализация в октябре – ноябре 1998 г. На момент обращения беспокоили отечность, боли и скованность практически во всех мелких и крупных суставах, особенно в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей рук, в лучезапястных, локтевых, коленных и голеностопных. Боли беспокоили ее круглосуточно, усиливались при движении, но продолжались и в покое. Скованность усиливалась к утру и уменьшалась при движении. При осмотре суставы были заметно припухшими и деформированными. Амплитуда движений в них были существенно ограничены (особенно в локтевых и коленных суставах). В анализах отмечалось повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) до 48 мм/час, ревматоидного фактора (РФ) – до 1:128 (при норме 1:20). Отмечалось также наличие белка в моче от 0,2 до 1,2 г/л и гематурия до 1млн 800 тысяч в 1 см³, последнее говорило о вовлечении в процесс почек, с развитием иммунного воспаления и повреждения клубочкового эпителия. LE – клетки не обнаруживались.

Анамнез (рисунок 1):

В семейном анамнезе патологии суставов не отмечалось. Из анамнеза выяснилось следующее - девочка родилась здоровой, от здоровых родителей, была на грудном вскармливании до года, росла и развивалась нормально, по плану получала все прививки. С 18 месяцев отмечались повторяющиеся частые (3-4 раза в год) и затяжные острые респираторные заболевания (ОРЗ) с температурой до 39, по этому поводу неоднократно получала антибиотики. В возрасте 20 месяцев развилась детская экзема – (лицо, руки, туловище), получала антигистаминные препараты и мази. В 3 года трижды в течение полугода - госпитализация сначала по поводу острой дизентерии, а затем по поводу носительства дизентерии, также получила несколько курсов антибиотиков. На 4 и 5 году жизни продолжала часто болеть с лихорадкой до 39. В 6 лет – впервые возник цистит с болями при мочеиспускании, и лейкоцитозом мочи, госпитализировалась в детскую больницу, опять получала антибиотики. Цистит перешел в хроническую форму и до 8 лет отмечались неоднократные его обострения с резями и лейкоцитозом мочи, в ходе которых назначались уросептики (повторно лечилась стационарно). На этом фоне развились многочисленные аллергические проявления: стоматит чередовался с атопическим дерматитом, поллинозом, респираторным аллергозом с упорным кашлем, аллергическим вульвовагинитом. В 6,5 лет – несмотря на все сделанные прививки, в том числе АКДС, заболела и была госпитализирована по поводу коклюша (подтвержденного лабораторно). В ходе госпитализации был выявлен также и аскаридоз, давали антигельминтные средства (пирантел). В 7 лет – стрептодермия. Лечилась у дерматолога. В 7,5 лет перенесла ветрянку. Далее до 9 лет продолжала часто болеть ОРЗ, ангинами, отитом, опять неоднократно получала антибиотики (последний эпизод фебрильной температуры отмечался около 9 лет). В 9 лет (январь 1997) получила прививку от клещевого энцефалита (КЭ) – после этого появились частые головные боли, слабость, легкая утомляемость, не могла заниматься физкультурой в школе из-за головных болей. Лечилась у невролога с диагнозом внутричерепной гипертензии. В августе 1997 года в возрасте 9 лет и 9 месяцев развилось основное заболевание: острый полиартрит всех крупных и мелких суставов (незадолго до того – в конце весны была ревакцинация по поводу клещевого энцефалита). В октябре – ноябре 1997 прошла обследование и лечение

в Детской Больнице №1 г. Томск. Отмечено повышение СОЭ до 52 мм/час, РФ 1:64, в моче уже тогда появилась гематурия от 9 до 20 тысяч в 1 см³. Сначала был установлен диагноз реактивного хламидийного артрита (на основании обнаружения IgM в титре 1:200 и положительной ПЦР в мазках из вульвы и зева). Затем диагноз был изменен на болезнь Рейтера на фоне хламидиоза и хронического цистита. Длительно получала антибиотики, включая азитромицин и курсами противовирусные, сначала в стационаре, а затем продолжая наблюдаться в кабинете хламидиоза в поликлинике. Получала курсами различные НПВС (ортофен, индометацин, вольтарен в/м, делагил). Тем не менее болезнь в течение года прогрессировала. Вынуждена была прекратить занятия в школе и пропустила год учебы. Летом и осенью 1998 г. (в 10,5 лет) дважды на длительный срок госпитализировалась в Областную Детскую Больницу г. Томск, где был установлен диагноз ЮРА, получала сульфасалазин без всякого эффекта. Болевой синдром нарастал, титр РФ возрос до 1: 128, гематурия возросла до уровня от 400 тыс. до 1млн 800 тыс. в АМН. С августа 1998 г. принимала Rhus-tox (12, 30, 200), Phosph, Calc-carb, Chin-ars, Merc-dulc, а также комплексные гомеопатические без какого-либо эффекта.

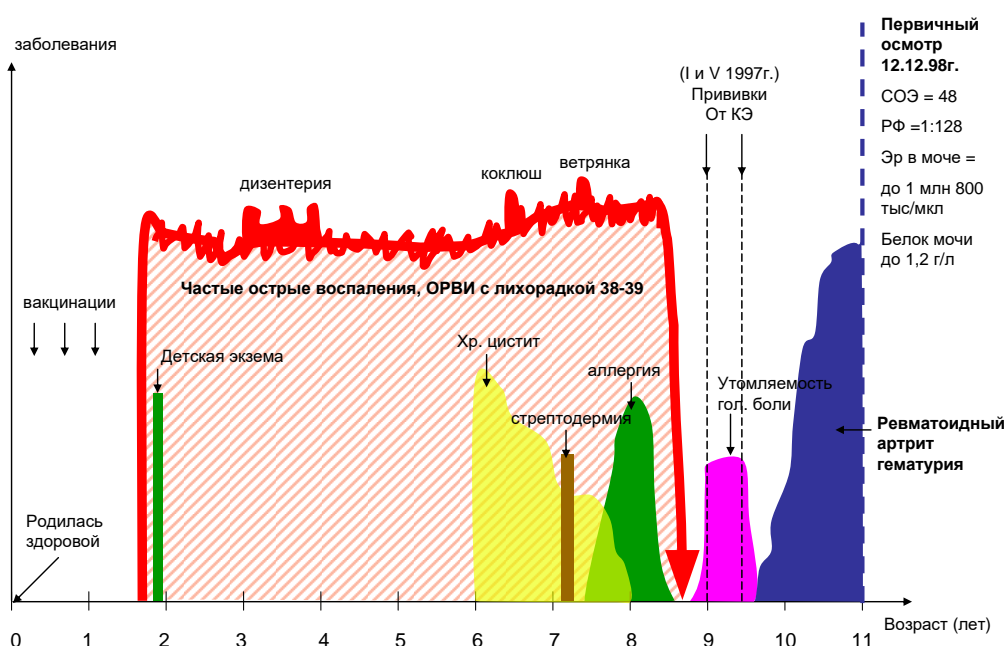


Рисунок 1. Развитие болезни

Другие симптомы

Со слов матери – девочка скромная, застенчивая, мягкая, очень сострадательная, очень терпеливая, с ней легко договариваться. В июле 1997г., незадолго до развития основного заболевания, очень сильно тревожилась за мать, которая попала в больницу в связи с переломом нескольких ребер. Боится собак, грозы, что что-то случится с близкими. Любит копчености, острое, молоко. Мало пьет жидкости. Сон беспокойный из-за болей в суставах, часто меняет положение во сне. До 6 лет скрипела зубами во вне, отмечался сомнамбулизм, недержание стула (при нормально сформированном стуле) и недержание мочи в течение дня.

Анализ случая (рисунок 2):

Следует отметить, что девочка родилась здоровой и с благоприятной наследственностью. До 18 месяцев она ничем не болела, и, вероятнее всего, относилась к первой группе здоровья. После этого реактивность её организма резко возросла,

девочка начала часто болеть с высокой температурой, и перешла во вторую группу здоровья (уровень 4). При этом никаких неблагоприятных факторов, которые могли бы воздействовать на её организм на промежутке жизни до 18 месяцев выявить не удастся. Рассуждая логически, единственным существенным фактором повреждения защитной системы организма в целом, и иммунной системы, в частности, могли стать только вакцинации (при соответствующей чувствительности и предрасположенности организма к этому воздействию). Далее существенным фактором повреждения защитного механизма, в том числе иммунной системы становится неадекватная терапия ОРЗ, а именно, повторное назначение антибиотиков и жаропонижающих препаратов. На этом фоне, общая реактивность организма еще больше возросла, и до 6 лет отмечались лишь частые повторные острые воспаления различного типа с высокой лихорадкой, включая дизентерию.

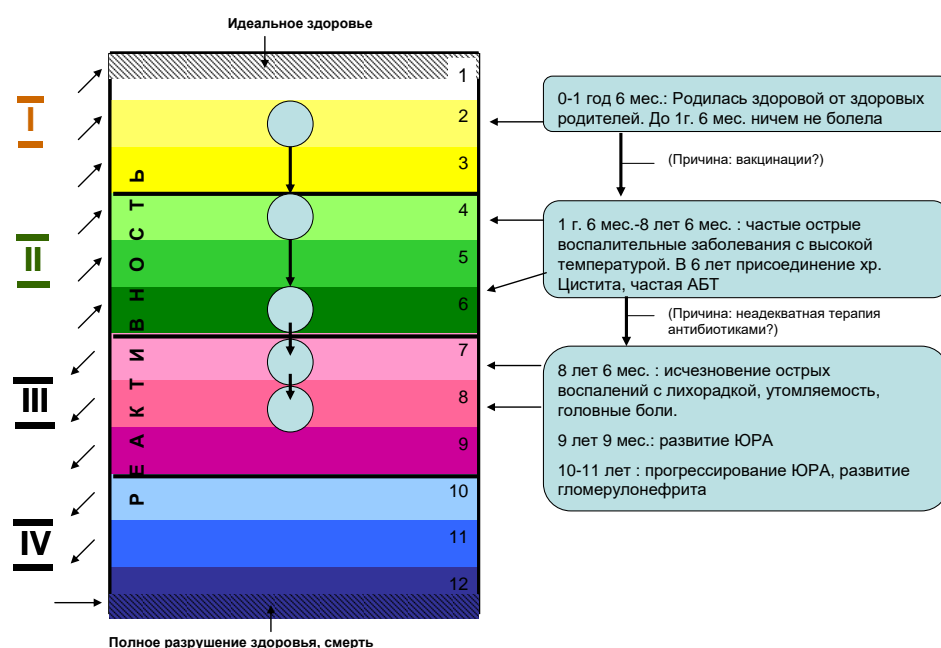


Рисунок 2. Динамика общего состояния здоровья при развитии патологии (0-11 лет).

С одной стороны, это говорит о достаточной активности защитной системы, которая не позволяла развиваться хронической болезни. С другой стороны, уровень здоровья пациентки продолжал неуклонно снижаться от четвертого до пятого и шестого. С 6 лет мы видим присоединение хронического цистита, что повлекло за собой дополнительные госпитализации и нарастание количества антибиотиков. Тем не менее, больная оставалась во второй группе здоровья (B) до 8,5 - 9 лет. После этого, несмотря на общее ухудшение состояния (головные боли, утомляемость, неспособность переносить физические нагрузки), девочка перестала болеть с высокой температурой. Именно в этот момент ее организм перешел в 3-ю группу здоровья (7 уровень). Весьма вероятно, что дополнительным фактором повреждения иммунной системы организма на этом рубеже стала вакцинация от КЭ, которая могла послужить «последней каплей» для уже поврежденного болезнью организма. Таким образом, манифестация тяжелой дегенеративной патологии (в 9 лет 9 мес.) у этой пациентки была фактически предопределена с момента резкого подавления реактивности организма и перехода в 3-ю группу здоровья.

Прогноз

Прогноз при правильном лечении для пациентов в 3-й (С) группе здоровья - длительное выздоровление, от 4-6 месяцев до нескольких лет. В процессе излечения может потребоваться смена нескольких препаратов. На фоне выздоровления мы ожидаем восстановления реактивности в виде возврата ряда патологий, подавленных неадекватным лечением в прошлом и восстановления способности организма к острым воспалениям и лихорадке. Первоначальное обострение суставного синдрома и патологии почек маловероятно, в связи с отсутствием эффекта химиотерапии и максимальной выраженностью клинических проявлений заболевания на момент начала лечения.

Назначение (12.12.98):

Causticum LMVI (10 гранул в 250 мл воды, принимать по 1 ч.л. ежедневно, утром натощак), по мере улучшения прекратить прием НПВС. Каустикум был выбран по принципу подобия, поскольку данное лекарство в своем патогенезе имеет воспаление суставов, нефрит, двигательное беспокойство, выраженный элемент сочувствия, сильный страх, что что-то может случиться с близкими, страхи собак, грозы и выраженное желание копченостей. Решение начать лечение с низких потенций препарата было принято, учитывая тяжесть и глубину патологии, низкий уровень здоровья пациентки.

Динамика в ходе излечения (рисунок 3):

Катамнез случая составляет более 18 лет. В течение 18 лет пациентка посетила врача 32 раза и продолжает наблюдаться до настоящего времени. В ходе лечения она повторно получала Causticum в различных потенциях. Также, для полного исцеления от основной патологии, потребовалось назначение двух других гомеопатических препаратов - Natrium muriaticum and Tuberculinum в чередовании между собой и в чередовании с препаратом Causticum и также в различных потенциях. В сжатом виде динамика выздоровления и дальнейшего наблюдения представлена на рисунке 3. На горизонтальной оси - возраст от 11 лет, с момента начала лечения, до 29 лет. С началом лечения, несмотря на полное исключение НПВС, боль и отечность суставов (на схеме – синим) отчетливо уменьшились уже в первые 2 недели без всякого первоначального обострения, но далее излечение происходило, как и предполагалось, постепенно в течение нескольких лет. Через год от начала лечения улучшение суставного синдрома оценивалось приблизительно на 80% , и девочка уже снова могла заниматься со всеми сверстниками в школе. Но полностью суставы перестали беспокоить пациентку через 3 года от начала лечения.

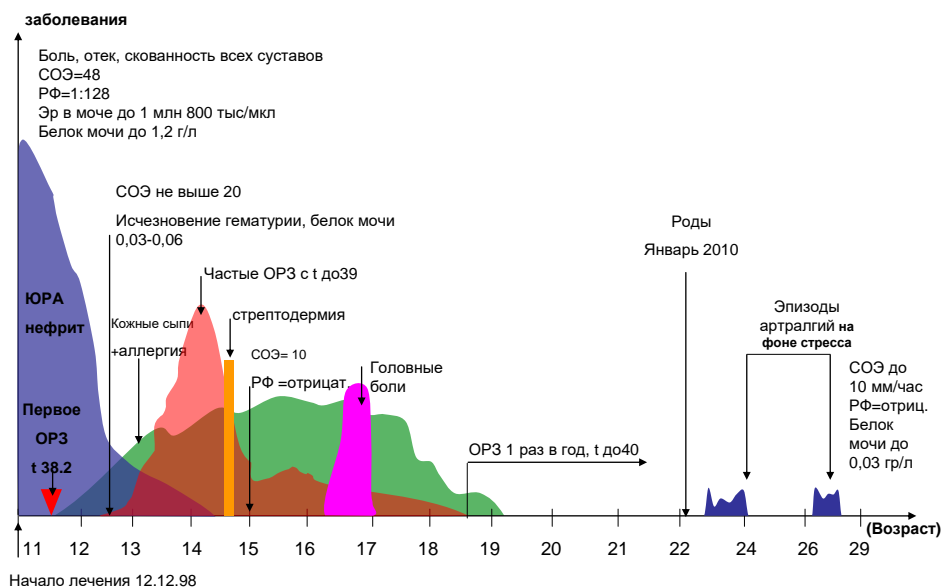


Рисунок 3. Динамика исцеления

Тем не менее, деформация в виде узловатости некоторых суставов пальцев кистей рук сохранялась до пятого года, а пальцев стоп – до седьмого года лечения. При этом уже не отмечалось ни боли, ни скованности. Начиная с восьмого года лечения, все суставы имели уже нормальный вид. При этом уменьшился размер обуви с 40 до 38 размера. СОЭ к 1,5 годовалой отметке стабильно снизилась и не поднималась выше 20 мм/час, но полностью нормализовалась лишь на 4-м году от начала лечения. Гематурия полностью прекратилась через 1,5 года лечения. Протеинурия к этому моменту снизилась и стабильно составляла 0,03- 0,6 г/л, хотя во время ОРЗ с лихорадкой белок в моче мог возрасти до 0,9-1,0 г/л, что говорит о стойком остаточном повреждении эпителия части почечных клубочков. Ревматоидный фактор через 4 года лечения стал отрицательным и больше за рамки нормы не выходил. В 21 год пациентка забеременела. Беременность проходила без патологии, без признаков токсикоза, с нормальными анализами мочи и без обострений суставного синдрома. Родила самостоятельно, мальчику 7 лет, и он полностью здоров. Затем на фоне сильных стрессов (распад семьи, необходимость досрочно выйти на работу в 2011г., затем смерть матери в 2014г.) отмечались обострения суставного синдрома. На графике это отмечено синим цветом в виде всплесков синей кривой на 24 и 27 году жизни. Эти обострения протекали в виде артралгий в различных суставах (без выраженного отека), ревматоидный фактор при этом не выходил за рамки нормы, СОЭ не повышалась выше 16 мм/час. В целом, несмотря на все стрессы, состояние пациентки оставалось в течение многих лет наблюдения удовлетворительным, и она продолжала учиться и работать.

На фоне динамики исчезновения ЮРА следует отметить восстановление реактивности организма, которое проявилось уже через 5 месяцев лечения (на графике - красным) в виде ОРЗ, сопровождавшегося температурой 38,2°С (впервые за 3 года, так как на фоне тяжелого ЮРА она не болела ОРЗ и температура не повышалась). Далее, на втором и третьем году лечения ОРЗ повторялись до 3-4 раз в год с лихорадкой до 39°С (и артрит на этом фоне не обострялся). Затем ОРЗ стали более редкими, в среднем один раз в год и реже, но температура стала в ряде случаев достигать даже 40°С, что говорило о высокой эффективности работы защитной системы её организма. Следует отметить, что за все 18 лет наблюдения пациентка ни разу не получала антибиотиков. Кроме того, в течение первых шести лет лечения отмечались разнообразные высыпания на коже и слизистых (на графике - зеленым).

Уже на 5 месяце лечения возник дерматит на ладонях в виде везикул с зудом и жжением. Сыпь держалась около 10 дней и перешла в шелушение. Потом подобное высыпание произошло на ступне, потом на груди, шее, и это повторялось с интервалом от 6 до 12 месяцев в течение 5-6 лет. Одновременно с пятого месяца лечения появилось большое количество бородавок на тыле правой кисти, которые держались в течение полутора лет и прошли самостоятельно. Через 3 года лечения вновь возникла стрептодермия на предплечьях и на бедре, как это уже было у пациентки до развития ЮРА в возрасте 7 лет. Но если в 7 лет ее лечили антибиотиками у дерматолога, то теперь стрептодермия прошла самостоятельно в течение недели. На шестом году лечения пациентку беспокоили эпизодические головные боли, похожие на те, которые предшествовали ЮРА.

Обсуждение

В соответствии с концепцией G.Vithoulkas, все люди подвержены болезням, как острым, так и хроническим, которые на протяжении всей жизни взаимосвязаны и сплетены между собой в «континуум объединенного субстрата болезней», формирующий в итоге финальное заболевание, знаменующее окончание жизни человека.⁸ В соответствии с этим, в ходе излечения мы наблюдаем динамический процесс перемещения болезни «изнутри – наружу», от внутренних органов (в данном случае – почки и суставы) к слизистым оболочкам и коже. Кроме того, мы наблюдаем «синдром реверсии» в виде возврата прошлой патологии пациента (в д.сл. стрептодермии, головных болей, аллергических проявлений на коже и слизистых). Подобная динамика является отражением «Закона Исцеления» K.Gering и свидетельствует в пользу глубокой реорганизации защитной системы (чего не происходит в случаях эффекта плацебо), предопределяя в итоге позитивный результат лечения.⁹

Опубликовано очень небольшое количество клинических исследований, приемлемых с позиций методологии, с точки зрения оценки эффективности гомеопатического лечения пациентов, страдающих ревматоидным артритом. Ни в одном из таких исследований не содержится сведений о наличии каких-либо побочных эффектов гомеопатических лекарств.¹⁰ Так Gibson, в 1980, в двойном слепом клиническом исследовании эффективности гомеопатического лечения ревматоидного артрита, показал значительное улучшение по субъективной оценке уровня боли, скованности, а также по амплитуде движений и силе кистевого сжатия у пациентов, принимавших гомеопатические лекарства в сравнении с пациентами, получавшими плацебо.¹¹ За два года до этого, тот же автор в другом исследовании провел сравнение двух групп пациентов, страдавших от ревматоидного артрита и получавших салицилаты (первая группа) и гомеопатические лекарства (вторая группа). Было показано, что в группе пациентов, получавших гомеопатию, достигнутые результаты были существенно лучше, чем в группе, получавших салицилаты.¹²

С точки зрения Теории Уровней Здоровья, качественный переход в состоянии организма пациентки произошел через 0,5-1 год от начала лечения, когда мы увидели сначала первое ОРЗ с температурой 38°C, а затем, на 2-3 году лечения уже более частые ОРЗ с высокой температурой (Рисунок 4). Это означало восстановление способности организма к высокой температуре, а также восстановление чувствительности организма к вирусам – возбудителям ОРЗ, а чуть позже – и к стрептококкам. Все это происходило на фоне очевидного прогрессирующего выздоровления от ЮРА, и означало перемещение организма на 6, а затем и на 4 уровень 2-й (В) группы здоровья. В настоящее время пациентка, по-видимому, находится на 2-3 уровне 1-й (А) группы здоровья. Состояние её организма до сих пор нельзя считать полностью стабильным и устойчивым. Несмотря на впечатляющий эффект терапии, и исчезновение такой грозной патологии, как ЮРА, осложненный тяжелым течением гломерулонефрита, длительный катамнез случая (18

лет), тем не менее, риск возврата аутоиммунной патологии в её организме, вероятнее всего, ещё существует. В данном случае необходимо особенно осторожно относиться к любым видам подавляющей терапии. При максимальном исключении химиопрепаратов, и при условии отсутствия сильных психологических стрессов, прогноз для данной пациентки хороший и в плане продолжительности жизни и в плане ее качества.

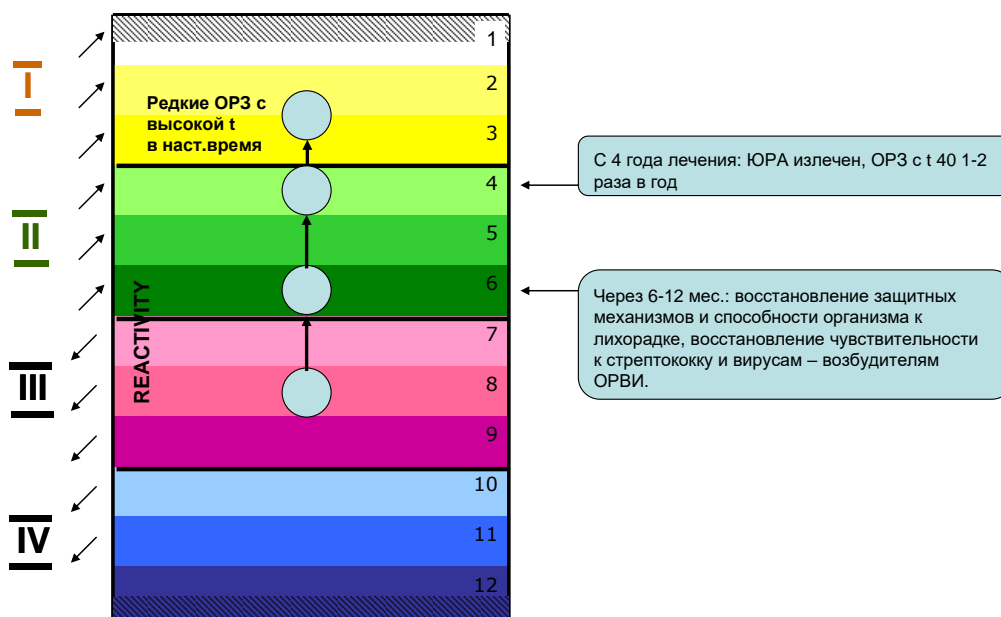


Рисунок 4. Динамика общего состояния здоровья в ходе излечения (11-29 лет).

Заключение

Новая классификация Уровней Здоровья, базирующаяся на холистическом подходе и учитывающая состояние общей реактивности и резистентности организма, позволяет оценить глубину патологии и прогнозировать как дальнейшее развитие болезни, вероятность исцеления, так и возможные осложнения, и реакции организма в ходе лечения.

Исцеление тяжелой аутоиммунной патологии, такой как генерализованная форма ювенильного ревматоидного артрита, при помощи метода классической гомеопатии, свидетельствует в пользу эффективности данного вида терапии. Длительный катамнез случая, показывающий отсутствие каких-либо признаков возврата болезни в течение 18 лет наблюдения, демонстрирует глубину и силу воздействия на организм гомеопатических лекарств.

Вклад авторов

Доктор Чабанов был ответственным за лечение пациентки, доктор Tsintzas проводил обзор литературных данных и оказал помощь в изложении материала, профессор Vithoukas выступил куратором всего проекта.

Декларация о конфликте интересов

Авторы утверждают об отсутствии претензий или потенциального конфликта интересов при проведении данного исследования, при подтверждении авторства, а также в ходе публикации данной статьи.

Финансирование

Авторы статьи не получали финансирования при проведении исследования, а также при публикации данной статьи.

Этическое соответствие

Данное исследование соответствует принципам этики и не требует специального подтверждения.

Список литературы:

1. Богомолец А.А. Избранные труды // Киев: Изд.АН УССР.-1957.-т.2.-480с.
2. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации. // М. – Имедис .- 1998. - 617с.
3. Макшанов И.Я. Теоретические и практические аспекты резистентности организма, роль и значение в медицине. Актовая речь.-Гродно.-1991.-25с.
4. Серов В.В. Общепатологические подходы к познанию болезни.-М.Медицина.-1999.-303с.
5. Сиротинин Н.Н. Эволюция резистентности и реактивности организма // М.Медицина.-1981.-235с.
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. [Google Scholar](#)
7. Vithoulkas, G. A New Model for Health and Disease. Northern Sporades, Greece: International Academy of Classical Homeopath; 1996. [Google Scholar](#)
8. Vithoulkas, G, Carlino, S. The “continuum” of a unified theory of diseases. Med Sci Monit. 2010;16:SR7–SR15. [Google Scholar](#)
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. [Google Scholar](#), [Crossref](#), [ISI](#)
10. Fernandez-Llanio, CN, Matilla, FM, Cuesta, JA. Have complementary therapies demonstrated effectiveness in rheumatoid arthritis? [in Spanish] Reumatol Clin. 2016;12:151–157. [Google Scholar](#), [Crossref](#)
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. [Google Scholar](#), [Crossref](#), [ISI](#)
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. [Google Scholar](#), [Crossref](#), [ISI](#)