

Poprawa stanu pacjentów, cierpiących na długotrwałe problemy sercowe poprzez zastosowanie zindywidualizowanej terapii homeopatycznej: seria przypadków

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

Streszczenie

Przedstawiamy trzy przypadki zatrzymania krążenia na różnych etapach patologii. Ostry zawał mięśnia sercowego i wynikająca z niego niewydolność serca stają się główną przyczyną śmiertelności. W dłuższej perspektywie ostre epizody i przebudowa serca mogą powodować znaczne uszkodzenia i skutkować niewydolnością serca. W tych przypadkach włączono zindywidualizowaną terapię homeopatyczną wraz z konwencjonalnymi lekami, a wyniki były zachęcające. Zmiany parametrów diagnostyki laboratoryjnej (emisyjna tomografia komputerowa pojedynczego fotonu, elektrokardiograf, echokardiografia i zależnie od przypadku frakcja wyrzutowa) uwidaczniają się w czasie. Kluczowym rezultatem zaobserwowanym we wszystkich trzech przypadkach było utrzymanie ogólnego dobrostanu przy jednoczesnej poprawie stanu hemodynamicznego. Chociaż te trzy przypadki dostarczają dowodów na pozytywne wyniki terapii homeopatycznej, konieczne są bardziej szczegółowe badania w warunkach szpitalnych, aby ustalić rzeczywisty zakres, w jakim można zastosować tę terapię.

Słowa kluczowe

Układ sercowo-naczyniowy, niewydolność serca, homeopatia

Data otrzymania- 19 grudnia 2017 roku, zaakceptowano 11 lipca 2018 roku

Wstęp

Choroby układu krążenia (choroby układu krążenia (CVD)) ogólnie i ostry zawał mięśnia sercowego (AMI) są odpowiedzialne za 31% wszystkich zgonów na świecie i są główną przyczyną śmiertelności. Chociaż prawdą jest, że nowoczesne interwencje terapeutyczne znacznie to zmniejszają, choroby te nadal pozostają wyzwaniem^{1,2}. Ryzyko ponownego zawału jest również duże u osób, które przeżyły (8–10% ma ponowny zawał w ciągu roku), co czyni go na tyle poważnym stanem i sprawia, że niezwykle wżnym jest, aby mieć dostęp do opieki medycznej w tych sytuacjach awaryjnych. Sprawę dodatkowo komplikuje występowanie arytmii, towarzyszących zawałowi serca, w którym to przypadku może dojść do niewydolności serca i wstrząsu kardiogenego³. Zaawansowany wiek, migotanie przedsionków (AF) i zawał ściany przedniej zwiastują niezwykle złe rokowania w przypadku zawału serca, bo u około 50% pacjentów następuje zgon już w pierwszym

miesiącu po epizodzie, u większości będą sze godziny od zawału.^{3,4} Pierwszym celem, na jakim należy się skupić w takim przypadku jest reperfuzja mięśnia sercowego, dlatego pierwotna przezskórna interwencja wieńcowa (PCI) stanowi pierwszą linię leczenia wraz z zastosowaniem leków fibrynolitycznych oraz innych leków nasercowych (z wyjątkiem przeciwwskazań).⁵ Wiadomo, że po zawale mięśnia sercowego (MI) wraz z miejscowym stanem zapalnym w odległych częściach serca⁶ i kłębuszkach nerkowych⁷ zachodzą procesy zapalne, co wskazuje na zaangażowanie całego układu odpornościowego w próbę naprawy. Mimo że diagnoza jest podobna, widać, że proces zapalenia i naprawy tkanki po zawale serca nie u każdego wywołuje taką samą reakcję. Mechanizm szkodliwej przebudowy serca po zawale tegoż organu obejmuje liczne elementy komórkowe, zewnątrzkomórkowe i neurohumoralne⁸ i w większości przypadków wielkość utworzonej blizny jest proporcjonalna do ciężkości przebudowy serca, ale wykazano również, że wielkość blizny nie musi przekładać się na ciężką przebudowę serca.⁹

¹ Gabinet Medyczny Homeopatii Klasycznej „ALONA”, Belgrad, Serbia

² Instytut Patofizjologii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Nis, Nis, Serbia

³ Klinika Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego, Centrum Kliniczne Nis, Nis, Serbia

⁴ Klinika Chorób Wewnętrznych, Szpital PHI Meljine, Herceg Novi, Czarnogóra

⁵ Rządowy Szpital Homeopatyczny, Thiruvananthapuram, Indie

⁶ Centrum Homeopatii Klasycznej, Bangalore, Indie

⁷ Międzynarodowa Akademia Homeopatii Klasycznej, Uniwersytet Egejski, Mitylena, Grecja

Autor korespondujący:

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

Dowody bardziej przemawiają za stanem energetycznym danej osoby i jego wpływem na proces naprawy. Szkodliwa przebudowa w warunkach niedokrwiennych wynika przede wszystkim z braku produkcji energii. Donoszono, że zmniejszony wychwyty glukozy na poziomie komórek serca na skutek genetycznie indukowanego niedoboru wątrobowego receptora X α (LXR α) prowadzi do poważnych uszkodzeń po zawale, co pośrednio potwierdza, że podczas niedokrwienia dochodzi do adaptacyjnego mechanizmu przenoszenia energii, a jej produkcja jest aktywowana w sercu, od metabolizmu kwasów tłuszczowych do metabolizmu glukozy, które mają większy udział w procesie utlenienia do syntezy trójfosforanu adenylicznego (ATP).¹⁰ Zdrowe serce szybko aktywuje ten mechanizm kardioprotekcyjny w stanie niedokrwienia, co zmniejsza uszkodzenia.¹¹ Jest to opóźnione lub nieobecne u słabszych pacjentów.

Obecne możliwości terapeutyczne, pomimo postępu, są dalekie od zadowalających. Ciągłe odkrywanie czynników zaangażowanych w przebudowę serca po zawale stwarza ogromne wyzwania. Do najnowszych dostępnych opcji terapeutycznych należą: interleukina 10 (IL-10),¹¹ blokowanie kanału potasowego aktywowanego wapniem (KCa3.1),¹² dużą rolę odgrywa tutaj podstawowy czynnik wzrostu fibroblastów z przeszczepieniem komórek macierzystych z tkanki tłuszczowej¹³ oraz terapia komórkami regeneracyjnymi^{14,15}, ale także terapie berberyną (16), suplementacją likopenem¹⁷, ciągłą hipoksję normobaryczną¹⁸, powtarzające się kontrolowane niedokrwienie¹⁹ i tak

dalej.

Klasyczna homeopatia

Założeniem, na którym zbudowane są homeopatyczne zasady terapeutyczne, jest to, że żywym organizmem rządzi bioenergia, która chroni zdrowie w najlepszy możliwy sposób, w zależności od okoliczności poczęcia (genetyka, epigenetyka itp.). Energii tej nadano nazwę „siły życiowej” lub „zasady życia”. Energia ta, pod wpływem jakiegokolwiek szkodliwej siły (choroby lub zaburzenia), kieruje narzędziami, którymi dysponuje – układem odpornościowym – i zwalcza wpływ, zawsze próbując powrócić do normalnego stanu dynamicznego. Podczas tej walki generuje objawy równie

indywidualne, jak pacjent – a im lepszy u pacjanta stan zdrowia, tym silniejsze objawy indywidualne.
20-22

Klasyczna terapia homeopatyczna, zaproponowana przez Samuela Hahnemanna, a później zaadaptowana do współczesnych sytuacji zdrowotnych przez Jamesa T. Kenta i George'a Vithoulkasa,²¹⁻²³ opiera się na paradygmacie, że każdy człowiek rodzi się z określoną ilością energii, dostępnej do wykorzystania przez jego organizm. Im wyższa jest ta energia na samym początku, podczas naszych narodzin, tym lepszy jest poziom zdrowia.²⁴ W związku z tym zdolność do obrony przed chorobami jest również większa w organizmie o wyższym poziomie energii.

Patologiczny bodziec, oddziałujący na osobę zdrowszą w porównaniu z osobą mniej zdrową zostaje sprawnie wychwycony i przywrócona zostaje homeostaza. Homeopata klasyczny postępuje zgodnie z określonym protokołem, aby na początku leczenia każdego przypadku ustalić poziom zdrowia pacjenta i ocenić możliwości terapii. Podczas gdy diagnoza pomaga zrozumieć daną patologię, rzeczywiste rokowanie można ocenić na podstawie zrozumienia stanu zdrowia danej osoby. Im lepszy kompleks energetyczny, tym lepsze rokowanie i lepsza odpowiedź na terapię homeopatyczną.²⁴ Prawdziwość tego poglądu można zauważyć w poniższej serii przypadków, ponieważ wszyscy pacjenci mają słabą diagnozę prognostyczną, ale dobrze reagują na terapię homeopatyczną, co mianowicie może mieć związek z ich lepszym stanem zdrowia w przeszłości. To samo podejście może nie dać tak korzystnych wyników u innych pacjentach, będących w odmiennej sytuacji. W przedstawionej serii przypadków zaprezentowano leczenie zawału serca korzystając z dobrodziejstw homeopatii. Jest to, według najlepszej wiedzy autorów, pierwsze tego typu badanie, przedstawiające leczenie ostrych epizodów oraz następstwa zawału serca przez dłuższy okres. Do celów porównawczych zapewniono długoterminową obserwację w formie badań laboratoryjnych.

Prezentacja przypadku

Przypadek 1

Pacjent, 62-letni mężczyzna, Serb, z historią zawału serca, 17 lat wstecz, u którego postawiono diagnozę zawału serca wysokiego ryzyka w przebiegu ostrej niedokrwiennej niewydolności serca, niedokrwiennej kardiomiopatii wyrównawczej, nadciśnienie, pacjent chorował także na cukrzycę typu 2 (tab. 1).

Pacjent zgłosił się 15 stycznia 2015 roku z przejściowym, bezbolesnym atakiem niedokrwinnym, z uczuciem osłabienia w klatce piersiowej, bladością i zimnymi potami. Był hospitalizowany przez 5 dni na oddziale intensywnej terapii, kiedy koronarografia wykazała restenozę tętnicy zstępującej przedniej w okolicy stentu i środkowej części tej samej tętnicy.

Historia medyczna: 17 lat temu przeszedł zawał serca. Przeprowadzono rewaskularyzację tylnej tętnicy wieńcowej (PCA) z założeniem stentu w proksymalnej części LAD.

W 2002 roku zdiagnozowano cukrzycę i nadciśnienie. Przyjmował leki blokujące, kompleks witamin z grupy B, statyny, inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE), kwas acetylosalicylowy (ASA), selen, nie przepisano mu natomiast żadnych leków przeciwhiperglikemicznych. Ponadto w wieku 21 lat cierpiał na rzeżączkę – leczoną antybiotykami, nawracające infekcje gardła od dzieciństwa, wycięcie migdałków w wieku 26 lat. Badania laboratoryjne: tomografia emisyjna pojedynczych fotonów perfuzji mięśnia sercowego (SPECT) 13 kwietnia 2011 r. (ryc. 1(a)). Opinia radiologa: farmakologiczna próba wysiłkowa dipirydamolem, połączona z wysiłkiem na bieżni niskopoziomowej 50WmDipy EX: początkowo ciśnienie 120/80 mmHg; uderzeń na minutę (BPM) 70, przy szczytowym wysiłku BPM 115. Powiększona lewa komora z dużym ubytkiem perfuzji ściany przedniej i ubytkiem perfuzji przegrody. Echokardiografia (25 września 2015); wymiar końcowy rozkurczowy lewej komory (LVEDD): 64 mm (norma do 56 mm); wymiar końcowy skurczowy lewej komory (LVESD):

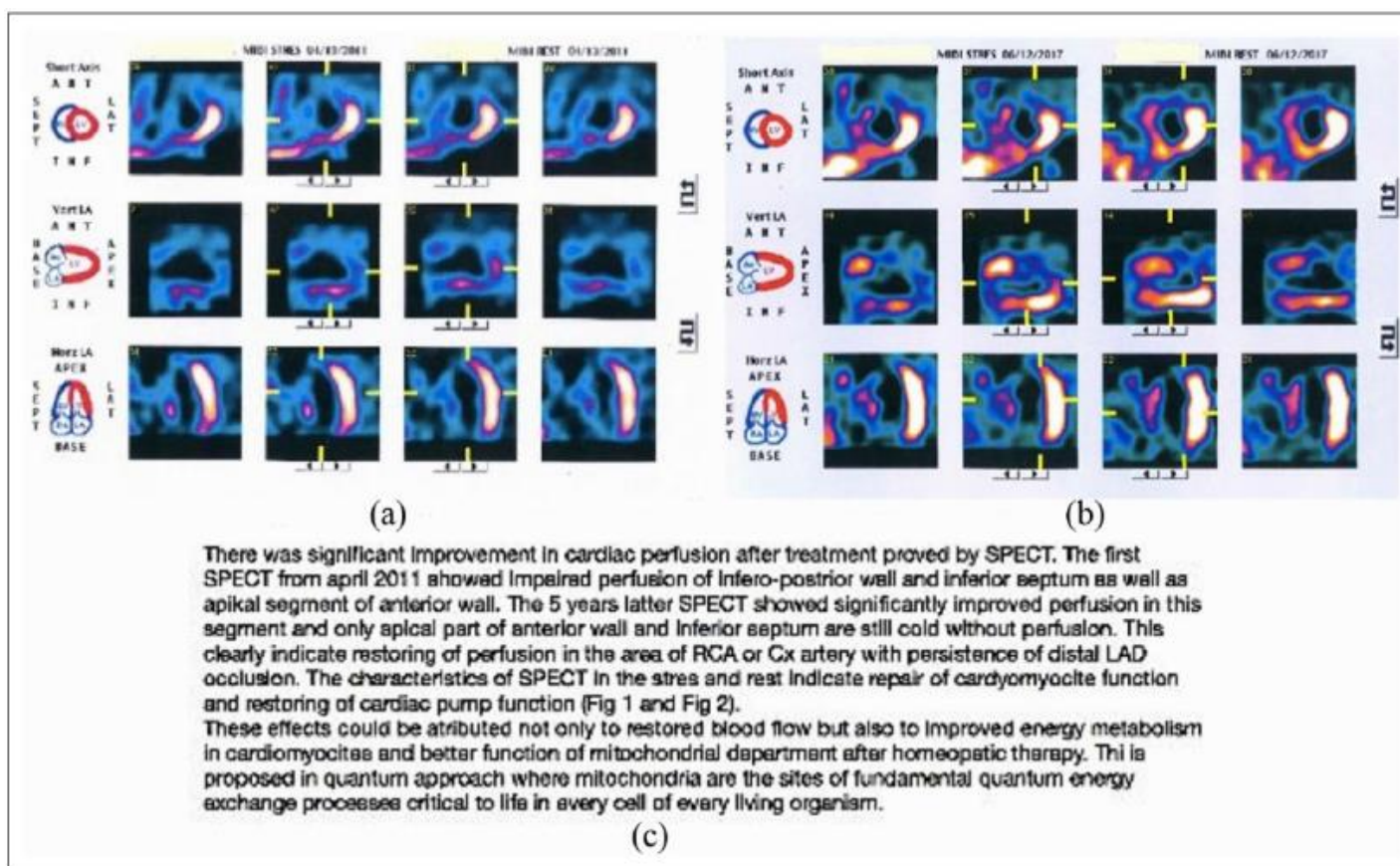
Tabela 1. Etapy leczenia przypadku nr 1

| Data interwencji | Objawy | Zmiany w wynikach badań laboratoryjnych | Remedium | Reakcja | Zmiany w leczeniu konwencjonalnym |
|---------------------|---|---|---|---|--|
| 15 styczeń 2015 | ataki paniki, sztywność w klatce piersiowej, tachykardia, zimne dłonie i stopy, puls przerywany, silne objawy nadkwasoty, ciągły katar z wysiękiem | SPECT (2011): LVEF= 28%, globalne komory hipokinetyczne, koronarografia (2013); restenoza stentu LAD poniżej 50%, zwężenie części środkowej poniżej 50%, nadciśnienie, cukrzyca | Meddorrhinum 1M | Energia uległa poprawie, wyciek z nosa się zwiększył, krwawienie dziąseł | B- blokery, ststyny, inhibitory ACE, komplks wit. B, selen |
| 10 marca 2015 | ataki paniki z intensywnym lękiem przed biedotą | | Bryonia 200C | zaczerwienienie szyi, utrzymujące się 1 dzień, bez ataków paniki, stopy ociepliły się, wzmożony głód przed południem, | zaprzesztano wszystkich konwencjonalnych leków |
| 25 maja 2015 | wzmoczone lęki nocą, dyskomfort w zatokach szczękowych | | Calc Carb 30C | zmęczenie uległo redukcji, lęki również, pacjent się uspokoił, ciśnienie krwi w normie | |
| 18 sierpnia 2015 | wzdęcia brzucha, powolujące zaburzenia rytmu serca | rytm zatokowy 103/min, LBBB, QS w V2, redukcja R w V2-V4, torponina nie była podwyższona, ciśnienie krwi 150/90mmHg | Lycopodium 30C | dwa podobne epizody w ciągu dnia, puls uregulował się po zażyciu Lycopodium | |
| 14 październik 2015 | wzmoczone ataki paniki w nocy, tachykardia, ciśnienie krwi w normie nawet w trakcie ataku, suchy kaszel | | Nat mur 12C, zwiększony później do 14C | Ataki paniki uległy redukcji, temperatura 37,2 do 37,5 przez 2 dni, infekcja dolnych dróg oddechowych z żółtą, obfitą wydzieliną, kaszel w nocy (to jest bardzo dobry objaw, przywrócone zostały stany ostre, nawrót nadkwasoty w nocy | przywrócono B- blokery |
| 30 grudnia 2015 | odczucie dławienia z atakami paniki podczas leżenia na prawym boku w nocy, tachykardia, bardzo podirytowany, stopy cieplejsze w nocy | | Lachesis 30C 1 dawka | Czuje się spokojny, przeziębienie z bólem głowy i ucha, gorączka przez 3 dni, najwyższa 37,6, wcześniej przez tydzień do 37, ból zygomatyczny w zatokach szczękowych, jeden epizod bolesnej erekcji w nocy | |
| 18 kwietnia 2016 | wzmoczone wzdęcia powodujące zaburzenia rytmu serca, obniżone libido, lęki, poprawa energii, pacjent wybudza się o 3 nad ranem, zmoczone pożądanie słodczy, wrażliwy emocjonalnie | cukier we krwi- 12,5 mmo/L, wzrósł do 17 (norma 3,5-6 mmo/L) | Lycopodium 12C, potem kolejno 14C i 16C | wzdęcia brzucha i nadkwasota uległy redukcji, podczas chodzenia ból lewej stopy, opuchlizna lipomatyczna na plecach pękła i opróżniła się z zawartości, ataki paniki uległy zmniejszeniu, poprawa na poziomie energetycznym, nie może leżeć na lewym boku | |
| 20 lipca 2016 | mocz o siarkowej woni, w nocy odczucie ciepła od kolan do stóp, zwiększone krwawienie dziąseł, zaczerwienienie twarzy o poranku, błyski w bocznym polu widzenia, ból lewej pięty i kolana | cukier we krwi- 12 | Nux Vomica 12C | cukier obniżył się do 9 | libido oraz poziom energii uległy poprawie |

podczas odpoczynku,
poprawa podczas chodzenia

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| 1 listopad 2016 | odczucie ciągłego gorąca cukier 11 w stopach (odkrywa je), w rękach i nogach, poządanie słodyczy | Sulphur 12C stopniowo zwiększany aż do 16C | ból uległ poprawie, wysypka na skórze głowy, zapalenie starego wrzoda na dolnej szczęce ustąpiło, 2 epizody przeziębienia z temperaturą 37,2 |
| 31 maja 2017 | echokardiografia: LVEDD 6,1 cm, norma 2,1- 4,0), LVEF 40%, ślady przepływu mitralny, przepływ trójdzielny w normie, wymiary ewego przedsionka w normie, przepływ mitralny- dysfunkcja rozkurczowa LV (lewa komora), LV powiększona z przerostem ścian, hipokinezyja przegrody i ściany przedniej | | |
| 12 czerwca 2017 | opinia kardiologa: SPECT wykazał znaczną poprawę perfuzji w tym odcinku i tylko wierzchołkowa część ściany przedniej oraz przegroda są nadal zimne bez perfuzji, przywrócenie perfuzji w obszarze prawej tętnicy wieńcowej i tętnicy okalającej z utrzymującym się dystalnym LAD (lewa tętnica zstępująca przednia) Charakterystyka SPECT w stresie i spoczynku wskazuje na naprawę funkcji kardiomiocytów i przywrócenie funkcji pompy serca | | |

SPECT: emisyjna tomografia komputerowa pojedynczego fotonu; LVEF: frakcja wyrzutowa lewej komory; LAD: lewy przedni zstępujący; ACE: enzym konwertujący angiotensynę; ASA: kwas acetylosalicylowy; LVEDD: wymiar końcoworozkurczowy lewej komory; LVESD: wymiar końcowoskurczowy lewej komory; LVEF: frakcja wyrzutowa lewej komory; MR: niedomykalność mitralna; LV: lewa komora; LBBB: Blok lewej odgałęzienia wiązki.



Ryc 1. Przypadek 1: zmiany w perfuzji mięśnia sercowego przed i po terapii homeopatycznej; za zgodą kardiologa (e-mailem): (a) 4 grudzień 2011 r., (b) 6 grudnia 2017 r. oraz (c) opinia kardiologa.

Tłumaczenie ryc 1: Po leczeniu stwierdzono znaczną poprawę perfuzji serca potwierdzoną badaniem SPECT. Pierwsze badanie SPECT z kwietnia 2011 roku wykazało upośledzoną perfuzję ściany dolno-tylnej i przegrody dolnej oraz odcinka wierzchołkowego ściany przedniej. Ostatnie badanie SPECT przeprowadzone po 5 latach wykazało znacznie lepszą perfuzję w tym segmencie i jedynie wierzchołkowa część ściany

przedniej oraz dolna przegroda są nadal zimne i pozbawione perfuzji. Świadczy to wyraźnie o przywróceniu perfuzji w obszarze tętnicy RCA lub Cx przy utrzymującej się okluzji dystalnej LAD. Charakterystyka SPECT w stresie i spoczynku wskazuje na naprawę funkcji kardiomiocytów i przywrócenie funkcji pompy serca (ryc. 1 i ryc. 2)

Efekty te można przypisać nie tylko przywróceniu przepływu krwi, ale także poprawie metabolizmu energetycznego w kardiomiocytach i lepszemu funkcjonowaniu działu mitochondrialnego po terapii homeopatycznej. Proponuje się to w podejściu kwantowym, w którym mitochondria są miejscami podstawowych procesów wymiany energii kwantowej, kluczowych dla życia każdej komórki, każdego żywego organizmu

52 mm (norma do 40 mm); frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF): 38% (norma >60%); skurcz końcowy (ES): 18% (norma 28,44%); przepływ mitralny – fala E = 0,7; Fala 0,8; niedomykalność mitralna (MR): 1–2+; przepływ trójdzielny – niedomykalność trójdzielna (TR) 1+; poszerzenie lewego przedsionka; niewydolność zastawki mitralnej, umiarkowana MR z przepływem centralnym; poszerzenie lewej komory, przebudowa z akinezą ściany przedniej i akineżą części przegrody; umiarkowanie zmniejszona funkcja komory; dysfunkcja rozkurczowa ze zwiększonymi wartościami ciśnienia końcowo rozkurczowego lewej komory (LVEDP).

Interwencja homeopatyczna: Terapię homeopatyczną rozpoczęto 15 stycznia 2015 roku. Leki zostały wybrane w oparciu o zasady homeopatii klasycznej. Szczegóły przypadku wraz z dalszymi działaniami przedstawiono w tabeli 1. Badania laboratoryjne na zakończenie leczenia homeopatycznego: perfuzja mięśnia sercowego SPECT 12 czerwca 2017 (ryc. 1(b)): opinia radiologa: farmakologiczna próba wysiłkowa dipirydamolem połączona z wysiłkiem na bieżni niski poziom 50WmDipy EX: na początku BP 120/80 mmHg ; BPM 70, w szczytowym wysiłku BPM 120. Powiększona lewa komora z ubytkiem perfuzji w obszarach: koniuszku, wierzchołku przednim, ścianie przedniej i wierzchołkowej połowie okolicy przegrody. Brak oznak postępu stanu patologicznego. Echokardiografia (31.05.2017): LVEDD 6,1 cm (norma 3,5–6,0 cm); LVESD 4,8 cm (norma 2,1–4,0); LVEF 40%; przepływ mitralny – MR w śladzie; przepływ trójdzielny prawidłowy; prawidłowy wymiar lewego przedsionka; przepływ mitralny – dysfunkcja rozkurczowa lewej komory (LV) (E/A = 0,65); MR w śladzie; LV – powiększony z przerośniętymi ścianami; hipokineza przegrody i ściany przedniej, LVEF 40%.

Przypadek 2

Pacjentka, 92-letnia Serbka, zgłosiła się 22 czerwca 2015 r. z ostrym epizodem zawału serca i została hospitalizowana. Wystąpiło AF z szybką reakcją komór, uniemożliwiającą stabilizację stanu ogólnego (tab. 2).

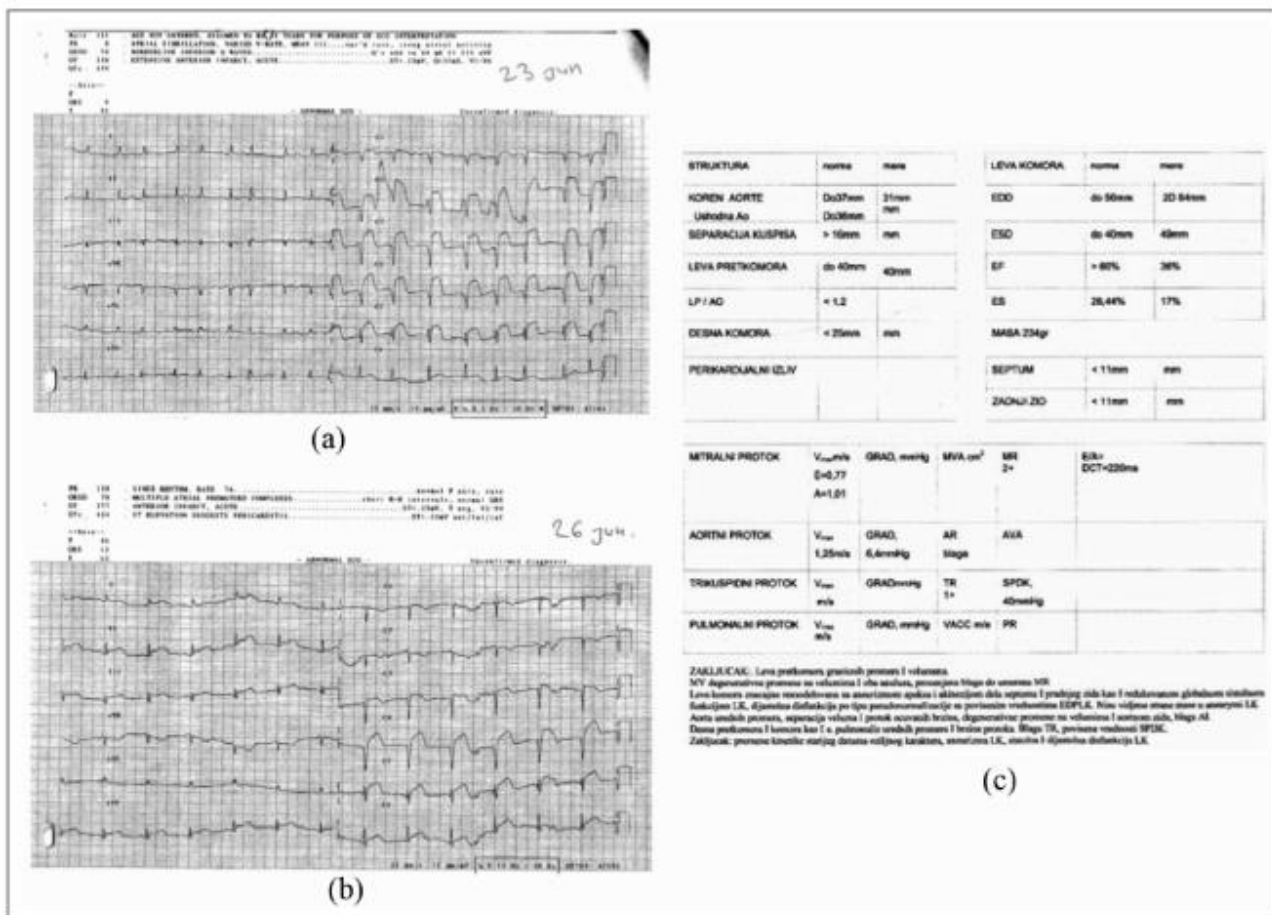
Przebieg choroby: gruźlica (1951), malaria (1960), całkowita histerektomia (1980) i wypadek drogowy powodujący wstrząśnienie mózgu (1982).

Badania laboratoryjne i działania następce: elektrokardiograf (EKG; 23 czerwca 2015 r.) (ryc. 2(a)) wykazał uniesienie odcinka ST w I, aVL i V1–V5 z odwrotnością zmiany w dolnych odprowadzeniach; zawał ściany przedniej. AF z szybka odpowiedź komór. Pacjentowi podano dożylnie amiodaron (lek przeciwarytmiczny).

Interwencja homeopatyczna: w dniu 25 czerwca 2017 roku zastosowano terapię homeopatyczną w postaci kilku łyków dawki wody Arnica montana 30C. Kilka minut później kardiomonitor wykazał rytm zatokowy, potwierdzony zapisem EKG z dnia 26 czerwca 2017 r. (ryc. 2(b)). Została przeniesiona z oddziału intensywnej terapii do szpitala pokoju w tym momencie i homeopatia nie została powtórzona. W dniu 27 czerwca 2015 roku wystąpiło u niej AF z szybką reakcją komór ponownie i został ponownie przyjęty na oddział intensywnej terapii.

Tabela 2 Przypadek 2- szczegóły leczenia

| Data interwencji | Objawy | Zmiany w wynikach badań laboratoryjnych | Remedium | Reakcja | Zmiany w leczeniu konwencjonalnym |
|------------------|--|--|---|---|---|
| 25 czerwca 2015 | ostry zawał mięśnia sercowego (3 dni wcześniej)), strach przed podejściem do niej, migotanie przedsionków, odmowa jedzenia | 12- odprowadzeniowe EKG pokazuje uniesienie odcinka ST (pomarańczowe), w I, aVL i V1-V5 z wzajemnymi zmianami (niebieskie) w odprowadzeniach dolnych, zawał ściany przedniej, zwiększona aktywność enzymów kardiologicznych, rozpoczęto terapię kardiologiczną, ale brak stabilizacji w ciągu 2 dni, migotanie przedsionków z szybką reakcją komór | Arnica 30C | kilka minut po amice monitor pokazał rytm zatokowy, bez lęków, stabilna, opuściła ICU | B- blokery, inhibitory ACE, amiodaron podany dożylnie, 22 czerwca 2015 roku pojedyncza dawka kardiopiryny z powodu migotania przedsionków Lasix |
| 26 czerwca 2015 | stan stabilny, rytm zatokowy | w EKG stwierdzono rytm zatokowy, duży obszar akinetyczny w przedniej ścianie, przegrodzie i koniuszku, lekarz podejrzewa tętniaka | Arnica 30C | 5 minut po podaniu Arn pojawił się rytm zatokowy pacjentka opuściła szpital dnia następnego, lęk zbliżających się ludzi zniknął, ustabilizowana | Amiodaron podany dożylnie, Lasix zmniejszono i odstawiono |
| 28 lipca 2015 | migotanie przedsionków od dnia poprzedniego | EKG potwierdziło migotanie przedsionków | Arnica 200C | 5 minut po przyjęciu Arnici, pojawił się rytm zatokowy, kobietę wypisano ze szpitala | Amiodaron i Laxis- zmniejszono dawkę |
| 10 listopad 2015 | powtórzenie MI, strach przed każdym, kto się do niej zbliży, ale ogólnie jest lepiej niż poprzednio | brak migotania przedsionków podczas badania, echokardiografia wykazała LVEF - 15% | Arnica 200C natychmiast po pojawieniu się symptomów, przed hospitalizacją | pacjentka ustabilizowała się, lęk zniknął | w szpitalu B- bloker, Inhibitory ABC, Clopidogrel, Enoxaparin, Diuretic, Isosobid Mononitrat, dawki leków ewentualnie zmniejszono i odstawiono |
| 10 kwiecień 2017 | ogólnie pacjentka czuje się dobrze, jeden epizod zapalenia pęcherze w 2016 | echokardografia: przebudowa lewej komory z tętniakami i akinezją części przegrody i części ściany przedniej, zmniejszona globalna funkcja LV, dysfunkcja rozkurczowa, w tętniakach rozkurczowych nie występuje skrzeplina; EKG- rytm zatokowy | | stan stabilny | od lipca 2016- B- bloker- Cardiopirin |



Ryc 2. Przypadek 2: zmiany rytmu i EKG, przed i po terapii homeopatycznej: (a) 23 czerwca 2015 r., (b) 26 czerwca 2015 r. i (c) 10 kwietnia 2017 r.

Jednakże po powtórzeniu Arniki 30C (28 czerwca 2015 r.), w ciągu kilku minut pojawił się rytm zatokowy i następnego dnia pacjentka została wypisana ze szpitala. Jej stan ustabilizował się i pozostawał w dobrym zdrowiu przez kolejne sześć miesięcy po wypisaniu ze szpitala, o czym świadczy stabilność zapisu EKG. W dniu 10 listopada 2015 r. miała kolejny zawał mięśnia sercowego. Jednakże tym razem nie wystąpiło AF i po natychmiastowym podaniu Arniki 200C stan pacjenta był stabilny, mimo że LVEF wynosiła tylko 15%. Przez jeden dzień przebywała na oddziale intensywnej terapii. Holter EKG wykazał rytm zatokowy. Po ostatnim epizodzie chora czuje się dobrze, a ostatnie badanie wykonano 10 kwietnia 2017 r. W badaniu echokardiograficznym (ryc. 2(c)) stwierdzono stabilny stan serca pomimo przebudowy mięśnia sercowego i upośledzenia funkcji lewej komory. Nie bierze żadnych leków antyarytmicznych.

Przypadek 3

68-letni Hindus z chorobą wieńcową w wywiadzie przeszedł przezskórną angioplastykę wieńcową (PTCA) z powodu LAD w 2001 r., a w 2009 r. przeszedł wszczepienie bajpasu aortalno-wieńcowego (Tabela 3). W dniu 26 listopada 2016 r. zaczął skarżyć się na silną duszność, około godziny 3:30 w domu zasnął i został natychmiast przewieziony do szpitala. Pacjent miał także nadciśnienie i cukrzycę.

Badania laboratoryjne: echokardiografia (27 listopada 2016) (ryc. 3(a)): poszerzony lewy przedsionek; rozszerzona lewa komora; ciężka hipokinezyza całej przegrody, wierzchołka i ściany przedniej; łagodny do umiarkowanego MR; stwardniała zastawka aortalna; łagodna niedomykalność zastawki trójdzielnej; frakcja wyrzutowa 24%. Echokardiografię powtórzono 27 grudnia 2016 r. (ryc. 3(b)) i stwierdzono takie same wyniki jak powyżej, ale frakcja wyrzutowa spadła do 16%.

Interwencja homeopatyczna: terapię homeopatyczną rozpoczęto 29 grudnia 2016 r.; podano jedną dawkę *Calcarea phorica* 200C i stwierdzono poprawę frakcji wyrzutowej (Rysunek 3(c)). Szczegóły dalszych działań przedstawiono w Tabeli 3.

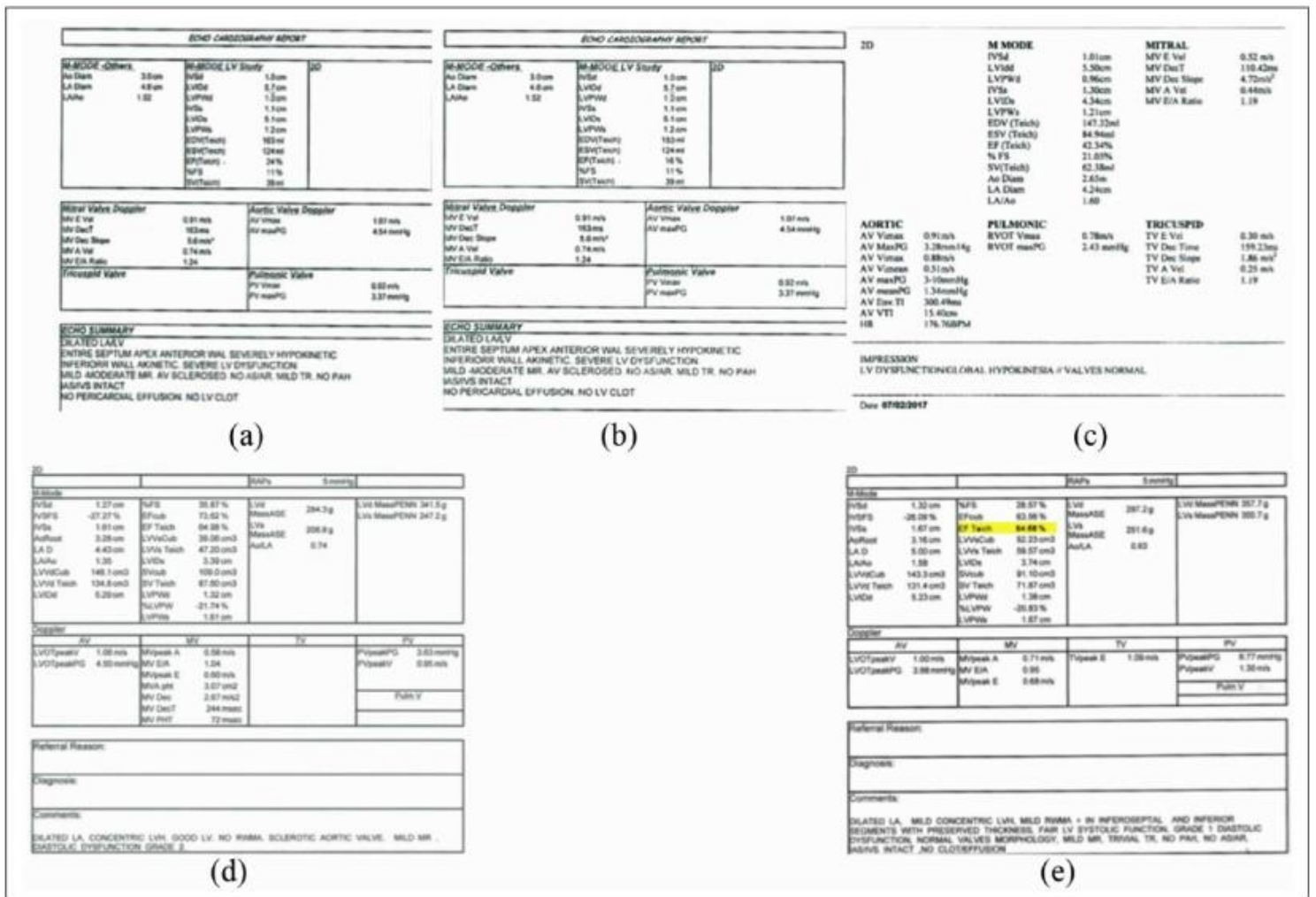
Najnowsze badania laboratoryjne (12 kwietnia 2018 r.)

(Rysunek 3(e)): poszerzony lewy przedsionek; łagodny koncentryczny przerost lewej komory; łagodne regionalne zaburzenia ruchu ścian w odcinkach dolno-przegrodowych i dolnych z zachowaną grubością; prawidłowa funkcja skurczowa LV; dysfunkcja rozkurczowa stopnia 1; normalna morfologia zastawek; łagodna niedomykalność mitralna MR; trywialna trójdzielna niedomykalność; frakcja wyrzutowa 64,68%. Pacjent czuje się dobrze i z zapałem kontynuuje codzienne życie.

Tabela 3. Przypadek 3 szczegóły leczenia

| Data interwencji | Symptomy | Zmiany w badaniach laboratoryjnych | Remedium | Odpowiedź | Zmiany w lekach konwencjonalnych |
|----------------------|--|---|----------------|--|--|
| 29 grudnia 2016 | Zmęczenie, łatwe wyczerpanie, duszność przy niewielkim wysiłku | ostra niewydolność komorowa; ciężka dysfunkcja LV; EF: 16% wysokie ciśnienie krwi | Calc-phos 200C | Zmniejszenie zmęczenia, lepszy apetyt, lepszy sen, przytył 0,5kg w 2 tygodnie, ciśnienie krwi stabilne | Deplatt, Ecosprin, Biotor, STarace, Cardivas, Dytor, Aldactone, Glycomet SR, Pantocid, Vibact, Alprax, Levoflex, |
| 7 lutego 2017 | Ogólny stan stabilny | EF: 42.3% | nic | | Deplatt, Ecosprin, Biotor, Cardace, Cardivas, Dytor, Aldactone, Glycomet SR, |
| 12 marca 2017 | Ogólny stan stabilny | EF: 33% | Calc-phos 200C | Ogólnie bardzo dobrze | |
| 18 maj 2017 | Ogólny stan stabilny | EF: 32% | Calc-phos 1M | Ogólnie bardzo dobrze | Deplatt, Ecosprin, Biotor, Cardace, Cardivas |
| 25 czerwca 2017 | Ogólny stan stabilny | EF: 41% | nic | Ogólnie bardzo dobrze | |
| 2 sierpnia 2017 | Ogólny stan stabilny | EF: 54% | nic | Ogólnie bardzo dobrze | Odstawiono Biotor, Cardivas i? Glycomet |
| 13 października 2017 | Ogólny stan stabilny | EF: 64.98% rozszerzony lewy przedsionek; koncentryczny przerost lewej komory; dobra lewa komora; brak regionalnych zaburzeń ruchu ściennego; sklerotyczna zastawka aortalna; łagodna niedomykalność mitralna; dysfunkcja dystalna stopnia 2 | nic | Ogólnie bardzo dobrze. jest w stanie podróżować międzynarodowo. Chodzi żwawo, niosąc swój bagaż, bez oznak duszności lub zmęczenia. Ogólny stan stabilny | Odstawiono Deplatt i Ecosprin |
| 12 kwietnia 2018 | Pacjent prowadzi normalną rutynę | EF: 64.68% rozszerzony lewy przedsionek; łagodne regionalne zaburzenia kureczliwości ścian w odcinkach dolno-przegrodowych i dolnych z zachowaną grubością; prawidłowa funkcja skurczowa LV; Dysfunkcja rozkurczowa stopnia 1; normalna morfologia zastawek; łagodna niedomykalność mitralna; trywialna niedomykalność trójdzielna | nic | | Bez zmian |

LV: lewa komora



Ryc 3. Przepadek 3: zmiany stanu serca i frakcji wyrzutowej przed i po terapii homeopatycznej: (a) 27 listopada 2016 r., (b) 27 grudnia 2016 r., c) 7 lutego 2017 r., d) 13 października 2017 r. oraz e) 12 kwietnia 2018 r.

Dyskusja

Chociaż homeopatia nie jest zwykle stosowana w nagłych przypadkach i poważnych patologiach, już wcześniej pomogła w leczeniu ciężkich schorzeń.²⁵ Ta seria przypadków wskazuje, że możemy dalej badać możliwości homeopatii w takich przypadkach. Układ odpornościowy zawsze stara się osiągnąć równowagę i w opisanych tutaj sytuacjach są pacjenci, których kompleks energetyczny jest na tyle dobry, że stymulacja lekiem homeopatycznym zostaje wykorzystana dla dobra pacjenta. Jednak nie oczekuje się, że taki rezultat będzie regułą. Homeopatia opiera ordynacje na objawach, które generuje każdy organizm indywidualnie, w odpowiedzi na patologię, i ta reakcja jest jedyną wskazówką, jaka istnieje dla homeopaty.²⁰ Biorąc pod uwagę wyjaśnioną wcześniej ideę siły życiowej/zasady życia, istnienie objawów indywidualistycznych zakłada istnienie pewnej ilości energii, która ma być zastosowana w procesie leczenia danej osoby. Jeżeli tak się nie stanie, co jest dość powszechne w potencjalnie terminalnej sytuacji, wówczas homeopatia niewiele może zdziałać. Jeśli jednak występują indywidualne objawy, powrót do zdrowia jest imponujący, jeśli przestrzegane są zasady homeopatii.

W pierwszym przypadku należy zwrócić uwagę na fakt, że chociaż głównym celem leczenia była patologia serca, leczenie obejmowało wszystkie inne dolegliwości, takie jak ataki paniki i niestrawność. Remedia podano w określonej kolejności, zgodnie z najbardziej dominującymi i charakterystycznymi objawami w danej chwili. Przez cały czas zwracano uwagę, aby pacjent zmierzał w kierunku lepszego poziomu zdrowia.²⁴ Z opinii kardiologa (ryc. 1(c)) wynika, że ukrwienie mięśnia sercowego uległo znaczniejszej poprawie, o czym świadczą m.in. raporty z badań

SPECT. Uważa się, że taka poprawa nie jest reprezentatywna tylko dla poprawy przepływu krwi, ale także dla poprawy metabolizmu kardiomiocytów – istotnego czynnika dla zdrowego serca.²⁶

Parametry poprawy i dobrej odpowiedzi na leczenie w terapii homeopatycznej mierzy się zdolnością organizmu do obrony za pomocą skutecznego, ostrego stanu zapalnego, gdy to konieczne. Ideą jest to, że gdy mechanizm obronny słabnie, organizm traci zdolność do wygenerowania skutecznego, ostrego stanu zapalnego i przechodzi w chroniczny stan zapalny niskiego stopnia co ostatecznie wywołuje chorobę przewlekłą, do której pacjent jest genetycznie predysponowany.^{27,28} Odwrotność tego zjawiska następuje podczas terapii homeopatycznej i u pacjenta zaczynają pojawiać się ostre stany zapalne, a przewlekłe dolegliwości znikają. W tym przypadku, w miarę poprawy stanu serca, pacjent zaczął bardziej cierpieć na dolegliwości w przewodzie pokarmowym i w miarę poprawy pojawiało się ropienie w tłuszczakach, które to utrzymywało się przez wiele lat. Interpretuje się to na tle hierarchii układów narządów i patologii. Następuje redukcja głębszego problemu poprzez koncentrację choroby/cierpienia na niższym systemie wg hierarchii poprzez bardziej powierzchowną patologię (przewód żołądkowo-jelitowy (GIT) i skóra; ostre zapalenie).²² Bez wsparcia homeopatycznego, takie odwrócenie stanu nie było notowane. Jeśli takie wyniki mają zostać osiągnięte za pomocą homeopatii, niezbędna jest dokładna obserwacja i przepisywanie remediów przy każdej zmianie stanu zdrowia i stanowi potencjalne ograniczenie w przypadku braku specjalistycznej wiedzy.

Drugi przypadek dotyczy zawału mięśnia sercowego z migotaniem komór i szybką reakcją komór u starszej kobiety z zawałem ściany przedniej (ryc. 2), co daje złe rokowanie.^{3,4} Niemniej jednak w tym przypadku, w ostrym stanie chorobowym widoczny był wyraźny obraz leku homeopatycznego, co daje dobre rokowania i oznacza bardzo sprawny układ odpornościowy. Dramatyczna reakcja na kilka łyków Arniki pokazuje, że witalność organizmu była zachowana. W takich przypadkach można zastosować homeopatię dla dobra pacjenta, uzyskując imponujące rezultaty.²⁴ Widzimy, że podczas drugiego epizodu zawału serca, kiedy pacjentce na początku podano Arnikę, jej stan był stabilny i nie towarzyszyło mu żadne AF. Frakcja wyrzutowa była nadal niska, ale nie odczuwała żadnych dolegliwości z tym związanych i może bez trudności wykonywać codzienne czynności.

Trzeci przypadek to także przykład bardzo zdrowej konstytucji, w ujęciu teorii poziomów zdrowia.²² Tutaj, pomimo tak złego funkcjonowania serca, objawy wskazujące na zastosowany lek homeopatyczny były bardzo wyraźne. Ponadto reakcja na pojedynczą dawkę leku była bardzo silna. W ciągu roku frakcja wyrzutowa serca wzrosła z 16% do 65% (ryc. 3) i od tego czasu utrzymuje się w granicach normy. Jak wynika z raportów, przywrócono także funkcjonowanie lewej komory, a zastawki powróciły do stanu prawie normalnego. Dysfunkcja rozkurczowa stopnia 2. z czasem uległa zmniejszeniu do stopnia 1.

W tych przypadkach zaletą było przestrzeganie zasad terapii. Nieprzestrzeganie zaleceń może stać się ograniczeniem w przypadku poważnych patologii, jeśli pacjent nie zostanie poinformowany o różnych reakcjach, które mogą wystąpić w trakcie leczenia. Należy przewidzieć wcześniej pewne zdarzenia, takie jak powrót starych dolegliwości i nasilenie objawów obwodowych (które są niezbędnym elementem terapii homeopatycznej), a pacjent musi być należycie o tym poinformowany.^{21,22,24} Konieczne są dalsze badania w celu ustalenia dokładnych możliwości terapii homeopatycznej w ciężkich patologiach serca.

Badania te należy przeprowadzić w warunkach szpitalnych i ściśle przestrzegać zasad klasycznej homeopatii, celem uniknięcia nieodwracalnych w skutkach błędów. Ta seria przypadków sugeruje, że homeopatia może być badana pod kątem stosowania w przypadkach zdarzeń sercowych, także podczas ostrych ataków i ich konsekwencji, jeśli tylko jest stosowana naukowo i w oparciu o swoje prawa.

Wnioski

Trzy przypadki z tej serii dostarczają dowodów na pozytywne wyniki terapii homeopatycznej. Kontrolowane studium przypadków mogą dodatkowo ustalić dokładną rolę, jaką odgrywa terapia

homeopatyczna w tak ciężkich schorzeniach kardiologicznych. Występuje tu błąd selekcji, ponieważ wszyscy pacjenci byli spokrewnieni z terapeutami homeopatycznymi i można temu zaradzić, przeprowadzając duże, randomizowane badania grupowe we wspomnianym kontrolowanym badaniu. Istnieją pewne obserwacje, powszechnie dokonywane w klasycznej praktyce homeopatycznej, takie jak nawrót ostrych stanów zapalnych z jednoczesną poprawą przewlekłej dolegliwości, które nie zostały jeszcze potwierdzone odpowiednimi dowodami eksperymentalnymi, pomimo istnienia szerokiego wsparcia klinicznego w tym zakresie. Seria ta stanowi punkt wyjścia, na podstawie którego możemy zaprojektować dalsze badania.

Podziękowanie

Autorzy wyrażają wdzięczność za pomoc pacjentów w wyrażeniu zgody na publikację szczegółów swoich przypadków. LT: gromadzenie danych; wstępny projekt manuskryptu. B.D. i O.M.: gromadzenie danych. B.J.P.: lekarz homeopata – zbieranie danych; wstępny projekt publikacji. S.M.: redakcja ostateczna rękopisu. G.V.: przewodnik i ostateczna akceptacja artykułu.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autor(zy) nie zadeklarował/li żadnego potencjalnego konfliktu interesów w związku z badaniami, autorstwa i/lub publikacji tego artykułu.

Zatwierdzenie etyczne

Nasza instytucja nie wymaga zgody etycznej na zgłaszanie pojedynczych przypadków lub serii przypadków.

Finansowanie

Autor(zy) nie otrzymał/li żadnego wsparcia finansowego na badania, autorstwo i/lub publikację tego artykułu.

Świadoma zgoda

Uzyskano pisemną, świadomą zgodę od pacjenta(ów) na publikację anonimowych informacji w tym artykule

Identyfikator ORCID

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

Bibliografia

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 Werf 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, Mlodawska 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, Tenissen 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 postmyocardial 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. Ebelt 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