

## Индивидуализированная гомеопатическая терапия пациента страдающего АНЦА-отрицательным, быстро прогрессирующим некротическим серповидным гломерулонефритом с тяжелой почечной недостаточностью – клинический случай

Сима Махеш<sup>1</sup> | Латика Джагги<sup>2</sup> | Атул Джагги<sup>2</sup> | Дионисиас Дзинтас<sup>3</sup> | Джордж Витулкас<sup>4</sup>

1. Центр классической гомеопатии, Бангалор, Индия
2. НЗ Центр классической гомеопатия, Нашик, Индия
3. Ортопедическое отделение клиники г. Агринио, Греция
4. Международная академия классической гомеопатии, Эгейский университет, Греция

### Для корреспонденции:

George Vithoukas International Academy of Classical Homeopathy University of the Aegean, Greece Tel.: 003024240 65142 E-mail: [george@vithoukas.com](mailto:george@vithoukas.com)

Получена: 2 января 2019 – Принята: 11 марта 2019

## Аннотация

АНЦА (анти-нейтрофильные цитоплазматические антитела) - отрицательный, быстро прогрессирующий гломерулонефрит (БПГН), является острой формой аутоиммунной болезни почек с неутешительным прогнозом. 60-летняя индийская пациентка прошла лечение от АНЦА-ГН методом классической гомеопатии, и через год после начала лечения ее показатели креатинина сыворотки крови и других параметров почечной болезни начали устойчиво снижаться, несмотря на прекращение приема иммуносупрессивных препаратов, а гемодиализ, проводившийся два раза в неделю, стал делаться реже, и через год был прекращен.

Классическую гомеопатию можно рассматривать в качестве потенциального способа лечения тяжелых патологий. Для определения степени, до которой классическая гомеопатия может способствовать освобождению пациентов от таких процедур как диализ, приносящий значительный физический дискомфорт и экономические издержки, необходимы контролируемые исследования.

**Ключевые слова:** АНЦА-отрицательный, не требующий диализа, хроническая почечная недостаточность, гломерулонефрит, гомеопатия

## Введение

Серповидный гломерулонефрит (СГН) приводит к быстрой потере почечной функции вследствие клеточной пролиферации в пределах боуеновой капсулы с формированием полулуний. СГН также дифференцируют по наличию клубочковых отложений иммунных комплексов, определяемых при флуоресцентном иммунологическом анализе. Однако, в большинстве случаев СГН малоиммунен, и такие отложения для него не характерны. Называются они АНЦА-ассоциированные васкулиты (ААВ), поскольку относятся к васкулитам мелких почечных сосудов [1].

АНЦА-отрицательный БПГН является диагностической категорией ААВ, и не так хорошо изучен, как АНЦА-положительный тип. По сравнению с АНЦА-положительным типом, всего лишь 10-15% случаев малоиммунного БПГН относятся к АНЦА-отрицательному типу, который поражает молодых людей и сопровождается минимальными внепочечными поражениями, в сравнении с АНЦА-позитивным вариантом. Повреждение почек при этом намного выше, и прогноз менее благоприятен.

Хотя смертность не отличается от положительных вариантов, зависимость от диализа выше, и улучшение состояния почек под воздействием иммуносупрессии или плазмафереза минимально [3, 4]. В этих случаях, хотя с точки зрения гистологии поражение почек может быть значительным, результат лечения в большей степени связан с креатинином сыворотки крови при первой консультации, и пациенты с более тяжелыми поражениями остаются на гемодиализе [1-10]. Исследования показали, что последствия для почек хуже у пациентов с АНЦА-отрицательным типом, с очень небольшой вероятностью избавиться от диализа [4, 11]. Выделяются следующие отрицательные прогностические факторы для ренального исхода при СГН: скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <15 мл/мин, преклонный возраст, более высокий Бирмингемский индекс активности васкулита (BVAS), низкий гемоглобин и повышенное количество лейкоцитов [1].

Иммуносупрессивные препараты, например, циклофосфамид, назначаемые в таких случаях, несут в себе соответствующие риски

и могут быть причиной повышенной смертности пожилых пациентов с АНЦА-отрицательным типом БПГН вследствие кардиоваскулярных патологий и инфекционных осложнений, вызываемых иммуносупрессией [7].

Нашей пациентке был поставлен диагноз АНЦА-отрицательный БПГН с тяжелой почечной недостаточностью, и в течение 4 месяцев ее лечили традиционными методами с использованием иммуносупрессивных препаратов, диализа и плазмафереза. На момент обращения к врачу – гомеопату пациентка получала гемодиализ два раза в неделю при высоком креатинине сыворотки крови и низком гемоглобине. Развитие случая на фоне лечения гомеопатическими препаратами представлено ниже. Насколько нам известно, это первое описание случая лечения данного заболевания гомеопатическими средствами.

## Описание случая

В марте 2015 года 60-летней индианке был поставлен диагноз быстропрогрессирующий некротизирующий клубочковый гломерулонефрит с острой почечной недостаточностью (Таблица 1). Креатинин сыворотки крови был равен 4.8 мг/дл, отмечалась гематурия и альбуминурия (СКФ составляла 9 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>). После иммунофлуоресцентного анализа выяснилось, что она была слабо положительна по антинуклеарному фактору, но отрицательна как по периферическому АНЦА, так и по цитоплазмическому АНЦА. Лактатдегидрогеназа, характеризующая степень повреждения ткани,

была очень высокой (404 IU/L; норма: 103 - 227 IU/L). Показатель BVAS был равен 14.

Пациентка проходила курс традиционного лечения до июля. Вначале она принимала глюкокортикоид и циклофосфамид (иммуносупрессивные препараты), которые не контролировали креатинин сыворотки крови. Затем ей предложили плазмаферез (5 сессий) и еженедельный диализ. Однако, креатинин вновь нарастал, и диализ пришлось увеличить до двух раз в неделю. Несмотря на это, эффективного контроля креатинина достигнуто не было.

2 июля 2015 при диализе 2 раза в неделю и приеме иммуносупрессивных препаратов креатинин сыворотки крови был равен 5,2 мг/дл (нормальный показатель до 1.4 мг/дл), СКФ - 8 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup> и гемоглобин 8.7 г%, при этом периодически вводилась доза препарата, стимулирующего костный мозг. Под воздействием иммуносупрессивных препаратов у пациентки уже появлялись конституциональные симптомы, такие как слабость, потеря аппетита, снижение веса, пигментация кожи и ногтей и одышка. Коэффициент BVAS (ухудшающийся) на тот момент составлял 15.

## Гомеопатический курс лечения

Курс лечения гомеопатией начался 16.07.2015. Заполнение гомеопатической истории болезни включает педантичную запись прошлого

Таблица 1: Результаты лабораторных исследований на момент диагноза (09/03/2015) и препараты, назначенные до гомеопатического лечения

Исследование	Результат	Реф. значение	Перечень принимавшихся препаратов по согласию пациентки
Эритроциты	2.78 X 10 <sup>6</sup> /куб.мм	3.5 - 5.5 X10 <sup>6</sup> /куб.мм	Auxisoda (Sodium bi carbonate)
Гемоглобин	8.7 г%	11 - 16 г%	Calcigard (Nifedipine)
Мочевина крови	134.7 мг/дл	15 - 45 мг/дл	Alprax (Alprazolam)
Креатинин сыворотки крови	4.8 мг/дл	0.6 - 1.4 мг/дл	Aciloc (rantlydine)
Расчетная СКФ	9 мл/мин/1.73 м <sup>2</sup>	> 60 мл/мин/1.73 м <sup>2</sup>	Ondem (Ondansteron)
Расчетный BVAS	14	NA	Frusenex (Furosemide)
Сывороточный альбумин	3.0 г/дл	3.2 - 4.6 г/дл	Metoz (Metolazone)
Сывороточный глобулин	2.1 г/дл	2.3 - 3.5 г/дл	Aldactone (Spironolactone)
Общий сывороточный белок	5.1 г/дл	6 - 7.8 г/дл	Omnacortil (Prednisolone)
Лактатдегидрогеназа	404.4 IU/L	103 - 227 IU/L	Endoxan (Cyclophosphamide)
Ретикулоциты	4%	0.2 - 2 %	Dargen (Darbepoetin)
Антинуклеарные антитела	слабо положительная (+ve)	отрицательная (-ve)	Vozuca (Voglibose)
Периферические АНЦА	отрицательная (-ve)	не нормируется	Linid (Linezolid)
Цитоплазмические АНЦА	отрицательная (-ve)	не нормируется	Cardivas (Carvedilol)
Альбумин в моче	2+	нет	Ciplox (Ciprofloxacin)
Эритроциты в моче	35 - 40 в поле зрения	нет	
Альбумин/креатинин в моче	2.64	<0.5	
Абдоминальные и тазовые УЗИ сканограммы	Билатеральная почечная недостаточность (Стадия II)	не нормируется	

анамнеза пациента, истории лечения, а также значимых событий, которые, возможно, оказали стрессовое воздействие, изучение семейного анамнеза. Целью такого исследования является определение факторов, которые могли негативно повлиять на защитный механизм организма. Наша пациентка рассказала, что ее проблемы возникли 5 месяцев назад после сильного стресса в связи с болезнью ее матери. Её болезнь началась с отеков, затем ей поставили диагноз АНЦА-БПГН.

В прошлом была тяжелая форма кожной сыпи, которую лечили конвенционально. Полтора года назад она прошла озонную терапию по поводу артрита коленного сустава. Из семейного анамнеза следовало, что ее дед по отцовской линии и отец умерли от рака.

После анализа всех этих факторов и ее индивидуальных симптомов было начато гомеопатическое лечение.

Иммуносупрессивные препараты были отменены с первого дня гомеопатического лечения, затем постепенно снижали дозы стероидов, которые были полностью отменены через полтора месяца после начала лечения.

## Результаты и последующее наблюдение

Общее состояние пациентки (энергия, аппетит, вес и т.д.), а также показатели крови, стабильно улучшались (Таблица 2). В результате стало возможным постепенно увеличивать промежутки между последующими процедурами диализа и, в конечном счете, отказаться от него. В течение 28 месяцев наблюдений пациентка оставалась в хорошей сохранности, ее почечная функция устойчиво улучшалась.

Таблица 2: Процесс лечения с помощью гомеопатической терапии

Дата	Отчеты лабораторных исследований	Симптомы	Назначения	Изменения традиционных процедур
16/07/2015	Креатинин сыворотки крови: 5.2 мг/дл	Сильная слабость. Потеря аппетита Почернение ногтей и кожи с начала конвенциональной терапии Отечность лица Потеря веса за год	Carcinosinum 30C, с повышением до 32C через неделю и до 33C еще через 10 дней	Диализ сокращен до одного раза в неделю. Отмена иммуносупрессивных лекарств
27/08/2015	Креатинин сыворотки крови 6 мг/дл (начальная реакция на лекарство дала обнадеживающие результаты, диализ был отложен, в связи с чем показатель немного временно повысился) Hb: 11.3 g%	Значительное повышение энергии. Почернение ногтей и кожи существенно снизилось. Увеличился диурез	Прекращение приема carnosinum и наблюдение	Медленное снижение стероидов
30/09/2015	Креатинин сыворотки крови 5.14 мг/дл. Давление: 110/70	Набрала 2 кг. Повысился аппетит	Нет	Отмена гипотензивных средств
25/11/2015	Креатинин сыворотки крови: 6.5 мг/дл	В целом очень хорошо	Нет	Посещает сеанс диализа один раз в 10 дней. Рекомендовано продолжение этого режима
20/01/2016	Креатинин сыворотки крови: 4.3 мг/дл	Набрала 3.5 кг Улучшение энергии и аппетита. Высыпания на левом локте (появлялись в прошлом)	Нет	Диализ сокращен до одного раза в две недели
17/02/2016	Креатинин сыворотки крови: 5.5 мг/дл	В целом в хорошем состоянии	нет	Диализ сокращен до одного раза в две недели
17/03/2016	Креатинин сыворотки крови: 5.6 мг/дл	Находилась в сильном стрессе после смерти матери. Развилась острая инфекция нижнего дыхательного тракта – кашель с хрипотой, одышка, снижение аппетита и энергии	Ammoniacum gummi 30C	Нет

(продолжение следует)

Дата	Отчеты лабораторных исследований	Симптомы	Назначения	Изменения традиционных процедур
13/04/2016	Креатинин сыворотки крови: 4.7 мг/дл	В целом очень хорошо	нет	нет
04/05/2016	Креатинин сыворотки крови: 5.6 мг/дл Мочевина крови: 95.5 мг/дл	Плохой аппетит в течение 15 дней с тошнотой, снижение веса на 1 кг, судороги в икрах, беспокойный сон, иногда жидкий стул	Sulphur 200C	нет
01/06/2016	Креатинин сыворотки крови: 4.9 мг/дл	Отсутствие тошноты, улучшение аппетита, повышение энергии, отсутствие жидкого стула, отсутствие судорог, хороший сон	нет	нет
29/06/2016	Креатинин сыворотки крови: 4.7 мг/дл	В целом очень хорошо. Увеличение количества высыпаний на локте. Сухость кожи, зудящая экзема на правой кисти и суставах пальцев	нет	Увеличение периода между сессиями диализа
11/08/2016 (год с начала гомеопатии)	Креатинин сыворотки крови: 4.5 mg/dl, эритроциты: $3.72 \times 10^6 / \text{мм}^3$ Hb: 11.6 г%	Вес вырос на 2 кг, улучшение энергии и аппетита. Рост высыпаний	нет	нет
29/09/2016	Креатинин сыворотки крови: 3.7 мг/дл	2 дня был жар. Повышение энергии. Самочувствие вернулось к тому, что было до болезни Кожные высыпания продолжают увеличиваться на коленях	нет	Последний диализ 24/08/2016 - случайно закрылась АВ фистула, и пациентка решила не ходить больше на диализ. Приняла 2 таблетки парацетамола от легкого жара
01/12/2016	Креатинин сыворотки крови: 3.4 мг/дл Hb: 11.2 G% Эритроциты: $3.56 \times 10^6 / \text{мм}^3$ сатурация: 97% Альбумин в моче ++	Осмотрена нефрологом: Отеки - нет Одышка - нет Аппетит - хороший Моча – в норме CVS/CNS – в норме АД: 130/80 mm Hg	нет	3 месяца без диализа
16/05/2017	Креатинин сыворотки крови: 3 мг/дл Hb: 10.9 г% Альбумин в моче: следы	В общем, очень хорошо. Кожные высыпания уменьшаются	нет	нет
03/11/2017	Креатинин сыворотки крови: 2.7 мг/дл	Уменьшение кожных высыпаний	нет	нет Диализ не проводится 14,5 месяцев

Самый последний показатель креатинина сыворотки крови 2.6 мг/дл, гемоглобин 11.9%, расчетный BVAS 4, а СКФ 19 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>. Пациентка продолжает гомеопатическую терапию.

## Обсуждение

В значительной степени диализ почек - стрессовая процедура для пациентов, также неприятна она и с точки зрения экономии средств. Вдобавок, он несет в себе риск различных инфекций и ятрогенных осложнений [12, 13]. В тяжелых случаях БПГН кроме диализа мало что может помочь смягчить страдания (за исключением трансплантации почки), и пациенту необходимо проходить эту громоздкую процедуру регулярно [6]. В случае с нашей 60-летней пациенткой почечный диализ, в конечном счете, был отменен, а почечную функцию удалось восстановить до определенной степени в течение 28 месяцев. Подход к болезни в гомеопатии носит холистический характер. Гомеопатия рассматривает весь каскад воспалительных реакций, происходящих с рождения до данной точки во времени. В работе "Континуум объединенной теории болезней" выдвигается идея о том, что все патологические процессы у человека с рождения до смерти формируют континуум и не случайны [14]. Вначале, когда иммунная

система находится в хорошем состоянии, она успешно производит острое воспаление и избавляется от патогенного стимула. При постоянном воздействии противовоспалительных препаратов или других средств, сдерживающих воспаление, она теряет способность реагировать путем острого воспаления и входит в состояние хронического вялотекущего воспаления, в конечном счете формируется хроническое заболевание, к которому человек предрасположен. В такой момент применение гомеопатии, как показано, вызывает обратное развитие, и по мере уменьшения хронической проблемы способность реагировать острым воспалением вновь возвращается к человеку [15-17]. Аналогично, если любое воспалительное заболевание на поверхности тела подавлялось лекарствами, при правильном гомеопатическом лечении оно возвращается, и такое возвращение является еще одним подтверждением того, что иммунная система восстановилась в своё прежнее состояние.

В нашем случае у пациентки был эпизод респираторной инфекции, когда почечная функция начала улучшаться, которую также пролечили гомеопатией. Далее у нее опять появились кожные высыпания, аналогичные тем, которые наблюдались много лет назад, и которые в прошлом подверглись агрессивному лечению. В этот раз ее организм очень хорошо отреагировал на продолжающуюся гомеопатическую терапию, и высыпания стали уменьшаться.

Правило возврата старых подавленных болезней и возвращение острых воспалительных заболеваний по мере того, как хроническая болезнь смягчается, используются врачом - гомеопатом в качестве руководства для определения направления, в котором развивается ситуация, и для понимания прогноза в конкретном случае [18, 19].



Рисунок 1: Начало и прогрессирование кожных повреждений во время гомеопатического лечения

Если это происходит, как в данном случае, результат очень хороший.

Эффект гомеопатической терапии очевиден также и в плане самой патологии, о чем свидетельствует улучшение показателей СКФ от 8 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup> до 19 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup> и BVAS от 15 до 4.

Иммуносупрессивные препараты были отменены на раннем этапе гомеопатической терапии, что привело к повышению креатинина сыворотки крови, что указывало на эффект отмены иммуносупрессии. Однако, организм продолжал реагировать на гомеопатическую терапию, и вскоре появилась возможность отменить диализ. Пациентка не принимала химические препараты и диализ в течение 20 месяцев, но ее почечная функция продолжала устойчиво улучшаться. Эти результаты дают достаточные основания для проведения в будущем более полных контролируемых исследований.

Ранее уже было продемонстрировано, что тяжелые заболевания, в том числе аутоиммунные поддаются гомеопатическому лечению, и наш случай также подтверждает это [20-24]. В данном случае выбор пациентки был не случайным, поскольку она отдала предпочтение гомеопатическому лечению, и результат оказался хорошим. Определение точной степени, до которой гомеопатия может быть полезной в таких случаях, могло бы дать контролируемое исследование.

## Выводы

Даже этот редкий клинический случай АНЦА-отрицательного БПГН показал положительную реакцию на индивидуализированную гомеопатическую терапию при изначально негативном прогнозе с позиций конвенциональной медицины. Это позволяет нам предположить, что БПГН может поддаться индивидуализированной терапии на ранней стадии. Следует добавить, что более полные исследования помогут определить степень, до которой гомеопатия может оказаться полезной в лечении таких болезней.

## Ключевые моменты

- АНЦА-отрицательный БПГН тяжело поддается лечению иммуносупрессивными препаратами и применяя диализ
- Еще одно доказательство сомнительной полезности плазмафереза в случае АНЦА-отрицательного БПГН
- Классическая индивидуализированная гомеопатическая терапия подает определенные надежды в лечении этой патологии и нуждается в дальнейшем изучении
- Феномен возврата острых воспалительных состояний, наряду с улучшением хронических воспалительных заболеваний, заслуживает изучения для того, чтобы пролить свет на вовлеченные иммунологические изменения.

## Конфликт интересов

Авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов

## References

1. Moroni G, Ponticelli C. Rapidly progressive crescentic glomerulonephritis: Early treatment is a must. *Autoimmunity Reviews*. 2014; 13(7):723-729.
2. Peschel A, Basu N, Benharkou A, Brandes R, Brown M, Dieckmann R, et al. Autoantibodies to hLAMP-2 in ANCA-negative pauci-immune focal necrotizing GN. *J Am Soc Nephrol*. 2013; 25:455-63.
3. Glockner W, Sieberth H, Wichmann H, Backes E, Bambauer R, Boesken W, Bohle A, Daul A, Graben N, Keller F. Plasma exchange and immunosuppression in rapidly progressive glomerulonephritis: a controlled, multi-center study. *Clinical Nephrology* [Internet]. 1988 [cited 2018 Mar 11];29(1):1-8.
4. Sharma A, Nada R, Naidu G, Minz R, Kohli H, Sakhuja V, Gupta K, Rath M. Pauci-immune glomerulonephritis: does negativity of anti-neutrophilic cytoplasmic antibodies matters? *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2015; 19(1):74-81.
5. Atkins RC, Nikolic-Paterson DJ, Song Q, Lan HY. Modulators of crescentic glomerulonephritis. *J Am Soc Nephrol*. 1996; 7:2271-8.
6. Chen M, Kallenberg CGM, Zhao M-H. ANCA-negative pauci-immune crescentic glomerulonephritis. *Nat Rev Nephrol*. 2009; 5:313-8.
7. Eisenberger U, Fakhouri F, Vanhille P, Beaufile H, Mahr A, Guillevin L, Lesavre P, Noel L. ANCA-negative pauci-immune renal vasculitis: histology and outcome. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2005; 20(7):1392-1399.
8. Hedger N. Incidence and outcome of pauci-immune rapidly progressive glomerulonephritis in Wessex, UK: a 10-year retrospective study. *Nephrol Dial Transplant*. 2000; 15:1593-9.
9. Jennette JC. Rapidly progressive crescentic glomerulonephritis. *Kidney Int*. 2003;63:1164-77.
10. Sampathkumar K, Ramakrishnan M, Sah AK, Gowtham S, Ajeshkumar RN. ANCA negative pauci-immune glomerulonephritis with systemic involvement. *Indian J Nephrol*. 2010; 20:43-47.
11. Hung P, Chiu Y, Lin W, Chiang W, Chen Y, Lin S, Wu K, Tsai T. Poor Renal Outcome of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody Negative Pauci-immune Glomerulonephritis in Taiwanese. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2006; 105(10):804-812.
12. Abram HS, Moore GL, Westervelt FB. Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am J Psychiatry*. 1971; 127:1199-204.
13. Schieppati A, Remuzzi G. Chronic renal diseases as a public health problem: epidemiology, social, and economic implications. *Kidney Int*. 2005; 68:S7-10.
14. Vithoulkas G, Carlino S. The "continuum" of a unified theory of diseases. *Med Sci Monit*. 2010; 16(2):SR7-15
15. Kivellos S, Skifti S, Vithoulkas 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:(S1).
16. Vithoulkas G. Levels of health. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2017.
17. Vithoulkas G, Tiller W. The science of homeopathy. Athens: International Academy of Classical Homeopathy; 2009.
18. Chabanov D, Tsintzas D, Vithoulkas G. Levels of Health Theory With the Example of a Case of Juvenile Rheumatoid Arthritis. *Journal of evidence-based integrative medicine*. 2018 Jun 11;23:2515690X18777995.
19. Kivellos S, Skifti S, Vithoulkas G. EHMTI-0396. Reappearance of high fever on migraine patients, after individualized homeopathic treatment, is a valuable prognostic factor. In *The Journal of Headache and Pain* 2014 Dec (Vol. 15, No. 1, p. M7).

20. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complementary Medicine Research*. 2018; 25(2).
21. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Gangrene: five case studies of gangrene, preventing amputation through homeopathic therapy. *Indian Journal of Research in Homoeopathy*. 2015; 9:114-22.
22. Mahesh S, Mallappa M, Tsintzas D, Vithoulkas G. Homeopathic Treatment of Vitiligo: A Report of Fourteen Cases. *The American Journal of Case Reports*. 2017; 18:1276.
23. Mahesh S, Mahesh M, Vithoulkas G. Could Homeopathy Become An Alternative Therapy In Dengue Fever? An example Of 10 Case Studies. *Journal of Medicine and Life*. 2018 Jan; 11(1):75.
24. Tenzera L, Djindjic B, Mihajlovic-Elez O, Pulparampil BJ, Mahesh S, Vithoulkas G. Improvements in long standing cardiac pathologies by individualized homeopathic remedies: A case series. *SAGE open Medical Case Reports*. 2018 Aug;6:2050313X18792813.