

Îmbunătățiri ale patologiilor cardiace de lungă durată cu remedii homeopate individualizate: seria A de cazuri

SAGE Open Medical Case Reports
Volume 6: 1–11
© The Author(s) 2018
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/2050313X18792813
journals.sagepub.com/home/sco



Lenka Tenzera¹, Boris Djindjic^{2,3}, Olivera Mihajlovic-Elez⁴, Bindu John Pulparampil⁵, Seema Mahesh⁶  and George Vithoulkas⁷

Abstract

Prezentăm trei cazuri de stop cardiac în diferite stadii ale patologiei. Infarctul miocardic acut și insuficiența cardiacă reprezintă cauza principală a mortalității. Pe termen lung, episoadele acute și remodelarea cardiacă pot provoca stricăciuni considerabile care duc la insuficiență cardiacă. În aceste cazuri, terapia homeopată individualizată a fost instituită împreună cu medicamentele convenționale, iar rezultatele au fost încurajatoare. Modificările parametrilor în diagnosticul de laborator (tomografie computerizată cu emisie de fotoni, electrocardiografie, ecocardiografie și fracție de ejeție, după caz) sunt dovedite de-a lungul timpului. Rezultatul cheie, observat în toate cele trei cazuri, a fost păstrarea bunăstării generale, ca și stările hemodinamice îmbunătățite. În timp ce cele trei cazuri oferă dovezi ale rezultatelor pozitive pentru terapia homeopată, sunt necesare studii mai ample într-un cadru spitalicesc pentru a stabili măsura reală în care poate fi utilizată această terapie.

Cuvinte cheie

Cardiovascular, insuficiență cardiacă, homeopatie

Data primirii: 19 Decembrie 2017; acceptat: 11 iulie 2018

Introducere

Afecțiunile cardiovasculare, boli cardiovasculare (BCV) și infarct miocardic acut (IMA), sunt responsabile pentru 31% din toate decesele la nivel mondial și sunt o cauză principală a mortalității. Deși, este adevărat că intervențiile terapeutice moderne au redus considerabil acest lucru, provocarea rămâne^{1,2}. Riscul reinfarctului este de asemenea mare și pentru supraviețuitori (8% - 10% au făcut din nou infarct în decurs de un an) făcând și mai importantă grija deosebită în situații de urgență.

Situația este complicată și mai mult de incidența aritmiei împreună cu IMA, caz în care persoana poate trece la insuficiență cardiacă și șoc cardiogen.³ Vârsta înaintată, fibrilația atrială (FiA) și infarctul anterior au avut un prognostic prost în cazurile de IMA, aproximativ 50% dintre decese au avut loc în prima lună după episod, majoritatea în primele 2 h.^{3,4} Primul obiectiv este reirigarea miocardului, astfel că intervenția coronariană percutanată primară (ICP) este prima linie de terapie împreună cu fibrinolitice și alte medicamente cardiace (cu excepția contraindicațiilor).⁵

După infarctul miocardic (IM), împreună cu inflamația locală, procesele inflamatorii cunoscute apar în părțile distale ale inimii⁶ și în glomerulii renali⁷ indicând implicarea întregului sistem imunitar într-o încercare de reparare.

În ciuda diagnosticului similar, se vede că procesul de

inflamație și reparare a țesutului după IM nu evocă același răspuns la toată lumea. Mecanismul remodelării părților afectate ale inimii, după un IM, include numeroase componente celulare, extracelulare și neuromorale⁸ și, în majoritatea cazurilor, mărimea cicatricei formate este proporțională cu severitatea remodelării inimii, dar s-a

¹Medical Office of Classical Homeopathy 'ALONA', Belgrade, Serbia

²Institute of Pathophysiology, Faculty of Medicine, University of Nis, Nis, Serbia

³Clinic of Cardiovascular Disease, Clinical Center Nis, Nis, Serbia

⁴Department of Internal Medicine, PHI Hospital Meljine, Herceg Novi, Montenegro

⁵Government Homeopathic Hospital, Thiruvananthapuram, India

⁶Centre for Classical Homeopathy, Bangalore, India

⁷International Academy of Classical Homeopathy, University of the Aegean, Mytilene, Greece

Autor corespondent:

Seema Mahesh, Centre For Classical Homeopathy #10, 6th Cross Opp HP Petrol Bunk, Chandra Layout, Bangalore 560040, India.
Email: bhatseema@hotmail.com



demonstrat, de asemenea, că mărimea cicatricei nu trebuie tradusă în remodelare cardiacă severă.⁹

Dovada este mai mult în favoarea stării energetice a persoanei și a influenței acesteia asupra procesului reparator. Remodelarea dureroasă în condiții ischemice este în primul rând în concordanță cu lipsa producerii de energie. S-a raportat că reducerea asimilării de glucoză la nivelul celulelor cardiace este cauzată de deficiența genetică X a receptorului \square (LXR \square) din ficat, ceea ce duce la o deteriorare severă după IM care, indirect, confirmă că în timpul ischemiei, mecanismul de adaptare al transferului producției de energie este activat în inimă, de metabolizare a acizilor grași în glucoză are o utilizare mai mare în sinteza de Adenozintrifosfat (ATP).¹⁰ O inimă sănătoasă activează rapid acest mecanism de protecție cardio în condiții de ischemie, reducând daunele.¹¹ Acest lucru este întârziat sau absent la o persoană mai slăbită.

Opțiunile terapeutice actuale, în ciuda progreselor, sunt departe de a fi satisfăcătoare. Descoperirea continuă a factorilor implicați în remodelarea unui infarct miocardic reprezintă provocări continue. Ultimele opțiuni terapeutice disponibile includ următoarele: interleukina 10 (IL-10),¹¹ blocarea canalelor de potasiu activate de calciu (KCa3.1),¹² factor de creștere a fibroblaștilor, cu transplantarea de celule stem din țesuturile grase¹³ și terapia regenerării celulare^{14,15} dar și terapia cu berberină,¹⁶ suplimente de licopen,¹⁷ hipoxie normobarică continuă,¹⁸ ischemie controlată repetată¹⁹ și așa mai departe.

Homeopatie clasică

Premisa pe care se construiesc principiile terapeutice homeopate este că organismul viu este guvernat de o bioenergie care păstrează sănătatea în cel mai bun mod posibil, în funcție de circumstanțele concepției (genetică, epigenetică etc.). Această energie este denumită ‘forță vitală sau principiul vieții’. Când este afectată de orice forță dăunătoare (boală sau perturbare), această energie marșează instrumentele pe care le are la dispoziție – sistemul imunitar – și combate influența, încercând întotdeauna să revină la starea dinamică normală. În timpul acestei lupte, se generează simptome la fel de individualizate, așa cum sunt și oamenii – cu cât nivelul de sănătate este mai bun, cu atât simptomele individualizate sunt mai puternice.^{20–22}

Terapia homeopată clasică, așa cum a fost propusă de Samuel Hahnemann și ulterior adaptată la situațiile de sănătate contemporane de James T. Kent și George Vithoulkas,^{21–23} operează pe paradigma că fiecare ființă umană se naște cu o anumită cantitate de energie disponibilă pentru funcțiile bio-sociale. Cu cât este mai mare această energie cu care începe, cu atât mai bun este nivelul de sănătate.²⁴ Drept urmare, capacitatea de apărare împotriva bolilor este, de asemenea, mai mare în organism cu un nivel mai înalt de energie. Stimulul patologic care afectează ființa umană mai sănătoasă, în comparație cu una mai puțin sănătoasă, este mai ușor de apărut și homeostazia este astfel restabilă.

Medicul homeopat clasic urmează un anumit protocol pentru a stabili nivelul de sănătate al pacientului la începutul fiecărei luări de caz, pentru a ajusta posibilitățile cu terapia. În timp ce diagnosticul ajută la înțelegerea patologiei în cauză, prognosticul real poate fi evaluat din înțelegerea nivelului de sănătate al persoanei. Cu cât complexul energetic este mai bun, cu atât este mai bun prognosticul, ca și răspunsul la terapia homeopată.²⁴ Adevărul acestei idei poate fi văzut în această serie de cazuri, deoarece toți pacienții au un prognostic slab, dar răspund bine la terapia homeopată deoarece pornesc cu o stare de sănătate mai bună. Aceeași abordare poate să nu dea rezultate atât de favorabile într-un caz mai puțin sănătos.

Această serie de cazuri prezintă tratamentul IM cu homeopatie. Este, în conformitate cu cele mai bune cunoștințe ale autorilor, primul de acest fel care demonstrează tratamentul episoadelor acute, precum și consecința IM de-a lungul timpului. Un F.U. pe termen lung a fost completat cu investigații de laborator cu scopul de a putea compara.

Prezentare de caz

Cazul 1

Pacient de 62 de ani, sârb, cu un IM în urmă cu 17 ani, s-a prezentat cu diagnosticul de status post infarct partea anterioară și intervenție coronariană percutană (ICP) artera descendentă anterioară stângă (DAS); cardiomiopatie ischemică compensatorie; hipertensiune și diabet zaharat tip 2 care era de asemenea prezent (Tabel 1). Pacientul s-a prezentat pe 15 ianuarie 2015 cu o criză ischemică pasageră, nedureroasă cu o senzație de slăbiciune în piept, paloare și transpirație rece. A fost spitalizat timp de 5 zile la terapie intensivă când o coronaro-angiografie a arătat o restenozare a aortei anterioare descendente în zona de stent și partea mijlocie a aceleiași artere. Istoricul medical: IM în urmă cu 17 ani. Revascularizarea arterei coronare posterioare (ACP) a fost făcută cu instalarea unui stent în apropierea DAS. Diabetul zaharat și hipertensiunea au fost diagnosticate în 2002. A primit betablocante, statine, inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA), acid acetyl salicilic (AAS), complex de vitamina B, seleniu; și fără niciun medicament antidiabetic. În plus, a avut gonoree la 21 de ani tratată cu antibiotice; infecții recurente ale gâtului din copilărie; amigdalectomie la vârsta de 26 de ani.

Investigații de laborator: scanare computerizată miocardică cu emisie unică de fotoni (SPECT) în data de 13 aprilie 2011 (Figura 1.a). Reportul radiologului: testul farmacologic de încadrare la dipiridamol combinat cu efortul ușor pe bandă rulantă 50WmDipyEX: la început, TA 120/80 mmHg, 70 bătăi pe minut (bpm), la vârful efortului au fost 115 bpm. Hipertrofia ventriculului stâng cu defect mare de perfuzie a peretelui anterior și defect de perfuzie septală. Ecocardiografie (25 septembrie 2015); diametrul diastolic al capătului ventriculului stâng (LVEDD): 64 mm (normal până la 56 mm); diametrul terminal sistolic ventricular stâng

Tabelul 1. Caz 1, detalii tratament

Data intervenției	Simptome	Modificarea datelor de laborator	Remediu	Răspuns	Modificarea medicamentelor alocate
15 ian 2015	Atacuri de panică, senzație de strângere în piept; slăbiciune, tahicardie; mâini și picioare reci; puls – intermitent; simptome puternice de aciditate gastrică; catar constant al nărilor posterioare cu secreție post-nazală	SPECT (2011): FEVS = 28%, hipochinezie ventriculară globală, angiogramă coronariană (2013): DAS stent restenozabil de 50%, stenoză a părții medii < 50% Hipertensiune Diabet zaharat	Medorrhinum 1M	Energie mai bună a doua zi. Secrețiile nazale au crescut. Gingiile sângerează; panica s-a redus	Betablocante, statine, IECA, AAS, complex de vitamina B, selenium
10 mar 2015	Atacuri de panică cu frică mare de sărăcie		Bryonia 200CH	Ușoară roșeață în jurul cefei timp de 1 zi Relaxare mentală (fără panică) Picioarele s-au încălzit Foamea a crescut înainte de amiază	Oprirea tuturor medicamentelor
25 mai 2015	Anxietatea a crescut noaptea; disconfort în sinusurile maxilare; slăbiciune când urcă scările		Calcarea carbonica 30CH	Oboseala mai bine; TA normală; anxietatea redusă, se simte mai calm	
18 aug 2015	Distensie abdominală severă ce produce jenă cardiacă	Ritm sinusal, 103 bpm, BRS, QS în V2, reducerea R în V2–V4, unda T bifazică în D1, negativă în aVL Troponina nu a fost crescută TA: 150/90 mmHg	Lycopodium 30CH	Două episoade similare într-o zi; puls regulat după administrarea de Lycopodium	
14 oct 2015	Atacurile de panică au crescut noaptea; tahicardie; TA normală în timpul crizei; tuse uscată		Natrum mur 12CH, crescut mai târziu la 14CH	Panica s-a redus; tusea a devenit productivă; Febră 37.2°C–37.5°C timp de 2 zile; infecția tractului respirator inferior persistă cu expectorație galbenă și tuse noaptea (acesta este un răspuns excelent – revine starea inflamatoare acută); creșterea simptomelor de aciditate gastrică noaptea	se reintroduc betablocantele
30 dec 2015	Senzație de sufocare cu atacuri de panică în timp ce este culcat noaptea pe partea dreaptă; tahicardie; foarte iritabil; picioarele sunt mai calde noaptea		Lachesis 30Ch, o doză	Se simte mai calm; a răcit de la expunere cu durere otică și cefalee; febră timp de 3 zile, cea mai înaltă de 37.6°C urmată de febră timp de 1 săptămână cu febră până la 37°C; sinuzită maxilară cu dureri zigomatice severe; un episod de erecție dureroasă noaptea.	
18 apr 2016	Balonarea intestinală a crescut provocând jenă cardiacă; scăderea dorinței sexuale; anxietate; energia mai bună; se trezește la ora 3 a.m.; dorință de dulce crescută; sensibilitate emoțională crescută	Glicemia: 12.5 mmol/L mai târziu a urcat la 17 mmol/L (normal 3.5–6.1 mmol/L)	Lycopodium 12CH, crescut la 14CH, apoi la 16CH	Balonare abdominală și simptomele de acid peptic s-au redus; durere în piciorul stâng numai când merge; lipom pe spate care s-a deschis și drenat singur; atacurile de panică mai puțin intense; energie mai bună; nu poate sta întins pe partea stângă, din nou.	

Tabelul 1. (continuare)

Data intervenției	Simptome	Modificarea datelor de laborator	Remediu	Răspuns	Modificarea medicamentelor alocate
20 iul 2016	Urina cu miros de sulf; fierbințeală intensă de la genunchi la picioare noaptea; sângerare intensă a gingiilor; roșeață a feței dimineața; ameliorat de mers.	Glicemie: 12 mmol/L	Nux vomica 12CH	Glicemia a scăzut la 9 mmol/L; dorință sexuală îmbunătățită; energie îmbunătățită	
1 nov 2016	Fierbințeală constantă în picioare (le dezvește), gambe și mâini; dorință crescută de dulce	Glicemie: 11 mmol/L	Sulphur 12CH, crescut gradat până la 16CH	Durere în gambe și șold; erupții cutanate pe scalp; inflamație a unui abces vechi pe maxilarul inferior, a scăzut de la sine; două episoade de frison și febră, febra de 37.2°C	
31 mai 2017		Eco-cardio: LVEDD 6.1cm (normal 3.5–6.0 cm) LVESD 4.8 cm (normal 2.1–4.0) FEVS 40% Flux mitral – RM ușoară Flux tricuspidian normal Dimensiunea atriului stâng normală Flux mitral – diastolic disfuncție a VS (E/A = 0.65); RM ușoară VS – mărit cu hipertrofia pereților; hipochinezia septului și peretelui anterior			
12 iun 2017		(Părerea cardiologului): SPECT arată o ameliorare semnificativă a perfuzării acestui segment și numai partea apicală a peretelui anterior și inferioară a septului sunt încă reci, fără perfuzare, restaurarea perfuzării în aria arterei coronare drepte sau circumflexe cu persistența înfundării DAS distal. Caracteristica SPECT în stres și odihnă indică repararea funcției cardiomiocitelor și restaurarea funcției pompei cardiace.			

SPECT: tomografie computerizată cu emisie unică de fotoni; FEVS: fracția de ejeție a ventricul stâng; DAS: artera descendentă anterioară stângă; IECA: inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei; AAS: acid acetil salicilic; LVEDD: dimensiunea la final de diastolă a VD; LVESD: dimensiunea la final de sistolă VS; RM: regurgitație mitrală; VS: ventricul stâng; BRS: bloc de ramură stângă

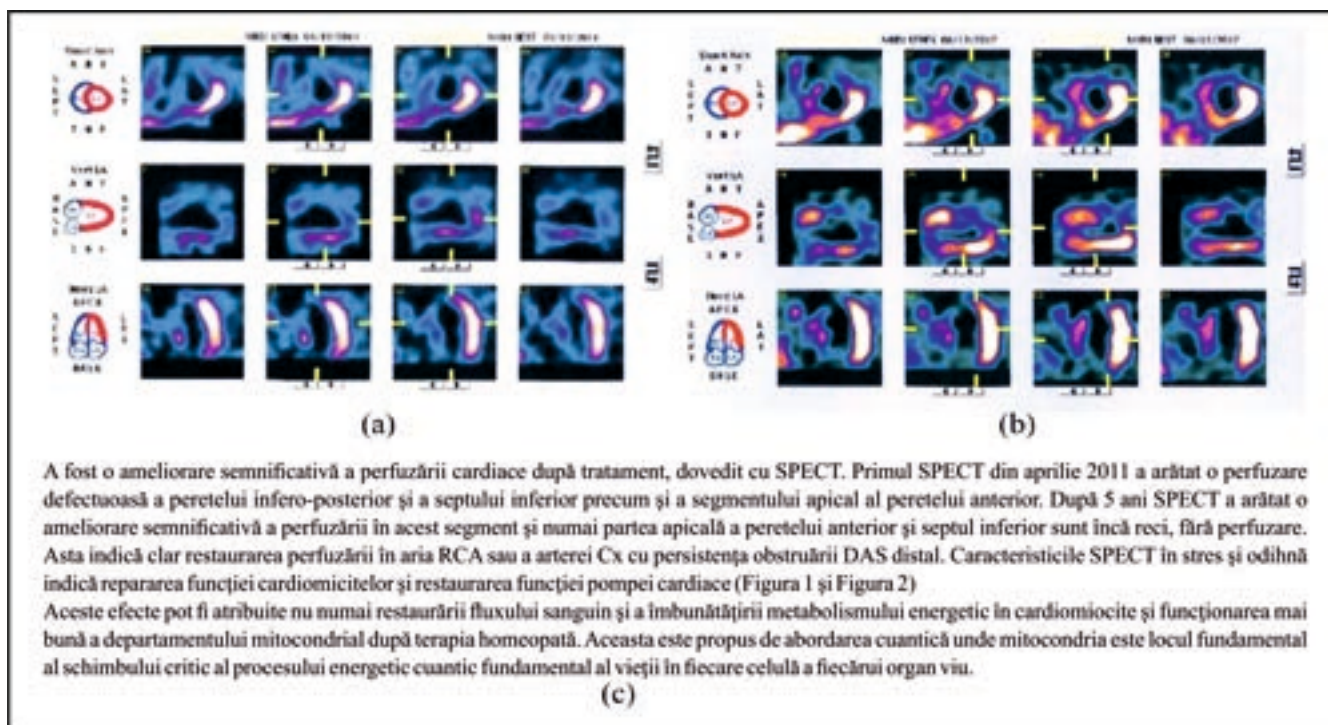


Figura 1. Cazul 1: schimbări în perfuzarea miocardului înainte și după tratamentul homeopat cu părerea cardiologului (via email): (a) 4 decembrie 2011, (b) 6 decembrie 2017 și (c) părerea cardiologului.

(LVESD): 52 mm (normal până la 40 mm); fracția de ejeție ventriculară stângă (FEVS): 38% (normal >60%); sfârșitul sistolei (ES): 18% (normal 28.44%); flux mitral – unda E = 0.7; unda A=0.8; regurgitare mitrală (MR): 1–2+; flux tricuspidian – regurgitare tricuspida (TR) 1+; dilatație atrială stângă; insuficiență mitrală prin închiderea incompletă a valvei cu moderate RM cu flux central; dilatare ventriculară stângă, remodelare cu lipsa mișcării peretelui anterior și lipsa mișcării unei părți a septului; funcția ventriculului moderat redusă; disfuncție diastolică cu valori crescute a ventriculului stâng și a presiunii diastolice (LVEDP).

Intervenția homeopată: terapia homeopată a fost începută în 15 ianuarie 2015. alegerea remediilor s-a bazat pe principiile homeopatiei clasice. Detaliile cazului împreună cu F.U. sunt date în Tabelul 1.

Investigațiile de laborator la sfârșitul tratamentului homeopat: perfuzia miocardică SPECT 12 iunie 2017 (Figura 1(b)): raportul radiologului: testul farmacologic de încadrare la dipiridamol combinat cu efortul ușor pe bandă rulată 50WmDipy EX: la început, TA 120/80 mmHg; BPM 70, la vârful efortului: 120 BPM. Mărirea ventriculului stâng cu defect de perfuzie în următoarele arii: apical, apical anterior, peretele anterior și jumătatea apicală a septului. Fără semne de evoluție a stării patologice.

Ecocardiografie (31 mai 2017): LVEDD 6.1 cm (normal 3.5–6.0 cm); LVESD 4.8 cm (normal 2.1–4.0); LVEF 40%; flux mitral – RM ușoară; flux tricuspidian normal; dimensiunea atriului stâng normală; flux mitral – disfuncție diastolică a ventriculului stâng (LV), (E/A=0.65); MR ușoară; LV – mărit cu pereți hipertrofici; hipochinezia septului și peretelui

anterior, FEVS: 40%.

Cazul 2

Pacienta, o femeie din Serbia de 92 de ani, a venit în data de 22 iunie 2015 cu un episod acut de IM și a fost spitalizată. A fost asociat cu FiA cu răspuns ventricular rapid, previne stabilizarea condiției ei generale. (Tabel 2).

Istoricul medical: tuberculoză (1951), malarie (1960), histerectomie totală (1980) și accident de mașină cu contuzie cerebrală (1982). Investigațiile de laborator și FU: electrocardiogramă (ECG; 23 June 2015) (Figura 2(a)) arată denivelarea ST în I, aVL și V1–V5 cu schimbări reciproce în conducerea inferioară; infarct al peretelui anterior. FiA cu răspuns ventricular rapid. Pacientul a primit amiodarone intravenos (antiaritmice).

Intervenția homeopată: pe 25 iunie 2017, tratamentul homeopat s-a administrat sub forma a câtorva guri de apă cu Arnica montana 30CH. Câteva minute mai târziu, monitorul cardiac a arătat ritm sinusal, confirmat de ECG pe 26 iunie 2017 (Figura 2(b)).

În acest moment a fost mutată de la terapie intensivă la salon și remediul nu a mai fost repetat. Pe 27 iunie 2015, a intrat în FiA, din nou cu răspuns ventricular rapid și a fost retrimisă la terapie intensivă.

Tabelul 2. Cazul 2 detaliile tratamentului.

Data intervenției	Simptome	Schimbări în testele de laborator	Remediu	Răspuns	Schimbări ale medicamentelor
25 iunie 2015	IMA cu 3 zile în urmă; frica de se apropie cineva; fibrilație atrială (FiA); refuză mâncarea.	ECG cu 12 derivații arată ST supradenivelat (portocaliu), în D I, aVL și VI–V5 cu schimbări reciproce (albastru) în derivațiile inferioare; infarct al peretelui anterior; creșterea enzimelor specifice inimii; a început terapia cardiacă – fără stabilitate în 2 zile; fibrilație atrială cu răspuns ventricular rapid	Arnica 30CH	La câteva minute după Arnica, monitorul a arătat ritm sinusal; subiectiv este mai bine; nu mai are frica ca cineva să se apropie; pacienta a fost stabilă următoarele 2 zile (remediul nu s-a repetat)	Este pe betablocante, IECA, amiodarone i.v. o dată pe 22 iunie 2015 pentru fibrilație atrială, Cardiopirin Lasix
26 iunie 2015	Condiție stabilă; ritm sinusal	ECG arată ritm sinusal, o arie mare achinetică în peretele anterior, sept și apex; medicii se așteaptă la un anevrism		Stabilă; transferată de la ATI	Amiodarone i.v. o dată, Lasix redus și oprit
28 iunie 2015	FiA din ziua precedentă	ECG arată fibrilație atrială (FiA)	Arnica 30CH	La 5 min după Arnica a apărut ritmul sinusal; externată a doua zi.	Amiodaron, Lasix redus
10 nov. 2015	Repetă IM; frică ca cineva să se apropie de ea; dar este mai bine în general decât în criza anterioară	Fără FiA în timpul crizei; ecocardiografia arată: FEVS 15%	Arnica 200CH imediat după apariția simptomelor – chiar înainte de spitalizare	Stabilizată; fără frica ca cineva să se apropie	În spital: betablocante, IECA, clopidogrel, enoxaparin, diuretic, izosorbit mononitrat, în cele din urmă reduse și oprite
10 aprilie 2017	În general pacienta a fost bine exceptând un episod de infecție urinară în 2016	Ecocardiografie: remodelarea ventriculului stâng (VS) cu anevrism apical și achinezie a unei părți a septului și a peretelui anterior. Reducerea funcției globale sistolice a VS; disfuncție diastolică... Trombul nu este prezent în anevrismul apical ECG: ritm sinusal		Stare stabilă	Din iunie 2016: betablocante, Cardiopirin

ECG: electrocardiogramă; IECA: inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei; ATI: terapie intensivă; IM: infarct miocardic; FEVS: fracția de ejecție a ventricul stâng; FiA: fibrilație atrială

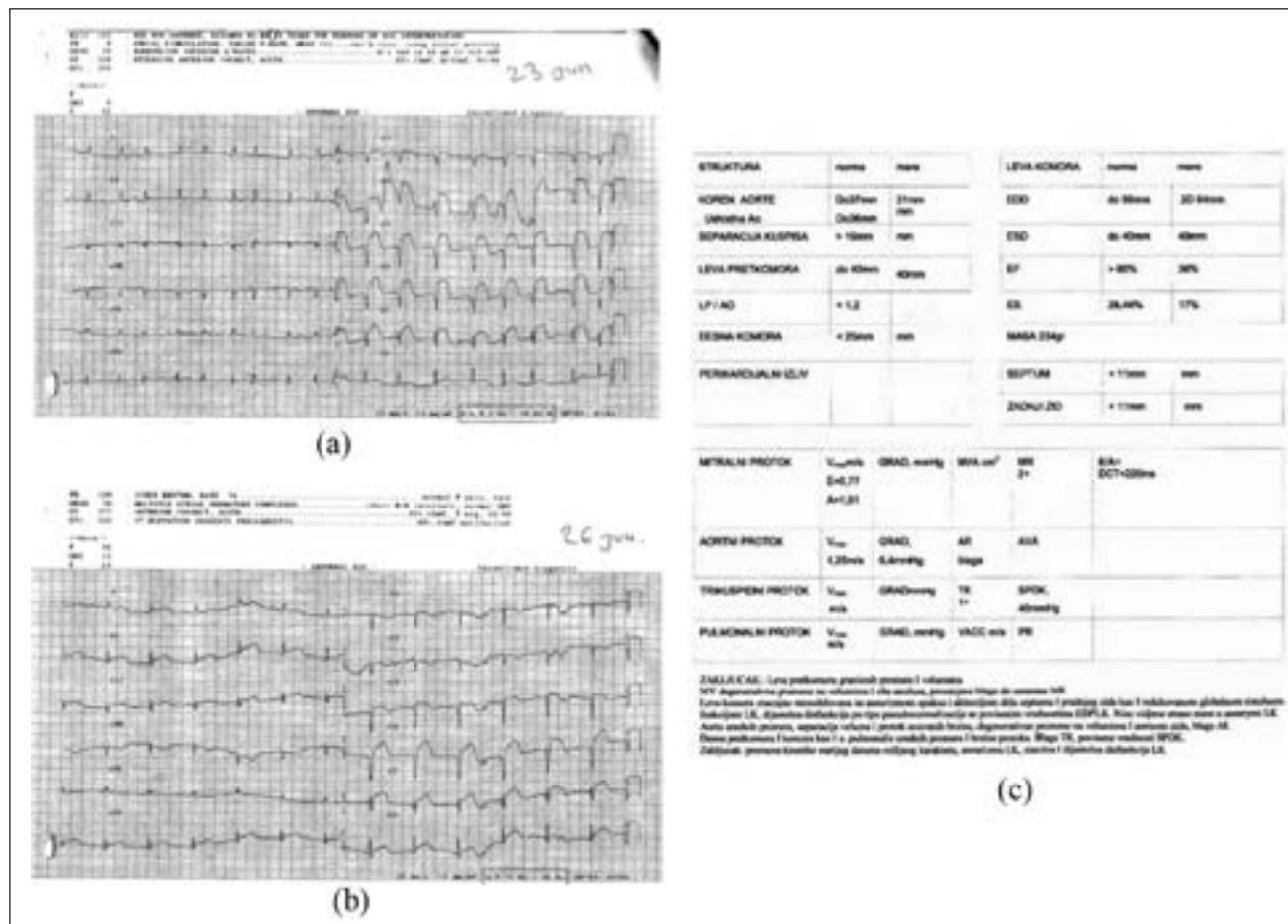


Figura 2. Cazul 2: schimbări de ritm și ECG înainte și după terapia homeopată: (a) 23 iunie 2015, (b) 26 iunie 2015 și (c) 10 aprilie 2017.

La repetarea de Arnica 30CH (pe 28 iunie 2015), ritmul sinusul a apărut în decurs de câteva minute, și a fost externată a doua zi. S-a stabilit și a rămas bine timp de 6 luni și mai bine după ce a fost externată, evidențiat prin stabilitatea din ECG. Pe 10 noiembrie 2015, a avut un alt IM. De data aceasta nu a avut FA, și a fost stabilă imediat după administrarea Arnica 200CH, cu toate că FEVS era numai de 15%. A rămas la ATI timp de 1 zi. Holterul ECG a arătat ritm sinusal.

După ultimul episod, a rămas bine până în prezent și ultima investigație a fost pe 10 aprilie 2017. Ecocardiografia (Figura 2(c)) arată o stare cardiacă stabilă, cu toată remodelarea miocardului și reducerea funcției ventriculului stâng. Nu mai ia nicio medicație antiaritmică.

Case 3

Bărbat indian de 68 de ani cu istoric de boală arterială coronariană, i s-a făcut o angioplastică coronariană transluminală percutanată (PTCA) pentru DAS în 2001, și un bypass coronarian în 2009 (Tabelul 3). Pe 26 noiembrie

2016, a început să se plângă de dispnee severă și a leșinat în jurul orei 3.30 a.m. acasă și a fost transportat imediat la spital.

Pacientul de asemenea avea hipertensiune și diabet zaharat. Investigații de laborator: ecocardiografie (27 noiembrie 2016) (Figura 3(a)): atrul stâng dilatat; ventriculul stâng dilatat; hipochinezie severă a întregului sept, apex și perete anterior; RM ușoară până la moderată; valva aortică sclerotizată; regurgitare tricuspidiană; fracția de ejeție 24%. Ecocardiografia a fost repetată pe 27 decembrie 2016 (Figura 3(b)) și s-au găsit aceleași valori de mai sus, dar fracția de ejeție s-a redus la 16%.

Intervenția homeopată: terapia homeopată a început în data de 29 decembrie 2016; o doză de Calcarea phosphorica 200CH a făcut dovada îmbunătățirii fracției de ejeție (Figura 3(c)). Detaliile F.U. sunt date în Tabelul 3.

Cele mai recente investigații de laborator (12 aprilie 2018) (Figura 3(e)): atriu stâng dilatat; hipertrofie concentrică ușoară a ventriculului stâng; anomalii ușoare de mișcare a peretelui regional în segmentele infero-septal și inferior cu păstrarea grosimii; funcția sistolică a VS este bună; disfuncție diastolică de Gradul 1; morfologie valvulară normală; ușoară RM; regurgitarea valvei tricuspide;

Tabelul 3. Cazul 3 detaliile tratamentului.

Data intervenției	Simptome	Schimbări în testele de laborator	Remediu	Răspuns	Schimbări ale medicamentelor
29 dec. 2016	Oboseală, obosește ușor, dispnee la cel mai mic efort	Insuficiență ventriculară acută; disfuncție severă VS; Fracție de ejeție (FE): 16% H.T.A.	Calc phos 200CH	Oboseala scade, apetit mai bun, somn mai bun, a luat 500 g în 2 săptămâni; puls stabil	Deplatt, Ecosprin, Biotor, Starace, Cardivas, Dytor, Aldactone, Glycomet SR, Pantocid, Vibact, Alprax, Levoflex
07 feb 2017	Stare generală stabilă	FE: 42.3%	Nimic		Deplatt, Ecosprin, Biotor, Cardace, Cardivas, Dytor, Aldactone, Glycomet SR
12 martie 2017	Stare generală stabilă	FE: 33%	Calc phos 200CH	Bine în general	
18 mai 2017	Stare generală stabilă	FE: 32%	Calc phos 1M	Bine în general	Deplatt, Ecosprin, Biotor, Cardace, Cardivas
25 iunie 2017	Stare generală stabilă	FE: 41%	Nimic	Bine în general	
02 aug. 2017	Stare generală stabilă	FE: 54%	Nimic	Bine în general	A oprit Biotor, Cardivas și Glycomet
13 oct. 2017	Stare generală stabilă	FE: 64.98%	Nimic	Bine în general. Este capabil să călătorească în străinătate. Umblă ducând repede bagajul fără niciun semn de dispnee sau oboseală	A oprit Deplatt și Ecosprin
12 aprilie 2018	Pacientul își duce viața normală	FE: 64.68%	Nimic	Menținerea stabilă a stării generale	Nicio schimbare

VS: ventricul stâng.

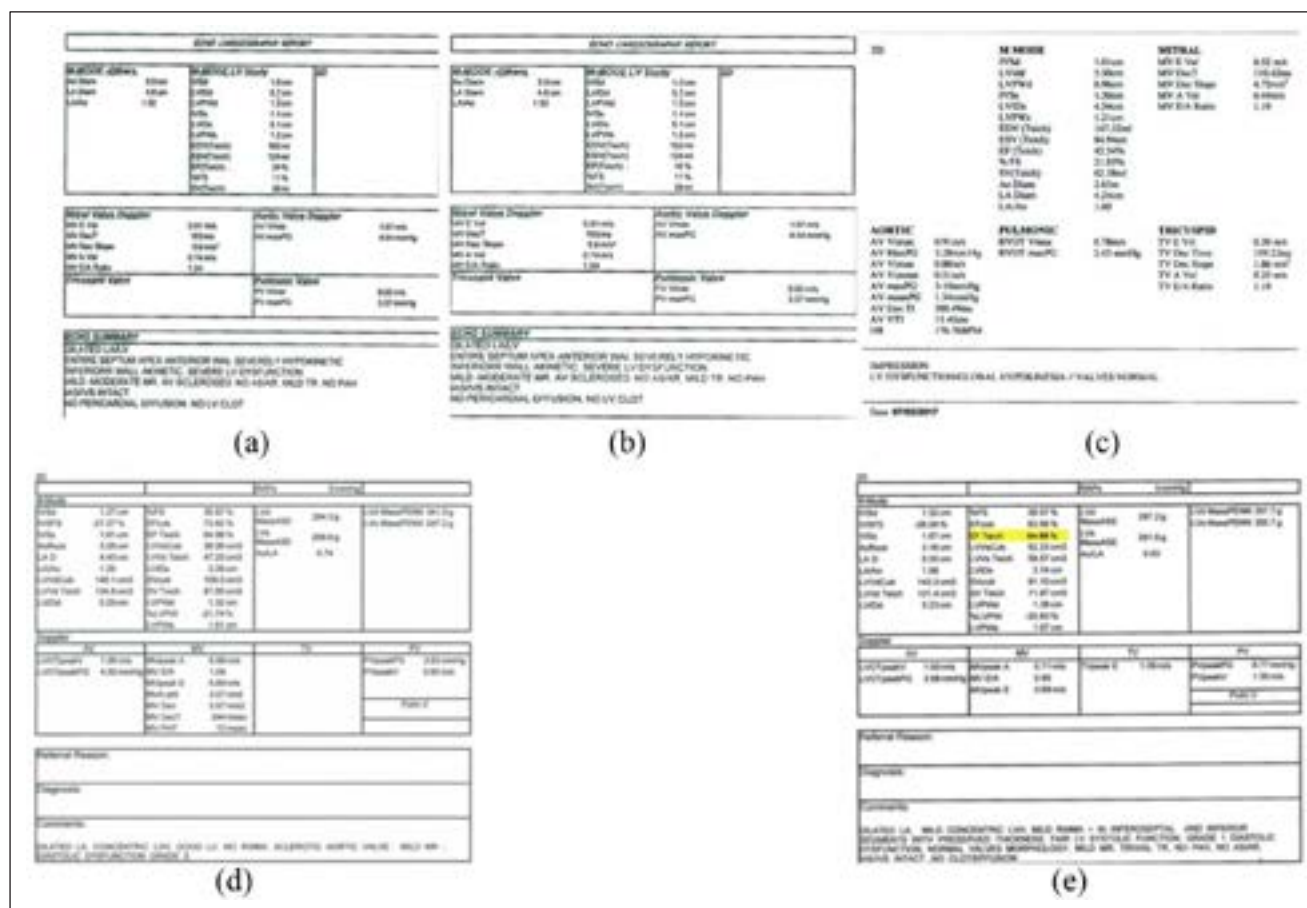


Figura 3. Cazul 3: schimbări în statusul cardiac și fracția de ejeecție înainte și după terapia homeopată: (a) 27 noiembrie 2016, (b) 27 decembrie 2016, (c) 7 februarie 2017, (d) 13 octombrie 2017 și (e) 12 aprilie 2018.

fracția de ejeecție 64.68%. pacientul este bine până în prezent și își duce viața zilnică plin de vigoare.

Discuții

Deși nu se aplică de obicei în cazurile de urgență și de patologii severe, homeopatia a ajutat la repararea condițiilor severe.²⁵ Această serie de cazuri arată că putem investiga mai departe posibilitățile homeopatiei în astfel de cazuri. Sistemul imun încearcă întotdeauna să atingă echilibrul, și în situațiile descrise mai sus, sunt pacienți al căror complex energetic este suficient de bun încât stimularea cu remediul homeopat să se facă în beneficiul pacientului. Cu toate acestea, acest rezultat nu trebuie să fie o regulă. Homeopatia își bazează prescripția pe simptomele pe care le generează organismul individului ca un răspuns la patologie și acest răspuns este singurul ghid care există pentru homeopat.²⁰ Considerând ideea de forță/viață vitală, principul care a fost exprimat mai devreme, existența simptomelor individualiste presupun o anumită cantitate de energie prezentă pentru procesele de vindecare ale persoanei. Dacă nu e aceasta situația, care este destul de obișnuită într-o situație potențial terminală, atunci homeopatia nu poate face prea mult. Cu toate acestea, când exista simptomele individului recuperarea este impresionanta daca sunt urmate regulile homeopatiei.

În primul caz, atenția trebuie să fie acordată faptului că, deși ținta principală a tratamentului a fost patologia cardiacă, tratamentul a fost inclus în toate celelalte simptome ale acestuia, precum atacurile de panică și indigestia. Remediile au fost date într-o secvență specifică funcție de simptomele cele mai dominante și indicatoare din acel moment. Permanent s-a acordat atenție pacientului că acesta se îndreaptă către un nivel mai bun de sănătate.²⁴ Părerea cardiologului (Figura 1(c)) afirmă că perfuzarea miocardului s-a îmbunătățit considerabil, după cum demonstrează rapoartele SPECT. Părerea este că o astfel de îmbunătățire nu este reprezentată doar de îmbunătățiri ale fluxului sanguin, ci și de îmbunătățirea metabolismului cardiomiocitelor – un factor esențial pentru sănătatea inimii.²⁶

Parametrii de îmbunătățire și răspunsul bun la tratament în terapia homeopată sunt măsurați de abilitățile corpului de a se apăra cu o inflamație acută eficientă, atunci când este necesar. Ideea este că, pe măsură ce mecanismul de apărare devine tot mai slab, organismul pierde abilitatea de a provoca o inflamație acută eficientă și intră într-o inflamație cronică de grad mic și în cele din urmă apare boala cronică la care pacientul este predispus genetic.^{27,28} Reversul apare în timpul terapiei homeopate și pacientul începe să aibă stări inflamatorii acute, în timp ce afecțiunile

cronice se reduc.²⁹ În acest caz, pe măsură ce statusul cardiac se îmbunătățește, pacientul începe să sufere mai mult în tractul gastrointestinal și pe măsură ce acesta se ameliorează, apare supurația în lipoamele care au rămas ca atare ani de zile. Acest lucru este interpretat pe baza ierarhizării organelor, sistemelor și patologiilor. Reducerea problemei mai profunde este urmată de concentrarea bolii/suferinței pe sistemele inferioare și pe o patologie mai superficială (Tractul Gastrointestinal (TGI) și piele; inflamație acută).²² Fără suportul terapiei homeopate, o astfel de stare reversibilă nu a fost înregistrată. Dacă astfel de rezultate sunt atinse de homeopatie, observația exactă și prescripția la fiecare schimbare a stării de sănătate este esențială și este o posibilă limitare în absența expertizei.

Al doilea caz este de IMA cu FiA și răspuns ventricular rapid la o femeie în vârstă cu infarct anterior (Figura 2), cu un prognostic prost.^{3,4} Cu toate acestea, în acest caz, în timpul crizei acute a apărut un tablou homeopat al remediului, care a făcut ca prognosticul să devină bun iar sistemul imunitar foarte eficient. Răspunsul dramatic la câteva înghițituri de Arnica arată că vitalitatea organismului a fost păstrată. În astfel de cazuri, homeopatia poate fi aplicată în beneficiul pacientului cu rezultate impresionante.²⁴ Vede, că în timpul celui de-al doilea episod de IM, când Arnica a fost administrată chiar de la început, ea a fost stabilă și nu a mai avut asociată FiA. Frația de eiecție a rămas mică dar nu a avut niciun fel de alte simptome asociate și este capabilă să își continue viața fără nicio dificultate.

Al treilea caz este de asemenea un exemplu de constituție foarte sănătoasă conform teoriei nivelurilor de sănătate.²² Aici, cu toată funcționarea așa de deficitară a inimii, simptomele care indică remediul homeopat sunt foarte clare. În plus, răspunsul la o singură doză de remediu a fost dramatic. În decurs de un an, fracția de eiecție a inimii a crescut de la 16% la 65% (Figura 3) și a fost menținută în limite normale de atunci. Funcționarea ventriculului stâng a fost de asemenea restaurată împreună cu revenirea valvulelor aproape de normal, așa cum este evident din rapoarte. Disfuncția diastolică, care a fost de Gradul 2, s-a redus cu timpul la Gradul 1.

În aceste cazuri, avantajul a fost acela al respectării terapiei. Neaderarea ar putea deveni o limitare în patologiile severe dacă pacientul nu este informat cu privire la diferitele răspunsuri care pot apărea în timpul tratamentului. Anumite evoluții, precum revenirea unor vechi simptome și agravarea simptomelor periferice (care sunt parte a afecțiunii și necesită terapie homeopată) trebuie să fie anticipate și pacientul informat în mod corespunzător.^{21,22,24}

Sunt necesare studii suplimentare pentru a stabili posibilitățile exacte ale terapiei homeopate în patologia cardiacă severă. Aceste studii trebuie să fie efectuate într-un mediu spitalicesc și să respecte cu strictețe regulile homeopatiei clasice pentru a evita erori ce nu mai pot fi corectate. Această serie de cazuri sugerează că homeopatia poate fi investigată pentru utilizarea în evenimentele cardiace, atât în criza acută cât și pentru consecințele acesteia, atunci când este aplicată științific, bazată pe legile sale.

Concluzii

Cele trei cazuri din această serie oferă dovezi ale rezultatelor pozitive pentru terapia homeopată. Studiile de caz controlate pot stabili mai departe rolul exact pe care îl joacă terapia homeopată în astfel de condiții cardiace severe. Aici, există o alegere părtinitoare deoarece toți pacienții erau rude ale terapeuților și acest lucru poate fi depășit prin efectuarea unui grup mare format aleatoriu, așa cum se spune în studiile controlate.

Există câteva observații făcute în mod obișnuit în practicarea homeopatiei clasice, precum revenirea stărilor inflamatorii acute, în același timp există o îmbunătățire a suferinței cronice, care trebuie să fie susținute de dovezi experimentale adecvate, cu toate că există un suport clinic vast în acest sens. Această serie este un punct de plecare pe baza căruia se pot proiecta studii suplimentare.

Aprecieri

Autorii recunosc ajutorul pacienților care și-au dat acordul de a le fi publicat cazul în detaliu. L.T.: adunarea datelor; schița inițială a manuscrisului. B.D. și O.M.: colectarea de date. B.J.P.: medic homeopat – colectare de date; schița inițială a manuscrisului. S.M.: editarea finală a manuscrisului. G.V.: ghidul și aprobarea finală a articolului.

Declarație de conflict de interese

Autorul(rii) nu a declarat niciun potențial conflict de interese cu respectarea cercetării, autorului și/sau publicarea acestui articol.

Aprobare etică

Instituția noastră nu are nevoie de aprobare etică pentru raportarea cazurilor individuale sau a unei serii de cazuri.

Descoperiri

Autorul(rii) nu au primit niciun suport financiar pentru cercetare, pentru scrierea și/sau publicarea acestui articol.

Consimțământ informat

Consimțământul scris de informare a fost obținut de la pacient(ți) pentru ca în acest articol să fie publicate informații anonime.

ORCID iD

Seema Mahesh  <https://orcid.org/0000-0002-4765-5595>

Referințe

1. Yeh RW, Sidney S, Chandra M, et al. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2010; 362(23): 2155–2165.
2. World Health Organization. Prevention of recurrences of myocardial infarction and stroke study, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ (25 October 2017)
3. Van de Werff F, Bax J, Betriu A, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the task force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European society of cardiology. *Eur Heart J* 2008; 29(23): 2909–2945.

4. Michniewicz E, Młodawska E, Lopatowska P, et al. Patients with atrial fibrillation and coronary artery disease – double trouble. *Adv Med Sci* 2017; 63(1): 30–35.
5. Keeley EC, Boura JA and Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003; 361(9351): 13–20.
6. Biesbroek PS, Amier RP, Teunissen PFA, et al. Changes in remote myocardial tissue after acute myocardial infarction and its relation to cardiac remodeling: a CMR T1 mapping study. *PLoS ONE* 2017; 12(6): e0180115.
7. Ruparelia N, Digby JE, Jefferson A, et al. Myocardial infarction causes inflammation and leukocyte recruitment at remote sites in the myocardium and in the renal glomerulus. *Inflamm Res* 2013; 62(5): 515–525.
8. Bhatt AS, Ambrosy AP and Velazquez EJ. Adverse remodeling and reverse remodeling after myocardial infarction. *Curr Cardiol Rep* 2017; 19(8): 71.
9. Westman PC, Lipinski MJ, Luger D, et al. Inflammation as a driver of adverse left ventricular remodeling after acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2016; 67(17): 2050–2060.
10. Ji Q, Zhao Y, Yuan A, et al. Deficiency of liver-X-receptor-a reduces glucose uptake and worsens post-myocardial infarction remodeling. *Biochem Bioph Res Co* 2017; 488: 489–495.
11. Estep JD and Aguilar D. Diabetes and heart failure in the post-myocardial infarction patient. *Curr Heart Fail Rep* 2006; 3(4): 164–169.
12. Jung M, Ma Y, Iyer RP, et al. IL-10 improves cardiac remodeling after myocardial infarction by stimulating M2 macrophage polarization and fibroblast activation. *Basic Res Cardiol* 2017; 112(3): 33.
13. Ju CH, Wang XP, Gao CY, et al. Blockade of KCa3.1 attenuates left ventricular remodeling after experimental myocardial infarction. *Cell Physiol Biochem* 2015; 36(4): 1305–1315.
14. Ebel H, Jungblut M, Zhang Y, et al. Cellular cardiomyoplasty: improvement of left ventricular function correlates with the release of cardioactive cytokines. *Stem Cells* 2006; 25(1): 236–244.
15. Xiong Q, Ye L, Zhang P, et al. Functional consequences of human induced pluripotent stem cell therapy: myocardial ATP turnover rate in the in vivo swine heart with postinfarction remodeling. *Circulation* 2013; 127(9): 997–1008.
16. Zhang YJ, Yang SH, Li MH, et al. Berberine attenuates adverse left ventricular remodeling and cardiac dysfunction after acute myocardial infarction in rats: role of autophagy. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 2014; 41(12): 995–1002.
17. Pereira BLB, Reis PP, Severino FE, et al. Tomato (*Lycopersicon esculentum*) or lycopene supplementation attenuates ventricular remodeling after myocardial infarction through different mechanistic pathways. *J Nutr Biochem* 2017; 46: 117–124.
18. Hrdlicka J, Neckar J, Papousek F, et al. Beneficial effect of continuous normobaric hypoxia on ventricular dilatation in rats with post-infarction heart failure. *Physiol Res* 2016; 65(5): 867–870.
19. Yamaguchi T, Izumi Y, Nakamura Y, et al. Repeated remote ischemic conditioning attenuates left ventricular remodeling via exosome-mediated intercellular communication on chronic heart failure after myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2015; 178: 239–246.
20. Hahnemann S. *Organon of medicine*. 6th ed. New Delhi, India: B.Jain Publishers, 1994.
21. Kent J. *Lectures on homoeopathic philosophy*. New Delhi: B.Jain Publishers, 2002.
22. Vithoulkas G and Tiller W. *The science of homeopathy*. 7th ed. Athens: International Academy of Classical Homeopathy, 2014.
23. Hahnemann S. *Organon der rationellen Heilkunde*. 1st ed. Dresden: In Der Arnoldischen Buchh, 1810.
24. Vithoulkas G. *Levels of health*. Athens: International Academy of Classical Homeopathy, 2017.
25. Mahesh S, Mallappa M and Vithoulkas G. Gangrene: five case studies of gangrene, preventing amputation through homoeopathic therapy. *Indian J Res Homoeopath* 2015; 9(2): 114.
26. Woodcock E and Matkovich S. Cardiomyocytes structure, function and associated pathologies. *Int J Biochem Cell Biol* 2005; 37(9): 1746–1751.
27. George V and Carlino S. The ‘continuum’ of a unified theory of diseases. *Med Sci Monit* 2010; 16(2): 15.
28. Kivellos S, Mahesh S and Vithoulkas G. Assessing human health-correlation of autoimmune diseases with chemically suppressed acute infections of patient’s past medical history. *J Autoimmune Dis Rheumatol* 2017; 5: 31–38.
29. Kivellos S, Skifti S and Vithoulkas G. EHMTI-0396 Reappearance of high fever on migraine patients, after individualized homeopathic treatment, is a valuable prognostic factor. *J Headache Pain* 2014; 15(suppl 1): M7.