

Теория за *Нива на здраве* с пример на случай на юношески ревматоиден артрит

Дмитрий Чабанов¹, Дионисис Цинцас² и Джордж Витулкас³

Резюме

Цел. Съвременната медицина има голяма нужда от нова класификация на здравните групи на пациентите, която да бъде основа за дълбочени оценки на патологията, развитието и прогнозата на заболяването и възможността за излекуване, както и за възможните усложнения на реакциите на организма към лечебните процеси. Тази класификация е възможна, ако се основава на холистични подходи на оценка на нивото на здраве от гледна точка на реактивността и устойчивостта на организма. Такава класификация, определяща 12 нива и 4 групи на здраве, съществува в класическата хомеопатия. **Методи.** Показан е нов метод за определяне на групата и нивото на здраве при случай на юношески ревматоиден артрит в генерализирана форма при 11-годишно момиче, лекувано с класическа хомеопатия. Проследяването на случая е 18 години. **Заключение.** Методът позволява на лекаря да оцени динамиката на организма като цяло по време на развитието на патологията.

Ключови думи

Юношески идиопатичен артрит, хомеопатия, теория за нивата на здраве

Получена 6 април 2018. Приета за публикация 26 април 2018.

В медицината съществуват различни класификации за здраве. Нито една от тях, обаче не е в състояние наистина да оцени, както дълбочината, така и тежестта на патологията на пациента. Тези класификации не са полезни при предоставянето на донякъде дългосрочни прогнози за развитието на заболяването, нито са полезни при прогнозиране на ефикасността на лечението. Поради тези причини има нарастваща нужда да бъдат въведени някои нови параметри. Тези параметри трябва да описват не само отделна патология, но и цялостното състояние на организма – неговата обща реактивност и резистентност.

Много общи изследвания на общата реактивност и резистентност са проведени в Русия през 50-те години на миналия век.¹⁻⁴ Според проф. Сиротинин, признат авторитет в тази област, резистентността (от латинското *resisto* - съпротивлявам се, издържам) е жизненоважно свойство на организма, което му позволява да устои на различни въздействия. Други термини биха включвали „устойчивост“ или „невъзприемчивост“.⁴ Неговото проучване „Еволюция на резистентността и реактивността“ обсъжда идеята за резистентност, обхващаща широк спектър от механизми на резистентност, в допълнение към имунитета, който е само част от резистентността.⁴ Водещата роля в процеса принадлежи на централната нервна система и хипофизно-надбъбречната система.

Общата реактивност е способността да се реагира на

въздействието на околната среда по определен начин. С други думи, резистентността е измерване на крайната сила на хомеостазата, като реактивността е съвкупността от механизми за поддържане на хомеостазата.^{1,3,4} Основните инструменти на реактивността на организма са както възпалението, така и температурата.¹⁻⁵

Изследванията показват променлив характер на възпалителната реакция с намалена реактивност, тоест реакция, която става хронична вместо остра; инфекциозните заболявания се развиват по дифузен начин и всички фази на възпалителния процес стават по-малко очевидни, като пневмония без симптоми.⁴

Теория за нивата на здраве

Според съвременната класическа хомеопатия има 4 групи (12 нива) на здраве.^{6,7} Група А се състои от хора с висока реактивност и най-силна устойчивост на организма. Хроничните заболявания в тази група са леки, с продължителни периоди на ремисия. Острите заболявания се появяват рядко, като характеристиките на симптомите на заболяването са силно изразени, придружени с висока температура и не предизвикват усложнения. В група В резистентността намалява, а същевременно реактивността на организма се повишава. Тези пациенти страдат от по-дълбоки хронични заболявания, с по-чести остри състояния, последвани от усложнения, изискващи лечение.

¹ Новосибирски център по класическа хомеопатия, Новосибирск, Русия

² Обща болница на Айтолоакарянания, Агринион, Гърция

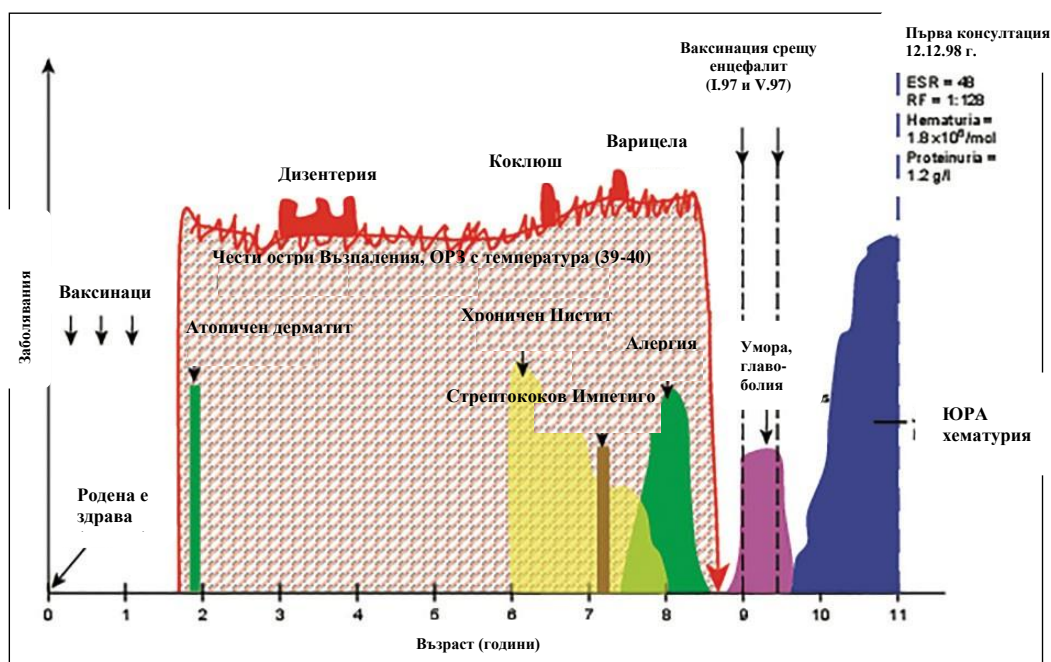
³ Университет на Егейско море, Сирос, Гърция

Кореспондиращ Автор:

Дионисос Цинцас, Колову 5, Агринио 30500, Гърция.

Имейл: dentsin@hotmail.com





Фигура 1. Развитие на заболяването.

6-то ниво на група В може да се илюстрира например с остра пневмония или остър пиелонефрит, появяващи се няколко пъти в годината. Въпреки това, започвайки от 7-то ниво на група С, можете да наблюдавате значително различно състояние на организма. На фона на драстично намалена реактивност се развиват редица дълбоки хронични патологии. Или пациентите вече не боледуват от обикновена настинка, грип, отит и т.н., или заболяванията, които обикновено са остри, имат неясни характеристики без фебрилна температура. Пациентите, принадлежащи към група D, са нелечимо болните с неблагоприятни прогнози за лечение и най-кратка продължителност на живота.

Гореспоменатата класификация позволява позадълбочена оценка на тежестта на патологията, осигурявайки по-обоснована прогноза както за възможността за лечение, така и за реакциите на организма по време на лечебния процес. По този начин прогнозите на пациентите, страдащи от хипертония, бронхиална астма, рак или друга патология, ще бъдат напълно различни между групи В и С. Неуспехът на лечението, както и появата на усложнения, рецидиви, метастази и други нежелани събития са много по-вероятни в група С в сравнение с групи А и В.

Описан е случай на излекуван юношески ревматоиден артрит (JRA), който служи като пример за тази концепция.

Представяне на случая

Пациентът е 11-годишно слабо, високо и русо момиче, живеещо в гр. Томск, което се явява за първи път през декември 1998 г. След многократни медицински наблюдения и лечение в специализиран стационар на РДБ (Регионална Детска Болница) в град Томск, пациентът е диагностициран с юношески ревматоиден артрит, ставно-висцерална форма, силно активен, серопозитивен, с

ускорено развитие.

Последният прием в болницата е през октомври 1998 г. По време на първото интервю пациентът се оплака от подуване, болка и скованост в много стави и особено метакарпофалангеалните и проксималните интерфалангеални стави на ръцете, китките, глезените, лактите и коленните стави. Болката я безпокои денонощно, усилва се по време на движение и продължава по време на почивка. Сковаността се увеличава през сутрешните часове и намалява по време на движение. Ставите са значително подути и деформирани. Амплитудата на движение е значително ограничена (особено в лакътя и коляното). Скоростта на утаяване на еритроцитите (ESR) се повишава до 48 mm/h, ревматоидният фактор (RF) се повишава до 1:128 (нормална стойност 1:20), протеинът в урината е от 0,2 до 1,2 g/L, а хематурията е до 1 800 000 mL/cm³, като последното показва, че бъбреците са въввлечени в процеса с имунно възпаление и гломерулният епител е засегнат. Лупус еритематозни клетки не са открити.

Лична история

Няма патология на ставите в познатата медицинска история. Според личната история момичето е родено здраво, от здрави родители; тя е кърмена в продължение на 12 месеца, с растеж и развитие в нормални граници, ваксинациите са приложени според графика (Фигура 1). На 18-месечна възраст пациентът развива рецидивирани (3-4 пъти годишно) и продължителни остри респираторни инфекции (ОРИ) с висока температура до 39°C, лекувани с многократен прием на антибиотици. На 20-месечна възраст пациентът развива детска екзема (засегнати са лицето, ръцете и тялото), която се лекува с антихистаминови лекарства и мехлеми. На 3 г. възраст, пациентът е хоспитализиран 3 пъти в рамките на 6 месеца – първият прием в болница е заради

остра дизентерия, а останалите приеми са заради носителство на дизентерия, за което пациентът многократно приема антибиотици. На възраст от 4 до 5 години пациентът продължава да изпитва чести остри заболявания с температура до 39°C. На 6-годишна възраст се проявява първият случай на цистит, придружен с болки при уриниране и левкоцитоза в урината, и момичето е прието в детска болница с пореден прием на антибиотици. Циститът преминава в хронична форма с повтарящи се обостряния, режещи болки и левкоцитоза в урината до 8-годишна възраст, която се лекува с уросептични лекарства. Последват множество алергични реакции: стоматит, редуващ се с атопичен дерматит, полиноза, алергичен вулвовагинит и респираторна алергоза с упорита кашлица. На възраст 6,5 години, въпреки всички ваксинации, включително ДКТ (дифтерия, коклюш, тетанус), пациентът е хоспитализиран заради коклюш (лабораторна диагноза). В болницата е открита и аскаридоза, за която е проведено антихелминтно лечение. На 7-годишна възраст пациентът е диагностициран със стрептококово импетиго и е подложен на дерматологично лечение. На 7,5 години пациентът се разболява от варицела. До 9-годишна възраст често боледува от ОРЗ, тонзилит, отит и многократно приема антибиотици. Последната температура се развива, когато момичето е на около 9 години. На същата възраст (януари 1997 г.) пациентката получава ваксинация срещу енцефалит, пренасян от кърлежи, след което развива чести главоболия, слабост и бърза умора (главоболето не ѝ позволява да посещава уроци по физическо възпитание в училище). Поради тези проблеми пациентът е лекуван от невролог и е диагностициран с интракраниална хипертония. През август 1997 г. на 9 г. и 9 мес. се появява основното оплакване: остър полиартрит на големите и малките стави (малко преди началото на заболяването пациентът получи реваксинация срещу енцефалит, пренасян от кърлежи). През октомври-ноември 1997 г. момичето е подложено на медицинско наблюдение с последващо лечение в Детска болница № 1 в град Томск. Скоростта на утаяване на еритроцитите (ESR) се повишава до 52 mm/h, ревматоидният фактор (RF) е 1:64, като хематурията в урината вече показва 20 000 ml/cm³. Първоначално ѝ е поставена диагноза реактивен хламиден артрит (въз основа на разкритие на IgM титри 1:200 и положителна полимеразна верижна реакция след натривки от гърло и вулва). Диагнозата е променена на Синдром на Райтер, като промяната се основава на хламидиоза и обострянето на хроничния цистит. На пациента е предписан продължителен курс на антибиотици (включително азитромицин) и антивирусни лекарства. Тя получава нестероидни противовъзпалителни лекарства като дългосрочно лечение. Въпреки това болестта прогресира през годината. Налага се момичето да напусне училище и да пропусне цялата учебна година. През лятото и есента на 1998 г. тя два пъти е хоспитализирана в Регионалната детска болница на град Томск. Там тя е диагностицирана с юношески ревматоиден артрит (ЮРА) и получава сулфасалазин без ефект. Болката се увеличава, като титрите на ревматоидният фактор (RF) се повишават до 1:128 и хематурията се увеличава до 400 000 до 1 800 000 ml/cm³. От август 1998 г. тя приема Rhus-tox (12, 30, 200), Phosph, Calc-carb, Chin-ars и Merc-dulc в различни потенци и някои комплексни хомеопатични лекарства без ефект.

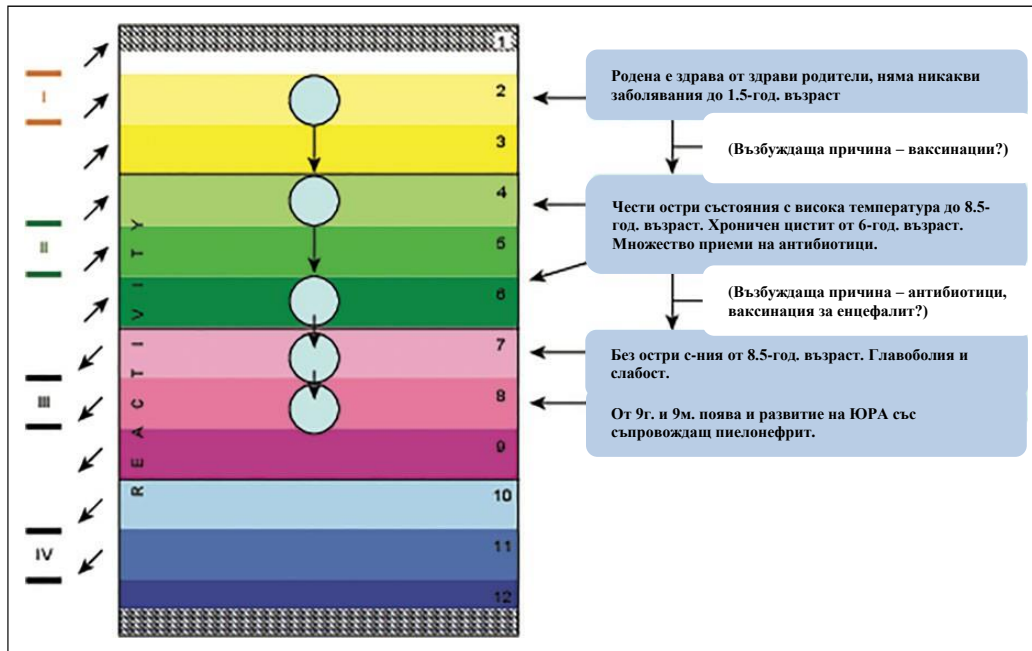
Други симптоми

Според майката на пациентката момичето било скромно, срамежливо, възпитано с голямо съчувствие. През юли 1997 г., малко преди развитието на основното заболяване, тя много се тревожи за майка си, която е откарана в болница поради фрактура на ребрата. Момичето се страхува от кучета и гръмотевични бури и има страх да не се случи нещо на близките ѝ. Тя обича пушени храни, пикантни храни и мляко. Сънят ѝ е неспокоен поради болките в ставите; тя често сменя позата си докато спи. До 6-годишна възраст скърца със зъби докато спи, и има сомнамбулизъм, енкопреза (с образуване на изпражнения) и енуреза през деня (всичко преди 6-годишна възраст).

Анализ на случая

Момичето е родено здраво с благоприятна наследственост. До 18-месечна възраст тя не е имала никакви заболявания и най-вероятно към този момент е била в група А, според скалата за нива на здраве (Фигура 2). По-късно реактивността на организма ѝ рязко се повишава, като момичето често боледува, така че изглежда, че е в група В (4-то ниво). Заслужава да се отбележи, че не са открити неблагоприятни фактори, които биха могли да повлияят на нейния организъм в периода до 18-месечна възраст. Логично може да се заключи, че единствените съществени фактори, влияещи върху защитната система на организма като цяло, са ваксинациите (предвид съответната предразположеност и чувствителност на организма). След 18-месечна възраст друг значим фактор, нарушаващ защитния механизъм, включително и имунната система, е неадекватното лечение на ОРЗ, особено многократното предписване на антибиотици и антипиретици. Поради всички горепосочени фактори, общата реактивност на организма продължава да нараства още повече и до 6-годишна възраст момичето има само чести остри възпалителни процеси от различен тип с висока температура.

Тази анамнеза, от една страна, показва здравата активност на защитната система, недопускаща развитие на хронични заболявания. От друга страна, нивото на здраве на пациента непрекъснато намалява от 4-то ниво до 5-то и 6-то ниво. От 6-годишна възраст се забелязва появата на хроничен цистит, което е причина за пореден епизод на хоспитализация с нарастващ прием на антибиотици. Въпреки това, пациентът остава в група В до възраст от 8,5 до 9 години. След това, въпреки общото влошаване (главоболие, умора, неспособност за физическо натоварване), момичето престава да развива висока температура и остри заболявания. По това време нейният организъм влиза в група С (7-мо ниво). Най-вероятно допълнителен фактор за смущението на имунната система е ваксинацията срещу енцефалит, пренасян от кърлежи, която би могла да бъде „последната капка“ за вече разстроения организъм. Следователно, проявата на тежка дегенеративна патология на възраст 9 г. и 9 мес. всъщност е предопределена за пациента от момента на рязкото потискане на реактивността на организма и последващото влошаване на здравето (група С).



Фигура 2. Обща динамика на здравето (0-11 години).

Прогноза

При правилно лечение на пациенти от група С, прогнозата е дългосрочно възстановяване, което може да продължи за период от 4-6 месеца до няколко години. По време на лечението може да са необходими няколко хомеопатични лекарства в последователност. По време на процеса на възстановяване очакваме появата на реакции, т.е. набор от патологии, които са били потиснати с предишното неправилно (потискащо) лечение. Освен това се очаква възстановяване на способността на организма да проявява остро състояние и висока температура. Първоначалното влошаване на ставния синдром и бъбречните симптоми са малко вероятни поради липсата на ефект от химиотерапията, а пълната клинична картина на заболяването е налице от началото на лечението.

Предписание (12 декември 1998)

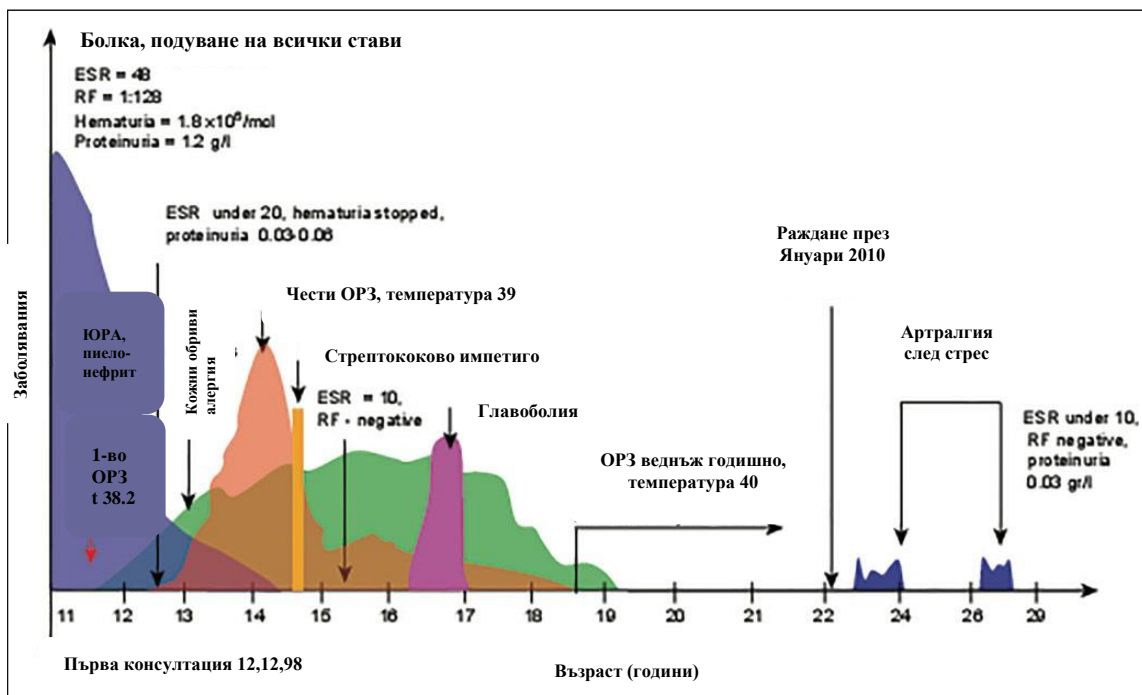
Causticum LMVI (за разтваряне на 10 глобули в 250 мл вода, за прием по 1 чаена лъжичка дневно сутрин, преди хранене) е предписан за намаляване на нестероидните противовъзпалителни лекарства с подобрение. Causticum е избран на базата на принципа на подобие, тъй като това лекарство има в патогенезата си възпаление на ставите с безпокойство, възпаление на бъбреците, силен елемент на съчувствие, страх, че нещо може да се случи на близките ѝ, страх от кучета, гръмотевични бури и желанието за пушена храна. Решено е да се започне с ниска потенция поради тежестта на патологията и доста ниското ниво на здраве.

Проследяване

Случаят се проследява 18 години. Младата жена ходи на лекар 32 пъти за тези 18 години и все още се лекува. През 18-те години на лечение тя получава Causticum в различни

потенции и, за да завърши лечението, тя приема различни потенции на други две хомеопатични лекарства на ротационен принцип – *Natrium muriaticum* и *Tuberculinum*. Динамиката на процеса на възстановяване с историята на проследяването е показана в компактна форма на Фигура 3. Хоризонталната ос показва възрастта на пациента от 11 годишна възраст, в началото на лечението, до 29 години. С лечението, въпреки пълното избягване на нестероидни противовъзпалителни лекарства, болката и подуването на ставите значително намаляват през първите 2 седмици без първоначално влошаване, въпреки че по-нататъшното възстановяване продължава постепенно в продължение на няколко години. Една година след началото на лечението подобрението на ставния синдром се оценява като приблизително 80% до 90%; след това пациентката успява да се присъедини към своите съученици. Ставните оплаквания обаче изчезват напълно 3 години след началото на лечението.

Въпреки това деформацията, изразена като „възли“ на някои стави на пръстите, се запазва до петата година, а на пръстите на краката – до седмата година от лечението, докато размерът на обувките намалява от 40-ти на 38-ми. В същото време не се забелязва нито болка, нито скованост. В началото на осмата година от лечението всички стави вече изглеждат нормални. През лечението в рамките на 1.5 г. СУЕ неизменно намалява, като никога не надвишава 20 mm/h, въпреки че става напълно нормално едва на четвъртата година от лечението. Хематурията изчезва напълно след 1.5 години лечение. Протеинурията намалява по това време до 0,03 до 0,06 g/L и скоростта ѝ става стабилна, въпреки че по време на ОРИ с висока температура протеинът понякога се повишава до 0,9 до 1,0 g/L, което показва персистиращо, продължително увреждане на епитела в някои гломерули. Ревматоидният фактор (RF) става отрицателен след 4 години лечение и никога не се повишава над нормалното.



Фигура 3. Напредък на лечението.

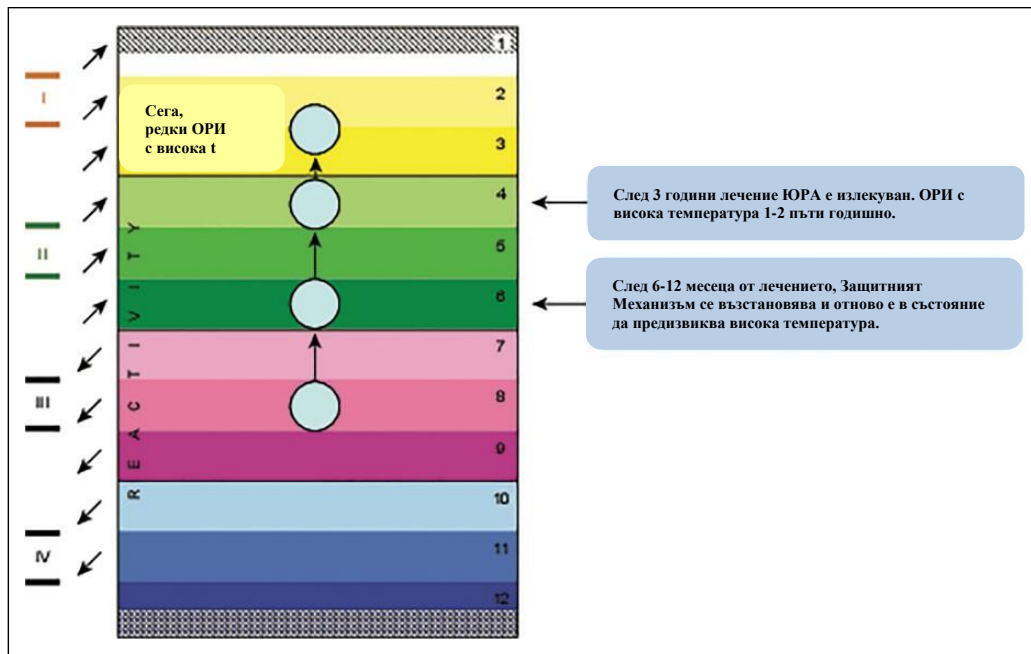
Пациентката забременява на 21 години. Бременността протича без патология, клиничните изследвания на урината са в нормални граници и почти няма обостряне на ставния синдром. Тя ражда бебе чрез вагинално раждане (момченцето вече е на 6 години и е здраво). По-късно, на фона на няколко стреса (развод, необходимост да печели пари през 2011 г., смъртта на майка си през 2014 г.), се появяват някои обостряния на ставния синдром. Тези екзацербации са маркирани на Фигура 3 като пикове на синята крива, съответстващи на възрастта 24 и 27 години. Тези екзацербации протичат чрез артралгия в различни стави (без видимо подуване); в същото време ревматоидният фактор (RF) остава в нормални граници и скоростта на утаяване на еритроцитите (ESR) не се увеличава до повече от 16 mm/h. Въпреки всички стресови ситуации, общото здравословно състояние на пациента остава задоволително в продължение на много години на наблюдение и тя продължава да учи и работи.

Трябва да се отбележи, че възстановяването на реактивността на организма на фона на подобрението на ЮРА, което се доказва след 5 месеца лечение (червената част на фигура 3) чрез проявата на ОРИ с температура 38,2°C (за първи път през предходните 3 години, тъй като, докато страда от тежък ЮРА, пациентът не развива ОРИ или повишаване на температурата). Впоследствие, по време на втората и третата година от лечението, ОРИ се появяват от 3 до 4 пъти годишно с температура от 39°C (докато симптомите на артрит не се влошават). По-късно ОРИ стават по-редки, средно веднъж годишно или по-рядко, но температурата се повишава до 39°C до 40°C, което показва висока ефективност на имунната система на пациента. През целия период на наблюдение от 17 години пациентът нито веднъж не приема антибиотици.

В допълнение, през първите 6 години от лечението са налице различни обриви по кожата и лигавиците (зелената част на фигура 3). През петия месец от лечението се появява дерматит със сърбеж и парещи везикули по дланите. Обривите остават в продължение на 10 дни и след това се обелват. По-късно подобни обриви се появяват на стъпалото, а след това и в областта на гърдите и шията, като тези обриви продължават да се появяват още 5-6 години на интервали от 6-12 месеца. В същото време, започвайки от петия месец на лечението, много брадавици се появяват на гърба на дясната ръка и остават там в продължение на 1.5 години, като изчезват от само себе си. След 3 години лечение отново се появява стрептококово импетиго по ръцете и тазобедрената става, възникнало в миналото на 7-годишна възраст преди пациентът е бил лекуван с антибиотици от дерматолог, текущото стрептококово импетиго преминава от само себе си в рамките на 1 седмица. През шестата година от лечението пациентката получава периодично главоболие, което е подобно на главоболието, от което е страдала преди проявата на ЮРА.

Дискусия

Според Витулкас всяко човешко същество е засегнато от болести, остри и хронични, които са взаимосвързани през целия живот в „континуум от единен субстрат от болести“, което води до последното болестно състояние, което бележи края на живота.⁸ Следователно в хода на лечението се наблюдава изместване на динамиката на болестта „отвътре-навън“ и от вътрешните органи (т.е. бъбреците и ставите) към кожата; също така се наблюдава „синдром на връщане“ по обратен ред на предишните патологии (т.е. стрептококово импетиго, главоболие, алергии).



Фигура 4. Обща динамика на здравето (11-28 години).

Всички тези процеси отразяват „Закона за лечението“ на Херинг и са доказателство за най-дълбока реорганизация на защитната система, която не се наблюдава при плацебо ефекта, което предполага положителен резултат от лечението.⁹

Публикувани са само няколко клинични проучвания с адекватна методология за оценка на ефективността на хомеопатията при пациенти, страдащи от ревматоиден артрит. Нито едно от публикуваните проучвания не съобщава за странични ефекти, свързани с хомеопатичните лекарства.¹⁰ Гибсън през 1980 г. в двойно-сляпо клинично терапевтично проучване, оценяващо хомеопатичната терапия при ревматоиден артрит, заключава, че има значително подобрение на субективната болка, ставен индекс, скованост и сила на захващане при тези пациенти, получаващи хомеопатични лекарства, в сравнение с тези на плацебо.¹¹ Две години преди тази статия същият автор сравнява 2 групи пациенти, страдащи от ревматоиден артрит, лекувани със салицилат в първата група и с хомеопатия във втората група. Установено е, че пациентите, които са получавали хомеопатия, се справят по-добре от тези, които са получавали салицилат.¹²

Според теорията за нивата на здраве, качествената промяна в организма на нашия пациент е настъпила 0,5 до -1 година след началото на лечението, когато първата ОРЗ се появи с температура 38°C, с последващи по-чести епизоди на ОРЗ и висока температура през 2 до 3 години лечение (Фигура 4). Това са признаците на възстановяване, доказващи както способността за развитие на висока температура, така и чувствителността към вируси, предизвикващи ОРЗ, а по-късно и към стрептококи. Всички процеси се случват на фона на възстановяване от очевидно прогресиращ ЮРА, което показва, че пациентът е преминал към 6-то ниво на група В. Текущото ниво на здраве изглежда е 4-то в

група В. Здравословното състояние на пациента все още не може да се счита за стабилно. Въпреки впечатляващите ефекти от терапията и изчезването на сериозна патология като ЮРА, усложнена от тежък ход на гломерулонефрит, с продължителност на проследяването в продължение на 17 години, съществува риск от рецидив на автоимунна патология. Този случай изисква особено внимателно отношение към всякакъв вид супресивна терапия. Избягването на употребата на химически лекарства и силно психологически стресови ситуации осигурява благоприятна прогноза както за продължителността на живота на пациента, така и за качеството му на живот.

Заклучение

Новата класификация на нивата на здраве, базирана на холистичния подход към състоянието на защитните механизми, отчитайки общата реактивност и резистентност, дава възможност за разработване на прогноза на заболяването и вероятността за излекуване на пациента, както и на възможните усложнения и реакции на организма по време на лечението.

Излекуването на тежка автоимунна патология – генерализираната форма на юношески ревматоиден артрит – с метода на класическата хомеопатия подкрепя ефикасността на такова лечение. Дългогодишното проследяване, без признаци на заболяване в продължение на 17 години, служи като категорично доказателство за силата на хомеопатичните лекарства.

Авторски принос

Д-р Чабанов е отговорен за лечението на пациента; Д-р Цинкас проведе проучването на литературата и помогна с написването на статията; и проф. Витулкас ръководи целия проект.

Декларация за конфликт на интереси

Авторите декларират липса на потенциални конфликти на интереси по отношение на изследването, авторството и/или публикуването на тази статия.

Финансиране

Авторите не са получили финансова подкрепа за изследването, авторството и/или публикуването на тази статия.

Етично одобрение

Това проучване не изисква етично одобрение.

Референции

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.