



Ομοιοπαθητικά Νέα

Περιοδική έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής
ISSN: 2732-7221 • αρ. φύλλου # 62 • Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2025

Homeo News



Campanula icurva: © Yanis Syllignakis

9ο Θερινό Σχολείο «Τρίκαλα 2025» 9ο Θερινό Σχολείο «Τρίκαλα 2025»

Rockefeller, η έκθεση Flexner και ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος

Η Ομοιοπαθητική και η Φαινομενολογία

Η Ομοιοπαθητική στην Ινδία

Όμοιο Quiz

Τα Νέα του Ελληνικού Συλλόγου Ασθενών και φίλων της Ομοιοπαθητικής Ιατρικής

• Editorial Έκδοσης: Δημοσθένης Παπαμεθοδίου – Πρόεδρος ΕΕΟΙ	03
• Μήνυμα Συντακτικής Ομάδας: Πέτρος Γαρζώνης	05
• Επιστολή του Hahnemann προς έναν Ράφτη	06
• Τα καλά νέα	08
• 9ο Θερινό σχολείο «ΤΡΙΚΑΛΑ 2025»	09
• Rockefeller, η έκθεση Flexner και ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος. Η αμφιλεγόμενη σχέση μεταξύ της συμβατικής ιατρικής και της ομοιοπαθητικής στην Αμερική	18
• Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δοκιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο	21
• Η Ομοιοπαθητική και η Φαινομενολογία: Συγκλίσεις και Όρια, Πέτρος Δαμιανός	43
• Η Ομοιοπαθητική στην Ινδία, Ναταλία Τζήμα	45
• Εκπαιδευτικό πρόγραμμα στην κλασική ομοιοπαθητική από την Ε.Ε.Ο.Ι. για το νέο ακαδημαϊκό έτος 2025-2026	47
• Ομοιο Quiz: Καίτη Αντωνίου	48
• Τα Νέα του Ελληνικού Συλλόγου Ασθενών και Φίλων Ομοιοπαθητικής Ιατρικής (Ε.Σ.Α.Φ.Ο.Ι.) - Ομοιοπαθητική Ιατρική και Τεχνητή Νοημοσύνη (AI) – Μια φιλοσοφική προσέγγιση, Παν. Ζέρβας	50
• Εικόνες, Νίκος Γκόλφης	51

Ομοιοπαθητικά Νέα



Ιδιοκτησία: Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής

ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ: 1971

Μέλος της LIGA MEDICORUM HOMEOPATHICA INTERNATIONALIS και

της ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Site: <https://www.homeopathy.gr/>

homeopathy.gr@gmail.com

Διεύθυνση: Μακεδονίας 10, Αθήνα, 104 33, Τηλ: 210 8237771

Εκδότης: Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής

Υπεύθυνος Έκδοσης: Δημοσθένης Παπαμεθοδίου

Συντονιστής Συντακτικής Ομάδας: Πέτρος Γαρζώνης και Ελευθέριος Ταπάκης

Συντακτική Ομάδα: Αικατερίνη Αντωνίου-Κεδηκγιάννη, Λεωνίδας Βελλόπουλος, Ιωάννης Ελευθεριάδης, Στέλιος Καϊτανίδης,

Σπύρος Κυβέλλος, Μιχάλης Λέφας, Γρηγόρης Μαρίνης, Σωτήρης Μποτής, Χρήστος Ραμμένος, Ευγενία Στρατηγάκη,

Κώστας Τσιπινίδης, Βασίλης Φωτιάδης.

Γλωσσική επιμέλεια Μαρία Μεταξά, Λάzaros Λαζαρίδης

Η Συντακτική Ομάδα μπορεί να τροποποιείται ανάλογα με την εκδήλωση ενδιαφέροντος.

Επιμέλεια Έκδοσης: Μιχάλης Μεταξάς

© foto εξωφύλλου *Campanula icurva*: Συλλιγνάκης Ιωάννης

Υπεύθυνος Διαφημίσεων: Λεωνίδας Βελλόπουλος

Οι συγγραφείς φέρουν πλήρως την ευθύνη για τα άρθρα τους και δεν σημαίνει ότι οι απόψεις τους αποτελούν και θέσεις της Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Δημοσθένης Παπαμεθοδίου, Νευρολόγος, MSc

Αντιπρόεδρος: Βασίλειος Φωτιάδης, Γενικός Ιατρός

Γενικός Γραμματέας: Σπυρίδων Κυβέλλος

Ταμίας: Λεωνίδας Βελλόπουλος

Μέλη: Πέτρος Γαρζώνης, Παθολόγος, π. Δ/ντής ΕΣΥ

Ελευθέριος Ταπάκης

Κωνσταντίνος Τσιπινίδης, Ακτινολόγος, π. Δ/ντής ΣΝΑ

Νομικός Σύμβουλος: Στέφανος Χρήστου, Δικηγόρος Παρ' Αρείω Πάγω: 698 755 6991

Τραπεζικός Λογαριασμός: Τράπεζα Πειραιώς: GR4301720760005076088092249

Στείλτε τα άρθρα σας για δημοσίευση

Μπορείτε να συμβάλλετε εποικοδομητικά στην ενημέρωση, στέλνοντας τα άρθρα σας και τις απόψεις σας για δημοσίευση στα «Ομοιοπαθητικά Νέα» στον Συντονιστή Συντακτικής Ομάδας, Πέτρο Γαρζώνη garzonis.petros@gmail.com

ISSN: 2732-7221



Αγαπητοί συνάδελφοι, ασθενείς και φίλοι της Ομοιοπαθητικής Ιατρικής

Με μεγάλη επιτυχία διεξήχθη το 9ο θερινό σχολείο στα Τρίκαλα για την δράση της Ομοιοπαθητικής στις νόσους και τα σύνδρομα της Ανοσολογίας και της Ψυχιατρικής. Όπως θα διαβάσετε στο παρόν τεύχος, τα θέματα αναπτύχθηκαν σε όλο το φάσμα της έρευνας και της κλινικής εφαρμογής της Ομοιοπαθητικής. Είχαμε την τιμή και την χαρά της συμμετοχής εκλεκτών συναδέλφων από την Ελληνική Εταιρεία Κλασικής Ομοιοπαθητικής Οδοντιατρικής, που διαφώτισαν την κλινική παθολογία συστηματικών νόσων στον επιστημονικό τους τομέα. Στα πλαίσια των εργασιών υπήρξε ανταλλαγή έγκυρης γνώσης και πολύτιμης εμπειρίας και συζητήθηκε η δυνατότητα ανάπτυξης νέων ερευνητικών σχεδίων και εκπαιδευτικών εφαρμογών.

Η βασική εκπαίδευση που προσφέρει η ΕΕΟΙ στο 3ο έτος της πρακτικής άσκησης αναβαθμίζεται με μαθήματα από καταξιωμένους συναδέλφους εκπαιδευτές που θα συνεισφέρουν στην πληρέστερη εφαρμογή της Ομοιοπαθητικής στα ιατρεία των νέων συναδέλφων.

Είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσουμε ότι το 20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ομοιοπαθητικής Ιατρικής θα διεξαχθεί στην Αθήνα τον Νοέμβριο του 2026 και θα ενημερωθείτε εγκαίρως για την κατάθεση ερευνητικών και κλινικών εργασιών, όπως και για την ημερομηνία της ημερίδας στην Μαιευτική.

Σύντομα θα ανακοινωθούν τα πρώτα δεδομένα (τόπος διεξαγωγής και ημερομηνίες) για το παγκόσμιο συνέδριο της LHMI το 2028 στην Αθήνα.

Στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού και σε αντίθεση με την Ευρώπη που είναι απασχολημένη με τα υγειονομικά μέτρα που πρέπει να παρθούν λόγω της επικείμενης επίθεσης από την Ρωσία, το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ απαγόρευσε επικίνδυνα πρόσθετα τροφίμων και μετά την αποτυχία αντιμετώπισης της πανδημίας, διέκοψε την χρηματοδότηση mRNA «εμβολίων» μέχρι να διευκρινιστούν πλήρως οι ανεπιθύμητες δράσεις τους, διερευνά τις αιτίες της συνεχούς αύξησης της συχνότητας του αυτισμού και γίνονται σοβαρές προσπάθειες αντιμετώπισης της έλλειψης αξιόπιστων μελετών για το εγκεκριμένο εμβολιαστικό πρόγραμμα και της συνεπαγόμενης ελλιπούς ενημερωμένης συναίνεσης από γονείς και ασθενείς.

Φίλοι της Ομοιοπαθητικής Ιατρικής είναι απαραίτητο να εγγραφείτε στον ΕΣΑΦΟΙ για να ενισχύσουμε την φωνή του Συλλόγου στα ελληνικά και διεθνή φόρα, όπου η γνώμη των συλλόγων ασθενών και φίλων έχει μεγάλη βαρύτητα για την διατύπωση κατευθυντήριων οδηγιών και την λήψη αποφάσεων στο σύστημα υγείας.

Καλό και δημιουργικό φθινόπωρο!

Δημοσθένης Παπαμεθοδίου
Πρόεδρος ΕΕΟΙ



Αγαπητά μέλη της ΕΕΟΙ

Σας υπενθυμίζουμε να τακτοποιήσετε τις Συνδρομές προς την Εταιρεία μας για το έτος 2023.

Η συνδρομή προς την εταιρεία είναι 60 ευρώ

Αν θέλετε να είστε μέλος και στην LIGA 15 ευρώ

Αν θέλετε να είστε μέλος και στην ECH 15 ευρώ

Σύνολο κατ' έτος 90 ευρώ

Αν έχετε οφειλές από προηγούμενα έτη, επικοινωνήστε με την Γραμματέα της Εταιρείας μας κα Μαρία Μεταξά στο τηλέφωνο 693 401 4165 καθημερινές 5- 7 μμ

Ο λογαριασμός της ΕΕΟΙ για κατάθεση των συνδρομών είναι:
Τράπεζα Πειραιώς GR4301720760005076088092249

Μήνυμα συντακτικής ομάδας



Ενθουσιασμός

Με πολύ μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε το 9ο Θερινό Σχολείο που προγραμμάτισε η Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής στα Τρίκαλα το τελευταίο Σαββατοκύριακο του Αυγούστου. Η φροντισμένη διοργάνωση από τον στυλοβάτη της Εκπαίδευσης της Εταιρείας μας Βασίλη Φωτιάδη και την πάντα παρούσα Γραμματέα μας Μαρία Μεταξά, μαζί με τους εκλεκτούς συμμετέχοντες εξασφάλισαν την επιτυχία του. Παρά τις προσωπικές δυσκολίες που έχουν απομακρύνει την φυσική μου παρουσία από τις κοινές επιστημονικές συναντήσεις της Εταιρείας μας τα τελευταία χρόνια, κατάφερα και βρέθηκα για λίγες ώρες στο Θερινό Σχολείο στα Τρίκαλα.

Πέρα από τις πολύ ενδιαφέρουσες ομιλίες, τις στοχευμένες ερωτήσεις και συζητήσεις, την συμμετοχή παλαιών και νέων ιατρών, φαρμακοποιών, οδοντιάτρων και την ζεστή παρουσία της Εταιρείας Frezyderm που στηρίζει πάντα τις επιστημονικές εκδηλώσεις μας, αυτό που μου έκανε ιδιαίτερη εντύπωση ήταν ένα διάχυτο άρωμα ενθουσιασμού.

Πριν πενήνταπέντε χρόνια, τότε που ανέτειλε η Ομοιοπαθητική στην Ελλάδα, τότε που ο Γιώργος Βυθούλκας οργάνωσε τον πρώτο πυρήνα ιατρών γύρω του, τότε που ο τίτλος «Δάσκαλε» ξεχείλιζε από αγάπη, σεβασμό και εμπιστοσύνη, τότε που η Ειρήνη Μπαχά, ο Στέφανος Πατεράκης και ο πατέρας μου Σπύρος Γαρζώνης ήταν φωτεινοί φάροι για εμάς, τότε που μεταξύ μας είμαστε μία οικογένεια και συμπαραστεκόμαστε ο ένας στον άλλον σαν φυσικά αδέρφια, τότε που συναντιόμαστε καθημερινά μεταξύ μας, είτε στο Κέντρο, είτε στο ταβερνάκι, είτε στα σπίτια μας, τότε που όλοι είχαμε κοινό όραμα, ο ενθουσιασμός ξεχείλιζε τις ψυχές μας και φώτιζε τη ζωή μας. Τότε ο Θεός μίλαγε μέσα μας (εν θεώ ουσία -σμός).

Αυτό το άρωμα άγγιξε την ψυχή μου στα Τρίκαλα και αυτό οφείλουμε να καλλιεργήσουμε μεταξύ μας. Η ΕΕΟΙ είναι αυτή που μας ενώνει. Μόνο οι γιατροί είμαστε 300 μέλη, μαζί με Φαρμακοποιούς, Οδοντιάτρους, Κτηνιάτρους είμαστε μια μεγάλη οικογένεια. Οι εκδηλώσεις της ΕΕΟΙ είναι μεγάλες ευκαιρίες να βρισκόμαστε όλοι μαζί, να γνωριζόμαστε καλύτερα, να ανταλλάξουμε γνώση, συναίσθημα και εμπειρίες.

Μη χάνουμε τέτοιες ευκαιρίες.



Για την Συντακτική Ομάδα
Πέτρος Γαρζώνης

Επιστολή του Hahnemann προς έναν Ράφτη

Ο Hahnemann έγραψε αυτό το γράμμα το έτος 1800 στον ασθενή του, έναν ράφτη, προσφέροντας κάποιες πρακτικές και φιλοσοφικές συμβουλές. Ένα μικρό διαμάντι.

Ο Hahnemann, ο πατέρας της Ομοιοπαθητικής, δεν περιορίστηκε μόνο στη χορήγηση φαρμάκων αλλά έδινε συχνά πολύτιμες συμβουλές για τον τρόπο ζωής, την ψυχική ισορροπία και την υγεία. Στο παρακάτω γράμμα του προς έναν ράφτη, ο οποίος είχε εξαντλήσει τον εαυτό του από την υπερβολική εργασία, αποκαλύπτεται μια σπάνια σοφία. Με απλότητα αλλά και βαθιά γνώση της ανθρωπίνης φύσης, ο Hahnemann αναδεικνύει την ανάγκη για μέτρο, ξεκούραση, ψυχραιμία και προτεραιότητα στη φροντίδα του εαυτού μας. Πρόκειται για ένα μικρό διαμάντι γραπτού λόγου, που ξεπερνά την εποχή του και παραμένει εξαιρετικά επίκαιρο μέχρι σήμερα. Αξίζει πραγματικά να το διαβάσουμε και να στοχαστούμε πάνω του.

Αγαπητέ μου κύριε,

Είναι αλήθεια ότι πηγαίνω στο Αμβούργο, αλλά αυτό δεν χρειάζεται να σας προβληματίσει. Αν δεν σας κακοφαίνεται για τα λίγα χρήματα που θα σας κοστίσει ένα γράμμα, μπορείτε να έχετε τις συμβουλές μου και όταν θα είμαι εκεί. Γράψτε απλώς το όνομά μου και από κάτω “Αμβούργο”, και η επιστολή σας με αυτόν τον τρόπο θα με βρει.

Προς το παρόν πρέπει να πω ότι βρίσκεστε σε καλό δρόμο ως προς την υγεία σας και ότι οι κύριες πηγές της ασθένειάς σας έχουν απαλειφθεί. Μια πηγή παραμένει και είναι η αιτία της τελευταίας σας υποτροπής. Ο άνθρωπος (η ευαίσθητη ανθρώπινη μηχανή) δεν είναι φτιαγμένος για υπερκόπωση, δεν μπορεί να υπερβάλλει τις δυνάμεις ή τις ικανότητές του ατιμώρητα. Αν το κάνει από φιλοδοξία, από αγάπη για κέρδος ή από άλλο αδιέπαινο ή επιλήψιμο κίνητρο, έρχεται σε αντίθεση με την τάξη της φύσης και το σώμα του υφίσταται τραυματισμό ή καταστροφή. Πόσο μάλλον αν το σώμα του βρίσκεται ήδη σε εξασθενημένη κατάσταση, ό,τι δεν μπορείτε να καταφέρετε σε μια εβδομάδα, μπορείτε να το κάνετε σε δύο εβδομάδες. Αν οι πελάτες σας δεν περιμένουν, δίκαια δεν μπορούν να φανταστούν ότι για χάρη τους θα αρρωστήσετε και θα εργαστείτε μέχρι τον τάφο, αφήνοντας τη γυναίκα σας χήρα και τα παιδιά σας ορφανά.

Δεν είναι μόνο η μεγαλύτερη σωματική άσκηση που σας τραυματί-

ζει, είναι ακόμη περισσότερο η συνακόλουθη καταπόνηση του νου, και το υπερφορτωμένο μυαλό με τη σειρά του επηρεάζει βλαπτικά το σώμα. Αν δεν υιοθετήσετε μια στάση ψυχραιμής αδιαφορίας, υιοθετώντας την αρχή να ζείτε πρώτα για τον εαυτό σας και μόνο δευτερευόντως για τους άλλους, τότε υπάρχουν μικρές πιθανότητες να αναρρώσετε. Όταν θα βρίσκεστε στον τάφο σας οι άνθρωποι θα εξακολουθούν να είναι ντυμένοι, ίσως όχι τόσο καλαισθητά, αλλά ακόμη ανεκτά καλά.

Αν είστε φιλόσοφος, μπορεί να γίνετε υγιής, μπορεί να φθάσετε στα γηρατειά. Αν κάτι σας ενοχλεί μην του δίνετε σημασία, αν κάτι είναι υπερβολικό για σας μην έχετε καμία σχέση με αυτό, αν κάποιος προσπαθεί να σας οδηγήσει να φύγετε, αγνοήσετε και γελάστε με τους ανόητους που θέλουν να σας κάνουν δυστυχισμένο. Ό,τι μπορείτε να κάνετε άνετα αυτό κάντε, ό,τι δεν μπορείτε να κάνετε, μην ασχολείστε με αυτό.

Οι διαχρονικές μας συνθήκες δεν βελτιώνονται από την υπερπίεση στην εργασία. Πρέπει να ξεδεύετε αναλογικά περισσότερα για τις οικιακές σας υποθέσεις, και έτσι δεν κερδίζετε τίποτα. Η οικονομία, ο περιορισμός των πλεονασμάτων (από τα οποία ο σκληρά εργαζόμενος έχει συχνά πολύ λίγα) μας φέρνουν σε θέση να ζούμε με μεγαλύτερη άνεση, δηλαδή πιο ορθολογικά, πιο έξυπνα, πιο σύμφωνα με τη φύση, πιο χαρούμενα, πιο ήσυχα, πιο υγιεινά. Έτσι θα ενεργούμε πιο αξιέπαινα, πιο σοφά, πιο συνετά, από το να εργαζόμαστε με βιασύνη χωρίς ανάσα, με τα νεύρα μας διαρκώς τεντωμένα, με αποτέλεσμα να καταστρέφουμε τον πολυτιμότερο θησαυρό της ζωής, την ήρεμη χαρούμενη διάθεση και την καλή υγεία.

Να είστε πιο συνετός, να σκέφτεστε πρώτα τον εαυτό σας, και όλα τα άλλα να είναι δευτερεύουσας σημασίας για εσάς. Και αν τολμήσουν να ισχυριστούν ότι είστε προς τιμήν σας υποχρεωμένος να κάνετε περισσότερα από όσα είναι καλά για τις πνευματικές και σωματικές σας δυνάμεις, ακόμη και τότε μην επιτρέψετε, για όνομα του Θεού, να οδηγηθείτε να κάνετε κάτι που είναι αντίθετο προς την ευημερία σας. Μείνετε κουφός στη πληθώρα των επαίνων, παραμείνετε ψυχροί και ακολουθήστε τη δική σας πορεία αργά και ήσυχα σαν σοφός και λογικός άνθρωπος. Για να απολαμβάνει με ήρεμο νου και σώμα, γι' αυτό βρίσκεται ο άνθρωπος στον κόσμο, και μόνο για να κάνει τόση δουλειά όση θα του εξασφαλίσει τα μέσα για την απόλαυση, σίγουρα όχι για να εξουθενώνει και να εξαντλεί τον εαυτό του με την εργασία.

Η σένη πίεση και η προσπάθεια των τυφλωμένων θνητών να κερ-

δίσουν τόσα και τόσα, να εξασφαλίσουν κάποια τιμή ή κάτι άλλο, να προσφέρουν υπηρεσίες σε αυτή ή σε εκείνη τη μεγάλη προσωπικότητα, αυτό είναι γενικά μοιραίο για την ευημερία μας, αυτό είναι μια κοινή αιτία που οι νέοι άνθρωποι γερνούν και πεθαίνουν πριν από την ώρα τους.

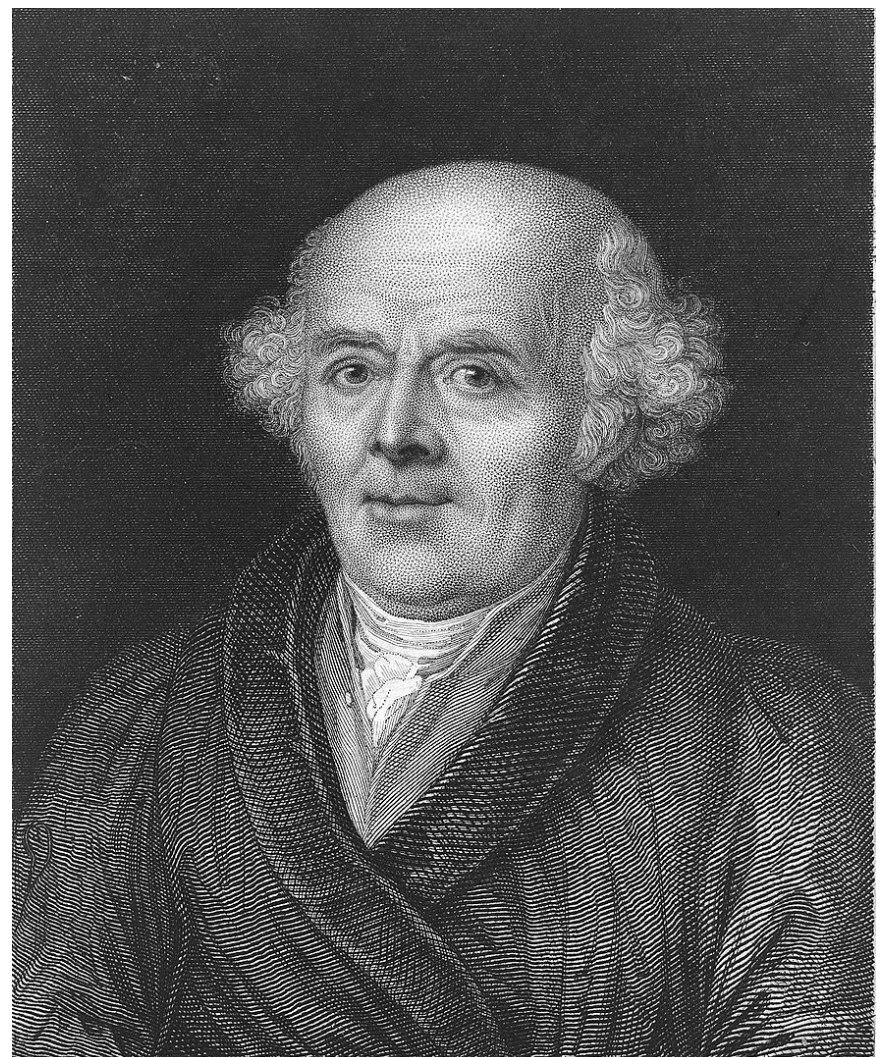
Ο ήρεμος, ψυχρός άνθρωπος, που αφήνει τα πράγματα να κυλήσουν απαλά, πετυχαίνει επίσης τον σκοπό του, ζει πιο ήρεμα και υγιώς και φτάνει σε καλά γηρατειά. Και αυτός ο ήρεμος άνθρωπος φωτίζει μερικές φορές μια τυχερή ιδέα, καρπό σοβαρής πρωτότυπης σκέψης, η οποία θα δώσει μια πολύ πιο κερδοφόρα ώθηση στις κοσμικές του υποθέσεις απ' ό,τι μπορεί ποτέ να κερδίσει ο υπερφορτωμένος άνθρωπος που δεν βρίσκει ποτέ χρόνο να συγκεντρώσει τις σκέψεις του.

Για να κερδίσετε την κούρσα, η ταχύτητα δεν είναι το μόνο που απαιτείται. Προσπαθήστε να αποκτήσετε λίγη αδιαφορία, ψυχραιμία και ηρεμία, τότε θα είστε αυτό που θέλω να είστε. Τότε θα δείτε θαυμαστά πράγματα- θα δείτε πόσο υγιείς θα γίνετε ακολουθώντας τις συμβουλές μου. Τότε το αίμα σας θα περνάει μέσα από τα αιμοφόρα αγγεία σας ήρεμα και ήρεμα, χωρίς προσπάθεια και χωρίς θερμότητα. Κανένα φρικτό όνειρο δεν θα διαταράσσει τον ύπνο εκείνου που ξαπλώνει για να ξεκουραστεί χωρίς ιδιαίτερα τεντωμένα νεύρα. Ο άνθρωπος που είναι απαλλαγμένος από τη φροντίδα ξυπνάει το πρωί χωρίς άγχος για τις πολυποικίλες ασχολίες της ημέρας. Τι τον νοιάζει ; Η ευτυχία της ζωής τον απασχολεί περισσότερο από οτιδήποτε άλλο. Με φρέσκια ζωντάνια ξεκινάει τη μέτρια δουλειά του και στα γεύματά του τίποτα, καμία εκροή αίματος, καμία φροντίδα, καμία έγνοια του νου δεν τον εμποδίζει να απολαύσει αυτό που ο ευεργετικός Διατηρητής της Ζωής βάζει μπροστά του. Και έτσι η μια μέρα διαδέχεται την άλλη με ήρεμη διαδοχή, ώσπου η τελευταία μέρα της προχωρημένης ηλικίας τον φέρνει στο τέλος μιας καλά περπατημένης ζωής και αναπαύεται ήρεμα σε έναν άλλο κόσμο, όπως έζησε ήρεμα σε αυτόν.

Δεν είναι αυτό πιο ορθολογικό, πιο λογικό; Αφήστε τους ανήσυχους, αυτοκαταστροφικούς ανθρώπους να ενεργούν όσο παράλογα, όσο επιζήμια για τον εαυτό τους θέλουν- ας είναι ανόητοι. Αλλά εσείς να είστε σοφότεροι! Μην με αφήσετε να κηρύξω μάταια αυτή τη σοφία της ζωής. Εννοώ το καλό σας.

Αντίο, ακολουθήστε τη συμβουλή μου, και όταν όλα πάνε καλά μαζί σας, θυμηθείτε τον Δρ Σ. Χάνεμαν.

"Υ.Γ. - Εάν μειωθείτε μέχρι και την τελευταία σας δεκάρα, παραμείνετε χαρούμενοι και ευτυχισμένοι. Η πρόνοια μας προσέχει και μια τυχερή τύχη τα κάνει όλα πάλι καλά. Πόσα χρειαζόμαστε για να ζήσουμε, για να αποκαταστήσουμε τις δυνάμεις μας με φαγητό και ποτό, για να προστατευτούμε από το κρύο και τη ζέση; Λίγο περισσότερο από το καλό κουράγιο- όταν το έχουμε αυτό, τα δευτερεύοντα βασικά μπορούμε να τα βρούμε χωρίς ιδιαίτερο κόπο. Ο σοφός άνθρωπος δεν χρειάζεται παρά ελάχιστα. Η δύναμη που είναι συντηρημένη δεν χρειάζεται να ανακαινιστεί με φάρμακα".



(Σημείωση: Ο ράφτης έζησε μέχρι τα 92 του χρόνια!)
Από: Thomas Lindsley Bradford - Κεφάλαιο xvi. Monthly Hom.
Review, τ. 31, σ. 617. N. E. Medorrhinum Gazette, Μάρτιος
1887.

Τα καλά νέα

Webinar για την Ομοιοπαθητική Αντιμετώπιση των Κεφαλαλγιών από τον Σπύρο Κυβέλλο

Στις 28 Σεπτεμβρίου 2025, ο Γενικός Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής, Σπύρος Κυβέλλος, ιατρός Γενικής Ιατρικής με μεταπτυχιακό στη Γονιδιωματική Ιατρική, παρουσίασε ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον webinar που οργανώθηκε από το Faculty of Homeopathy του Ηνωμένου Βασιλείου, με θέμα: «Η Ομοιοπαθητική αντιμετώπιση των κεφαλαλγιών».

Ο Σπύρος Κυβέλλος διαθέτει μακρά και πολύτιμη εμπειρία στη διαχείριση των κεφαλαλγιών, τόσο από το ιδιωτικό του ιατρείο όσο και από τη μακρόχρονη λειτουργία εξωτερικού ιατρείου Ομοιοπαθητικής για κεφαλαλγίες στο Ιατρείο Κεφαλαλγίας της Νευρολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς».

Στην παρουσίασή του ανέλυσε αρχικά την παθοφυσιολογία και τα είδη κεφαλαλγίας, την αντιμετώπισή τους από τη συμβατική ιατρική, καθώς και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, τόσο στη βραχυπρόθεσμη όσο και στη μακροπρόθεσμη χρήση.

Στη συνέχεια παρουσίασε τα ερευνητικά δεδομένα που υπάρχουν διεθνώς για την ομοιοπαθητική στην κεφαλαλγία, την προσωπική του ερευνητική δουλειά στο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», καθώς και τις κλινικές του παρατηρήσεις σε συνάρτηση με τη θεωρία των Επιπέδων Υγείας του Καθηγητή Γ. Βυθούλκα.

Το webinar ολοκληρώθηκε με την παρουσίαση πολύ ενδιαφερόντων κλινικών περιστατικών, στα οποία η ομοιοπαθητική οδήγησε σε ουσιαστική και μακροχρόνια βελτίωση, συνοδευόμενη από εντυπωσιακά follow-ups. Στο τέλος, ο ομιλητής απάντησε σε ερωτήσεις των ιατρών-μελών του Faculty of Homeopathy, προσφέροντας περαιτέρω διευκρινίσεις και πολύτιμη κλινική γνώση.

Ευχαριστούμε θερμά τον εκλεκτό συνάδελφο Σπύρο Κυβέλλο για την επιστημονικά τεκμηριωμένη και ιδιαίτερα διδακτική παρουσίαση.

Ελευθέριος Ταπάκης
Ιατρός (Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.)
MSc Κλασικής Ομοιοπαθητικής



9ο ΘΕΡΙΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ «ΤΡΙΚΑΛΑ 2025»

Κάτω από το άγρυπνο βλέμμα του Ασκληπιού

Πόλη διάσπαρτη με διατηρητέα μνημεία που μαρτυρούν την μακραίωνη ιστορία της, ευρήματα εγκατάστασης που χρονολογούνται από την εποχή του Χαλκού και κατάλοιπα που προέρχονται από την ελληνιστική εποχή, τους πρώιμους ρωμαϊκούς χρόνους και τη βυζαντινή περίοδο. Η περιήγηση στα σοκάκια της αποκαλύπτει το οθωμανικό παρελθόν της αλλά και την πορεία της πόλης κατά τον 18ο και 19ο αιώνα.

Την διατρέχει ο ποταμός της λησμονιάς, ο Ληθαίος με τις πλατανοσκέπαστες όχθες του στις οποίες λέγεται ότι γεννήθηκε ο Ασκληπιός, ο Θεός της Ιατρικής που λατρευόταν σε όλο τον ελλαδικό χώρο κατά την αρχαιότητα και που λόγω της μεγάλης του προσφοράς στο ανθρώπινο γένος θεοποιήθηκε από τους ανθρώπους και πέρασε στον μύθο και στην ιστορία.

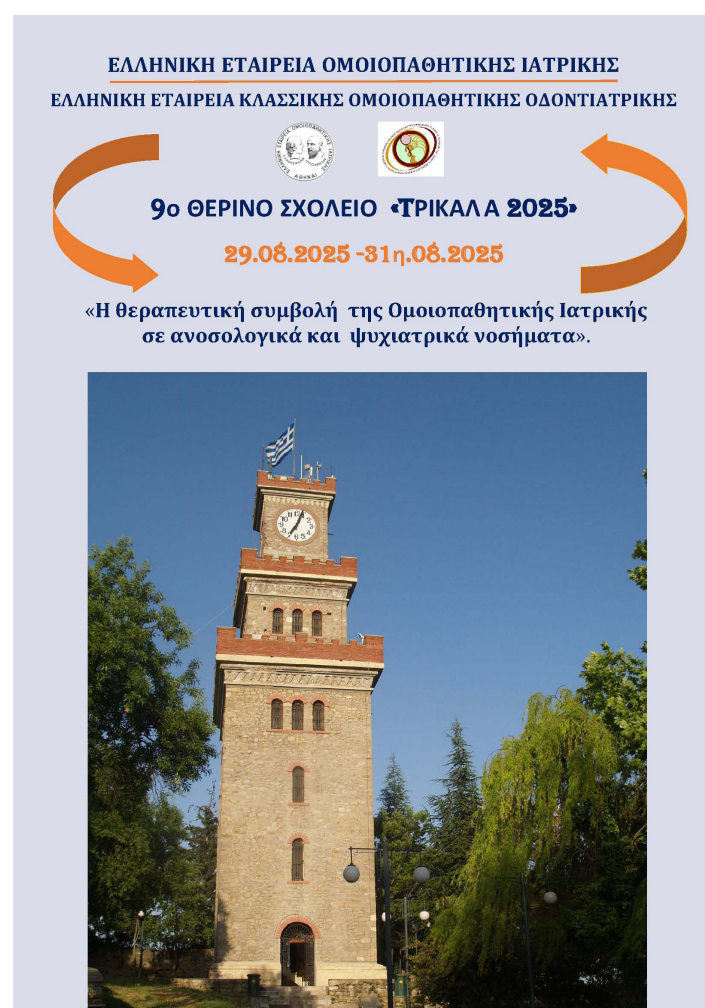
Αναφερόμαστε στην πόλη των Τρικάλων στην αρχαία «Τρίκκη» η οποία ονομάστηκε έτσι από τη νύμφη Τρίκκη, κόρη του Πηνειού ή κατ' άλλους του Ασωπού ποταμού. Με κυρίαρχο κριτήριο, την ιστορικότητα του τόπου με τα πολλά και τεράστιες αξίας μνημεία και ποικίλα αξιοθέατα αλλά και λαμβάνοντας υπόψιν το φυσικό κάλλος της ευρύτερης περιοχής, έγινε φέτος η επιλογή του τόπου αυτού, για την διεξαγωγή του 9ου Θερινού Σχολείου, το οποίο πραγματοποιήθηκε από τις 29-31 Αυγούστου 2025, στο ιστορικό Ξενοδοχείο των Τρικάλων «Πανελλήνιον».

Με τίτλο «*Η θεραπευτική συμβολή της Ομοιοπαθητικής Ιατρικής σε ανοσολογικά και ψυχιατρικά νοσήματα*», ο Πρόεδρος της Εκπαιδευτικής Επιτροπής της Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής κ. **Βασίλειος Φωτιάδης** καθώς και σύσσωμο το Δ.Σ. της Ε.Ε.Ο.Ι. αλλά και το Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Κλασσικής Ομοιοπαθητικής Οδοντιατρικής, καλωσόρισαν στο 9ο Θερινό Σχολείο «Τρίκαλα 2025» τους 30 και πλέον συμμετέχοντες. Ο στόχος του Θερινού Σχολείου ήταν να προσφέρει ένα γόνιμο πεδίο συνάντησης και ανταλλαγής γνώσεων, ιδεών και εμπειριών, σε ένα περιβάλλον που συνδυάζει την ακαδημαϊκή αριστεία με την έμπνευση που χαρίζει η Θεσσαλική γη.

Στους συμμετέχοντες προσφέρθηκε η ευκαιρία να εμβαθύνουν σε σύγχρονα επιστημονικά ζητήματα, να γνωρίσουν καινοτόμες προσεγγίσεις και να καλλιεργήσουν δεξιότητες που

υπερβαίνουν τα στενά όρια της τυπικής διδασκαλίας.

Το φετινό Θερινό Σχολείο προσπάθησε να αποτελέσει όχι μόνο έναν σταθμό μάθησης αλλά και μια εμπειρία ζωής, όπου η ακαδημαϊκή έρευνα να συναντήσει την ανθρώπινη επαφή.



Στο Θερινό Σχολείο συμμετείχαν Ιατροί, Οδοντίατροι και φαρμακοποιοί και η έναρξη των εργασιών του έγινε την Παρασκευή 29 Αυγούστου 2025 με πρώτο ομιλητή τον κ. **Κυβέλλο Σπυριδώνα**, Ιατρό Γενικής Ιατρικής, MSc Γονιδιωματικής Ιατρικής, ο οποίος έκανε μια πολύ ενδιαφέρουσα ομιλία με τίτλο «*Κρίσεις πανικού και υποκείμενη καταθλιπτική συνδρομή υπό χημική αγωγή. Διαχείριση, θεραπεία και ίαση με την Ομοιοπαθητική θεραπεία. Χαρακτηριστικά περιστατικά*».

Στην ομιλία του ο κ. Κυβέλλος εξήγησε ότι οι κρίσεις πανικού αποτελούν αιφνίδιες εξάρσεις έντονου φόβου ή άγχους, οι οποίες συνοδεύονται από σωματικά και νοητικά συμπτώματα όπως αίσθημα παλμών, δύσπνοια, ζάλη και φόβο απώλειας

9ο ΘΕΡΙΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ «ΤΡΙΚΑΛΑ 2025»

Κάτω από το άγρυπνο βλέμμα του Ασκληπιού



ελέγχου ή θανάτου. Συχνά συνυπάρχουν με καταθλιπτική συνδρομή, γεγονός που επιβαρύνει την πρόγνωση και καθιστά απαραίτητη μια ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση. Η παρούσα μελέτη εξετάζει τη διαχείριση και την ίαση κρίσεων πανικού με υποκείμενη κατάθλιψη υπό χημική αγωγή, μέσω της Ομοιοπαθητικής ιατρικής.

Αρχικά παρουσιάζεται η νευροβιολογική διάσταση του πανικού και η αλληλεπίδρασή του με την κατάθλιψη, καθώς και η θεωρητική σύνδεση με την ψυχονευροανοσολογία (General Adaptation Syndrome του Seyle). Έπειτα αναλύεται η ομοιοπαθητική προσέγγιση, η οποία δίνει έμφαση όχι μόνο στα τυπικά συμπτώματα της κρίσης, αλλά κυρίως στα ιδιοσυγκρασιακά, ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς και στο ιστορικό των «ailments from».

Παρουσιάζονται χαρακτηριστικά περιστατικά υψηλού και χαμηλού επιπέδου υγείας. Σε πρόσφατες περιπτώσεις με διατηρημένη κλινική εικόνα, η εξατομικευμένη συνταγογράφηση (π.χ.

Aconitum, Nat-m) οδήγησε σε πλήρη αποκατάσταση και σταδιακή διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Σε χρόνιες περιπτώσεις, όπου η χημική αγωγή είχε καταστείλει κρίσιμα ψυχονοπτικά συμπτώματα, η θεραπευτική πορεία επικεντρώθηκε στην ανάδυση των καταπιεσμένων στοιχείων και στην επιλογή βαθύτερων ιδιοσυγκρασιακών φαρμάκων (π.χ. Lac-c).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η Ομοιοπαθητική μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση ή εξάλειψη των κρίσεων πανικού, στην αντιμετώπιση της συννοσηρότητας με την κατάθλιψη και στη σταδιακή μείωση της χημικής αγωγής, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής. Συμπερασματικά, προτείνεται ως συμπληρωματική και, σε ορισμένες περιπτώσεις, κύρια θεραπευτική επιλογή.

Στην συνέχεια τον λόγο πήρε ο κ. **Μιχαλάκης Μιχαήλ**, Οδοντίατρος, Ομοιοπαθητικός, Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Κλασσικής Ομοιοπαθητικής Οδοντιατρικής ο οποίος στην ομιλία

του με τίτλο «Τραύμα γναθοπροσωπικής περιοχής». Ο κ. Μιχαλάκης ανέφερε ότι οι τραυματισμοί της γναθοπροσωπικής περιοχής αποτελούν ένα πεδίο με το οποίο ο οδοντίατρος θα έρθει σε επαφή, και όπου καταγράφονται οι τρεις βασικές κατηγορίες με περιστατικά όσον αφορά τον αιτιολογικό παράγοντα/ερέθισμα να διεγείρει τους ιστούς τόσο ενδοστοματικά όσο και εξωστοματικά.

Μηχανικής φύσης αίτια αποτελούν την συχνότερη κατηγορία χρόνιων αλλά και οξέων καταστάσεων. Θερμικός και η χημικός τραυματισμός δεν είναι καθόλου σπάνιο φαινόμενο για τους ενδοστοματικούς ιστούς.

Σε πρώτο χρόνο η πλήρης εξέταση σε συνδυασμό με τα κατάλληλα μέσα αξιολόγησης και σε δεύτερο χρόνο η ταχύτητα με την οποία θα γίνουν οι κατάλληλοι χειρισμοί συγκλίνουν στην βέλτιστη θεραπευτική αποκατάσταση. Μέσα από μια ευρεία γκάμα περιστατικών δικών μου αλλά και συναδέλφων αντλούμε μια ιδέα του τι συμβαίνει καθημερινά γύρο μας και την σημαντική βοήθεια και μακρά εμπειρία που η ομοιοπαθητική προσφέρει σε αυτές τις καταστάσεις.

Κανένας τραυματισμός δεν είναι ίδιος με τον προηγούμενο ! Ακόμα και στο ίδιο άτομο, σε συνάρτηση με την ηλικία και τον χρόνο αντιμετώπισης καθορίζεται η θεραπευτική του προσέγγιση.

Η πλήρης εξέταση, τα κατάλληλα μέσα αξιολόγησης και η ταχύτητα με την οποία θα γίνουν οι κατάλληλοι χειρισμοί συγκλίνουν στην θεραπευτική αποκατάσταση. Οι θεραπευτικοί χειρισμοί αξιολογούνται κατά περίπτωση σε σχέση με την πορεία της επουλωτικής διαδικασίας και σε συνδυασμό με το κατάλληλο ομοιοπαθητικό φάρμακο –simillimum.

Οι εργασίες του Θερινού Σχολείου την Παρασκευή έληξαν με την ομιλία του κ. **Τσιπινίδη Κωνσταντίνου**, Ακτινολόγου, πρ. Διευθυντής του Αξονικού Τομογράφου του 251 ΓΝΑ με τίτλο «*Όνειρα και Ομοιοπαθητική*».

Ο κ. Τσιπινίδης αναφέρθηκε στην αξιολόγηση των ονείρων και στους διαφορετικούς τύπους τους. Παρουσίασε ακόμη μια μισματική βάση τριαδικής μορφής, η οποία εφαρμόζεται σε όλες τις ψυχοπαθολογικές διαστάσεις, διευκολύνοντας έτσι την ακριβέστερη επιλογή του ομοιοπαθητικού φαρμάκου ανάλογα με την επιβάρυνση της κάθε ψυχοπαθολογίας. Τόνισε ότι ορισμένες παθολογίες παρουσιάζουν μεγαλύτερη μισματική βαρύτητα • για παράδειγμα, είναι απίθανο να είναι κάποιος ψωρικός και ταυτό-

χρονα να πάσχει από σχιζοφρένεια.

Το Σάββατο 30 Αυγούστου 2025 η κα **Ιωακείμиду Κυριακή**, Ψυχίατρος, Ομοιοπαθητικός, έκανε αναφορά στην ομιλία της για την «*Ομοιοπαθητική ψυχοθεραπεία: δυνατότητα ίασης ασθενειών (καθημερινών και προγονικών). Η επίδρασή της στα ανθρώπινα συστήματα*».

Η κα Ιωακείμиду αναφέρθηκε στη θεωρία συστημάτων στην ψυχολογία, εξήγησε τι σηματοδοτεί η νόσος σε ένα ανθρώπινο σύστημα και υπογράμμισε την επίδραση της Ομοιοθεραπευτικής στο ανθρώπινο σύστημα. Η προσεκτική παράθεση ιστορικών από την ομιλήτρια ήταν εξαιρετικά χρήσιμη και άκρως ενδιαφέρουσα.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1ο: Σκλήρυνση κατά πλάκας: 70% βελτίωση σε διάθεση και χωλότητα με staphysagria 1m....η επαφή με την ιατρό διεκόπη μόλις η ασθενής αποκάλυψε ότι υφίστατο χρόνια ενδοοικογενειακή βία (εξ' ου και το remedy).

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2ο: Αυτισμός 17 χρονών, αγόρι φοβάται υπερβολικά να πάει στο σχολείο χορηγείται σε κρίση πανικού του stramonium 10m και το παιδί άμεσα ηρεμεί και επικοινωνεί (!) και μένει στο σχολείο σχεδόν ούτε με αυτιστική συμπεριφορά. Οι γονείς του χορηγούν ψυχοφάρμακα με προτροπή του παιδοψυχιάτρου που το επέβλεπε για να μην...έχει σεξουαλική διάθεση, και...η περίπτωση χάθηκε.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3ο: Σύνδρομο με νοητική υστέρηση , κοριτσάκι 5 χρονών: από κατάσταση ψυχοκινητική «ΜΟΓΛΗ» το παιδάκι μετά χορήγηση medorhinum 10m, απέκτησε βλεμματική επαφή, έγινε υπάκουο σε εντολές και άρχισε να προσπαθεί να μιλήσει... τεράστια διαφορά βεβαίωσαν οι εκπαιδευτές και...οι γονείς ευγνώμονες, συνέχισαν να δοκιμάζουν μόνοι τους ομοιοπαθητικά remedies θεωρώντας ότι κατάλαβαν (...) και πήγαν το παιδάκι και σε μια ψυχίατρο από άλλη χώρα με απόφαση της μητέρας (διότι την Ομοιοπαθητικό την είχε βρει ο πατέρας...) η οποία πρόσθεσε νευροληπτικά φάρμακα και η περίπτωση προφανώς χάθηκε.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 4ο: Ρευματοειδής αρθρίτις σε κοριτσάκι. Από 3χρονών στη δεξιά κατά γόνα, προσέρχεται κουτσαίνοντας, παρότι με methotrexate για χρόνια και έχοντας πάρει απόφαση ότι θα κουτσαίνει πάντα....belladonna 200 και pulsatilla 1m βελτιώνουν 70%την κατάσταση, αλλά causticum 1m μετά καιρό για μια ρινιτιδα θεραπεύει τελείως το παιδί: ο πατέρας συχνά έδερνε το κοριτσάκι που ήταν και το μεγαλύτερο της πολυμελούς οικογένειας

9ο ΘΕΡΙΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ «ΤΡΙΚΑΛΑ 2025»

Κάτω από το άγρυπνο βλέμμα του Ασκληπιού

,καθώς αυτό ήταν το ...μεγαλύτερο...

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 5ο: Ινομυαλγία σε γυναίκα 60 ετών. Προσήλθε για ινομυαλγία, χορηγήθηκε causticum 1m και στον επανέλεγχο δήλωσε ότι Ξαναβγήκαν και τα μαλλιά της (φορούσε περούκα που δεν μας το είχε πει) μετά 43χρόνια....είχε συμβεί βιασμός που δεν αποκάλυψε ποτέ στους γονείς, γιατί δε θα την πίστευαν, δεν παντρεύτηκε για τον ίδιο λόγο και έζησε με το φοβερό μυστικό.

Αμέσως μετά ο κ. **Μποτής Σωτήρης**, Γενικός Ιατρός, Ομοιοπαθητικός μίλησε διεξοδικά για τα «Θαυμαστά αποτελέσματα που μόνο η Ομοιοπαθητική μπορεί να επιτελέσει» παρουσιάζοντας ένα πολύ ενδιαφέρον περιστατικό που παρακολουθεί στο ιατρείο του. Πιο συγκεκριμένα παρουσίασε το ιστορικό ενός κοριτσιού 10 ετών, το οποίο μετά από ψυχική καταπόνηση παρουσίασε Λεύκη εκτεταμένη στο σώμα της, ιδιαίτερα στα άκρα της.

Ο γιατρός ανέφερε ότι την παρακολουθεί 6 χρόνια τώρα και στη διάρκεια της μακροχρόνιας αυτής θεραπείας παρουσίασε και δεύτερο αυτοάνοσο νόσημα το οποίο επίσης αντιμετωπίστηκε εξαιρετικά με την Ομοιοπαθητική αγωγή.

Η Άννα ήταν 7 ετών όταν πρωτοπαρουσίασε την Λεύκη αλλά την ανέλαβε στην ηλικία των 10 ετών και ενώ τα τελευταία 2 χρόνια η Λεύκη είχε επεκταθεί πολύ, ιδιαίτερα γύρω από τα μάτια, στους μηρούς και στα γόνατα αλλά και στα άνω άκρα.

Λίγο πριν παρουσιαστεί η Λεύκη είχε διαγνωσθεί ο εξαδέλφος της με Οξεία Λευχαιμία.

Είναι πολύ συνδεδεμένα τα Ξαδέλφια

καθώς έχουν μεγαλώσει μαζί. Είχε στενοχωρηθεί πολύ τότε και συνέχιζε να τον σκέπτεται πολύ και να ανησυχεί.

Είναι δίδυμες με την αδελφή της.

Ο πατέρας της ήταν 44 ετών το 2019 που την ανέλαβε και έπασχε ήδη από Κοιλιοκάκη, Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Β και Hashimoto.

Από το ιστορικό της μητέρας που τότε ήταν 33 ετών, ουδέν αναφέρεται.

Περιγράφεται ως ένα ώριμο παιδί που έχει άγχος για τα μαθήματα του και είναι γενικά υπεύθυνο. Εκνευρίζεται όμως με την μητέρα της όταν την παρακινεί να διαβάσει και τον τελευταίο χρόνο είναι «αντιδραστική» στο σπίτι και δεν υπακούει. Στο σχολείο είναι κοινωνική αλλά θεωρείται αρκετά κλειστή και ακόμη δεν έχει κάνει φίλιες στο νέο σχολείο που έχει ξεκινήσει.

Όταν στενοχωρείται ή της έρχεται μια αρνητική σκέψη κλείνεται. Δυσκολεύεται να πει αυτό που νιώθει. Επίσης δυσκολεύεται πολύ και να κλάψει, χρειάζεται να φορτιστεί πολύ προηγουμένως. Ανησυχεί πολύ για τους άλλους και της αρέσει να τους φροντίζει.

Ζηλεύει λίγο την αδελφή της και είναι ανταγωνιστική.

Ζεσταίνεται πολύ και ο ήλιος την ενοχλεί ιδιαίτερα.

Έχει αυξημένη δίψα και ζητά περισσότερο το λεμόνι ενώ απεχθάνεται το λίπος, τα μακαρόνια και το Ξύδι. Ο ύπνος της είναι καλός και προτιμά να είναι μπρούμυτα

Με τα παραπάνω δεδομένα έλαβε Natrum muriaticum 200CH μια δόση για το πρώτο πρωί, Natrum muriaticum 1M μια δόση για το δεύτερο πρωί και Natrum muriaticum 6X, 45 δόσεις μια κάθε πρωί .

Στο τέλος αυτής της αγωγής και σε τηλεφωνική επικοινωνία ήταν καλύτερα και συνεχίσαμε με Natrum muriaticum 12CH, 60 δόσεις για τους επόμενους 2 μήνες. Μετά αυτή την αγωγή το αποτέλεσμα ήταν πλέον σαφές. Σε αρκετά σημεία η Λεύκη είχε αρχίσει να περιορίζεται ενώ είχε σταματήσει το φαινόμενο όπου τραυματιζόταν ή την τσιμπούσε έντομο να παρουσιάζεται Λεύκη.

Έχοντας κλείσει δύο χρόνια συστηματικής ομοιοπαθητικής αγωγής και ενώ η Λεύκη εξελίσσεται πάρα πολύ καλά και έχει περιορισθεί σημαντικά, η Άννα αρχίζει να παραπονείται για χιονίστρες στα χέρια αλλά περισσότερο στα δάχτυλα των ποδιών. Επειδή υποφέρει αρκετά, παράλληλα με το Natrum muriaticum 6X της δίνω και 10 δόσεις Pulsatilla 200CH κάθε βράδυ καθώς είναι ένα από τα καλύτερα φάρμακα για Χειμειά. Αποτέλεσμα δεν υπήρξε και τον επόμενο χειμώνα επανέρχονται τα συμπτώματα με οίδημα και ερυθρότητα των δακτύλων των ποδιών, με εναλλαγές θερμοκρασίας, κνησμό χειρότερα το βράδυ με την ζέση του κρεβατιού, καλύτερα με κρύο νερό.

Μετά το μπάνιο οι άκροι πόδες και ειδικά τα δάχτυλα γίνονται κυανά. Πλέον δεν φορά κάλτσες καθώς ζεσταίνονται τα πόδια και ιδρώνουν. Τα Ξεσκεπάζει μόνιμα. Τα Sulphur 200 και Medorrhinum 200 επίσης δεν απέδωσαν. Καταλαβαίνω πως η κατάσταση έχει προχωρήσει σε Raynaud και τον Οκτώβριο του 2023 της συνταγογραφώ το Secale cornutum το οποίο και παρέλαβε από φαρμακείο της περιοχής του Καματερού που αναγράφεται και στην λίστα μας. Και πάλι χωρίς αποτέλεσμα οπότε δοκίμασα και το Petroleum με πα-



ροδικό όμως αποτέλεσμα. Τον Οκτώβριο του 2024 τα συμπτώματα επιμένουν. Είναι πάντα χειρότερα στα πόδια. Δεν μπορεί να τα σκεπάσει ποτέ, ούτε τον χειμώνα, πάει στο σχολείο με πέδιλα. Είναι κρύα και όχι ζεστά, κόκκινα και με κνησμό

Αποφασίζω να της Ξαναδώσω το *Secale cornutum* από κεντρικό φαρμακείο πλέον.

Στις αρχές Δεκεμβρίου είναι πολύ καλύτερα, άνω του 50%. Συνεχίσαμε με το φάρμακο αυτό και όταν την είδα τον Ιούνιο το Raynaud είχε πλήρως υποχωρήσει ενώ και η Λεύκη έχει περιοριστεί πάρα πολύ. Η αστοχία λοιπόν ενός φαρμακείου παρέτεινε το μαρτύριο της Άνας για έναν ακόμη χρόνο και θα μπορούσε για πολλά περισσότερα χρόνια αν δεν αποφάσιζα να Ξαναδοκιμάσω το φάρμακο αυτό.

Η κα **Χατζημανουήλ Αφροδίτη**, Οδοντίατρος, Ομοιοπαθητικός, Μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Κλασσικής Ομοιοπαθητικής Οδοντιατρικής στην πολύ ενδιαφέρουσα ομιλία της με τίτλο «*Ζωτική Δύναμη – Συγκριτική μελέτη με άλλες έννοιες*», αναφέρθηκε στην έννοια της «ζωτικής δύναμης» η οποία αποτελεί διαχρονικό αντικείμενο μελέτης και συζήτησης σε διαφορετικά φιλοσοφικά, ιατρικά και επιστημονικά πλαίσια.

Η παρούσα συγκριτική εννοιολογική μελέτη

-υπογράμμισε η κα Χατζημανουήλ- εξετάζει την ιστορική και θεωρητική της εξέλιξη, αναδεικνύοντας τις πολλαπλές ερμηνείες που της αποδόθηκαν. Στην κλασική ομοιοπαθητική, ο Hahnemann περιγράφει τη ζωτική δύναμη ως άυλη και αυτενεργό αρχή που ρυθμίζει την υγεία και όταν διαταράσσεται οδηγεί σε ασθένεια. Στην παραδοσιακή κινεζική ιατρική, η αντίστοιχη έννοια του Qi (Τσι) αποτελεί ενεργειακή ροή μέσω μεσημβρινών, της οποίας η ισορροπία εξασφαλίζει την υγεία. Η ανθρωποσοφία του Rudolf Steiner εισάγει το «αιθερικό σώμα» ως ενεργειακό υπόβαθρο του φυσικού οργανισμού, συνδεδεμένο με ανάπτυξη, μνήμη και αυτοϊαση. Ο Wilhelm Reich, μέσω της θεωρίας της οργάνης, προτείνει μια πρωταρχική κοσμική ενέργεια που διαπερνά κάθε μορφή ζωής και ύλης, ενώ η αρχαιοελληνική σκέψη θεμελιώνει την έννοια του αιθέρα ως πεμπουσίας του ουρανού. Παράλληλα, σύγχρονες προσεγγίσεις της ολιστικής ιατρικής (π.χ. Gabor Maté, Runtger Dalke) αναδεικνύουν τη σύνδεση ασθένειας με ψυχολογικούς και πνευματικούς παράγοντες, διευρύνοντας την κατανόηση της υγείας πέρα από το βιοϊατρικό μοντέλο. Η μελέτη καταδεικνύει ότι η «ζωτική δύναμη» δεν αποτελεί μόνο φιλοσοφικό ή μεταφυσικό σχήμα, αλλά και ένα συνεκτικό εννοιολογικό πλαίσιο που γεφυρώνει παραδοσιακές και σύγχρονες θεραπευτικές πρακτικές. Η σύγκριση αυτών των θεωρήσεων ενισχύει τον διάλογο μεταξύ διαφορετικών επιστημονικών και πολιτισμικών παραδόσεων, προάγοντας

μια διευρυμένη κατανόηση της υγείας και της θεραπείας.

Ακολουθως ο κ. **Συλλιγνάκης Ιωάννης**, Φαρμακοποιός, με την ομιλία του «*Η Φαρμακευτική χλωρίδα του Ασκληπιείου Τρίκκης διαχρονικά στον Ιπποκράτη και στη σύγχρονη Ομοιοπαθητική*», τόνισε ότι η φαρμακευτική χλωρίδα της περιοχής της Τρίκκης, όπου ιδρύθηκε το αρχαιότερο Ασκληπείο της Ελλάδας, συνιστά έναν μοναδικό συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην αρχαία ιατρική παράδοση, την Ιπποκρατική σκέψη και τις σύγχρονες ολιστικές προσεγγίσεις, όπως η ομοιοπαθητική. Η περιοχή των Τρικάλων, πλούσια σε αρωματικά και φαρμακευτικά φυτά, αποτέλεσε το φυσικό περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύχθηκε η λατρεία του Ασκληπιού, θεού της ιατρικής, και καλλιεργήθηκε η αντίληψη ότι η φύση αποτελεί πηγή ίασης. Στα Ασκληπεία εφαρμόζονταν συνδυαστικά τελεουργίες, παρατήρηση της φύσης, δίαιτα και χρήση βοτάνων, προετοιμάζοντας το έδαφος για την Ιπποκρατική ιατρική.

Ο Ιπποκράτης θεμελιώσε την επιστημονική ιατρική, εισάγοντας την παρατηρητική μέθοδο, την πρόγνωση και τη θεωρία των χυμών, ενώ έκανε εκτεταμένη χρήση φυτικών σκευασμάτων, αναγνωρίζοντας την ισχύ των φαρμακευτικών φυτών στην αποκατάσταση της υγείας. Η συνέχεια αυτής της γνώσης αποτυπώνεται στη λαϊκή ιατρική, όπως στην παράδοση των Βικογιατρών της Πίνδου, αλλά και στη σύγχρονη ομοιοπαθητική, η οποία αξιοποιεί φυτικά εκχυλίσματα σε μη τοξικές, υπεραραιωμένες μορ-

9ο ΘΕΡΙΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ «ΤΡΙΚΑΛΑ 2025»

Κάτω από το άγρυπνο βλέμμα του Ασκληπιού

φές, προωθώντας την εξατομικευμένη θεραπεία. Η ελληνική χλωρίδα, από τις πλουσιότερες παγκοσμίως, περιλαμβάνει πλήθος ενδημικών και αρωματικών ειδών με θεραπευτικές ιδιότητες, των οποίων η αειφορική διαχείριση είναι απαραίτητη λόγω της απειλής από ανθρώπινες δραστηριότητες και κλιματικές αλλαγές. Η διαχρονική αξιοποίηση της φαρμακευτικής χλωρίδας της Τρίκκης αναδεικνύει τη διαρκή επικαιρότητα της σχέσης φύσης και υγείας, προσφέροντας ένα πολύτιμο υπόβαθρο για τη σύγχρονη φαρμακολογία και τις εναλλακτικές ιατρικές πρακτικές.

Ο Ψυχίατρος - Ομοιοπαθητικός ιατρός - Ψυχοθεραπευτής κ. **Φυτόπουλος Κωνσταντίνος**, με την ομιλία του «*Η καταλυτική Συμβολή της Ομοιοπαθητικής Ιατρικής στη Θεραπεία των Ψυχολογικών Νοσημάτων. Ανασκόπηση Κλινικής Εμπειρίας τριάντα πέντε ετών*» τόνισε στην ομιλία του ότι η ομοιοπαθητική ιατρική, ως εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση, έχει βρεθεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη διαχείριση και αντιμετώπιση ψυχολογικών νοσημάτων, ιδίως όταν εντάσσεται σε ένα ολιστικό θεραπευτικό πλαίσιο. Βασισόμενη σε κλινική εμπειρία τριάντα πέντε ετών, η παρούσα ανασκόπηση αναδεικνύει τον καταλυτικό ρόλο των ομοιοπαθητικών φαρμάκων ως διεγερτών της εσωτερικής θεραπευτικής νομοτέλειας του οργανισμού. Η δράση τους υπερβαίνει την απλή συμπτωματολογική ανακούφιση, ενισχύοντας τη συνοχή σώματος-νου-πνεύματος και διευκολύνοντας μεταμορφωτικές διεργασίες που οδηγούν σε βαθύτερη αυτογνωσία, πνευματική ανάπτυξη και ψυχολογική ωρίμανση.

Κεντρικό στοιχείο της ομοιοπαθητικής

παρέμβασης αποτελεί η εξατομικευση της θεραπείας, η οποία προϋποθέτει ενδελεχή διάγνωση του χαρακτήρα και πιθανών διαταραχών προσωπικότητας. Η διάγνωση λειτουργεί ως «χάρτης» για την πρόγνωση, την ασφαλή καθοδήγηση της θεραπευτικής πορείας και την αποφυγή χειρισμών που συχνά παρατηρούνται σε διαταραχές προσωπικότητας. Παράλληλα, η συνεργασία με την ψυχοθεραπεία του βάθους δημιουργεί συνέργειες, καθώς η ομοιοπαθητική ενισχύει τη συναισθηματική ανθεκτικότητα και διευκολύνει την ταχύτερη άρση αμυντικών μηχανισμών, επιτρέποντας ουσιαστικότερη ψυχοθεραπευτική εργασία.

Η θεραπευτική διαδικασία εκτυλίσσεται σε διαδοχικά στάδια, από την ένταση των συμπτωμάτων έως την κορύφωση, τη ρήξη και την ανάδυση μιας νέας ισορροπίας. Μέσα από αυτό το πλαίσιο, η ασθένεια παύει να νοείται αποκλειστικά ως παθολογική κατάσταση και επανανοηματοδοτείται ως ευκαιρία μεταμόρφωσης. Τα κλινικά παραδείγματα υποστηρίζουν ότι η ομοιοπαθητική μπορεί να επιφέρει ουσιαστική ανακούφιση και αναγέννηση, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου, δυναμικού και αυτοδύναμου εαυτού.

Μια ακόμα ενδιαφέρουσα ομιλία παρουσιάστηκε από τους κ.κ. **Μιχαλάκη Μιχαήλ**, Οδοντίατρο, Ομοιοπαθητικό, και Αντιπρόεδρο της Ε.Ε.Κ.Ο.Ο., και **Ευσταθία Καψίμαλλη**, Ψυχίατρο Παιδιών και Εφήβων με τίτλο: «*Οι προϋποθέσεις της κλιματικής κρίσης στην ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων στο πλαίσιο της Ενιαίας Υγείας*».

Σύμφωνα με τους ομιλητές η κλιματική κρίση σύμφωνα συνιστά μια από τις σημαντικότερες απειλές για την ψυχική υγεία

στον 21ο αιώνα καθώς έχει ιδιαίτερο αντίκτυπο σε ευάλωτες ομάδες, όπως τα παιδιά και οι έφηβοι, που βιώνουν την κρίση αυτή τόσο μέσα από τραυματικά βιώματα, όπως οι φυσικές καταστροφές, όσο και μέσω μιας διαρκούς απειλής που βαρύνει το μέλλον τους.

Τα «κλιματικά συναισθήματα» που γεννιούνται – φόβος, λύπη, θυμός, ενοχή, αίσθημα μαιτιότητας ή και αποδιοργάνωσης της ταυτότητας – είναι ψυχολογικές αντιδράσεις σε έναν κόσμο που αλλάζει ραγδαία, συχνά χωρίς να αφήνει χώρο για έκφραση, κατανόηση ή ελπίδα. Η προσέγγιση της Ενιαίας Υγείας και της Οικοψυχολογίας, αναγνωρίζει τη στενή διασύνδεση μεταξύ της υγείας των ανθρώπων, των ζώων και των οικοσυστημάτων, και αποτελεί κατάλληλο εννοιολογικό πλαίσιο για την κατανόηση και την θεραπεία αυτής της αλληλεπίδρασης. Η φύση δεν είναι «σκηνικό» αλλά συμμετέχων αυθύπαρκτος οργανισμός στη διαμόρφωση της ανθρώπινης εμπειρίας. Μέσα από δράσεις που βασίζονται στη σύνδεση με τη φύση, στη δημιουργικότητα, στην κοινότητα και στην ενεργή ακρόαση, τα παιδιά μπορούν να βρουν Ξανά νόημα, ασφάλεια και εσωτερική συνοχή. Η ψυχική υγεία των παιδιών δεν μπορεί πλέον να απουσιάζει από τον σχεδιασμό πολιτικών για την κλιματική προσαρμογή. Είναι καιρός να τη δούμε ως αναπόσπαστο κομμάτι της οικολογικής κρίσης. Χρειαζόμαστε προσεγγίσεις που δεν διαχωρίζουν τον άνθρωπο από το περιβάλλον του, αλλά που ενισχύουν τη συλλογική ανθεκτικότητα μέσα από την κατανόηση της κοινής μας ευαλωτότητας.

Οι εργασίες του Θερινού Σχολείου ολοκληρώθηκαν το Σάββατο με την ομιλία του

κ. **Τσιπινίδη Κωνσταντίνου**, με τίτλο «*Μιασματική προσέγγιση των ψυχονευρώσεων*».

Η παρούσα εργασία όπως εξήγησε ο ομιλητής εξετάζει τη σχέση μεταξύ μιάσματος, τοπολογίας και ψυχονευρώσεων, εστιάζοντας στον τρόπο με τον οποίο η ομοιοπαθητική σκέψη και η αναλυτική ψυχολογία μπορούν να συνδεθούν σε μια ενιαία ερμηνευτική προσέγγιση. Κεντρικός άξονας αποτελεί η έννοια της «μιασματικής τοπολογίας», δηλαδή ενός συστήματος κατηγοριοποίησης ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων και θεραπευτικών αντιστοιχιών με βάση τις θεμελιώδεις μιάσματα (ψωρικό, συκωτικό, συφιλιδικό, φυματινικό). Τα όνειρα αναλύονται ως καίριες εκδηλώσεις του ασυνειδήτου, οι οποίες φέρουν πληροφορία για τον μιάσματικό πυρήνα του ατόμου και λειτουργούν τόσο ως ψυχοπαθολογικά συμπτώματα όσο και ως εργαλεία ενδεικτικά της θεραπευτικής κατεύθυνσης.

Με αναφορά σε θεωρητικούς όπως ο Freud, ο Jung και ο Lacan, καθώς και σε κλασικούς ομοιοπαθητικούς (Hahnemann, Kent, Whitmont), διερευνάται πώς οι ψυχονευρώσεις μπορούν να ιδωθούν ως αποτυχημένες ή μερικώς υλοποιημένες μορφές δημιουργικής ενέργειας, που αναζητούν διέξοδο μέσω συμβολικών μηχανισμών. Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι η κατάλληλη συνταγογράφηση, βασισμένη στην αρχή της αναλογίας και στην ολότητα των συμπτωμάτων, οδηγεί σε εξισορρόπηση μεταξύ ψυχικού και σωματικού πεδίου.

Τέλος, προτείνονται παραδείγματα κλινικών περιπτώσεων που αποκαλύπτουν την κλίμακα επιδείνωσης από ήπιες μορφές άγχους έως βαθιές συφιλιτικές ψυχώσεις, αναδεικνύοντας την προοπτική της μιασματικής ψυχιατρικής ως εναλλακτικού ερμηνευτικού και θεραπευτικού πλαισίου.

Η μελέτη υποστηρίζει ότι η μιασματική τοπολογία μπορεί να προσφέρει ένα γόνιμο εργαλείο κατανόησης της ψυχοπαθολογίας και επιλογής θεραπευτικών στρατηγικών, γεφυρώνοντας την ψυχανάλυση, την ομοιοπαθητική και τη σύγχρονη κλινική πράξη.

Την Κυριακή 31η Αυγούστου, κ. **Ταπάκης Ελευθέριος**, Γενικός Ιατρός, MSc Ολιστικά Εναλλακτικά Θεραπευτικά Συστήματα – Κλασική Ομοιοπαθητική, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, με την εργασία «Από το repertory στη διαφοροδιάγνωση: Εφαρμογές του Vithoulkas Compass σε παρόμοια φάρμακα», επικεντρώθηκε στη μεθοδολογία της διαφοροδιάγνωσης «παρόμοιων» ομοιοπαθητικών φαρμάκων, διερευνώντας τα κριτήρια ομοιότητας και διαφοροποίησης μέσα από την κλινική πράξη και τη χρήση του ψηφιακού εργαλείου Vithoulkas Compass.

Στόχος είναι η καλύτερη κατανόηση των φαρμάκων σε σχέση με την ψυχοπαθολογία (essence), τον τροπισμό (σε ποια συστήματα-όργανα δρα περισσότερο ένα φάρμακο) και κυρίως την συμπτωματολογία που καθορίζουν την επιλογή του καταλληλότερου φαρμάκου. Η ομοιότητα μπορεί να στηρίζεται σε κοινά συμπτώματα, σε χαρακτηριστικά μεμονωμένων συμπτωμάτων, σε παθολογικούς τροπισμούς, σε προέλευση πρώτης ύλης ή σε κοινά μιάσματα. Ωστόσο, η ουσιαστική διαφοροποίηση προκύπτει κυρίως από την εμπειρία και την κλινική κρίση του ομοιοπαθητικού ιατρού, με τη βοήθεια σύγχρονων εργαλείων ανάλυσης.

Παρουσιάζονται παραδείγματα συγκριτικής μελέτης φαρμάκων με κοινά συμπτώματα (π.χ. Ant-c. έναντι Nux-v.), με κοινό τροπισμό (Chel. έναντι Card-m.),

καθώς και με βάση την οικογενειακή ή χημική τους ταξινόμηση (π.χ. φυτικά, ζωικά, ορυκτά). Αναλύεται η ιστορική εξέλιξη της ομαδοποίησης φαρμάκων από τον Hahnemann έως τον Farrington, και η σημασία της χημικής σύστασης της πρώτης ύλης στην κατανόηση της δράσης τους (π.χ. ινδολικά αλκαλοειδή της οικογένειας Loganiaceae). Παρουσιάστηκαν κλινικά περιστατικά, όπως με διαφοροδιάγνωση μεταξύ φαρμάκων της οικογένειας Solanaceae (Bell., Stram., Hyos.).

Η μελέτη ομάδων φαρμάκων προσφέρει πλεονεκτήματα, όπως σφαιρικότερη κατανόηση και καλύτερη απομνημόνευση, αλλά και περιορισμούς, όπως κίνδυνο υπεργενίκευσης και παραμέλησης ειδικών χαρακτηριστικών. Συμπερασματικά, η σωστή επιλογή συμπτωμάτων σε συνδυασμό με τη μελέτη και γνώση του essence του φαρμάκου αποτελεί τη βάση για έγκυρη διαφοροδιάγνωση. Το Vithoulkas Compass ενισχύει τη διαδικασία, χωρίς όμως να υποκαθιστά την κλινική εμπειρία του ιατρού, που παραμένει καθοριστική.

Στην συνέχεια τον λόγο πήραν οι κ.κ. **Παπαδάκη Ελένη**, Οδοντίατρος, Ομοιοπαθητικός, Γενική Γραμματέας της Ελληνικής Εταιρείας Κλασικής Ομοιοπαθητικής Οδοντιατρικής καθώς και ο κ. **Αλμπάνης Ιωάννης**, Οδοντίατρος, Ομοιοπαθητικός και Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Κλασικής Ομοιοπαθητικής Οδοντιατρικής και παρουσίασαν την εργασία τους με τίτλο «*Διαφορική διάγνωση ομοιοπαθητικών φαρμάκων για το οδοντοφατνιακό απόστημα*».

Το οδοντοφατνιακό απόστημα αποτελεί οξεία ή χρόνια πυώδη φλεγμονή της περιοχής του ακρορριζίου, με αιτιολογία που σχετίζεται με μικροβιακή λοίμωξη, τερηδό-

9ο ΘΕΡΙΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ «ΤΡΙΚΑΛΑ 2025»

Κάτω από το άγρυπνο βλέμμα του Ασκληπιού

να, τραύμα ή ιατρογενείς παράγοντες. Κλινικά χαρακτηρίζεται από έντονο πόνο, οίδημα, αίσθηση επιμήκυνσης, κινητικότητα δοντιού και συστηματικά συμπτώματα όπως πυρετό και κακουχία. Η κλασική θεραπεία περιλαμβάνει χειρουργική παροχέτευση, ενδοδοντική θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή με αντιμικροβιακά. Η ομοιοπαθητική προσέγγιση, σε συνδυασμό με την οδοντιατρική αντιμετώπιση, στοχεύει στην ενίσχυση της ζωτικής δύναμης του οργανισμού και στην προαγωγή της αυτοϊάσης.

Η εργασία παρουσιάζει σειρά κλινικών περιστατικών όπου χρησιμοποιήθηκαν ομοιοπαθητικά φάρμακα όπως *Hepar sulphuris*, *Mercurius solubilis*, *Lachesis*, *Lycopodium*, *Phosphorus* και *Sulphur*, με εξατομικευμένη συνταγογράφηση βάσει του συνολικού ιστορικού και της ιδιοσυγκρασίας κάθε ασθενούς. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν σημαντική μείωση του πόνου, του οιδήματος και των υποτροπών, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρήθηκε βελτίωση της γενικότερης υγείας (ύπνος, ενέργεια, ψυχοσωματική ισορροπία). Ωστόσο, η ολοκλήρωση της θεραπείας απαιτούσε πάντοτε τη συνεργασία με την κλασική ενδοδοντική προσέγγιση.

Τα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η ομοιοπαθητική μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο συμπληρωματικό εργαλείο, ιδιαίτερα σε ασθενείς με αντενδείξεις στη χρήση αντιβιοτικών ή σε περιπτώσεις με συχνές υποτροπές. Η σωστή λήψη ιστορικού, η επιλογή κατάλληλων δυναμοποιήσεων και η συνεχής παρακολούθηση αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την επιτυχία. Συμπερασματικά, η συνδυαστική εφαρμογή ομοιοπαθητικής και κλασικής οδοντιατρικής μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και να προαγάγει τη συνολική υγεία του ασθενούς.

Την σκυτάλη έλαβε ο κ. Πρόεδρος της Ε.Ε.Ο.Ι. κ. **Δημοσθένης Παπαμεθοδίου** ο οποίος μέσα από την ομιλία του με τίτλο: «*Common Epigenomic Changes in Autoimmune and Psychiatric Diseases*», εξήγησε ότι οι επιγονιδιωματικές αλλαγές αποτελούν κρίσιμο μηχανισμό στην παθογένεση τόσο των αυτοάνοσων όσο και των ψυχιατρικών νοσημάτων, καθώς επηρεάζουν τη γονιδιακή έκφραση χωρίς να μεταβάλλουν την αλληλουχία του DNA και το σημαντικότερο έγκειται στο γεγονός ότι οι επιγονιδιωματικές αλλαγές σε αντίθεση με τις μεταλλάξεις στα γονίδια είναι αναστρέψιμες με σύγχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) και η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ), παρατηρούνται διαταραχές στη

μεθυλίωση του DNA (υπομεθυλίωση γονιδίων όπως CD70 ή υπερμεθυλίωση του FOXP3), τροποποιήσεις ιστονών που ενισχύουν τη φλεγμονή, καθώς και απορρύθμιση microRNAs (π.χ. miR-146a, miR-155). Στις ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, οι επιγενετικές αλλοιώσεις αφορούν γονίδια νευροαναπτυξιακής σημασίας (BDNF, RELN, DISC1), με χαρακτηριστικά πρότυπα υπερ- ή υπομεθυλίωσης, δυσλειτουργία στην ακετυλίωση ιστονών και απορρύθμιση miRNAs (miR-132, miR-134).

Κοινός παρονομαστής μεταξύ των δύο ομάδων νοσημάτων είναι η εμπλοκή φλεγμονωδών οδών (IL-6, TNF-α), η δυσρύθμιση της απόκρισης στο στρες (NR3C1, FKBP5) και η αλληλεπίδραση ανοσολογικών και νευρωνικών μηχανισμών. Επιπλέον, περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το ψυχολογικό στρες, οι λοιμώξεις και η διατροφή, φαίνεται να επάγουν συγκρίσιμες επιγενετικές μεταβολές, ιδίως σε κρίσιμα στάδια της ανάπτυξης. Τέλος, αν και η υπόθεση της «Γονιδιωματικής Ομοιοπαθητικής» προτείνει μια καινοτόμο θεραπευτική κατεύθυνση με την πολύ πιθανή υπόθεση ότι η ομοιοπαθητική δρα στο επιγονιδιωματικό επίπεδο, η απουσία ελεγχόμενων κλινικών μελετών καθιστά αναγκαία περαιτέρω διερεύνηση. Συνολικά, η χαρτογράφηση των κοινών επιγονιδιωματικών μηχανισμών αναδεικνύει νέους στόχους για διαγνωστικές και θεραπευτικές στρατηγικές σε αυτοάνοσα και ψυχιατρικά νοσήματα.

Την λήξη του Θερινού Σχολείου ανέλαβε ο Αντιπρόεδρος της Ε.Ε.Ο.Ι. κ. **Φωτιάδης Βασίλειος**, Ιατρός Γενικής Ιατρικής, Ομοιοπαθητικός που παρουσίασε στους συμμετέχοντες ενδιαφέροντα περιστατικά που ιάθηκαν ακολουθώντας ομοιοπαθητική θεραπεία.

Στο τέλος, ο κ. Φωτιάδης, ευχαρίστησε θερμά όλους τους συμμετέχοντες, τους διδάσκοντες και τους συντελεστές για την πολύτιμη συμβολή τους στην υλοποίηση αυτής της προσπάθειας και ευχήθηκε σε όλους το Θερινό Σχολείο να αποτελέσει πηγή έμπνευσης και αφετηρία για νέες επιστημονικές και προσωπικές προοπτικές. Τόνισε δε, ότι η ενεργή συμμετοχή όλων έδωσε ιδιαίτερη αξία στις εργασίες και στις συζητήσεις που πραγματοποιήθηκαν και ευχήθηκε να ανανεωθεί το ραντεβού για τις επόμενες συναντήσεις με την ίδια διάθεση συνεργασίας και δημιουργικότητας.

Rockefeller, η έκθεση Flexner και ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος: Η αμφιλεγόμενη σχέση μεταξύ της συμβατικής ιατρικής και της ομοιοπαθητικής στην Αμερική



Ullman D (July 04, 2025)
Cureus 17(7): e87291. doi:10.7759/cureus.87291

Περίληψη

Το άρθρο αυτό εξετάζει τις ιδεολογικές και θεσμικές δυνάμεις που οδήγησαν στην περιθωριοποίηση της Ομοιοπαθητικής στην Αμερικανική Ιατρική, παρά τη δημοτικότητα της μεταξύ επιφανών προσωπικοτήτων. Η περίπτωση του John D. Rockefeller αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της αντίφασης: ενώ ο ίδιος αλλά και δικοί του άνθρωποι χρησιμοποιούσαν ομοιοπαθητικά φάρμακα και έβλεπαν ομοιοπαθητικούς ιατρούς, τα ιδρύματά του Rockefeller συνέβαλαν αποφασιστικά στην υποβάθμιση της ομοιοπαθητικής. Το άρθρο, βασισμένο σε πέντε αδημοσίευτες μέχρι σήμερα εκθέσεις που συντάχθηκαν για τον Rockefeller από τον στενό του συνεργάτη Frederick T. Gates, αποκαλύπτει πώς αυτές οι εσωτερικές επικοινωνίες ασκούσαν δριμύεια κριτική στην ομοιοπαθητική, ενώ παράλληλα διαμόρφωναν την πολιτική των «φιλανθρωπικών» του ιδρυμάτων. Χρησιμοποιώντας αρχειακό υλικό των αρχών του 20ού αιώνα, ο συγγραφέας Dana Ullman, τοποθετεί τις αποφάσεις αυτές μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο των αλλαγών στην αμερικανική ιατρική εκπαίδευση και ρύθμιση. Οι αποφάσεις χρηματοδότησης που προέκυψαν έπαιξαν κρίσιμο ρόλο στη μεταρρύθμιση της ιατρικής εκπαίδευσης και στην άνοδο της "επιστημονικής ιατρικής". Το άρθρο συνοψίζει επίσης διάφορες στρατηγικές που χρησιμοποίησε ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος (AMA) για να περιθωριοποιήσει την Ομοιοπαθητική, συμπεριλαμβανομένης της "ρήτρας διαβούλευσης" στον κώδικα δεοντολογίας του, της συνεργασίας του στη συγγραφή της Έκθεσης Flexner και των πρώιμων διαφημιστικών πολιτικών του – ένας υποτιμημένος αλλά καθοριστικός παράγοντας για την εδραίωση της εξουσίας και τη συσσώρευση οικονομικών πόρων του AMA (American Medical Association).

Εισαγωγή και ιστορικό

Η χρήση και η υποστήριξη της ομοιοπαθητικής από τον Rockefeller

Ο John Davison Rockefeller (1839-1937) είχε αναμφισβήτητα σημαντικότερο αντίκτυπο στην αμερικανική ιατρική του 20ου αιώνα

από οποιοδήποτε άλλο άτομο, κυρίως λόγω των φιλανθρωπικών του συνεισφορών σε ιατρικά ιδρύματα, οι οποίες ανήλθαν σε 500 εκατομμύρια έως 1 δισεκατομμύριο δολάρια σε νόμισμα των αρχών του 20ού αιώνα [1-4].

Μεγαλωμένος από μια ευσεβή μητέρα που πίστευε στην απόδοση τουλάχιστον του 10% του εισοδήματός του σε φιλανθρωπικές οργανώσεις, ο Rockefeller έγινε γρήγορα ο σημαντικότερος φιλάνθρωπος στην αμερικανική ιστορία. Παρά τον σημαντικό αντίκτυπο των οικονομικών συνεισφορών του Rockefeller στην αμερικανική ιατρική, έχει υπάρξει, στην καλύτερη περίπτωση, μόνο ένα βιβλίο, το Rockefeller Medicine Men, το οποίο παρέχει κάποια σε βάθος ιστορική ανάλυση αυτής της σημαντικής επιρροής και του ιστορικού της πλαισίου. Το βιβλίο είναι γραμμένο από έναν καθηγητή δημόσιας υγείας, ο οποίος παραδέχθηκε ότι είχε περιορισμένες γνώσεις ή εμπειρία με την ομοιοπαθητική [5]. Ενώ η αντικειμενικότητα είναι κρίσιμη, η εξειδίκευση και η εμπειρία στο θέμα μπορεί να προσφέρει βαθύτερη και πιο πολύτιμη εικόνα.

Παρόλο που ο John D. Rockefeller Sr., ο πλουσιότερος άνθρωπος της Αμερικής και πρώτος δισεκατομμυριούχος, παρείχε σημαντική οικονομική υποστήριξη σε συμβατικές ιατρικές σχολές και ιδρύματα, η προσωπική του ιατρική φροντίδα συμβουλευόταν γιατρούς που ειδικεύονταν στην ομοιοπαθητική ιατρική, ένα εντελώς διαφορετικό είδος και στυλ θεραπείας.

Η λέξη "ομοιοπαθητική" προέρχεται από τα ελληνικά *homoios* ("όμοιος") και *pathos* ("πόνος" ή "ασθένεια"). Πρόκειται για ένα σύστημα ιατρικής που αναπτύχθηκε στις αρχές του 19ου αιώνα και βασίζεται στην ιδέα ότι μια ουσία που προκαλεί συμπτώματα σε ένα υγιές άτομο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία παρόμοιων συμπτωμάτων σε κάποιον που είναι άρρωστος. Αν και αυτό το φαρμακολογικό σύστημα, γνωστό ως "αρχή των ομοειδών", μπορεί αρχικά να φαίνεται συγκεχυμένο, η λογική του έγκειται στην αναγνώριση ότι τα συμπτώματα του σώματος αποτελούν μέρος

των εξελιγμένων στρατηγικών του για άμυνα και επιβίωση. Ο Emil von Behring, ο πρώτος κάτοχος του βραβείου Νόμπελ Ιατρικής, για την ανακάλυψη του εμβολίου κατά της διφθερίτιδας και αργότερα του εμβολίου κατά του τετάνου, αναγνώρισε ότι εμπνεύστηκε την ανακάλυψη αυτή από την ομοιοπαθητική ιατρική [6].

Ο Rockefeller, ο οποίος έζησε μέχρι την ηλικία των 97 ετών, θεραπευόταν από ομοιοπαθητικούς γιατρούς τα τελευταία 50 χρόνια της ζωής του. Η πρώτη του ομοιοπαθητική ήταν η Myra King Merrick, MD (1825-1899), η πρώτη γυναίκα γιατρός στο Οχάιο, η οποία βοήθησε στην ίδρυση του Κολλεγίου Γυναικών του Ομοιοπαθητικού Νοσοκομείου του Κλίβελαντ το 1868. Η Dr. Merrick ειδικεύτηκε στη μαιευτική και ξεγένησε τον John D. Rockefeller Jr. Όταν ο Rockefeller μετακόμισε στη Νέα Υόρκη, έλαβε ομοιοπαθητική θεραπεία από μια άλλη γυναίκα γιατρό, την Mary Belle Brown, MD (1850-1924), η οποία αποφοίτησε από το New York Homeopathic Medical College το 1879, διδασκε στο νοσοκομείο αυτό για 27 χρόνια και διετέλεσε κοσμήτορας από το 1890 έως το 1898, όπως περιγράφεται από τον Kirschmann στο A Vital Force, σελίδες 1-2 [7].

Τη δεκαετία του 1890, ο Hamilton Fisk Biggar, MD (1839-1926), άρχισε να παρέχει ομοιοπαθητική φροντίδα στην οικογένεια Rockefeller. Ο Biggar, μακροχρόνιος γείτονας και συνεργάτης του J.D. Rockefeller στο γκολφ, έγινε συχνός ταξιδιωτικός σύντροφος του Rockefeller κατά το μεγαλύτερο μέρος των τριών πρώτων δεκαετιών του 20ού αιώνα.

Από το 1889 και για αρκετά χρόνια, ο Rockefeller παρουσίασε σημαντική κόπωση και κατάθλιψη, εν μέρει λόγω του υπερβολικού φόρτου εργασίας του, όπως περιγράφεται από τον Chernow στο Titan, σελίδα 319 [1]. Ο Biggar προειδοποίησε τον Rockefeller ότι βρισκόταν στα πρόθυρα νευρικής κρίσης και ότι θα μπορούσε ενδεχομένως να πεθάνει, όπως περιγράφεται από τον Chernow στο Titan, σελίδα 321 [1]. Άρχισε να θεραπεύει τον Rockefeller με ομοιοπαθητικά φάρμακα στις αρχές της δεκαετίας του 1890 και συνέστησε περισσότερες διακοπές. Τα μέτρα αυτά βοήθησαν στην αποκατάσταση της καλής υγείας του Rockefeller και έζησε άλλα 48 χρόνια.

Ο Rockefeller έπασχε από αλωπεκία, με αποτέλεσμα να χάσει όλες τις τρίχες του σώματός του. Παρά το γεγονός ότι συμβουλευτηκε διάφορους ειδικούς, έλαβε συνεχή φροντίδα αποκλειστικά από

τον Biggar, η οποία βελτίωσε σημαντικά τη γενική του υγεία, αν και τα μαλλιά του δεν ξαναφύτρωσαν [8].

Σύμφωνα με τον Kirschmann στο A Vital Force, σελίδα 46 [7], όχι μόνο ο Rockefeller χρησιμοποίησε ομοιοπαθητικούς γιατρούς, αλλά όλες οι οικογένειες της Standard Oil αναζήτησαν ομοιοπαθητική φροντίδα, κυρίως με τον Dr. Merrick. Η Merrick έχαιρε μεγάλου σεβασμού τόσο από τους ομοιοπαθητικούς όσο και από τους συμβατικούς γιατρούς, και φημολογείται ότι διάφοροι συμβατικοί μαιευτήρες συμβουλευόνταν κρυφά την ίδια για τις πιο περίπλοκες περιπτώσεις τους [9].

Μεταξύ της πολιτιστικής ελίτ της Αμερικής, ο Rockefeller δεν ήταν ο μόνος που είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον και υποστήριζε την ομοιοπαθητική. Ο έγκριτος ιστορικός της ιατρικής William Rothstein έγραψε στο θεμελιώδες βιβλίο του για την αμερικανική ιατρική του 19ου αιώνα ότι "οι πρώιμοι Αμερικανοί ομοιοπαθητικοί ήταν όλοι καλά μορφωμένοι και καλλιεργημένοι γιατροί... και εκδήλωναν μια πολυμάθεια που σπάνια συναντούσε κανείς στα τακτικά ιατρικά περιοδικά της περιόδου", όπως περιγράφει ο Rothstein στο American Physicians, σελίδα 160 [10]. Περαιτέρω, παραθέτει έναν συντάκτη ενός κορυφαίου συμβατικού ιατρικού περιοδικού, ο οποίος παραδέχτηκε απρόθυμα ότι πολλοί ομοιοπαθητικοί ήταν "πρόσωπα με την υψηλότερη αξιοπρέπεια και ηθική αξία".

Πολλά άλλα μέλη του αμερικανικού υπερπλούτου ήταν υποστηρικτές της ομοιοπαθητικής, όπως ο George Westinghouse (ιδρυτής της Westinghouse), ο Henry J. Heinz (ιδρυτής της Heinz), ο George Eastman (ιδρυτής της Eastman Kodak), ο Joseph Wharton (συνιδρυτής της Bethlehem Steel και ιδρυτής της Σχολής Επιχειρήσεων Wharton στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια), ο Charles Kettering (ιδρυτής της Delco και αντιπρόεδρος της General Motors) και ο Hiram Sibley (ιδρυτής της Western Union), όπως περιγράφεται από τον Ullman στο βιβλίο του Homeopathic Revolution, σελίδες 229-51 [11]. Στο βραβευμένο με Πούλιτζερ βιβλίο του, The Social Transformation of American Medicine, σελίδα 97, ο Paul Starr εξηγεί γιατί η ομοιοπαθητική προσέλκυσε τόσους πολλούς από τις μορφωμένες και πλούσιες τάξεις: "Επειδή η ομοιοπαθητική ήταν ταυτόχρονα φιλοσοφική και πειραματική, φαινόταν σε πολλούς ανθρώπους περισσότερο παρά λιγότερο επιστημονική από την ορθόδοξη ιατρική" [12].

Στις αρχές του 20ού αιώνα, οι ομοιοπαθητικοί γιατροί είχαν συ-

Rockefeller, η έκθεση Flexner και ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος: Η αμφιλεγόμενη σχέση μεταξύ της συμβατικής ιατρικής και της ομοιοπαθητικής στην Αμερική

χνά πολύ ευημερούσες πρακτικές, επειδή συνήθως θεράπευαν πολλούς από την πλουσιότερη και πιο μορφωμένη ελίτ της Αμερικής, ενώ οι συνάδελφοί τους της συμβατικής ιατρικής συχνά αγωνίζονταν οικονομικά.

Εν μέσω αυξανόμενων εντάσεων μεταξύ των ανταγωνιστικών ιατρικών φιλοσοφιών, οι μεταρρυθμιστές άρχισαν να ζητούν μια τυποποιημένη αναθεώρηση της ιατρικής εκπαίδευσης - ένα κίνημα που σύντομα θα επιστρατεύσει το ταλέντο του Abraham Flexner.

Πριν ζητηθεί από τον Abraham Flexner να συγγράψει την ανάλυσή του για την ιατρική εκπαίδευση, ήταν γνωστός ως επικριτής της απομνημόνευσης και υπέρμαχος των προοδευτικών εκπαιδευτικών μοντέλων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων του John Dewey. Όπως σημειώνει ο ιστορικός Thomas Duffy, ο Flexner πίστευε ότι οι μαθητές μάθαιναν καλύτερα μέσω της ενεργητικής επίλυσης προβλημάτων και της βιωματικής μάθησης και όχι μέσω της παθητικής ανάκλησης πληροφοριών. Αυτή η εκπαιδευτική φιλοσοφία προσφέρει σημαντικό πλαίσιο για την κατανόηση του μετέπειτα ρόλου του στη διαμόρφωση της ιατρικής εκπαίδευσης μέσω της Έκθεσης Φλέξνερ.

Ενώ η προσωπική προτίμηση του Rockefeller στην ομοιοπαθητική έρχεται σε έντονη αντίθεση με την τελική απόρριψή της από το ίδρυμά του, το παρόν άρθρο προχωρά πέρα από αυτό το παράδοξο για να εξετάσει ένα ευρύτερο ζήτημα: Πώς ισχυρές θεσμικές συμμαχίες, συμπεριλαμβανομένων της AMA, των ιδρυμάτων Rockefeller και του Αβραάμ Φλέξνερ, διαμόρφωσαν την έννοια της "επιστημονικής ιατρικής" και περιθωριοποίησαν την ομοιοπαθητική; Βασισμένο σε προηγούμενως δημοσιευτές πρωτογενείς πηγές, στοχεύει να αποσαφηνίσει παραγνωρισμένους όρους, να επανεξετάσει ξεχασμένα στοιχεία και να διερευνήσει πώς η θεσμική επιρροή επαναπροσδιόρισε την ιατρική νομιμότητα στις αρχές του 20ού αιώνα.

Αυτό το πλαίσιο καθιστά ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι το άρθρο παρουσιάζει πέντε δημοσιευτές μέχρι σήμερα ιδιωτικές εκθέσεις που γράφτηκαν αποκλειστικά για τον Rockefeller από τον φιλόanthropo σύμβουλό του, Frederick T. Gates. Οι εκθέσεις αυτές άσκησαν δριμύεια κριτική στην ομοιοπαθητική και τον ιδρυτή της, τον Δρ Σάμιουελ Χάνεμαν, ενώ εξύμνησαν τον καθηγητή του Johns Hopkins Δρ Γουίλιαμ Όσλερ. Ο Gates δεν φαινόταν να γνωρίζει ότι ο Osler είχε εκφράσει δημόσια το σεβασμό του για την

ομοιοπαθητική και τους επαγγελματίες της. Αν οι αναφορές αυτές είχαν δημοσιοποιηθεί, οι ανακρίβειες τους θα μπορούσαν να είχαν αμφισβητηθεί εύκολα.

Οι αναφορές αυτές, μαζί με άλλους ιδεολογικούς και θεσμικούς παράγοντες, συνέβαλαν στην απόφαση του Ιδρύματος Rockefeller να αποσύρει την υποστήριξή του από κάθε ιατρικό ίδρυμα που φέρει τη λέξη "ομοιοπαθητική" στο όνομά του. Αυτό συνέβη παρά την προσωπική προτίμηση του Rockefeller και παρά το γεγονός ότι το ίδρυμά του διένειμε μεταξύ 500 εκατομμυρίων και 1 δισεκατομμυρίου δολαρίων σε ιατρικά ιδρύματα κατά τις αρχές του 20ού αιώνα.

Ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος (AMA) ιδρύθηκε το 1847, δύο χρόνια μετά την ίδρυση του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ομοιοπαθητικής, και δημιουργήθηκε, εν μέρει, για να αντιμετωπίσει αυτόν τον κορυφαίο ανταγωνιστή, όπως περιγράφεται από τον Rothstein στο *American Physicians*, σελίδα 170 [10]. Για να περιθωριοποιήσει την ομοιοπαθητική, η AMA εφάρμοσε μια πολιτική γνωστή ως "ρήτρα διαβούλευσης", η οποία απαγόρευε στους ορθόδοξους γιατρούς να συνεργάζονται με ομοιοπαθητικούς. Όταν αυτές οι προσπάθειες αποδείχθηκαν ανεπαρκείς, συνεργάστηκε κρυφά με τον Abraham Flexner για τη σύνταξη της Έκθεσης Flexner, μια πτυχή που σπάνια διερευνάται στη βιβλιογραφία της ιατρικής ιστορίας. Η ευρεία επιρροή της έκθεσης κατέστη δυνατή χάρη στη σημαντική χρηματοδότηση από το Ίδρυμα Rockefeller, η οποία επέτρεψε στις συστάσεις της να αναδιαμορφώσουν την αμερικανική ιατρική.

Το άρθρο διερευνά επίσης τις πρώιμες διαφημιστικές πολιτικές της AMA, μια σπάνια συζητούμενη αλλά σημαντική πηγή εσόδων που συνέβαλε στην επέκταση και την κυριαρχία της οργάνωσης στην αμερικανική ιατρική.

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

H. J. Hamre, A. Glockmann, K. von Ammon, D. S. Riley και H. Kiene



Το 2023 δημοσιεύτηκε μια ιδιαίτερα σημαντική εργασία με τίτλο «Efficacy of homeopathic treatment: Systematic review of meta-analyses of randomised placebo-controlled homeopathy trials for any indication». Η μελέτη αυτή των Hamre και συνεργατών αποτελεί την πρώτη συστηματική αξιολόγηση όλων των μετα-αναλύσεων που εξέτασαν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες στην ομοιοπαθητική. Συνολικά περιελήφθησαν έξι μετα-αναλύσεις, οι οποίες κάλυπταν τόσο την εξατομικευμένη όσο και τη μη εξατομικευμένη ομοιοπαθητική. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πέντε από τις έξι μετα-αναλύσεις κατέγραψαν σημαντικά θετικά ευρήματα σε σχέση με το placebo, ενώ ακόμη και σε δείγματα μελετών υψηλής μεθοδολογικής ποιότητας η θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής διατηρήθηκε. Η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων αξιολογήθηκε ως υψηλή για την εξατομικευμένη και μέτρια για τις υπόλοιπες μορφές. Τα ευρήματα αυτά αμφισβητούν ευθέως την άποψη ότι τα αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής οφείλονται στο φαινόμενο placebo και προσφέρουν μια ισχυρή επιστημονική βάση για τον επαναπροσδιορισμό της θέσης της στη σύγχρονη ιατρική. Πρόκειται για μελέτη-ορόσημο που υπογραμμίζει την ανάγκη για περαιτέρω καλά σχεδιασμένες κλινικές δοκιμές και για έναν ουσιαστικότερο διάλογο γύρω από τη θεραπευτική αξία της ομοιοπαθητικής.

Περίληψη Ιστορικό και σκοπός

Από το 1997, έχουν δημοσιευτεί αρκετές μετα-αναλύσεις (MA) τυχαιοποιημένων δοκιμών αποτελεσματικότητας με εικονικό φάρμακο για οποιαδήποτε ένδειξη (PRETHAI) με διαφορετικές μεθόδους, αποτελέσματα και συμπεράσματα. Μέχρι σήμερα, δεν έχει πραγματοποιηθεί επίσημη αξιολόγηση αυτών των MA. Ο κύριος στόχος αυτής της συστηματικής ανασκόπησης των MA των PRETHAI ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ομοιοπαθητικής θεραπείας.

Μέθοδος

Τα κριτήρια συμπεριλαμβάνουν τα εξής: MA PRETHAI άτομα, όλων των ηλικιών, χωρών, περιβαλλόντων, γλωσσών δημοσίευσης, και MA που δημοσιεύθηκαν από την 1η Ιανουαρίου 1990 έως τις 30 Απριλίου 2023. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα εξής: συστηματικές ανασκοπήσεις χωρίς MA, MA που περιορίζονται σε ηλικιακές ή φυλετικές ομάδες, συγκεκριμένες ενδείξεις ή συγκεκρι-

κριμένες ομοιοπαθητικές θεραπείες, και MA που δεν αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα. Αναζητήσαμε 8 ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων έως τις 14 Δεκεμβρίου 2020, με επικαιροποιημένη αναζήτηση σε 6 βάσεις δεδομένων έως τις 30 Απριλίου 2023.

Το κύριο αποτέλεσμα ήταν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας για όλες τις δοκιμές που περιλαμβάνονται σε κάθε MA και μετά τον περιορισμό του δείγματος σε δοκιμές με υψηλή μεθοδολογική ποιότητα, σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια. Ο κίνδυνος μεροληψίας για κάθε MA αξιολογήθηκε με το εργαλείο ROBIS (Risk Of Bias In Systematic reviews). Η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων αξιολογήθηκε με το πλαίσιο GRADE. Διεξήχθησαν στατιστικές αναλύσεις για να προσδιοριστεί το ποσοστό των MA που έδειξαν σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής σε σύγκριση με την απουσία σημαντικής διαφοράς.

Αποτελέσματα

Συμπεριλήφθηκαν έξι MA, που κάλυπταν την εξατομικευμένη ομοιοπαθητική (I-HOM, $n = 2$), τη μη εξατομικευμένη ομοιοπαθητική (NI-HOM, $n = 1$) και όλους τους τύπους ομοιοπαθητικής (ALL-HOM = I-HOM + NI-HOM, $n = 3$). Οι MA περιλάμβαναν μεταξύ 16 και 110 δοκιμές, οι οποίες δημοσιεύθηκαν από το 1943 έως το 2014. Ο μέσος όρος του μεγέθους του δείγματος των δοκιμών κυμαινόταν από 45 έως 97 ασθενείς. Ο κίνδυνος μεροληψίας (χαμηλός/ασαφής/υψηλός) αξιολογήθηκε ως χαμηλός για τρεις MA και υψηλός για τρεις MA.

Οι εκτιμήσεις των αποτελεσμάτων για όλες τις δοκιμές σε κάθε MA έδειξαν σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (5 από 5 MA, δεν υπάρχουν δεδομένα σε 1 MA). Αναλύσεις ευαισθησίας με περιορισμό του δείγματος σε δοκιμές υψηλής ποιότητας ήταν διαθέσιμες από 4 MA. Το αποτέλεσμα παρέμεινε σημαντικό σε 3 από τις MA (2 MA αξιολόγησαν ALL-HOM, 1 MA αξιολόγησε I-HOM) και δεν ήταν πλέον σημαντικό σε 1 MA (η οποία αξιολόγησε NI-HOM).

Συζήτηση

Η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων για τα θετικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής πέραν του εικονικού φαρμάκου (υψηλή/μέτρια/χαμηλή/πολύ χαμηλή) ήταν υψηλή για το I-HOM και μέτρια για το ALL-HOM και το NI-HOM. Δεν υπήρχε υποστήριξη για την εναλλακτική υπόθεση ότι δεν υπάρχει διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ της ομοιοπαθητικής και του εικονικού φαρμάκου.

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

Οι διαθέσιμες συστηματοποιημένες αναλύσεις των PRETHAI αποκαλύπτουν σημαντικά θετικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής πέραν του εικονικού φαρμάκου. Αυτό συνάδει με εργαστηριακά πειράματα που δείχνουν μερικώς αναπαραγωγίμα αποτελέσματα ομοιοπαθητικών παρασκευασμάτων σε φυσικοχημικά, in vitro, φυτικά και ζωικά συστήματα δοκιμών.

Καταχώριση συστηματικής ανασκόπησης

PROSPERO CRD42020209661. Το πρωτόκολλο για αυτή τη συστηματική ανασκόπηση ολοκληρώθηκε και υποβλήθηκε στις 25 Νοεμβρίου 2020 και καταχωρήθηκε στις 26 Δεκεμβρίου 2020.

Εκθέσεις αξιολόγησης από ομοτίμους

Ιστορικό και αιτιολόγηση

Η ομοιοπαθητική είναι ένα θεραπευτικό σύστημα που χρησιμοποιείται ευρέως στην Ευρώπη, την Ινδία και άλλες χώρες [1]. Τα βασικά χαρακτηριστικά της ομοιοπαθητικής περιλαμβάνουν τη δοκιμή φαρμάκων (παρατήρηση συμπτωμάτων που εμφανίζονται σε υγιή άτομα που εκτίθενται σε ουσίες ορυκτής, φυτικής ή ζωικής προέλευσης), την αρχή της ομοιότητας (ομοιότητα μεταξύ των συμπτωμάτων που εμφανίζονται κατά τη δοκιμή φαρμάκων και των συμπτωμάτων που πρέπει να αντιμετωπιστούν με την ίδια ουσία) και την δυναμοποίηση (διαδοχική αραιώση της ομοιοπαθητικής ουσίας, με κάθε στάδιο αραιώσης να περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενη ανάδευση των υγρών ή άλεση των στερεών σε λακτόζη) [2].

Τα κλινικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής θεραπείας έχουν διερευνηθεί σε αρκετές εκατοντάδες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές [3] και σε συστηματικές ανασκοπήσεις (SR). Μεταξύ των SR, διακρίνονται δύο αντίθετες προσεγγίσεις.

Η μία προσέγγιση εστιάζει σε μια συγκεκριμένη ένδειξη (π.χ. κατάθλιψη [4], οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος σε παιδιά [5]), ενώ συχνά περιλαμβάνει ανοικτές δοκιμές και παρατηρητικές μελέτες. Σε αυτήν την προσέγγιση, η σύνθεση των δεδομένων ομαδοποιείται ανά σχεδιασμό, παρέχοντας έτσι πληροφορίες σχετικά με την ομοιοπαθητική στη φροντίδα των ασθενών.

Η αντίθετη προσέγγιση είναι να περιλαμβάνονται όλες οι ενδείξεις, περιορίζοντας όμως τα σχέδια των μελετών σε δοκιμές ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο και συγκεντρώνοντας τα αποτελέσματα σε μια MA, παρέχοντας έτσι πληροφορίες σχετικά με τις συγκεκριμένες επιδράσεις της ομοιοπαθητικής πέραν εκείνων του εικονικού φαρμάκου. Ένας σημαντικός λόγος για τη χρήση αυτής της προσέγγισης είναι ο ισχυρισμός ότι «η ομοιοπαθητική παραβιάζει τους φυσικούς νόμους και, ως εκ τούτου, οποιαδήποτε επίδραση πρέπει να είναι αποτέλεσμα του εικονικού φαρμάκου» [6].

Από το 1997, έχουν δημοσιευτεί τουλάχιστον έξι συλλογικές αναλύσεις (MA) ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο δοκιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε πάθηση [6,7,8,9,10,11]. Αυτές οι συλλογικές αναλύσεις διέφεραν ως προς τις μεθόδους συμπερίληψης των δοκιμών, τη σύνθεση των δεδομένων και την αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας. Επιπλέον, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματά τους ήταν ασυνεπή. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, έχουν σημειωθεί σημαντικές προόδους στη μεθοδολογία και τα πρότυπα ποιότητας των MA και άλλων SR [12,13,14,15], συμπεριλαμβανομένων των SR των SR (που ονομάζονται επίσης επισκοπήσεις ή ομπρέλα ανασκοπήσεις) [16,17,18]. Από ό,τι γνωρίζουμε, δεν έχει πραγματοποιηθεί επίσημη SR των MA τυχαιοποιημένων δοκιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε πάθηση ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο. Στην παρούσα εργασία, παρουσιάζουμε μια τέτοια SR.

Στόχοι

Ερευνητικά ερωτήματα

1. Έχει η ομοιοπαθητική θεραπεία θετικά αποτελέσματα πέραν του εικονικού φαρμάκου σε συστηματικές ανασκοπήσεις τυχαιοποιημένων δοκιμών για οποιαδήποτε πάθηση ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο;

2. Τα ευρήματα αυτών των μετα-αναλύσεων υποστηρίζουν την ύπαρξη ενός κοινού αποτελέσματος – ή την απουσία του – σε διαφορετικούς τύπους ομοιοπαθητικής θεραπείας (π.χ. εξατομικευμένη, κλινική ή σύνθετη ομοιοπαθητική) και σε διαφορετικούς τύπους ενδείξεων (π.χ. οξεία, χρόνια);

Μέθοδοι

Κριτήρια επιλεξιμότητας για μετα-αναλύσεις (MA)

Τα κριτήρια επιλεξιμότητας παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1 Κριτήρια επιλεξιμότητας για μετα-αναλύσεις

Πίνακας πλήρους μεγέθους

(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/1>)

Πηγές πληροφοριών και στρατηγική αναζήτησης

Βάσεις δεδομένων

Αναζητήσαμε σε οκτώ ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων τεσσάρων βάσεων δεδομένων που περιορίζονται σε μεγάλο βαθμό ή εξ ολοκλήρου σε SR (A–D), δύο γενικών βάσεων δεδομένων (E–F) και δύο βάσεων δεδομένων που εστιάζουν σε συμπληρωματικές ή εναλλακτικές θεραπείες (G–H) (Πίνακας 2). Επιπλέον, αναζητήθηκε μία ιδιωτική βάση δεδομένων (συγγρα-

φέας HJH).

Πίνακας 2 Διαδικτυακές βάσεις δεδομένων και στρατηγικές αναζήτησης

Πίνακας πλήρους μεγέθους
(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/2>)

Άλλες πηγές

Ένας κατάλογος των συμπεριλαμβανόμενων MA αποστάλθηκε σε εμπειρογνώμονες του τομέα, προκειμένου να εντοπιστούν τυχόν ελλείπουσες επιλέξιμες MA ή πρόσθετες αναλύσεις των συμπεριλαμβανόμενων MA.

Διαδικασία επιλογής

Διαλογή

Δύο αξιολογητές (HJH, AG) έψαξαν ανεξάρτητα τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων βιβλιογραφίας και εξέτασαν τους τίτλους και τις περιλήψεις για να εντοπίσουν ενδεχομένως επιλέξιμες MA. Οι αξιολογητές συνέκριναν τα αποτελέσματα της εξέτασής τους και οι αποκλίσεις επιλύθηκαν μέσω συζήτησης (HJH, AG).

Επιλεξιμότητα

Για τις δυνητικά επιλέξιμες καταγραφές MA, αποκτήθηκαν πλήρεις εκθέσεις. Δύο αξιολογητές (HJH, AG) διάβασαν ανεξάρτητα τα πλήρη κείμενα και αξιολόγησαν την επιλεξιμότητά τους σύμφωνα με τα κριτήρια επιλεξιμότητας (Πίνακας 1). Οι αξιολογητές συνέκριναν τις αξιολογήσεις επιλεξιμότητας και οι αποκλίσεις επιλύθηκαν μέσω συζήτησης (HJH, AG).

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Δύο αξιολογητές εξήγαγαν ανεξάρτητα τα δεδομένα από τις πλήρεις εκθέσεις σε αρχεία Excel (HJH + [GSK, HK ή AG]) χρησιμοποιώντας ένα πιλοτικό έντυπο εξαγωγής δεδομένων. Ο αξιολογητής AG συνέκρινε τα δύο σύνολα των εξαγόμενων δεδομένων. Οι αποκλίσεις επιλύθηκαν μέσω συζήτησης (HJH + [GSK, HK ή AG]).

Εξαγάγαμε και συνοψίσαμε τα δεδομένα σε επίπεδο δοκιμών από τους πίνακες των MA, αλλά δεν εξετάσαμε τις αρχικές δημοσιεύσεις των δοκιμών (με μία εξαίρεση, βλ. πρόσθετο αρχείο 2, τμήμα 2.3.1). Οι ενδείξεις/διαγνώσεις σε μεμονωμένες δοκιμές κωδικοποιήθηκαν σύμφωνα με την Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων, 10η έκδοση (ICD-10). Εάν αναφερόταν περισσότερες από μία διαγνώσεις, κωδικοποιήθηκε η πρώτη διαγνωστική ένδειξη. Εάν δύο δοκιμές ή συγκρίσεις δοκιμών αναλύθηκαν ξεχωριστά σε

μία MA και αναλύθηκαν από κοινού σε άλλη MA, καταμετρήθηκαν ως 3 δοκιμές ή συγκρίσεις δοκιμών, αντίστοιχα. Εάν αναφερόταν περισσότερες από μία εκθέσεις δοκιμών για την ίδια δοκιμή, εξήχθη μόνο μία έκθεση δοκιμής.

Στοιχεία δεδομένων

Όλα τα αποτελέσματα στις ακόλουθες υποενότητες αναφέρονται στην εκτιμώμενη συνδυασμένη επίδραση με μέτρο ακριβείας για το κύριο κλινικό αποτέλεσμα που αναφέρεται σε κάθε MA (εφεξής «εκτιμώμενη επίδραση»).

Πρωτογενές αποτέλεσμα

Εκτιμήσεις αποτελεσμάτων για.

1. Όλες τις δοκιμές που περιλαμβάνονται σε κάθε MA.
2. Μία ανάλυση με το δείγμα δοκιμών περιορισμένο σε «δοκιμές υψηλής ποιότητας» σύμφωνα με τα ακόλουθα κριτήρια, τα οποία πρέπει να πληρούνται όλα:

- δοκιμές υψηλότερης μεθοδολογικής ποιότητας (ή χαμηλότερου κινδύνου μεροληψίας), όπως δηλώνεται και ορίζεται από τους συγγραφείς της MA
- με βάση την αξιολόγηση τουλάχιστον τριών συγκεκριμένων στοιχείων της μεθοδολογικής ποιότητας (π.χ. απόκρυψη της σειράς κατανομής, τυφλοποίηση των αξιολογητών των αποτελεσμάτων)
- μέγιστη μία μόνο κατηγορία υψηλής ποιότητας που ορίζεται για την αντίστοιχη MA

Αναλύσεις ευαισθησίας

Εκτιμήσεις αποτελεσμάτων σε αναλύσεις ευαισθησίας, που υπολογίστηκαν μετά τον περιορισμό του δείγματος με βάση τη μεθοδολογική ποιότητα (κίνδυνος μεροληψίας) των επιμέρους δοκιμών, όπως αξιολογήθηκε από:

- μεμονωμένες συνιστώσες ποιότητας (κίνδυνος μεροληψίας), όπως απόκρυψη της σειράς κατανομής, διπλή τυφλοποίηση [τυφλοποίηση των συμμετεχόντων, του προσωπικού της μελέτης και των αξιολογητών των αποτελεσμάτων], κίνδυνος μεροληψίας στην αναφορά των αποτελεσμάτων, δημοσίευση δοκιμών που έχουν υποβληθεί σε αξιολόγηση
- το κριτήριο «δοκιμές υψηλής ποιότητας» (όπως στο σημείο 2 ανωτέρω) + μία ή περισσότερες πρόσθετες συνιστώσες ποιότητας
- άλλος συνδυασμός στοιχείων ποιότητας, ομαδοποιημένων κατά τον συνολικό αριθμό των στοιχείων στην αντίστοιχη ανάλυση: 2–4 ή ≥ 5
- σωρευτικές συγγενείς αναλύσεις με σταδιακή αφαίρεση των δοκιμών βάσει των αξιολογήσεων του κινδύνου μεροληψίας, ιεραρ-

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

χημένες από τους συντάκτες της αντίστοιχης συγγενικής ανάλυσης (π.χ. αύξοντες αριθμοί σε αριθμητική κλίμακα ή «κακή», «μέτρια», «καλή»)

Συμπληρωματικές αναλύσεις που εξετάζουν τη μετα-μεροληψία

Εκτιμήσεις αποτελεσμάτων σε συμπληρωματικές αναλύσεις με βάση τον υποθετικό κίνδυνο μεροληψίας σε όλες τις δοκιμές (μετα-μεροληψία):

- Στατιστική προσαρμογή για πιθανή μεροληψία δημοσίευσης/μεροληψία μικρών μελετών
- Αναλύσεις ευαισθησίας, με περιορισμούς των συμπεριλαμβανόμενων δοκιμών, με βάση το μέγεθος του δείγματος της δοκιμής
- Αναλύσεις που εξετάζουν πιθανή μεροληψία στην αναφορά των αποτελεσμάτων

Συνδυασμένες αναλύσεις

Εκτιμήσεις των αποτελεσμάτων σε αναλύσεις που συνδυάζουν τα χαρακτηριστικά των ενοτήτων «Αναλύσεις ευαισθησίας» και «Συμπληρωματικές αναλύσεις που αντιμετωπίζουν την μετα-μεροληψία» παραπάνω.

Αναλύσεις υποομάδων

Όσον αφορά το ερευνητικό ερώτημα 2, εξετάστηκαν πέντε τύποι υποομάδων δοκιμών στις αντίστοιχες συγκεντρωτικές αξιολογήσεις (A.1–5). Οι αναλύσεις υποομάδων είχαν τέσσερις τύπους αποτελεσμάτων (B.1–4) και ομαδοποιήθηκαν ανάλογα με το χρονικό σημείο της ανάλυσης (Γ.1–2):

A. Τύποι υποομάδων

1. 1 Τύπος ομοιοπαθητικής (περιγραφές από Linde 1997 [6] • περαιτέρω περιγραφές στον πίνακα 10 του παραρτήματος)
 1. α εξατομικευμένη ή κλασική ομοιοπαθητική (I-HOM) (επιλογή ενός μόνο ομοιοπαθητικού φαρμάκου, με βάση την συνολική εικόνα συμπτωμάτων του ασθενούς)
 2. β κλινική ομοιοπαθητική (χορήγηση ενός ή περισσότερων φαρμάκων για τυπικές κλινικές καταστάσεις ή συμβατικές διαγνώσεις)
 3. γ σύνθετη ομοιοπαθητική (πολλαπλά φάρμακα αναμειγνύονται σε μια τυποποιημένη φόρμουλα για να καλύψουν τα συμπτώματα και τις διαγνώσεις ενός ατόμου)
 4. δ ισοπαθητική (σειρά διαδοχικών διαλυμάτων του αιτιολογικού παράγοντα σε μολυσματική ή τοξικό λογική κατάσταση)

5. ε μη εξατομικευμένη ομοιοπαθητική (NI-HOM) = $b + c + d$

2. Εύρος ομοιοπαθητικής ισχύος: χαμηλή (<C1 ή <D24)/υψηλή ($\geq C12$ ή $\geq D24$)

3. Ηλικιακές ομάδες: παιδιά, ενήλικες, ηλικιωμένοι (σύμφωνα με τους ορισμούς στο MA)

4. Ενδείξεις: οξεία ή χρόνια (σύμφωνα με τους ορισμούς της AM)

5. Τύπος αποτελέσματος που εξήχθη από τη δοκιμή
α δυαδικός
β συνεχές ή κατάταξη ανά βαθμό

B Αποτελέσματα ανάλυσης

1. Δοκιμές για αλληλεπιδράσεις μεταξύ υποομάδων

2. Εκτιμήσεις αποτελεσμάτων σε υποομάδες

3. Στατιστική ομοιογένεια/ετερογένεια

4. Συμμετρία/ασυμμετρία διαγράμματος χοάνης και σχετικές στατιστικές δοκιμές

Γ Χρονοδιάγραμμα ανάλυσης υποομάδων

1. Προκαθορισμένη (καθορισμένη σε προδημοσιευμένο πρωτόκολλο ή ρητά δηλωμένη ως προκαθορισμένη)

2. Post hoc ή καμία πληροφορία

Άλλες μεταβλητές

Άλλες μεταβλητές που συλλέχθηκαν από τις MA παρατίθενται στον Συμπληρωματικό Πίνακα 1.

Αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας στις συμπεριλαμβανόμενες MA

Ο κίνδυνος μεροληψίας/μεθοδολογικής ποιότητας της MA αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το εργαλείο ROBIS (Risk of Bias in Systematic Reviews) [13], συμπληρωμένο με τα στοιχεία 7, 10 και 16 από το εργαλείο AMSTAR-2 (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews) [14], τα οποία δεν εξετάζονται στο ROBIS. Οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν ανεξάρτητα από δύο αξιολογητές (HJH, GSK) και οι αποκλίσεις επιλύθηκαν μέσω συζήτησης μεταξύ των αξιολογητών.

Το αποτέλεσμα αυτών των αξιολογήσεων ήταν το σύνθετο σώμα των εκθέσεων, που περιλαμβάνει.

1. πρωτόκολλο για τη MA, εάν ήταν διαθέσιμο

2. πρωτογενής δημοσίευση της αντίστοιχης MA

3. πρόσθετες αναλύσεις της MA, εάν οι συγγραφείς περιλαμβάνουν τον πρώτο συγγραφέα ή τον τελευταίο συγγραφέα ή τον αντίστοιχο συγγραφέα για το στοιχείο 2.

Μετρήσεις αποτελεσμάτων

Οι εκτιμήσεις των αποτελεσμάτων κάθε MA (βλ. ενότητα «Αποτε-

λέσματα», παραπάνω) αναφέρθηκαν χρησιμοποιώντας τη μέτρηση που αναφέρθηκε στην MA (π.χ. λόγος πιθανοτήτων [OR], τυποποιημένη μέση διαφορά [SMD]). Οι τυποποιημένες μέσες διαφορές για την ομοιοπαθητική έναντι του εικονικού φαρμάκου αναφέρθηκαν με εκτιμήσεις σημείου > 0 που υποδηλώνουν όφελος της ομοιοπαθητικής.

Μέθοδοι σύνθεσης

Οι εκτιμήσεις αποτελεσμάτων συνοψίστηκαν σε πίνακα και ταξινομήθηκαν ως εξής:

1. «Σημαντική, θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής πέραν του εικονικού φαρμάκου»: Εκτίμηση της επίδρασης που ευνοεί την ομάδα της ομοιοπαθητικής με το διάστημα εμπιστοσύνης 95 % να μην υπερβαίνει το όριο μεταξύ «ευνοϊκής για την ομοιοπαθητική» και «ευνοϊκής για το εικονικό φάρμακο», όπως ορίζεται στην αντίστοιχη μετα-ανάλυση OR (εάν δεν αναφέρεται διάστημα εμπιστοσύνης 95 %) τιμή $p < 0,05$

2. «Καμία σημαντική διαφορά μεταξύ ομοιοπαθητικής και εικονικού φαρμάκου»: Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% για την εκτίμηση του αποτελέσματος υπερβαίνει το όριο μεταξύ «υπέρ της ομοιοπαθητικής» και «υπέρ του εικονικού φαρμάκου», όπως ορίζεται στην αντίστοιχη μετα-ανάλυση OR (εάν δεν αναφέρεται διάστημα εμπιστοσύνης 95%) τιμή $p \geq 0,05$

3. «Σημαντική, αρνητική επίδραση της ομοιοπαθητικής πέραν του εικονικού φαρμάκου»: όπως στο 1, με την εξαίρεση ότι η εκτίμηση της επίδρασης ευνοεί την ομάδα του εικονικού φαρμάκου

Εάν για την ίδια ανάλυση είχαν χρησιμοποιηθεί τόσο μοντέλα σταθερών επιδράσεων όσο και μοντέλα τυχαίων επιδράσεων, τα αποτελέσματα από τα μοντέλα τυχαίων επιδράσεων χρησιμοποιήθηκαν για τη σύνθεση των δεδομένων στην παρούσα έκθεση.

Αξιολόγηση της μετα-μεροληψίας

Βλέπε τις ενότητες «Συμπληρωματικές αναλύσεις που αφορούν τη μετα-μεροληψία» και «Συνδυασμένες αναλύσεις» παραπάνω.

Εμπιστοσύνη στη συσσωρευμένη τεκμηρίωση/αξιολόγηση βεβαιότητας

Αξιολογήθηκε η εμπιστοσύνη στα σωρευτικά στοιχεία για τα δύο ερευνητικά ερωτήματα (ενότητα «Ερευνητικά ερωτήματα»).

- Για το ερώτημα 1, χρησιμοποιήθηκε το εννοιολογικό πλαίσιο της ομάδας Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) [20], με έμφαση σε έξι ζητήματα: κίνδυνος μεροληψίας των μεμονωμένων δοκιμών [21], ασυνέπεια/ετερογένεια [22], κίνδυνος μεροληψίας δημοσίευσης/μεροληψίας μικρών μελετών [23], ανακρίβεια [24], έμμεση σχέση [25] και περιπτώσεις αναβάθμισης της ποιότητας των

αποδεικτικών στοιχείων [26].

- Για το ερώτημα 2, χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα των αναλύσεων υποομάδων και ετερογένειας [22].

Αποτελέσματα

Προσδιορισμός, διαλογή και συμπερίληψη μετα-αναλύσεων

Από τις οκτώ ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, εντοπίσαμε 293 βιβλιογραφικές αναφορές μετα-αναλύσεων που ενδεχομένως πληρούσαν τα κριτήρια (η αναζήτηση ολοκληρώθηκε στις 14 Δεκεμβρίου 2020). Μετά την αφαίρεση 82 διπλών αναφορών, εξετάστηκαν 211 αναφορές, από τις οποίες 191 αποκλείστηκαν και 20 υποβλήθηκαν σε περαιτέρω αξιολόγηση για την καταλληλότητά τους. Επιπλέον, οι αναζητήσεις στη βάση δεδομένων του αναθεωρητή HH (20 Ιανουαρίου 2021 + προσθήκη του Gartlehner 2022 στις 4 Ιουλίου 2022, βλ. ενότητα «Πρόσθετα δεδομένα: Gartlehner 2022») και οι επιστολές προς εμπειρογνώμονες (αποστολή στις 10 Φεβρουαρίου 2021) απέδωσαν συνολικά 9 μη διπλές εγγραφές, οι οποίες αξιολογήθηκαν επίσης ως προς την επιλεξιμότητά τους. Έτσι, αξιολογήθηκαν για επιλεξιμότητα 29 εκθέσεις πλήρους κειμένου, εκ των οποίων 13 αποκλείστηκαν. Ως εκ τούτου, συμπεριλήφθηκαν 16 εκθέσεις από 6 διαφορετικές MA (διάγραμμα ροής PRISMA 2020 [27], βλ. Εικ. 1).

Διάγραμμα ροής PRISMA 2020 για νέα συστηματική ανασκόπηση που περιελάμβανε αναζητήσεις σε βάσεις δεδομένων, μητρώα και άλλες πηγές

Εικόνα πλήρους μεγέθους

(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/figures/1>)

Μέχρι τις 30 Απριλίου 2023, είχε παρέλθει περίοδος 30 μηνών από τη λήξη του χρονικού πλαισίου της έκθεσης σύμφωνα με τα αρχικά κριτήρια επιλεξιμότητας (εκθέσεις που δημοσιεύθηκαν έως τις 31 Οκτωβρίου 2020). Ως εκ τούτου, πραγματοποιήσαμε μια επικαιροποιημένη αναζήτηση εκθέσεων που δημοσιεύθηκαν κατά την περίοδο από 1 Νοεμβρίου 2020 έως 30 Απριλίου 2023. Πραγματοποιήσαμε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων A-C, E, G-H (Πίνακας 2; η βάση δεδομένων D δεν ήταν πλέον διαθέσιμη και η βάση δεδομένων F παραλείφθηκε για λόγους προϋπολογισμού, καθώς δεν απέδωσε μη διπλές εγγραφές στην αρχική αναζήτηση) και στη βάση δεδομένων του αναθεωρητή HH. Η επικαιροποιημένη αναζήτηση απέδωσε 13 εγγραφές, από τις οποίες 11 αποκλείστηκαν και 2 αξιολογήθηκαν ως προς την επιλεξιμότητα. Από αυτές, 1 έκθεση είχε ήδη συμπεριληφθεί στις 4 Ιουλίου 2022

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

(Gartlehner 2022, βλ. ενότητα «Πρόσθετα δεδομένα: Gartlehner 2022») και 1 αποκλείστηκε (διάγραμμα ροής PRISMA 2020 για την ενημέρωση στο πρόσθετο αρχείο 4).

Ο κατάλογος των 14 δημοσιεύσεων που αποκλείστηκαν (αρχική αναζήτηση: $n = 13$, ενημέρωση $n = 1$) με τους λόγους αποκλεισμού παρουσιάζεται στον Συμπληρωματικό πίνακα 2.

Οι 16 εκθέσεις αποτελούνταν από 6 πρωτογενείς δημοσιεύσεις μιας [6,7,8, 10, 11] ή δύο [9] MA, 2 δημοσιευμένα πρωτόκολλα MA [28, 29], 7 δημοσιεύσεις πρόσθετων αναλύσεων [3, 30,31,32,33,34] και 1 διόρθωση σφάλματος [35] (Πίνακας 3).

Πίνακας 3 Επισκόπηση των μετα-αναλύσεων και των δημοσιεύσεων που περιλαμβάνονται

Πίνακας πλήρους μεγέθους
(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/3>)

Περιγραφή των μετα-αναλύσεων

Χρονολογική επισκόπηση

Οι έξι MA δημοσιεύθηκαν κατά την περίοδο 1997-2017. Οι δύο πρώτες (Linde 1997 [6] και 1998 [7]) και οι δύο πιο πρόσφατες (Mathie 2014 [10] και 2017 [11]) ήταν «ζεύγη» μετα-αναλύσεων, δηλαδή διεξήχθησαν και δημοσιεύθηκαν από τον ίδιο πρώτο συγγραφέα με επικαλυπτόμενες συν-συγγραφές. Οι άλλες δύο μετα-αναλύσεις (Cucherat 2000 [8], Shang 2005 [9]) δημοσιεύθηκαν από διαφορετικές ομάδες συγγραφέων.

Η MA που διεξήχθη από τον Linde (1997) [6] ήταν η πρώτη MA ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο δοκιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε πάθηση παγκοσμίως. Η αρχική δημοσίευση ακολουθήθηκε από μια λεπτομερή αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας της μελέτης (κίνδυνος μεροληψίας) και των εκτιμήσεων των αποτελεσμάτων (Linde 1999) [30]. Η MA που διεξήχθη από τον Linde (1998) [7] ήταν μια επικαιροποιημένη ανάλυση υποομάδων της Linde (1997) [6], περιορισμένη στο I-HOM.

Η MA που διεξήχθη από τον Cucherat (2000) [8] προήλθε από μια έκθεση για την ομοιοπαθητική που εκπονήθηκε για το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο από την Ομάδα Έρευνας για την Ομοιοπαθητική Ιατρική (Boissel 1996) [31]. Σε σύγκριση με την έκθεση Boissel, η MA που διεξήχθη από τον Cucherat [8] είχε τροποποιήσεις σε ορισμένες αναλύσεις. Θεωρήσαμε αυτή τη MA ως το οριστικό έργο, αλλά συμβουλευτήκαμε επίσης την έκθεση Boissel ως πρόσθετη πηγή λεπτομερειών σχετικά με τις μεθόδους και τη διεξαγωγή της MA.

Η MA που διεξήχθη από τον Shang [9] σχεδιάστηκε ως προ-

οπτική σύγκριση δύο MA ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο δοκιμών: μία MA οποιουδήποτε τύπου ομοιοπαθητικής θεραπείας για οποιαδήποτε διαταραχή και μία MA με αντίστοιχες δοκιμές συμβατικής θεραπείας. Σύμφωνα με το πρωτόκολλο της παρούσας SR [37], τα αποτελέσματα της τελευταίας MA υπερέβαιναν το πεδίο εφαρμογής της παρούσας SR. Ωστόσο, οι συγγραφείς της MA που διεξήχθη από τον Shang [9] χρησιμοποίησαν τα αποτελέσματα της MA για τη συμβατική θεραπεία για να εξαγάγουν συμπεράσματα σχετικά με τα αποτελέσματα της MA για την ομοιοπαθητική. Ως εκ τούτου, συμπεριλάβαμε συγκριτικά δεδομένα για τις δύο MA (που παρουσιάζονται στο πρόσθετο αρχείο 2).

Οι MA που διεξήχθησαν από τον Mathie (2014, 2017) [10, 11] αποτελούσαν μέρος ενός ολοκληρωμένου προγράμματος MA (Mathie 2013) [3], το οποίο κάλυπτε δοκιμές ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο για εξατομικευμένη [10] και μη εξατομικευμένη [11] ομοιοπαθητική, αντίστοιχα.

Μέθοδοι των μετα-αναλύσεων

Ερευνητικός στόχος ή υπόθεση

Ο κύριος ερευνητικός στόχος αφορούσε την αποτελεσματικότητα των ομοιοπαθητικών προϊόντων σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο και στις έξι μετα-αναλύσεις: γενικά [7, 8] ή όσον αφορά τη διαφορά των αποτελεσμάτων μεταξύ της ομοιοπαθητικής και του εικονικού φαρμάκου [6, 10, 11] (αποσπάσματα του πλήρους κειμένου στον Συμπληρωματικό Πίνακα 3). Στη ME που διεξήχθη από τον Shang [9], η ερευνητική υπόθεση προσδιορίστηκε περαιτέρω: «Υποθέσαμε ότι τα αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές ομοιοπαθητικής θα μπορούσαν να εξηγηθούν από ένα συνδυασμό μεθοδολογικών ελλείψεων και μεροληπτικής αναφοράς» (Συζήτηση, σ. 730).

Κριτήρια επιλεξιμότητας

Σχεδιασμός, τύποι δημοσιεύσεων

Και στις έξι MA συμπεριλήφθηκαν τυχαιοποιημένες δοκιμές παράλληλων ομάδων, ενώ οι διασταυρωμένες δοκιμές εξαιρέθηκαν από τέσσερις MA [6, 9,10,11], συμπεριλήφθηκαν στη MA που διεξήχθη από τον Linde (1998) [7] και δεν αναφέρονται στη MA που διεξήχθη από τον Cucherat [8]. Τέσσερις συγγενικές ανασκοπήσεις δεν είχαν περιορισμούς όσον αφορά τη μορφή δημοσίευσης, ενώ δύο (Mathie 2014 και 2017) [10, 11] περιορίζονταν σε άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά με κριτική επιτροπή, μήκους τουλάχιστον 500 λέξεων (Συμπληρωματικός πίνακας 4).

Ασθενείς και ενδείξεις

Σε καμία MA δεν εφαρμόστηκε περιορισμός σε ομάδες ασθενειών ως τέτοιες (Πίνακας 5 του Συμπληρωματικού Υλικού). Αξίζει

να σημειωθεί ότι στη MA που διεξήχθη από τον Shang [9], οι δοκιμές ομοιοπαθητικής συγκρίθηκαν με δοκιμές ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο των παρεμβάσεων που χρησιμοποιούνται στην συμβατική ιατρική, οι οποίες αντιστοιχούσαν ως προς την ένδειξη. Για το 94,0% (n = 110/117) των δοκιμών ομοιοπαθητικής που ήταν κατά τα άλλα επιλέξιμες, βρέθηκε μια δοκιμή συμβατικής ιατρικής για την αντίστοιχη ένδειξη, ενώ 7 δοκιμές ομοιοπαθητικής που δεν μπορούσαν να αντιστοιχιστούν αποκλείστηκαν.

Παρεμβάσεις, συγκριτικά

Στις MA που διεξήχθησαν από τον Mathie (2014 και 2017) [10, 11], οι τύποι ομοιοπαθητικών παρεμβάσεων περιορίστηκαν ως εξής: αποκλείστηκαν τα ραδιονομικά παρασκευασμένα φάρμακα, η ανθρωποσοφική ιατρική, η ομοτοξικολογία και η ομοιοπαθητική σε συνδυασμό με άλλες (συμπληρωματικές ή συμβατικές) θεραπείες (Πίνακας 6).

Άλλα

Στη μετα-ανάλυση που διεξήχθη από τον Cucherat [8], συμπεριλήφθηκαν «μόνο δοκιμές με σαφώς καθορισμένο πρωτεύον αποτέλεσμα» (Πίνακας 7 του Συμπληρώματος).

Αναζήτηση και συμπερίληψη βιβλιογραφίας, εξαγωγή και ανάλυση δεδομένων

Για τις έξι MA, συμβουλευτήκαμε προηγούμενες δημοσιευμένες MA ή SR [38]. Ερευνήθηκαν μεταξύ 4 [6] και 19 [9] ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Για όλες τις συσσωματωμένες αναλύσεις, επικοινωνήσαμε με εμπειρογνώμονες του τομέα για πληροφορίες σχετικά με πρόσθετες δοκιμές. Χρησιμοποιήθηκαν χειροκίνητες αναζητήσεις σε βιβλιογραφικές αναφορές σε πέντε συσσωματωμένες αναλύσεις, αλλά όχι στη συσσωματωμένη ανάλυση που διεξήχθη από τον Linde (1998) [7], η οποία ήταν σε μεγάλο βαθμό μια επικαιροποίηση της προηγούμενης συσσωματωμένης ανάλυσής τους από το 1997 (Πίνακας 8 του παραρτήματος). Η διαλογή των τίτλων και των περιλήψεων πραγματοποιήθηκε ανεξάρτητα από δύο αξιολογητές στη ME που διεξήχθη από τον Linde (1997) [6] και από έναν αξιολογητή στη ME που διεξήχθη από τον Cucherat [8]. Η μέθοδος διαλογής δεν αναφέρθηκε στις άλλες τέσσερις ME. Η αξιολόγηση του πλήρους κειμένου πραγματοποιήθηκε ανεξάρτητα από δύο άτομα στη συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγε ο Linde (1997) [6], από ένα άτομο και ελέγχθηκε εν μέρει από άλλο άτομο στη συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγε ο Cucherat [8] και από ένα άτομο στη συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγε ο Linde (1998) [7]. Η μέθοδος αξιολόγησης του πλήρους κειμένου δεν αναφέρθηκε σε τρεις συστηματικές ανασκοπήσεις.

Η εξαγωγή δεδομένων πραγματοποιήθηκε ανεξάρτητα από δύο

άτομα σε πέντε MA και από ένα άτομο στη MA που διεξήχθη από τον Linde (1998 [7]). Οι αξιολογήσεις του κινδύνου μεροληψίας πραγματοποιήθηκαν ανεξάρτητα από δύο άτομα σε τρεις MA [6, 10, 11] και από ένα άτομο στη MA που διεξήχθη από τον Linde (1998 [7]). Ο αριθμός των ατόμων που πραγματοποίησαν την αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας δεν αναφέρθηκε σε δύο MA. Οι κατάλογοι των αποκλεισμένων δοκιμών ήταν διαθέσιμοι σε τρεις MA [9,10,11]. Οι λόγοι αποκλεισμού των δοκιμών αναφέρθηκαν σε όλες τις MA, εκτός από εκείνη που πραγματοποιήθηκε από τον Linde (1998) [7] (Πίνακας 4).

Πίνακας 4 Ποιότητα της διαχείρισης των δεδομένων των δοκιμών

Πίνακας πλήρους μεγέθους

(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/4>)

Και οι έξι συστηματικές ανασκοπήσεις χρησιμοποίησαν ένα κύριο κλινικό αποτέλεσμα για κάθε δοκιμή ή σύγκριση δοκιμών. Για τη συστηματική ανασκόπηση που διεξήχθη από τον Cucherat [8], αυτό ήταν το κύριο αποτέλεσμα όπως αναφέρθηκε στις δοκιμές (βλ. ενότητα «Κριτήρια επιλεξιμότητας», παραπάνω). Για τις άλλες συστηματικές ανασκοπήσεις, χρησιμοποιήθηκε ένας προκαθορισμένος ιεραρχικός κατάλογος κριτηρίων για την εξαγωγή του κύριου αποτελέσματος (συμπληρωματικός πίνακας 9).

Πρωτόκολλο

Για δύο MA (Mathie 2014 και 2017) [10, 11], ήταν διαθέσιμο ένα προδημοσιευμένο πρωτόκολλο. Για δύο MA (Linde 1997. Cucherat [6, 8]), έγινε αναφορά σε πρωτόκολλο στη δημοσίευση, ενώ για δύο MA (Linde 1998, Shang 2005 [7, 9]), δεν αναφέρθηκε πρωτόκολλο στη δημοσίευση, αλλά ένα μόνο κριτήριο σχεδιασμού (εξαγωγή αποτελέσματος και στις δύο περιπτώσεις) αναφέρθηκε ρητά ως προκαθορισμένο.

Αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας, ετερογένεια, μεταμεροληψία

Δοκιμές υψηλής ποιότητας

Δοκιμές υψηλής ποιότητας σύμφωνα με τα κριτήριά μας (βλ. ενότητα «Δεδομένα»/«Πρωτεύον αποτέλεσμα», παραπάνω) πραγματοποιήθηκαν σε τέσσερις συστηματικές ανασκοπήσεις [6, 9,10,11]. Τα κριτήρια για δοκιμές υψηλής ποιότητας περιγράφονταν ως προκαθορισμένα (Linde 1997) [6] ή πλήρως (Mathie 2017) [11] ή μερικώς (Mathie 2014) [10] καθορισμένα σε ένα προδημοσιευμένο πρωτόκολλο. Μια MA δεν ανέφερε αυτό το στοιχείο (Shang [9]). Τα κριτήρια για δοκιμές υψηλής ποιότητας ήταν τα εξής:

Η MA που διεξήχθη από τον Linde (1997) [6] χρησιμοποίησε

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

ένα συνδυασμό δύο εργαλείων βασισμένων σε βαθμολογία:

- Βαθμολογία Jadad [39] (κλίμακα 0–5 βαθμοί, εκ των οποίων 0, 1 ή 2 βαθμοί για τα στοιχεία αριθ. 1 και 3 και 0–1 βαθμός για το στοιχείο 11 στον Πίνακα 5): ≥ 3 βαθμοί

ΚΑΙ

- Κλίμακα εσωτερικής εγκυρότητας [30] (εύρος 0–7 βαθμοί, εκ των οποίων 0, 0,5 ή 1 βαθμός για κάθε ένα από τα στοιχεία 1–2, 4–7 και 11 στον Πίνακα 5): ≥ 5 βαθμοί

Πίνακας 5 Κριτήρια για δοκιμές υψηλής ποιότητας

Πίνακας πλήρους μεγέθους

(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/5>)

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στις ακόλουθες συστηματικές ανασκοπήσεις αποτελούνταν από σύνολα υποχρεωτικών κριτηρίων, τα οποία έπρεπε να πληρούνται όλα.

Οι MA που διεξήχθησαν από τον Mathie (2014 και 2017) [10, 11] χρησιμοποίησαν το εργαλείο Cochrane για τον κίνδυνο μεροληψίας (RoB, έκδοση 2011) [40]: χαμηλός κίνδυνος μεροληψίας για τα στοιχεία 1–2 και 4–5 στον Πίνακα 5, χαμηλός κίνδυνος για δύο από τα τρία στοιχεία 8 και 12–13 και χαμηλός ή αβέβαιος κίνδυνος για ένα από τα τέσσερα τελευταία στοιχεία.

Στη συγγενική ανάλυση που διεξήγαγε ο Shang [9], ο αριθμός των στοιχείων ποιότητας που χρησιμοποιήθηκαν περιγράφηκε ποικιλοτρόπως ως 3 ή 4, ανάλογα με την εκπλήρωση των στοιχείων (1–3) ή (1–3+10) στον Πίνακα 5. Ο Lüdtke [32] ερμήνευσε τον Shang [9] πως είχε χρησιμοποιήσει 3 στοιχεία (Συμπληρωματικός Πίνακας 29). Λεπτομέρειες που υποστηρίζουν είτε 3 είτε 4 στοιχεία παρουσιάζονται στον Συμπληρωματικό Πίνακα 11.

Τα κριτήρια υψηλής ποιότητας βασίστηκαν σε 8 [6], 7 [10, 11] και 3 ή 4 ποιοτικά στοιχεία [9] (Πίνακας 5).

Κίνδυνος μεροληψίας (μεθοδολογική ποιότητα) κατά τα άλλα

Ο συνολικός αριθμός των συστατικών μεθοδολογικής ποιότητας που αξιολογήθηκαν σε κάθε MA (συμπεριλαμβανομένων των συστατικών των κριτηρίων υψηλής ποιότητας καθώς και άλλων συστατικών) κυμάνθηκε από 3 [8] έως 10 [6, 7], λεπτομέρειες στον Συμπληρωματικό Πίνακα 12.

Οι συσχετίσεις μεταξύ των στοιχείων ποιότητας και των αποτελεσμάτων αναλύθηκαν με δοκιμές υποθέσεων σε τέσσερις συγγενικές ανασκοπήσεις (όχι στη συγγενική ανασκόπηση που διεξήχθη από τους Linde (1998) [7] και Cucherat [8]).

Συγκεντρωτική MA με σταδιακή αφαίρεση των δοκιμών σύμφω-

να με αυξανόμενες κατηγορίες ποιότητας πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις MA χρησιμοποιώντας κατηγορίες με κλίμακα διαστήματος [7, 10, 11] ή κατάταξη [8]. Από τις δύο άλλες MA, η μία [7] είχε ανάλυση αποτελεσμάτων σε 4 υποομάδες ποιότητας κατάταξη αντί για συγκεντρωτική MA.

Δοκιμές στατιστικής ετερογένειας πραγματοποιήθηκαν σε τέσσερις MA (όχι στις MA που διεξήχθησαν από τους Linde (1998) [7] και Cucherat [8]) • όλες εκτός από μία MA [7] περιελάμβαναν αξιολόγηση της μεροληψίας δημοσίευσης/μεροληψίας μικρών μελετών (Συμπλ. Πίνακας 14).

Δηλώθηκαν και εξηγήθηκαν πιθανές συγκρούσεις συμφερόντων για τουλάχιστον έναν συγγραφέα σε δύο MA (Mathie 2014 και 2017) [10, 11] • σε μία MA (Shang) [9] συμπεριλήφθηκε δήλωση περί απουσίας συγκρούσεων συμφερόντων για όλους τους συγγραφείς, ενώ το ζήτημα αυτό δεν εξετάστηκε στις άλλες τρεις MA.

Χαρακτηριστικά των δοκιμών

Αριθμός δοκιμών, συγκρίσεις δοκιμών και εκθέσεις δοκιμών

Για κάθε MA, αξιολογήθηκαν για επιλεξιμότητα μεταξύ 150 και 359 πλήρεις εγγραφές (διαθέσιμα δεδομένα για τέσσερις MA) και μεταξύ 16 και 119 δοκιμές ήταν επιλέξιμες για SR, συμπεριλαμβανομένων 16–110 δοκιμών με εξαγωγή δεδομένα για MA. Συνολικά, 182 διαφορετικές δοκιμές (ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, συγκρίσεις δοκιμών) που αναφέρθηκαν σε 165 διαφορετικές δημοσιεύσεις ή άλλες εκθέσεις δοκιμών συμπεριλήφθηκαν στις 6 MA. Από αυτές, $n = 88$ δοκιμές συμπεριλήφθηκαν σε 1 MA, 65 δοκιμές σε 2 MA, 24 δοκιμές σε 3 MA και 5 δοκιμές σε 4 MA, με συνολικά 310 δοκιμές ή συγκρίσεις δοκιμών (Πίνακας 15 του παραρτήματος). Όλες οι παρακάτω περιγραφές αναφέρονται σε αυτές τις 310 δοκιμές.

Διαθεσιμότητα περιγραφικών δεδομένων

Παρουσιάστηκαν συνοπτικά περιγραφικά δεδομένα για 12 διαφορετικές ιδιότητες των δοκιμών (εξαιρουμένων του σχεδιασμού, της ποιότητας των δοκιμών και των αποτελεσμάτων), που κυμαίνονταν από 3 [8] έως 9 [7] στοιχεία ανά MA (Πίνακας 16 του Συμπληρωματικού Υλικού).

Και οι έξι MA είχαν τουλάχιστον έναν πίνακα με τα χαρακτηριστικά των επιμέρους δοκιμών. Παρουσιάστηκαν συνολικά 38 διαφορετικά στοιχεία (ή συνοπτικά αναφέρονται ως παρόντα/απόντα σε όλες τις δοκιμές), που κυμαίνονταν από 8 (Shang [9]) έως 33 στοιχεία (Mathie 2017 [11]) ανά MA (Πίνακας 17 του Συμπληρωματικού Υλικού). Τα στοιχεία που αναφέρθηκαν συχνότερα ήταν τα εξής:

- πρώτος συγγραφέας, αριθμός ασθενών, ένδειξη (σύντομη),

παρέμβαση στην ομάδα ομοιοπαθητικής, αποτέλεσμα, συνολική αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας (παρουσιάστηκε σε $n = 6$ MA)

- ομάδα ένδειξης, γραφική απεικόνιση του μεγέθους του αποτελέσματος με 95% διάστημα εμπιστοσύνης ($n = 5$ MA)

Περιγραφικά δεδομένα

Οι δοκιμές δημοσιεύθηκαν κατά την περίοδο 1943-2014 (Πίνακας 6). Ο μέσος όρος του μεγέθους του δείγματος ανά δοκιμή κυμαινόταν από 45 έως 97 ασθενείς, με ελάχιστο μέγεθος δείγματος 5-28 και μέγιστο μέγεθος 175-1573 ασθενείς. Οι δοκιμές κάθε MA είχαν πραγματοποιηθεί σε 11-15 χώρες (διαθέσιμα στοιχεία για τέσσερις MA). Οι χώρες όπου διεξήχθη κάθε δοκιμή αναφέρθηκαν σε τρεις MA [7, 10, 11] • οι πιο συνηθισμένες χώρες ήταν το Ηνωμένο Βασίλειο ($n = 18$ δοκιμές μεταξύ των τριών MA, πολλαπλές δυνατές απαντήσεις), η Γερμανία ($n = 17$), οι ΗΠΑ ($n = 9$) και η Γαλλία και η Ινδία (και οι δύο με $n = 6$ δοκιμές) (Πίνακας 18 του παραρτήματος). Οι πιο συνηθισμένες γλώσσες των δημοσιεύσεων των δοκιμών ήταν η αγγλική (39-95% των δοκιμών), η γερμανική (5-29%) και η γαλλική (0-28%) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6 Βιβλιογραφικές αναζητήσεις, χαρακτηριστικά των δοκιμών με εξαγωγή δεδομένα για μετα-ανάλυση

Πίνακας πλήρους μεγέθους

(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/6>)

Δεδομένα σχετικά με τις ηλικιακές ομάδες και το φύλο ήταν διαθέσιμα σε τρεις μετα-αναλύσεις [7, 10, 11] με συνολικά 94 δοκιμές (πιθανές πολλαπλές απαντήσεις). Συνολικά, το 14,9% ($n = 14/94$) όλων των δοκιμών περιελάμβαναν μόνο παιδιά, το 55,3% ($n = 52$) περιελάμβαναν μόνο ενήλικες και το 29,8% ($n = 28$) περιελάμβαναν τόσο ενήλικες όσο και παιδιά ή άγνωστο. Συνολικά, το 14,9% ($n = 14/94$) των δοκιμών περιελάμβανε μόνο γυναίκες, το 2,1% ($n = 2$) των δοκιμών περιελάμβανε μόνο άνδρες και το 83,0% ($n = 78$) των δοκιμών περιελάμβανε και τα δύο φύλα ή δεν ανέφεραν αυτά τα δεδομένα (δεδομένα για μεμονωμένες MA στον πίνακα 19 του παραρτήματος).

Οι ενδείξεις για όλες τις 310 δοκιμές (πολλαπλές δυνατές απαντήσεις) κωδικοποιήθηκαν σύμφωνα με το ICD-10:

- Τα πιο συχνά κεφάλαια διάγνωσης ICD-10 ήταν J00-J99 Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος (24,5%, $n = 76/310$), S00-T98 Τραυματισμοί, δηλητηριάσεις και ορισμένες άλλες συνέπειες εξωτερικών αιτιών (11,9%, $n = 37$), K00-K93 Ασθένειες του πεπτικού συστήματος (11,0%, $n = 34$) και M00-M99 Ασθένειες

του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού (8,7%, $n = 27$) (Πίνακας 20 του Συμπληρωματικού Πίνακα).

- Οι πιο συχνές τριψήφιες διαγνώσεις ICD-10 ήταν J30 Αγγειοκινητική και αλλεργική ρινίτιδα (7,1%, $n = 22/310$), J11 Γρίπη, ιός μη προσδιορισμένος (4,8%, $n = 15$), J06 Όξεις λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος πολλαπλών και μη προσδιορισμένων θέσεων (4,2%, $n = 13$) και K91 Διαταραχές του πεπτικού συστήματος μετά από επέμβαση, που δεν ταξινομούνται αλλού [μετεγχειρητικός ειλεός] (4,2%, $n = 13$) (Πίνακας 21).

Παρεμβάσεις, αποτελέσματα

Η παρέμβαση ήταν I-HOM σε όλες τις δοκιμές για 2 MA [7, 10] και στο 0-18% των δοκιμών των τεσσάρων άλλων MA. Σε αυτές τις τέσσερις MA, η παρέμβαση NI-HOM ήταν κλινική ομοιοπαθητική στο 44-71% των δοκιμών, σύνθετη ομοιοπαθητική στο 6-44% (Mathie 2017 [11]: συμπεριλαμβανομένων των «συνδυασμένων προϊόντων») και ισοπαθητική στο 6-13% (Πίνακας 7). Τα ομοιοπαθητικά προϊόντα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν μόνο υψηλής ισχύος ($\geq C12$ ή $\geq D24$) στο 29-39% των δοκιμών.

Πίνακας 7 Παρεμβάσεις, μέτρηση του κύριου αποτελέσματος, αποτελέσματα δοκιμών

Πίνακας πλήρους μεγέθους

(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/7>)

Το κύριο αποτέλεσμα ήταν δυαδικό στο 43-89% των δοκιμών. Η ανάλυση του κύριου αποτελέσματος έδειξε σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο στο 14-65% (σταθμισμένος μέσος όρος 36,5% ($n = 113$ από 310 δοκιμές), μη σημαντική ανωτερότητα της ομοιοπαθητικής στο 18-55% (σταθμισμένος μέσος όρος 44,2%), μη σημαντική υπεροχή του εικονικού φαρμάκου στο 16-32% (μέσος όρος 19,0%) και σημαντική θετική επίδραση του εικονικού φαρμάκου σε σύγκριση με την ομοιοπαθητική στο 0-1% (0,3%, $n = 1$ δοκιμή) (Πίνακας 7).

Αξιολογήσεις μεροληψίας και ετερογένειας

Κίνδυνος μεροληψίας (μεθοδολογική ποιότητα) των δοκιμών

Επισκόπηση των στοιχείων μεθοδολογικής ποιότητας

Για 10 διαφορετικές συνιστώσες μεθοδολογικής ποιότητας, ο αριθμός των δοκιμών που πληρούσαν το αντίστοιχο κριτήριο αξιολογήθηκε σε τουλάχιστον δύο συγγενικές αναλύσεις, με συνολικά 43 αναλύσεις (Πίνακας 8, συνιστώσες 1-10). Τα ποσοστά συμμόρφωσης κυμαίνονταν από 17% (επαρκής απόκρυψη της κατανομής στις συγγενικές αναλύσεις που διεξήχθησαν από τον Mathie (2017) [11]) έως 100% (8 περιπτώσεις). Το 44% ($n = 19/43$) των ανα-

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

λύσεων έδειξε ποσοστό συμμόρφωσης $\geq 50\%$. Τα σταθμισμένα μέσα ποσοστά συμμόρφωσης για κάθε μία από τις 10 συνιστώσες (πολλαπλές απαντήσεις δυνατές, καθώς οι δοκιμές μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε περισσότερες από μία MA) κυμάνθηκαν από 20% (απουσία συμφερόντων σχετικών με τη χρηματοδότηση στις MA που διεξήχθησαν από τους Mathie (2014) [10] και (2017) [11]) έως 89% (μορφή δημοσίευσης = άρθρο σε περιοδικό και στις έξι MA). Τρεις συνιστώσες (άρθρο σε περιοδικό, επαρκής διπλή τυφλοποίηση, καμία επιλεκτική αναφορά αποτελεσμάτων) είχαν σταθμισμένα μέσα ποσοστά συμμόρφωσης άνω του 75%.

Πίνακας 8 Κίνδυνος μεροληψίας (μεθοδολογική ποιότητα) των δοκιμών: κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν σε ≥ 2 μετα-αναλύσεις

Πίνακας πλήρους μεγέθους
(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/8>)

Μεροληψία στην αναφορά των αποτελεσμάτων

Στη συγγενική ανάλυση που διεξήγαγε ο Linde (1997) [6], το 23,6% ($n = 21/89$) των δοκιμών είχαν προκαθορισμένο πρωτεύον αποτέλεσμα (εκτίμηση του αποτελέσματος μετά τον περιορισμό του δείγματος σε αυτές τις δοκιμές που αναφέρονται στον πίνακα 28 του παραρτήματος). Στη συγγενική ανάλυση που διεξήγαγε ο Cucherat [8], μόνο οι δοκιμές με ένα «σαφώς καθορισμένο» πρωτεύον αποτέλεσμα ήταν επιλέξιμες.

Στις MA που διεξήχθησαν από τον Mathie (2014 και 2017) [10, 11], ο κίνδυνος μεροληψίας στην αναφορά των αποτελεσμάτων αξιολογήθηκε στον τομέα V του εργαλείου Cochrane RoB με σύγκριση της ενότητας των αποτελεσμάτων με το πρωτόκολλο ή, εάν δεν υπήρχε πρωτόκολλο, με την ενότητα των μεθόδων των δημοσιεύσεων. Στη ME που διεξήχθη από τον Mathie (2014) [10], η απουσία κινδύνου μεροληψίας στην αναφορά των αποτελεσμάτων βαθμολογήθηκε ως «ναι» στο 86,4% ($n = 19/22$) των δοκιμών στη ME, «αβέβαιη» στο 4,5% ($n = 1$) και «όχι» στο 9,1% ($n = 2$). Στη ME που διεξήχθη από τον Mathie (2017) [11], οι αντίστοιχες αξιολογήσεις ήταν «ναι» στο 74,1% ($n = 40/54$) των δοκιμών στη ME, «αβέβαιες» στο 9,3% ($n = 5$) και «όχι» στο 16,7% ($n = 9$) (Πίνακας 8, στοιχείο αριθ. 5). Οι εκτιμήσεις των αποτελεσμάτων για τις 19 και 40 δοκιμές που βαθμολογήθηκαν με «ναι», αντίστοιχα, δεν δημοσιεύθηκαν.

Δοκιμές υψηλής ποιότητας

Το ποσοστό των δοκιμών υψηλής ποιότητας κυμάνθηκε από 6% ($n = 3/54$) των δοκιμών που αναλύθηκαν από τον Mathie (2017)

[11] έως 29% ($n = 26/89$) των δοκιμών που αναλύθηκαν από τον Linde (1997) [6] (Πίνακας 8). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα κριτήρια για την «υψηλή ποιότητα» διέφεραν σημαντικά μεταξύ των MA:

- Η υψηλή ποιότητα (ονομαζόμενη «αξιόπιστα στοιχεία») στις συστηματικές ανασκοπήσεις που διεξήχθησαν από τον Mathie (2014 και 2017) [10, 11] αντιστοιχεί περίπου σε μια κλίμακα εσωτερικής εγκυρότητας 6,5 βαθμών ή υψηλότερη στη συστηματική ανασκόπηση που διεξήχθη από τον Linde (1997) [6], η οποία πληρούταν από το 8% ($n = 7/89$) των δοκιμών στη MA που διεξήγαγε ο Linde (1997) [6], ενώ το 29% πληρούσε τα κριτήρια υψηλής ποιότητας των συγγραφέων για τον Linde (1997) [6].

- Εάν τα κριτήρια υψηλής ποιότητας στις MA που διεξήχθησαν από τον Mathie (2014 και 2017) [10, 11] είχαν περιοριστεί στις συνιστώσες ποιότητας 1-3 του Πίνακα 8 (που αντιστοιχούν στο μοντέλο 3 συνιστωσών του Shang), το ποσοστό των δοκιμών υψηλής ποιότητας θα ήταν 23% αντί για 14% των δοκιμών στη MA που διεξήχθη από τον Mathie (2014) [10] και 11% αντί για 6% στη συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγε ο Mathie (2017) [11]. Εάν τα ίδια κριτήρια εφαρμοζόταν στη συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγε ο Cucherat [8] (η οποία δεν περιλάμβανε αξιολόγηση «δοκιμών υψηλής ποιότητας» όπως ορίζεται στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση), θα πληρούνταν για το 94% των δοκιμών.

Για τις τρεις MA που χρησιμοποίησαν ένα σύνολο υποχρεωτικών κριτηρίων για την «υψηλή ποιότητα» (Shang με 3 ή 4 κριτήρια, Mathie (2014) [10] και (2017) [11] με 7 κριτήρια ή καθεμία), η μεθοδολογική ποιότητα συγκρίθηκε με την ποιότητα άλλων δοκιμών, που αξιολογήθηκαν σύμφωνα με πανομοιότυπα κριτήρια:

- Ο Shang [9] περιελάμβανε μια τέτοια σύγκριση: Μεταξύ 110 δοκιμών HOM και 110 δοκιμών CON, που αντιστοιχούσαν ως προς τη διάγνωση και τον τύπο του αποτελέσματος, το ποσοστό των δοκιμών υψηλής ποιότητας ήταν σημαντικά υψηλότερο στις δοκιμές HOM (19,1%, $n = 21/110$) σε σύγκριση με τις δοκιμές CON (8,2%, $n = 9/110$), ($p = 0,0294$) (Πρόσθετο αρχείο 2).

- Ο Mathie [10, 11] χρησιμοποίησε το εργαλείο Cochrane RoB (έκδοση 2011) με 6 τυποποιημένα κριτήρια και 1 μη τυποποιημένο στοιχείο «άλλες πηγές μεροληψίας», το οποίο παραλείφθηκε από την επόμενη έκδοση RoB 2 [41]. Σε μια αξιολόγηση αυτού του εργαλείου, η μεθοδολογική ποιότητα των τυχαιοποιημένων δοκιμών σε 100 Cochrane SR και 18 μη Cochrane SR που δημοσιεύθηκαν στο τέλος του 2014 συνοψίστηκε χρησιμοποιώντας τα 6 τυποποιημένα κριτήρια. Οι δύο SR που διεξήχθησαν από τον Mathie ([10, 11], συμπεριλαμβανομένων δοκιμών που ήταν επιλέξιμες για SR αλλά όχι για MA) και οι Cochrane SR είχαν πα-

ρόμοιες αναλογίες τυχαιοποιημένων δοκιμών που αξιολογήθηκαν ως χαμηλού (A: 3-6%), αβέβαιου (B: 33-38%) και υψηλού (C: 59-61%) κινδύνου μεροληψίας, αντίστοιχα, ενώ οι μη Cochrane SR είχαν συγκριτικά περισσότερες δοκιμές με αβέβαιο κίνδυνο (53%) και λιγότερες δοκιμές με υψηλό κίνδυνο (41%) [42] (Πίνακας 9).

Πίνακας 9 Κίνδυνος μεροληψίας των δοκιμών συστηματικών ανασκοπήσεων, που αξιολογήθηκαν με το εργαλείο Cochrane RoB (2011), τομείς I, II, IIIa, IIIb, IV και V

Πίνακας πλήρους μεγέθους
(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/9>)

Ετερογένεια

Ετερογένεια στο πλήρες δείγμα

Σημαντική στατιστική ετερογένεια μεταξύ των δοκιμών βρέθηκε σε 3 MA [6, 9, 11, 30] και δεν βρέθηκε σε 1 MA (Mathie 2014) [10], ενώ η ετερογένεια δεν αξιολογήθηκε σε 2 MA [7, 8] (Συμπλ. Πίνακας 23). Αξίζει να σημειωθεί ότι στη MA που διεξήχθη από τον Cucherat [8], η πιθανότητα στατιστικής ετερογένειας λόγω κλινικής ετερογένειας αναφέρθηκε ως ο κύριος λόγος για την επιλογή του συνδυασμού τιμών p αντί της μετα-αναλυτικής εκτίμησης του αποτελέσματος.

Ομοιογένεια μετά από περιορισμό του δείγματος ή «trim-and-fill»

Στη MA που διεξήχθη από τον Linde (1997/1999) [6, 30], η ετερογένεια ήταν t -τετράγωνο 0,43 στο πλήρες δείγμα ($n = 89$ δοκιμές). Μετά τον περιορισμό του δείγματος σε δοκιμές με υψηλότερη μεθοδολογική ποιότητα, η ετερογένεια μειώθηκε σε 6 από τις 7 μονομεταβλητές αναλύσεις, με t -τετράγωνο που κυμαινόταν από 0,31 για διπλά τυφλές δοκιμές ($n = 81$) έως 0,41 για ρητά τυχαιοποιημένες δοκιμές ($n = 64$). Σε μία πολυμεταβλητή ανάλυση, η ετερογένεια μειώθηκε σε t -τετράγωνο = 0,28 για τις ρητά τυχαιοποιημένες δοκιμές (Πίνακας 23 του Παραρτήματος).

Στη συγγενική ανάλυση που διεξήχθη από τον Mathie (2017) [11], η ετερογένεια (I -τετράγωνο 65%) δεν μειώθηκε μετά τη διαδικασία «trim-and-fill» για την ασυμμετρία του διαγράμματος χωνιού (FPA, I -τετράγωνο 79%).

Μη αναφορά μεροληψίας, μεροληψία μικρών μελετών

Μη διαθέσιμες δοκιμές

Πραγματοποιήθηκαν εκτενείς αναζητήσεις για πιθανώς επιλέξιμες δοκιμές για πέντε MA (εκτός από Linde 1998) [7], και οι μη

δημοσιευμένες δοκιμές ήταν επιλέξιμες για τρεις MA [6, 8, 9], αλλά όχι για τις δύο MA που διεξήχθησαν από τον Mathie [10, 11].

Δεδομένα για μη διαθέσιμες δοκιμές αναφέρθηκαν για τρεις MA:

- Linde (1997) [6]: Οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι ενδέχεται να υπάρχουν 15-30 μη δημοσιευμένες δοκιμές που δεν μπόρεσαν να αποκτήσουν, αλλά δεν παρουσίασαν ποσοτικά ευρήματα που να υποστηρίζουν την υπόθεση αυτή.

- Cucherat [8]: Οι συγγραφείς εντόπισαν 1 μη δημοσιευμένη δοκιμή, για την οποία τα δεδομένα προστατεύονταν από νόμους περί προστασίας της βιομηχανικής ιδιοκτησίας και, ως εκ τούτου, δεν ήταν διαθέσιμα.

- Shang [9]: Οι συγγραφείς ανέφεραν 9 μη διαθέσιμες εκθέσεις δοκιμών, εκ των οποίων 5 άρθρα σε περιοδικά στην αγγλική ($n = 2$) και ισπανική ($n = 3$) γλώσσα, αντίστοιχα, και 4 πρακτικά συνεδρίων στην αγγλική γλώσσα. Από αυτές τις εννέα εκθέσεις, ένα άρθρο σε περιοδικό είχε ταξινομηθεί εσφαλμένα, καθώς στην πραγματικότητα επρόκειτο για περίπτωση πολλαπλής δημοσίευσης (Straumsheim 1997, που περιλαμβάνεται στη συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγε ο Shang [9] ως δοκιμή ομοιοπαθητικής αριθ. 87), τρία άρθρα σε περιοδικά καταχωρίστηκαν από τους Mathie (2013) [3] ως δοκιμές ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο, αλλά δεν ήταν επιλέξιμες για τις MA που διεξήγαγαν οι Mathie (2014) [10] ($n = 2$) και Mathie (2017) [11] ($n = 1$), αντίστοιχα, επειδή δεν είχαν δημοσιευτεί σε περιοδικό με αξιολόγηση από ομότιμους. Μια διαδικασία συνεδρίου (Lara-Marquez 1997) συμπεριλήφθηκε στην SR που πραγματοποιήθηκε από τον Linde (1998) [7], αλλά όχι στην αντίστοιχη MA, καθώς ήταν διαθέσιμη μόνο ως περίληψη (Πίνακας 24 του Συμπληρώματος).

Μη αναγνωρισμένες δοκιμές

Ο Mathie (2013) [3] εντόπισε τα ακόλουθα:

- 25 εκθέσεις δοκιμών (2 με αξιολόγηση από ομότιμους, 23 χωρίς αξιολόγηση από ομότιμους) που ενδεχομένως πληρούσαν τα κριτήρια για συμπερίληψη στη συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγε ο Linde (1997) [6], αλλά δεν περιλαμβάνονταν σε αυτήν,

- 41 εκθέσεις δοκιμών (14 με αξιολόγηση από ομότιμους, 27 χωρίς αξιολόγηση από ομότιμους) που ενδεχομένως πληρούν τα κριτήρια για συμπερίληψη στη MA που διεξήγαγε ο Shang [9], αλλά δεν περιλαμβάνονται σε αυτήν.

Διάγραμμα χοάνης, πλήρες δείγμα

Η επιθεώρηση του διαγράμματος χοάνης πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις MA. Τα διαγράμματα χοάνης κατασκευάστηκαν με την

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

απεικόνιση της εκτίμησης του αποτελέσματος για κάθε δοκιμή – εκφρασμένη ως λογική αναλογία πιθανοτήτων [6, 9, 10] ή τυποποιημένη μέση διαφορά (Mathie 2017 [11]) – σε σχέση με το τυπικό σφάλμα. Σε τρεις MA [6, 9, 11], διαπιστώθηκε FPA, με δοκιμές με υψηλότερο τυπικό σφάλμα να έχουν μεγαλύτερα αποτελέσματα. Σε μία MA (Mathie 2014 [10]), το διάγραμμα χοάνης ήταν συμμετρικό. Η δοκιμή Egger ήταν σημαντική στις τρεις πρώτες MA, αλλά όχι στη MA που διεξήχθη από τον Mathie (2014) [10] (Πίνακας 25 του παραρτήματος).

Δοκιμές trim-and-fill πραγματοποιήθηκαν σε τρεις MA [6, 8, 11]. Για την αξιολόγηση πιθανών ελλείψεων δοκιμών, στη MA που διεξήχθη από τον Linde (1997) [6] χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα τυχαίων αποτελεσμάτων και μη παραμετρικής επιλογής. Υπό διαφορετικές συνθήκες, ο αριθμός των εικονικών πρόσθετων δοκιμών με μηδενικό αποτέλεσμα που απαιτούνταν για να αλλάξουν τα αποτελέσματα από σημαντική σε μη σημαντική ανωτερότητα της ομοιοπαθητικής κυμάνθηκε από 11 (Mathie (2017) [11]) έως 4511 (Linde (1997) [6], μοντέλο σταθερών αποτελεσμάτων) (Συμπληρωματικός πίνακας 26).

Διάγραμμα χοάνης, δοκιμές υψηλότερης ποιότητας

Ο Sterne (2001) [36] κατασκεύασε ένα διάγραμμα χοάνης με $n=34$ δοκιμές με «επαρκή απόκρυψη» + «διπλή τυφλοποίηση» από τη MA που διεξήγαγε ο Linde (1997) [6] (όχι τις $n=26$ δοκιμές υψηλής ποιότητας σύμφωνα με τον Linde (1997) [6]). Κατά την εξέταση, διαπιστώθηκε FPA και οι αντίστοιχες δοκιμές ήταν σημαντικές (συσχέτιση κατάταξης: $p = 0,014$; παλινδρόμηση: $p < 0,001$).

Ο Lüdtke (2008) [32] κατασκεύασε ένα διάγραμμα χοάνης των 21 δοκιμών υψηλής ποιότητας που αναλύθηκαν από τον Shang [9], απεικονίζοντας το λογάριθμο της αναλογίας πιθανοτήτων έναντι του τυπικού σφάλματος. Το διάγραμμα έδειξε μια ομάδα 18 σε μεγάλο βαθμό συμμετρικών δοκιμών και 3 ακραίες αποκλίσεις, με 2 να ευνοούν έντονα την ομοιοπαθητική και 1 να ευνοεί έντονα το εικονικό φάρμακο. Η δοκιμή του Egger έδειξε ένα μεγάλο αλλά μη σημαντικό FPA (συντελεστής ασυμμετρίας 0,40, $p = 0,17$). Το ίδιο ίσχυε και για τις 8 μεγαλύτερες δοκιμές υψηλής ποιότητας (1,15, $p = 0,94$, διάγραμμα χοάνης δεν εμφανίζεται) [32] (Πίνακας 25 του παραρτήματος).

Συσχετίσεις μεταξύ μεθοδολογικής ποιότητας και εκτιμήσεων αποτελεσμάτων

Οι συσχετίσεις μεταξύ της μεθοδολογικής ποιότητας ή άλλων υποομάδων και των εκτιμήσεων αποτελεσμάτων αναλύθηκαν σε 4 MA (Linde 1997 [6], Shang [9], Mathie 2014 [10] και 2017 [11], Συμπλ. Πίνακας 27).

Linde (1997 [6] και 1999 [30]): Οι συγγραφείς ανέλυσαν μονομεταβλητές και πολυμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ τεσσάρων μεμονωμένων ποιοτικών παραμέτρων και της εκτίμησης του αποτελέσματος και διαπίστωσαν σημαντικές συσχετίσεις για την «διπλή τυφλοποίηση» (μονομεταβλητή και πολυμεταβλητή) και την «ρητή τυχαιοποίηση» (πολυμεταβλητή), αλλά όχι για την «επαρκή απόκρυψη της τυχαίας κατανομής» ούτε για την «πλήρη παρακολούθηση» (ούτε μονομεταβλητή ούτε πολυμεταβλητή). Οι μονομεταβλητές αναλύσεις έδειξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ τριών σύνθετων μέτρων ποιότητας (A: κλίμακα Jadad > 2 ; B: βαθμολογία εσωτερικής εγκυρότητας $> 4,5$; C: A και B) και της εκτίμησης του αποτελέσματος. Από την άλλη πλευρά, τα διαγράμματα διασποράς της κλίμακας Jadad και της βαθμολογίας εσωτερικής εγκυρότητας σε σχέση με τις αναλογίες πιθανοτήτων δεν έδειξαν σαφείς γραμμικές σχέσεις (Συμπλ. Πίνακας 27).

Linde (1997) [6] / Sterne [36]: Οι συγγραφείς ανέλυσαν μονομεταβλητές και πολυμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ της «δημοσίευσης στην αγγλική γλώσσα» και της «δημοσίευσης με ευρετήριο Medline», αντίστοιχα, και των εκτιμήσεων του αποτελέσματος: δύο από τις τέσσερις αναλύσεις έδειξαν σημαντικές συσχετίσεις («αγγλική γλώσσα», μονομεταβλητή + «ευρετήριο Medline», πολυμεταβλητή Συμπλ. Πίνακας 27).

Ο Shang [9] ανέλυσε μονομεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ έξι μεμονωμένων ποιοτικών παραμέτρων και εκτιμήσεων αποτελεσμάτων, και βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις για τρεις («ευρετήριο Medline», «διπλή τυφλοποίηση», «επαρκής δημιουργία ακολουθίας κατανομής»). Ομοίως, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση για δοκιμές υψηλής ποιότητας (Πίνακας 27). Σε πολυμεταβλητές αναλύσεις, όπως συνοψίζεται από τους συγγραφείς, «το τυπικό σφάλμα του λογάριθμου της αναλογίας πιθανοτήτων (συντελεστής ασυμμετρίας) ήταν η κυρίαρχη μεταβλητή. Οι συντελεστές άλλων μεταβλητών, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας της μελέτης, εξασθένησαν και κατέστησαν μη σημαντικοί» (Shang [9], σ. 929-930).

Οι συγγενικές αναλύσεις που διεξήχθησαν από τον Mathie (2014 [10] και 2017 [11]) δεν αποκάλυψαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της «δημοσίευσης χωρίς συμφέροντα» και των εκτιμήσεων των αποτελεσμάτων (και στις δύο συγγενικές αναλύσεις, Συμπληρωματικός πίνακας 27).

Κίνδυνος μεροληψίας των μετα-αναλύσεων

ROBIS

Σύμφωνα με τις αξιολογήσεις ROBIS [13], ο κίνδυνος μεροληψίας ήταν χαμηλός σε τρεις συγγενικές αναλύσεις (Linde 1997, Mathie 2014 και 2017 [6, 10, 11]) και υψηλός σε τρεις συγγενι-

κές αναλύσεις (Linde 1998, Cucherat, Shang [7,8,9]) (Πίνακας 10). Οι αξιολογήσεις ROBIS κάθε MA με τα σχόλιά μας για μεμονωμένα στοιχεία παρουσιάζονται στο Πρόσθετο αρχείο 1.

Πίνακας 10 Κίνδυνος μεροληψίας των μετα-αναλύσεων: Αξιολογήσεις ROBIS για μεμονωμένα στοιχεία, τομείς και συνολικό κίνδυνο

Πίνακας πλήρους μεγέθους
(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/10>)

AMSTAR

Τα στοιχεία 7 (κατάλογος αποκλεισμένων μελετών), 10 (πηγές χρηματοδότησης για τις μελέτες που περιλαμβάνονται) και 16 (σύγκρουση συμφερόντων των συγγραφέων της ανασκόπησης) του AMSTAR [14] έλαβαν τις χαμηλότερες δυνατές βαθμολογίες (0) για τις τρεις πρώτες MA (Linde 1997 και 1998, Cucherat [6,7,8]) και τις καλύτερες δυνατές βαθμολογίες (1 ή 2) στις πιο πρόσφατες MA (Mathie 2014 [10] και 2017 [11]). Η MA που διεξήχθη από τον Shang [9] έλαβε δύο βαθμολογίες «0» και μία «1» (0-2 δυνατές) (Πίνακας 11).

Πίνακας 11 Κίνδυνος μεροληψίας των μετα-αναλύσεων: στοιχεία AMSTAR 7, 10, 16

Πίνακας πλήρους μεγέθους
<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/11>

Πρωτογενές αποτέλεσμα αυτής της συστηματικής ανασκόπησης
Όλες οι δοκιμές με εξαγωγή δεδομένα για μετα-ανάλυση

Οι εκτιμήσεις των αποτελεσμάτων – ή για τη MA που διεξήχθη από τον Cucherat [8]: συνδυασμένες τιμές p – για όλες τις δοκιμές με εξαγωγή δεδομένα αναφέρθηκαν σε πέντε MA (όχι από τον Shang [9]). Όλες οι αναλύσεις έδειξαν σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (Πίνακας 12).

Περιορισμός του δείγματος σε δοκιμές υψηλής ποιότητας

Εκτιμήσεις αποτελεσμάτων για δοκιμές υψηλής ποιότητας Τα στοιχεία δεδομένων / τα πρωτογενή αποτελέσματα ήταν διαθέσιμα για τέσσερις μετα-αναλύσεις (όχι για τις μετα-αναλύσεις που διεξήχθησαν από τους Linde (1998) [7] και Cucherat [8]). Τρεις συστηματικές ανασκοπήσεις (Linde 1997, Shang/Lüdtke, Mathie 2014 [6, 9, 10, 32]) έδειξαν σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, ενώ μία συστηματική ανασκόπηση (Mathie 2017) [11] δεν έδειξε σημα-

ντική διαφορά μεταξύ της ομοιοπαθητικής και του εικονικού φαρμάκου (Πίνακας 12).

Πίνακας 12 Πρωτογενή αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης: εκτιμήσεις αποτελεσμάτων για όλες τις δοκιμές και για δοκιμές υψηλής ποιότητας

Πίνακας πλήρους μεγέθους
(<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-023-02313-2/tables/12>)

Δευτερεύοντα αποτελέσματα

Αναλύσεις ευαισθησίας: Περιορισμός του δείγματος σε δοκιμές που πληρούν τα κριτήρια ποιότητας

Περιορισμός του δείγματος σε δοκιμές που πληρούν 1 κριτήριο ποιότητας

Αναλύσεις ευαισθησίας με περιορισμό του δείγματος σε δοκιμές που πληρούν 1 κριτήριο ποιότητας αναφέρθηκαν σε τέσσερις συγγενικές αναλύσεις [6, 7, 10, 11], με συνολικά 12 αναλύσεις βασισμένες σε 7 διαφορετικά μεμονωμένα στοιχεία ποιότητας («ρητά τυχαιοποιημένες», «επαρκής απόκρυψη της τυχαίας κατανομής», «δήλωση διπλής τυφλοποίησης», «επαρκής/πλήρης παρακολούθηση», «προκαθορισμένο κύριο αποτέλεσμα», «καταχωρημένο στο Medline», «απαλλαγμένο από [χρηματοδοτικά] συμφέροντα»). Από τις 12 αναλύσεις, 11 έδειξαν σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (Πίνακας 28 του παραρτήματος).

Περιορισμός του δείγματος όσον αφορά 2-4 στοιχεία ποιότητας

Αναλύσεις ευαισθησίας με περιορισμό του δείγματος σχετικά με 2-4 στοιχεία ποιότητας αναφέρθηκαν σε 3 συγγενικές αναλύσεις. Στη συγγενική ανάλυση που διεξήχθη από τον Linde (1997) [6], οι δοκιμές με βαθμολογία Jadad > 2 είχαν σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής. Στη συγγενική ανάλυση που διεξήχθη από τον Linde (1998) [7], η εκτίμηση της επίδρασης για τις δοκιμές που πληρούσαν 3 κριτήρια (ευρετήριο Medline + διπλά τυφλή + «χωρίς άλλα προφανή σχετικά ελαττώματα») δεν διέφερε σημαντικά από το εικονικό φάρμακο. Στη συγγενική ανάλυση που διεξήχθη από τον Shang [9] και αναλύθηκε από τον Lüdtke [32], οι εκτιμήσεις της επίδρασης για δοκιμές υψηλής ποιότητας (που ερμηνεύονται με βάση 3 στοιχεία) που πληρούσαν ένα επιπλέον κριτήριο (καταχωρημένες στο Medline, αγγλική γλώσσα, αρχή της πρόθεσης θεραπείας, αντίστοιχα) που αναλύθηκαν με τυχαία αποτελέσματα ή μετα-παλινδρόμηση δεν διέφεραν σημαντικά από το εικονικό φάρμακο (Πίνακας 29).

Περιορισμός του δείγματος όσον αφορά ≥ 5 στοιχεία ποιότητας

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

Αναλύσεις ευαισθησίας με περιορισμό του δείγματος σε 5 ή περισσότερα στοιχεία ποιότητας αναφέρθηκαν σε 3 συγγενικές αναλύσεις με μία ανάλυση η καθεμία. Στη συγγενική ανάλυση που διεξήχθη από τον Linde (1997) [6], οι δοκιμές με βαθμολογία εσωτερικής εγκυρότητας $> 4,5$ ($n = 7$ στοιχεία) είχαν σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής. Στις συγγενικές αναλύσεις που διεξήχθησαν από τον Mathie (2014 και 2017) [10, 11], οι δοκιμές υψηλής ποιότητας και οι δοκιμές με βαθμολογία A και B (δοκιμές που βαθμολογήθηκαν ως έχουσες χαμηλό ή αβέβαιο κίνδυνο μεροληψίας και στους επτά τομείς του Cochrane RoB), και οι δύο ομάδες επιπλέον βαθμολογήθηκαν ως απαλλαγμένες από συμφέροντα που επηρεάζουν τη δημοσίευση ($n = 8$ συστατικά η καθεμία) δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές στην επίδραση μεταξύ της ομοιοπαθητικής και του εικονικού φαρμάκου (Πίνακας 29 του παραρτήματος).

Σωρευτική MA με σταδιακή αφαίρεση των δοκιμών βάσει των αξιολογήσεων κινδύνου μεροληψίας

Η συσσωρευμένη MA με σταδιακή αφαίρεση των δοκιμών βάσει των αξιολογήσεων κινδύνου μεροληψίας πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις MA, συμπεριλαμβανομένων τριών (Linde 1997/1999, Mathie 2014 και 2017 [6, 7, 10, 11]) με σταδιακή αφαίρεση σύμφωνα με όργανα διαβαθμισμένης κλίμακας και μία (Cucherat [8]) με κλίμακα κατάταξης. Οι κλίμακες που χρησιμοποίησε ο Linde (1997/1999 [6, 30]) ήταν αθροιστικές (άθροισμα βαθμολογικών μονάδων), ενώ οι υπόλοιπες κλίμακες ήταν εν μέρει [10, 11] ή πλήρως [8] ιεραρχικά δομημένες.

Στην MA που διεξήχθη από τον Linde (1997/1999) [6, 30], πραγματοποιήθηκαν δύο αθροιστικές MA: (1) Για τη βαθμολογία Jadad (εύρος 0–5, 5 βαθμοί υποδηλώνουν την υψηλότερη δυνατή ποιότητα), διατηρήθηκε σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής με βαθμολογία 5 βαθμών ($n = 10$ δοκιμές). Για τη βαθμολογία εσωτερικής εγκυρότητας (κλίμακα 1–7, 7,0 βαθμοί υποδηλώνουν την υψηλότερη δυνατή ποιότητα), διατηρήθηκαν σημαντικά θετικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής έως 6,5 βαθμούς ($n = 7$ δοκιμές), ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά για 7,0 βαθμούς ($n = 5$ δοκιμές) (Πίνακας 31 του παραρτήματος).

Στη συγγενική ανάλυση που διεξήγαγε ο Cucherat [8], πραγματοποιήθηκε μια συσσωρευτική συγγενική ανάλυση χρησιμοποιώντας μια κλίμακα κατάταξης, με το βήμα 4 να υποδηλώνει την υψηλότερη δυνατή ποιότητα που αξιολογήθηκε από τους συγγραφείς. Σημαντικά θετικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής διατηρήθηκαν έως το βήμα 3 (διπλά τυφλή δοκιμή + ποσοστό εγκατάλειψης $< 10\%$, $n = 9$ δοκιμές), ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά

στο βήμα 4 (διπλά τυφλή δοκιμή + ποσοστό εγκατάλειψης $< 5\%$, $n = 5$ δοκιμές) (Πίνακας 33).

Στις συγγενικές αναλύσεις που διεξήχθησαν από τους Mathie (2013/2014 [10, 28] και Mathie (2017) [11]), πραγματοποιήθηκε μία συσσωρευτική συγγενική ανάλυση με βάση το εργαλείο Cochrane RoB (έκδοση 2011), με 7 στοιχεία για τα οποία ο κίνδυνος μεροληψίας βαθμολογήθηκε ως χαμηλός (A), αβέβαιος (B) ή υψηλός (C). Οι δοκιμές με $7 \times A$ βαθμολογήθηκαν ως A, οι δοκιμές με $7 \times (A \text{ ή } B)$ βαθμολογήθηκαν ως B και οι δοκιμές με $\geq 1 \times C$ βαθμολογήθηκαν ως C. Εκτός από αυτή την ιεραρχική ταξινόμηση, ο Mathie μέτρησε τον αριθμό των στοιχείων που βαθμολογήθηκαν ως A και B για κάθε δοκιμή, επιτρέποντας μια πιο διαφοροποιημένη αξιολόγηση.

- Στη συγγενική ανάλυση που διεξήγαγε ο Mathie (2014) [10], τα σημαντικά θετικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής διατηρήθηκαν σε όλο το φάσμα μέχρι τις δοκιμές υψηλής ποιότητας (κριτήρια στην ενότητα 3.2.2.5, $n = 3$ δοκιμές) (Πίνακας 31).

- Στη MA που διεξήγαγε ο Mathie (2017) [11], τα σημαντικά θετικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής διατηρήθηκαν έως και δύο βαθμίδες κάτω από τις δοκιμές υψηλής ποιότητας ($n = 14$ δοκιμές), ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά σε μία βαθμίδα κάτω από τις δοκιμές υψηλής ποιότητας ($n = 13$ δοκιμές) (Πίνακας 32 του παραρτήματος).

Συμπληρωματικές αναλύσεις: κίνδυνος μεροληψίας μεταξύ των δοκιμών (μετα-μεροληψία)

Στατιστική προσαρμογή για πιθανή μεροληψία δημοσίευσης ή άλλα αποτελέσματα μικρών δοκιμών

Στατιστική προσαρμογή για πιθανή μεροληψία δημοσίευσης ή μεροληψία μικρών δοκιμών – χωρίς πρόσθετη ανάλυση ευαισθησίας – πραγματοποιήθηκε για δύο MA (Linde 1997, Mathie 2017 [6, 11]). Και στις δύο περιπτώσεις, ένα σημαντικό θετικό αποτέλεσμα της ομοιοπαθητικής διατηρήθηκε μετά την προσαρμογή (Πίνακας 34).

Αναλύσεις ευαισθησίας με περιορισμό του δείγματος σε δοκιμές με μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος

Περιορισμός του δείγματος σε δοκιμές με μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος – χωρίς πρόσθετη ανάλυση ευαισθησίας – πραγματοποιήθηκε για δύο MA (Mathie 2014 και 2017) [10, 11]. Και στις δύο περιπτώσεις, το δείγμα περιορίστηκε σε δοκιμές με μέγεθος δείγματος πάνω από τον μέσο όρο και, σε αμφότερες τις περιπτώσεις, διατηρήθηκε σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής (Πίνακας 30 του παραρτήματος).

Συνδυασμένες αναλύσεις ευαισθησίας

Εφαρμόστηκε περιορισμός του δείγματος όσον αφορά τη μεθοδολογική ποιότητα + περιορισμός σε δοκιμές με μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος σε δύο MA (Shang [9]: δοκιμές υψηλής ποιότητας + «μεγάλες» δοκιμές; Mathie (2017) [11]: δοκιμές με βαθμολογία A και B + μέγεθος δείγματος πάνω από τον μέσο όρο για όλες τις δοκιμές). Και στις δύο περιπτώσεις, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ της ομοιοπαθητικής και του εικονικού φαρμάκου (Συμπληρωματικός πίνακας 35).

Ο Lüdtke [32] πραγματοποίησε μια αθροιστική ανάλυση, μεταβάλλοντας το όριο για τις «μεγάλες δοκιμές» μεταξύ των 21 δοκιμών υψηλής ποιότητας που περιλαμβάνονται στη MA που διεξήγαγε ο Shang [9]: παρατηρήθηκε σημαντική επίδραση της ομοιοπαθητικής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο με περιορισμό του δείγματος στις 20, 19, 18, 16, 15 και 14 μεγαλύτερες δοκιμές, αντίστοιχα, ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά με περιορισμό του δείγματος στις 17, 13 και 1-12 μεγαλύτερες δοκιμές, αντίστοιχα [32].

Στη MA που διεξήχθη από τον Shang [9], οι αναλύσεις μεταπαλινδρόμησης της «προβλεπόμενης επίδρασης σε δοκιμές τόσο μεγάλες όσο οι μεγαλύτερες δοκιμές που περιλαμβάνονται στη μελέτη» (χωρίς περαιτέρω προδιαγραφές • υποθέτουμε ότι οι συγγραφείς εννοούσαν την τομή από την παλινδρόμηση των αναλογιών πιθανοτήτων στο τυπικό σφάλμα) δεν έδειξαν σημαντική διαφορά μεταξύ της ομοιοπαθητικής και του εικονικού φαρμάκου (πρόσθετο αρχείο 2).

Αναλύσεις υποομάδων

Δοκιμές για αλληλεπιδράσεις

Οι αλληλεπιδράσεις υποομάδων αναλύθηκαν σε 3 MA (Shang, Mathie 2014 και 2017 [9,10,11]). Δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις για τη διάρκεια της παρακολούθησης, τον τύπο ένδειξης (οξεία/χρόνια/προφύλαξη) ή τον τύπο ομοιοπαθητικής (4 ομάδες) (Συμπλ. Πίνακας 36).

Εκτιμήσεις αποτελεσμάτων

Οι εκτιμήσεις αποτελεσμάτων αναλύθηκαν σε συνολικά 23 υποομάδες, που αφορούσαν την ένδειξη (οξεία ή χρόνια), τον τύπο ομοιοπαθητικής ($n = 10$ υποομάδες), την ομοιοπαθητική ισχύ ($n = 6$) και τη μέτρηση των αποτελεσμάτων στις δοκιμές ($n = 5$) (Πίνακας 37). Από αυτές τις 23 αναλύσεις, 21 έδειξαν σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής, ενώ δύο δεν έδειξαν σημαντική διαφορά από το εικονικό φάρμακο: δυναμικές $< 12C$ στη συγγενική ανάλυση που διεξήχθη από τον Mathie (2014) [10], n

οποία περιορίστηκε στο I-HOM • ομοιοπαθητικά συνδυαστικά προϊόντα στη συγγενική ανάλυση που διεξήχθη από τον Mathie (2017) [11] (κατηγορία που περιγράφεται και αξιολογείται μόνο σε αυτή τη MA, βλ. Συμπληρωματικός πίνακας 10). Δεν πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις υποομάδων για τις ηλικιακές ομάδες των ασθενών.

Στατιστική ομοιογένεια/ετερογένεια, έλεγχος διαγράμματος χοάνης και σχετικές δοκιμές

Δεν αναφέρθηκε στατιστική ομοιογένεια/ετερογένεια ούτε έλεγχος διαγράμματος χοάνης με σχετικές στατιστικές δοκιμές σε καμία υποομάδα, όπως ορίζεται στην ενότητα «Μέθοδοι/Αναλύσεις υποομάδων». Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι οι Mathie (2014) [10] και Mathie (2017) [11] αποτελούσαν μέρος ενός προγράμματος MA, αυτές οι δύο MA μπορούν να θεωρηθούν αναλύσεις υποομάδων που αφορούν τον τύπο της ομοιοπαθητικής. Για το I-HOM (Mathie 2014 [10], $n = 22$ δοκιμές), δεν διαπιστώθηκε ούτε ετερογένεια ούτε FPA. Για το NI-HOM (Mathie 2017 [11], $n = 54$ δοκιμές), διαπιστώθηκε σημαντική ετερογένεια καθώς και FPA (βλ. ενότητα «Αξιολογήσεις μεροληψίας και ετερογένειας», παραπάνω).

Χρονοδιάγραμμα της ανάλυσης υποομάδων

Από τις 23 αναλύσεις υποομάδων, 15 προσδιορίστηκαν σε ένα προδημοσιευμένο πρωτόκολλο (Mathie 2014 και 2017 [10, 11]), ενώ 8 αναλύσεις —αν και προέρχονταν από συστηματικές ανασκοπήσεις βασισμένες σε προκαθορισμένα πρωτόκολλα— δεν αναφέρθηκαν ρητά ως προσδιορισμένες εκ των προτέρων (Linde 1997 [6], Cucherat 2000 [8]). Από τις 15 προηγούμενες αναλύσεις, 14 έδειξαν σημαντική θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής, ενώ 1 δεν έδειξε (Mathie 2014 [10], βλ. παραπάνω).

Πρόσθετα δεδομένα: Shang [9]

Τα δεδομένα για τη σύγκριση των MA δοκιμών ομοιοπαθητικής ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο και συμβατικής θεραπείας στον Shang [9] παρουσιάζονται στο πρόσθετο αρχείο 2.

Πρόσθετα δεδομένα: Gartlehner [34]

Μετά την ολοκλήρωση της βιβλιογραφικής αναζήτησης και της συλλογής δεδομένων για την παρούσα SR, δημοσιεύθηκε μια πρόσθετη ανάλυση υποομάδων της MA που διεξήχθη από τον Mathie (2017) [11], την οποία αποφασίσαμε να συμπεριλάβουμε, καθώς αφορούσε ένα στοιχείο που δεν είχε αναλυθεί σε καμία από τις MA: την καταχώριση της δοκιμής (Gartlehner 2022) [34]).

Οι 54 δοκιμές που περιλαμβάνονται στη συγγενική ανάλυση που διεξήγαγε ο Mathie (2017) [11] δημοσιεύθηκαν κατά την περίοδο από το 1976 έως το 2014, και 20 από αυτές τις δοκιμές δημοσιεύθηκαν από το 2002 έως το 2014. Από αυτή την ομάδα, οι Gartlehner et al. ανέλυσαν 19 δοκιμές, ταξινομημένες σύμφωνα

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

με την καταχώριση κλινικών δοκιμών, οι οποίες ήταν διαθέσιμες στο ClinicalTrials.gov από το 2000. Μια MA τυχαιών αποτελεσμάτων έδειξε θετική σημαντική επίδραση της ομοιοπαθητικής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο σε $n = 6$ καταχωρημένες δοκιμές (SMD 0,53, 95% CI 0,20–0,87) και καμία σημαντική διαφορά από το εικονικό φάρμακο σε $n = 13$ μη καταχωρημένες δοκιμές (SMD 0,14, 95% CI –0,07 έως +0,35). Ωστόσο, η διαφορά μεταξύ των ομάδων στις εκτιμήσεις της επίδρασης δεν ήταν σημαντική (μετα-παλινδρόμηση: SMD 0,39, 95% CI -0,09 έως +0,87) [34]. Δεν είναι σαφές γιατί η δοκιμή #A93 της MA που διεξήχθη από τον Mathie (2017 [11], Lewith 2002, που αναφέρεται στον Gartlehner [34], Συμπληρωματικός Πίνακας 3 ως «μη καταχωρημένη») δεν συμπεριλήφθηκε σε αυτές τις αναλύσεις.

Το ποσοστό των καταχωρημένων δοκιμών ήταν 100% ($n = 3/3$) μεταξύ των δοκιμών υψηλής ποιότητας και 19% ($n = 3/16$) μεταξύ των άλλων δοκιμών (Πίνακας 38 του Συμπληρώματος).

Εμπιστοσύνη στα σωρευτικά στοιχεία

Η αξιολόγηση της εμπιστοσύνης στα σωρευτικά στοιχεία για τα ερευνητικά ερωτήματα 1 και 2 (βλ. ενότητα «Ερευνητικά ερωτήματα», παραπάνω) σύμφωνα με το πλαίσιο GRADE (βλ. ενότητα «Εμπιστοσύνη στα σωρευτικά στοιχεία/Αξιολόγηση βεβαιότητας») παρουσιάζεται στο πρόσθετο αρχείο 3. Τα συμπεράσματα συνοψίζονται στις ακόλουθες ενότητες:

Συμπέρασμα 1: Θετική επίδραση της ομοιοπαθητικής πέραν του εικονικού φαρμάκου;

Η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων (υψηλή/μέτρια/χαμηλή/πολύ χαμηλή) για σημαντικά θετικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής πέραν του εικονικού φαρμάκου είναι μέτρια για το ALL-HOM και το NI-HOM και υψηλή για το I-HOM.

Εάν οι πηγές δεδομένων περιορίζονταν σε MA με χαμηλό κίνδυνο μεροληψίας [6, 10, 11], η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων θα μεταβαλλόταν σε υψηλή για το ALL-HOM και θα παρέμενε υψηλή για το I-HOM και μέτρια για το NI-HOM.

Τα διαθέσιμα δεδομένα δεν υποστηρίζουν την εναλλακτική υπόθεση ότι δεν υπάρχει διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ της ομοιοπαθητικής και του εικονικού φαρμάκου.

Συμπέρασμα 2: Κοινή επίδραση σε διαφορετικές θεραπείες και ενδείξεις;

Διαφορετικοί τύποι ομοιοπαθητικής θεραπείας

Η έννοια μιας κοινής θετικής επίδρασης

- υποστηρίζεται για τα αποτελέσματα σε διαφορετικούς τύπους ομοιοπαθητικής, συμπεριλαμβανομένων διαφορετικών υποτύπων NI-HOM,

- υποστηρίζεται για τα αποτελέσματα της I-HOM,
- δεν υποστηρίζεται για τα αποτελέσματα της NI-HOM.

Δεδομένου ότι η MA του NI-HOM (Mathie 2017 [11]) περιλάμβανε διαφορετικές ενδείξεις που αντιμετωπίστηκαν με διαφορετικά ομοιοπαθητικά προϊόντα, το τελευταίο εύρημα υποδηλώνει ότι τα αποτελέσματα του NI-HOM μπορεί να διαφέρουν μεταξύ διαφορετικών ενδείξεων και/ή διαφορετικών ομοιοπαθητικών προϊόντων που χρησιμοποιούνται. Τέτοιες διαφορές στα αποτελέσματα μπορεί να περιλαμβάνουν σημαντικά θετικά αποτελέσματα του NI-HOM, καθώς και καμία σημαντική διαφορά μεταξύ του NI-HOM και του εικονικού φαρμάκου σε διαφορετικές υποομάδες.

Διαφορετικοί τύποι ενδείξεων

Τα περιορισμένα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν την άποψη ότι η ομοιοπαθητική έχει μια κοινή θετική επίδραση τόσο στις οξείες όσο και στις χρόνιες ενδείξεις. Το ζήτημα των διαφορών στην επίδραση μεταξύ διαφορετικών διαγνώσεων ή ομάδων διαγνώσεων δεν εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής της παρούσας SR.

Συζήτηση

Κύρια ευρήματα

Σε αυτή την πρώτη SR των MA τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο δοκιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε διαταραχή στον άνθρωπο, η ομοιοπαθητική είχε σημαντική θετική επίδραση σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο σε όλες τις επιλεγμένες δοκιμές σε 5 από τις 5 αξιολογήσιμες MA και σε δοκιμές υψηλής ποιότητας σε 3 από τις 4 MA. Σύμφωνα με το σύστημα GRADE, η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων για τα θετικά αποτελέσματα (υψηλή/μέτρια/χαμηλή/πολύ χαμηλή) ήταν υψηλή για το I-HOM και μέτρια για το ALL-HOM καθώς και για το NI-HOM. Δεν υπήρχε υποστήριξη για την εναλλακτική υπόθεση ότι δεν υπάρχει διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ της ομοιοπαθητικής και του εικονικού φαρμάκου.

Πλεονεκτήματα και περιορισμοί

Η συστηματική ανασκόπηση ως έχει

Τα πλεονεκτήματα αυτής της SR περιλαμβάνουν ένα λεπτομερές, προδημοσιευμένο πρωτόκολλο σύμφωνα με το PRISMA-P [12] με δύο εστιασμένα ερευνητικά ερωτήματα, ολοκληρωμένη παρουσίαση των ευρημάτων, χρήση καθιερωμένων εργαλείων αξιολόγησης (ROBIS [13], GRADE [20]) και τήρηση των τυποποιημένων κατευθυντήριων γραμμών για την υποβολή εκθέσεων (PRISMA 2020 [27]).

Το πεδίο εφαρμογής αυτής της ανασκόπησης είχε δύο σαφείς

περιορισμούς: περιοριζόταν στην αποτελεσματικότητα σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές και δεν εξέταζε τα αποτελέσματα για συγκεκριμένες ενδείξεις ή ομάδες ενδείξεων.

Χρησιμοποιήσαμε το σύστημα GRADE για να αξιολογήσουμε την αξιοπιστία των συσσωρευμένων στοιχείων και το βρήκαμε πολύ χρήσιμο. Ωστόσο, υπάρχουν τρεις σημαντικές διαφορές μεταξύ της προσέγγισης GRADE και της παρούσας SR: (1) Η προσέγγιση GRADE είναι ειδική για κάθε ένδειξη και αποτέλεσμα, ενώ εμείς μελετήσαμε MA με εκτιμήσεις αποτελεσμάτων για δοκιμές με διαφορετικές ενδείξεις και αποτελέσματα. (2) Το πλαίσιο GRADE είναι προσαρμοσμένο στη συγκριτική αποτελεσματικότητα, ενώ εμείς αξιολογήσαμε τις MA δοκιμών ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο. (3) Η αξιολόγηση GRADE της αξιοπιστίας των συσσωρευμένων στοιχείων αναφέρεται στο μέγεθος των αποτελεσμάτων, ενώ το ερευνητικό μας ερώτημα αφορούσε την ύπαρξη σημαντικών αποτελεσμάτων της ομοιοπαθητικής πέραν του εικονικού φαρμάκου (ναι/όχι). Κατά συνέπεια, τα συμπεράσματά μας σχετικά με την αξιοπιστία των συσσωρευμένων στοιχείων ενδέχεται να μην είναι άμεσα συγκρίσιμα με αυτά άλλων SR στον ίδιο ερευνητικό τομέα.

Οι μετα-αναλύσεις που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση

Σύμφωνα με το πλαίσιο ROBIS, ο κίνδυνος μεροληψίας των έξι συμπεριλαμβανόμενων MA αξιολογήθηκε ως χαμηλός για τους Linde (1997) [6], Mathie (2014 [10]) και Mathie (2017 [11]) και ως υψηλός για τους Linde (1998) [7], Cucherat [8] και Shang [9].

- Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της MA που διεξήχθη από τον Linde (1997/1999 [6, 30]) ήταν η λεπτομερής αξιολόγηση των συσχετίσεων μεταξύ του κινδύνου μεροληψίας και των εκτιμήσεων των αποτελεσμάτων στη δεύτερη εργασία. Χαμηλός κίνδυνος μεροληψίας.

- Η MA που διεξήχθη από τον Linde (1998) [7] ήταν μια επικαιροποίηση της MA που διεξήχθη από τον Linde (1997) [6], αλλά περιοριζόταν στο I-HOM. Σε σύγκριση με τη MA του 1997, η MA του 1998 είχε μια πιο περιγραφική και διαλεκτική προσέγγιση. Έχοντας στο άρθρο του 1997 βασιστεί σε επίσημες και στατιστικές αξιολογήσεις, το 1998 οι συγγραφείς έκαναν συνειδητή χρήση υποκειμενικής κρίσης, επίσης και για την αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας. Ορισμένα από αυτά τα χαρακτηριστικά δεν αντικατοπτρίζονται στο πλαίσιο ROBIS. Υψηλός κίνδυνος μεροληψίας.

- Η MA που διεξήχθη από τον Cucherat [8] είχε δύο ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σχεδιασμού: Λόγω της αναμενόμενης ετερογένειας, χρησιμοποιήθηκε συνδυασμός τιμών p αντί για εκτίμηση του αποτελέσματος. Ενώ άλλες MA έχουν χρησιμοποιήσει έναν ιε-

ραρχικό αλγόριθμο για την επιλογή των αποτελεσμάτων για τις MA, οι συγγραφείς περιόρισαν την επιλεξιμότητα σε δοκιμές με ένα μόνο πρωτεύον αποτέλεσμα. Αυτό οδήγησε σε σημαντική απώλεια πληροφοριών που δεν ελήφθησαν υπόψη στη συζήτηση. Υψηλός κίνδυνος μεροληψίας.

- Η MA που διεξήχθη από τον Shang [9] περιελάμβανε μια επιπλέον σύγκριση μεταξύ δοκιμών HOM και CON ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο, που αντιστοιχίζονταν ως προς την ένδειξη και τον τύπο του αποτελέσματος. Δυστυχώς, οι μόνες δημοσιευμένες εκτιμήσεις αποτελεσμάτων ήταν αυτές μικρών υποδειγμάτων από αναλύσεις ακραίων σεναρίων με σοβαρά μειωμένη αντιστοιχία. Οι συγγραφείς είχαν ως στόχο να αποδείξουν ότι τα αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής θα μπορούσαν να οφείλονται σε μεροληψία. Για το σκοπό αυτό, βασίστηκαν σε μεγάλο βαθμό σε αναλύσεις με βάση το διάγραμμα κοάνης που είχε αναπτυχθεί από τον μεγαλύτερο συγγραφέα [43]. Η προσέγγισή τους και τα δημοσιευμένα αποτελέσματα αμαυρώθηκαν από μια υποκείμενη κυκλική λογική, η οποία μπορεί να εκφραστεί ως εξής: «Υποθέτουμε ότι η ομοιοπαθητική δεν λειτουργεί και διαπιστώσαμε FPA, το οποίο μπορεί να οφείλεται σε μεροληψία δημοσίευσης και μεροληψία μικρών μελετών. Βεβαίως, υπάρχουν πολλές αιτίες για το FPA εκτός από τη μεροληψία, και γνωρίζουμε ότι η προσέγγιση που βασίζεται στο διάγραμμα κοάνης δεν μπορεί να αποδείξει ότι τα αποτελέσματα οφείλονται σε μεροληψία (όπως παραδέχονται αλλού [36]). Ωστόσο, επειδή θεωρούμε ότι η ομοιοπαθητική δεν λειτουργεί ούτως ή άλλως, είμαστε βέβαιοι ότι το FPA στη συγγενική ανάλυσή μας οφειλόταν σε μεροληψία». Υψηλός κίνδυνος μεροληψίας.

- Οι MA που διεξήχθησαν από τον Mathie (2014 [10] και 2017 [11]) ήταν ένα προκαθορισμένο ζεύγος MA, που κάλυπτε την εξατομικευμένη (2014) και τη μη εξατομικευμένη (2017) ομοιοπαθητική. Το πρόβλημα της επίμονης ετερογένειας και της FPA στις προηγούμενες MA μπορούσε πλέον να εντοπιστεί με σαφήνεια στις δοκιμές NI-HOM, ενώ οι δοκιμές I-HOM δεν παρουσίαζαν ούτε ετερογένεια ούτε FPA. Η εργασία επωφελήθηκε επίσης από τις προόδους στη μεθοδολογία, την καθοδήγηση και τα πρότυπα αναφοράς. Χαμηλός κίνδυνος μεροληψίας και για τις δύο MA.

Τα στοιχεία που προέκυψαν από αυτή τη συστηματική ανασκόπηση

Τα στοιχεία που προέκυψαν από αυτή τη συστηματική ανασκόπηση βασίζονται σε 6 MA, από τις οποίες ο κίνδυνος μεροληψίας αξιολογήθηκε ως χαμηλός για 3 και υψηλός για 3. Εάν τα δεδομένα περιοριζόταν στις 3 MA με χαμηλό κίνδυνο μεροληψίας,

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

η ποιότητα των στοιχείων θα αξιολογούνταν ως υψηλή για το ALL-HOM και το I-HOM και μέτρια για το NI-HOM (πρόσθετο αρχείο 3).

Σε σύγκριση με τις δοκιμές μη ομοιοπαθητικών παρεμβάσεων, οι οποίες αξιολογήθηκαν με πανομοιότυπα εργαλεία αξιολόγησης, η μεθοδολογική ποιότητα των δοκιμών ομοιοπαθητικής στις MA αυτής της SR ήταν παρόμοια για τις MA που διεξήχθησαν από τον Mathie (2014 και 2017 [10, 11]) και υψηλότερη για τη MA που διεξήχθη από τον Shang [9]. Σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της μεθοδολογικής ποιότητας και των εκτιμήσεων των αποτελεσμάτων βρέθηκαν σε 12 από τις 24 αναλύσεις. Μετά τον περιορισμό του δείγματος σε δοκιμές υψηλής ποιότητας σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια, οι εκτιμήσεις των αποτελεσμάτων μειώθηκαν [6, 11] ή αυξήθηκαν [10], με 3 από τις 4 MA να δείχνουν σημαντικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Όταν προστέθηκε μια 5η MA (Cucherat [8]) στην αξιολόγηση και εφαρμόστηκαν τα ίδια κριτήρια υψηλής ποιότητας, όπως στο μοντέλο 3 συνιστωσών του Shang [9], 4 από τις 5 MA έδειξαν σημαντικό όφελος της ομοιοπαθητικής.

Σύμφωνα με την αξιολόγηση του συστήματος GRADE, η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων για τα θετικά αποτελέσματα (υψηλή/μέτρια/χαμηλή/πολύ χαμηλή) ήταν υψηλή για το I-HOM και μέτρια για το NI-HOM και το ALL-HOM. Συγκριτικά, μεταξύ 608 ανασκοπήσεων Cochrane που δημοσιεύθηκαν από τον Ιανουάριο του 2013 έως τον Ιούνιο του 2014, η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων που αξιολογήθηκε με το GRADE για το πρωτεύον αποτέλεσμα ήταν υψηλή μόνο στο 13% των ανασκοπήσεων, μέτρια στο 31%, χαμηλή στο 32% και πολύ χαμηλή στο 24% [44]. Σε ένα τυχαίο δείγμα ανασκοπήσεων Cochrane μέχρι το 2021, το 90% των 1567 παρεμβάσεων που αξιολογήθηκαν με GRADE δεν υποστηρίζονταν από αποδεικτικά στοιχεία υψηλής ποιότητας [45].

Η παρούσα SR είχε δύο περιορισμούς. (1) Δεδομένου ότι επρόκειτο για SR των MA και όχι μεμονωμένων δοκιμών, οι δοκιμές που εξετάστηκαν εδώ περιορίστηκαν σε εκείνες που περιλαμβάνονται στις MA. Επομένως, δεν ήταν δυνατό να συμπεριληφθούν οι επιλεγμένες δοκιμές που δημοσιεύθηκαν μετά το 2011 και το 2014 για το I-HOM και το NI-HOM, αντίστοιχα. (2) Οι διαφορές στην επίδραση της ομοιοπαθητικής σε διαφορετικές ενδείξεις και ομάδες ασθενών αξιολογήθηκαν μόνο για οξείες και χρόνιες ενδείξεις και για ενήλικες και παιδιά, με πολύ περιορισμένα διαθέσιμα δεδομένα.

Ερμηνεία των αποτελεσμάτων στο πλαίσιο άλλων στοιχείων

Σύμφωνα με την παρούσα SR, η ομοιοπαθητική μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα πέραν του εικονικού φαρμάκου στις ασθένει-

ες του ανθρώπου. Αυτό συνάδει με εργαστηριακά πειράματα που δείχνουν μερικώς αναπαραγωγίμα αποτελέσματα ομοιοπαθητικών παρασκευασμάτων σε φυσικοχημικά [46], in vitro [47], φυτικά [48, 49] και ζωικά [50,51,52] συστήματα δοκιμών.

Επιπτώσεις των αποτελεσμάτων στην πρακτική και την πολιτική

Σε αντίθεση με συχνούς ισχυρισμούς, οι διαθέσιμες συλλογικές αναλύσεις της ομοιοπαθητικής σε τυχαιοποιημένες δοκιμές με εικονικό φάρμακο για οποιαδήποτε ένδειξη δείχνουν σημαντικά θετικά αποτελέσματα πέραν του εικονικού φαρμάκου. Σε σύγκριση με άλλες ιατρικές παρεμβάσεις, η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων για την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής ήταν παρόμοια ή υψηλότερη από το 90% των παρεμβάσεων σε ολόκληρο το φάσμα της ιατρικής [45]. Κατά συνέπεια, τα αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα από τυχαιοποιημένες δοκιμές με εικονικό φάρμακο δεν δικαιολογούν ρυθμιστικές ή πολιτικές ενέργειες κατά της ομοιοπαθητικής στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Συστάσεις για μελλοντική έρευνα

Για την I-HOM, θα ήταν σκόπιμη μια επικαιροποίηση της MA που διεξήγαγε ο Mathie (2014 [10]) προκειμένου να επαναξιολογηθούν τα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα μετά την συμπερίληψη δοκιμών που δημοσιεύθηκαν μετά το 2011. Για την NI-HOM, τα αποτελέσματα της MA που διεξήγαγε ο Mathie (2017 [11]) με 54 δοκιμές ήταν ετερογενή. Συνεπώς, μελλοντική έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της NI-HOM θα πρέπει να επικεντρωθεί σε συγκεκριμένες μη εξατομικευμένες μορφές ομοιοπαθητικής θεραπείας ή σε συγκεκριμένες παρεμβάσεις σε αυτές για συγκεκριμένες ενδείξεις. Οι συστάσεις για συγκριτική έρευνα αποτελεσματικότητας σχετικά με την ομοιοπαθητική υπερβαίνουν το πεδίο εφαρμογής της παρούσας ανασκόπησης.

Διαθεσιμότητα δεδομένων και υλικού

Το πλήρες πρωτόκολλο είναι μόνιμα διαθέσιμο στον ιστότοπο του ιδρύματος του αντίστοιχου συγγραφέα: https://www.ifaemm.de/Abstract/PDFs/SMAP-HOM_Protocol_2020_11_25.pdf. Όλα τα δεδομένα που εξήχθησαν από τις δημοσιεύσεις της συστηματικής ανασκόπησης, καθώς και οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν από τους συγγραφείς της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, παρουσιάζονται στους πίνακες 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 και στα πρόσθετα αρχεία 1, 2, 3, 4, 5.

Τροποποιήσεις, πρόσθετες αναλύσεις και δεδομένα

Οι τροποποιήσεις του πρωτοκόλλου από τις 25 Νοεμβρίου 2020 παρατίθενται και εξηγούνται στον Συμπληρωματικό Πίνακα 39. Οι πρόσθετες αναλύσεις και τα πρόσθετα δεδομένα, που δεν περιγράφονται στο πρωτόκολλο, παρατίθενται και εξηγούνται στον Συμπληρωματικό Πίνακα 40.

Διπλές δημοσιεύσεις

Το περιεχόμενο του χειρογράφου δεν έχει δημοσιευθεί ή υποβληθεί για δημοσίευση αλλού.

Αναφορές

1. Baars EW, Hamre HJ. Ολόκληρα ιατρικά συστήματα έναντι του συστήματος της συμβατικής βιοϊατρικής: μια κριτική, αφηγηματική ανασκόπηση των ομοιοτήτων, των διαφορών και των παραγόντων που προωθούν τη διαδικασία ολοκλήρωσης. *Evid Based Complement Alternat Med* 2017: Article ID 4904930 <https://doi.org/10.1155/2017/4904930>.
2. Vithoulkas G. Οι βασικές αρχές της ομοιοπαθητικής. Αλόννησος: Διεθνής Ακαδημία Κλασικής Ομοιοπαθητικής; 2014. Google Scholar
3. Mathie RT, Hacke D, Clausen J, Nicolai T, Riley DS, Fisher P. Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές της ομοιοπαθητικής σε ανθρώπους: χαρακτηρισμός της βιβλιογραφίας ερευνητικών περιοδικών για συστηματική ανασκόπηση. *Ομοιοπαθητική*. 2013;102(1):3–24. <https://doi.org/10.1016/j.homp.2012.10.002>. Άρθρο PubMed Google Scholar
4. Viksveen P, Fibert P, Relton C. Ομοιοπαθητική στη θεραπεία της κατάθλιψης: συστηματική ανασκόπηση. *Eur J Integr Med*. 2018;22: <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2018.07.004>.
5. Hawke K, van Driel ML, Buffington BJ, McGuire TM, King D. Ομοιοπαθητικά φαρμακευτικά προϊόντα για την πρόληψη και τη θεραπεία οξέων λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος σε παιδιά. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;9:CD005974. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005974.pub5>.
6. Linde K, Clausius N, Ramirez G, et al. Είναι τα κλινικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής placebo; Μια μετα-ανάλυση δοκιμών ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο. *Lancet*. 1997;350:834–43. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(97\)02293-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(97)02293-9). Άρθρο CAS PubMed Google Scholar
7. Linde K, Melchart D. Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές εξατομικευμένης ομοιοπαθητικής: μια ανασκόπηση της τρέχουσας κατάστασης. *J Altern Complement Med*. 1998;4(4):371–88. <https://doi.org/10.1089/acm.1998.4.371>. Άρθρο CAS PubMed Google Scholar
8. Cucherat M, Haugh MC, Gooch M, Boissel JP. Αποδεικτικά στοιχεία

για την κλινική αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής. Μια μετα-ανάλυση κλινικών δοκιμών. *HMRAG. Συμβουλευτική Ομάδα Έρευνας Ομοιοπαθητικών Φαρμάκων*. *Eur J Clin Pharmacol*. 2000;56(1):27–33. <https://doi.org/10.1007/s002280050716>.

9. Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, et al. Είναι τα κλινικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής αποτελέσματα του εικονικού φαρμάκου; Συγκριτική μελέτη δοκιμών ομοιοπαθητικής και αλλοπαθητικής ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο. *Lancet*. 2005;366(9487):726–32. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67177-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67177-2). Άρθρο PubMed Google Scholar

10. Mathie RT, Lloyd SM, Legg LA, et al. Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές εξατομικευμένης ομοιοπαθητικής θεραπείας: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. *Syst Rev*. 2014;3:142. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-142>. Άρθρο PubMed PubMed Central Google Scholar

11. Mathie RT, Ramparsad N, Legg LA, et al. Τυχαιοποιημένες, διπλά τυφλές, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές μη εξατομικευμένης ομοιοπαθητικής θεραπείας: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. *Syst Rev*. 2017;6(1):63. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0445-3>. Άρθρο PubMed PubMed Central Google Scholar

12. Shamseer L, Moher D, Clarke M, et al. Προτιμώμενα στοιχεία αναφοράς για πρωτόκολλα συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης (PRISMA-P) 2015: επεξεργασία και εξήγηση. *BMJ*. 2015;350:g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>.

13. Whiting P, Savovic J, Higgins JP, et al. ROBIS: ένα νέο εργαλείο για την αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας σε συστηματικές ανασκοπήσεις. *J Clin Epidemiol*. 2016;69:225–34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005>. Άρθρο PubMed PubMed Central Google Scholar

14. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: ένα εργαλείο κριτικής αξιολόγησης για συστηματικές ανασκοπήσεις που περιλαμβάνουν τυχαιοποιημένες ή μη τυχαιοποιημένες μελέτες παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης, ή και τα δύο. *BMJ*. 2017;358:j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>.

15. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et al editors. *Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions*. 2η έκδοση. Chichester: John Wiley & Sons; 2019. <https://doi.org/10.1002/9781119536604>. Google Scholar

16. Becker LA, Oxman AD. Επισκοπήσεις ανασκοπήσεων. Σε: Higgins JPT, Green S, εκδότες. *Εγχειρίδιο Cochrane για συστηματικές ανασκοπήσεις παρεμβάσεων*. 1η έκδοση. Chichester: John Wiley & Sons; 2008. σ. 607–32. <https://doi.org/10.1002/9780470712184.ch22>. Κεφάλαιο Google Scholar

17. Smith V, Devane D, Begley CM, Clarke M. Μεθοδολογία για τη

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-ανάλυσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

διεξαγωγή συστηματικής ανασκόπησης συστηματικών ανασκοπήσεων παρεμβάσεων υγειονομικής περιθαλψης. BMC Med Res Methodol. 2011;11(1):15. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-15>. Άρθρο PubMed PubMed Central Google Scholar

18. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey C, Holly C, Khalil H, Tungpunkom P. Συνοψίζοντας συστηματικές ανασκοπήσεις: μεθοδολογική ανάπτυξη, διεξαγωγή και αναφορά μιας προσέγγισης ομπρέλα ανασκοπήσεων. Int J Evid Based Healthc. 2015;13:132–40. <https://doi.org/10.1097/xe.0000000000000055>. Άρθρο PubMed Google Scholar

19. Bagot J-L. Τα ειδικά χαρακτηριστικά μιας ομοιοπαθητικής συμβουλευτικής. Rev d'Homeopathie. 2018;9(2):80–5. <https://doi.org/10.1016/j.revhom.2018.03.024>. Άρθρο Google Scholar

20. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. Κατευθυντήριες γραμμές GRADE: 1. Εισαγωγή - Προφίλ τεκμηρίωσης GRADE και πίνακες συνοπτικών ευρημάτων. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):383–94. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>.

21. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, et al. Κατευθυντήριες οδηγίες GRADE: 4. Αξιολόγηση της ποιότητας των αποδεικτικών στοιχείων – περιορισμοί της μελέτης (κίνδυνος μεροληψίας). J Clin Epidemiol. 2011;64(4):407–15. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.017>.

22. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Κατευθυντήριες οδηγίες GRADE: 7. Αξιολόγηση της ποιότητας των αποδεικτικών στοιχείων – ασυνέπεια. J Clin Epidemiol. 2011;64(12):1294–302. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.03.017>.

23. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, et al. Κατευθυντήριες οδηγίες GRADE: 5. Αξιολόγηση της ποιότητας των αποδεικτικών στοιχείων – μεροληψία δημοσίευσης. J Clin Epidemiol. 2011;64(12):1277–82. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.01.011>.

24. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Κατευθυντήριες οδηγίες GRADE: 6. Αξιολόγηση της ποιότητας των αποδεικτικών στοιχείων – ανακρίβεια. J Clin Epidemiol. 2011;64(12):1283–93. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.01.012>.

25. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Κατευθυντήριες οδηγίες GRADE: 8. Αξιολόγηση της ποιότητας των αποδεικτικών στοιχείων – έμμεση σχέση. J Clin Epidemiol. 2011;64(12):1303–10. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.04.014>.

26. Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, et al. Κατευθυντήριες γραμμές GRADE: 9. Αύξηση της ποιότητας των αποδεικτικών στοιχείων. J Clin Epidemiol. 2011;64(12):1311–6. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.06.004>.

27. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Η δήλωση PRISMA 2020: μια επικαιροποιημένη κα-

τευθυντήρια γραμμή για την αναφορά συστηματικών ανασκοπήσεων. BMJ. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

28. Mathie RT, Legg LA, Clausen J, Davidson JRT, Lloyd SM, Ford I. Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων, ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο, δοκιμών εξατομικευμένης ομοιοπαθητικής θεραπείας: πρωτόκολλο μελέτης. Έκδοση 1.0; 25 Ιανουαρίου 2013. Luton: British Homeopathic Association; 2013.

29. Mathie RT, Legg LA, Clausen J, Davidson JRT, Lloyd SM, Ford I. Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων, ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο, δοκιμών μη εξατομικευμένης ομοιοπαθητικής θεραπείας: πρωτόκολλο μελέτης. Έκδοση 1.0; 30 Οκτωβρίου 2014. Luton: British Homeopathic Association; 2014.

30. Linde K, Scholz M, Ramirez G, Clausius N, Melchart D, Jonas WB. Επίδραση της ποιότητας της μελέτης στα αποτελέσματα ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο δοκιμών ομοιοπαθητικής. J Clin Epidemiol. 1999;52(7):631–6. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(99\)00048-7](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(99)00048-7). Άρθρο CAS PubMed Google Scholar

31. Boissel JP, Cucherat M, Haugh M, Gauthier E. Κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής: επισκόπηση των δεδομένων από δοκιμές ομοιοπαθητικής ιατρικής. Ομάδα Έρευνας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής, Έκθεση της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Γενική Διεύθυνση XII – Επιστήμη, Έρευνα και Ανάπτυξη, Διεύθυνση E – Δράσεις ETA: Επιστήμες της Ζωής και Τεχνολογίες – Ιατρική Έρευνα. Βρυξέλλες; 1996: 195–210.

32. Lüdtke R, Ruten AL. Τα συμπεράσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το σύνολο των δοκιμών που αναλύθηκαν. J Clin Epidemiol. 2008;61(12):1197–204. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.06.015>. Άρθρο PubMed Google Scholar

33. Ruten AL, Stolper CF. Η μετα-ανάλυση του 2005 για την ομοιοπαθητική: η σημασία των δεδομένων μετά τη δημοσίευση. Homeopathy. 2008;97(4):169–77. <https://doi.org/10.1016/j.homp.2008.09.008>. Άρθρο CAS PubMed Google Scholar

34. Gartlehner G, Emprechtinger R, Hackl M, et al. Αξιολόγηση της έκτασης της μεροληψίας στην αναφορά δοκιμών ομοιοπαθητικής: μια διατομεακή μελέτη και μετα-ανάλυση. BMJ Evid Based Med. 2022;27:345–51. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2021-111846>. Άρθρο PubMed PubMed Central Google Scholar

35. Linde K, Clausius N, Ramirez G, et al. Erratum. Είναι τα κλινικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής placebo; Μια μετα-ανάλυση δοκιμών ελεγχόμενων με placebo. Lancet. 1998;351(9097):220. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)78164-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)78164-2).

36. Sterne JAC, Egger M, Smith GD. Διερεύνηση και αντιμετώπιση

της μεροληψίας στις δημοσιεύσεις και άλλων μεροληψιών. Σε: Egger M, Smith GD, Altman DG, eds. Συστηματικές ανασκοπήσεις στην υγειονομική περίθαλψη: Μετα-ανάλυση στο πλαίσιο. Chichester: Wiley; 2001. σ. 189–208. <https://doi.org/10.1002/9780470693926.ch11>.

37. Hamre HJ, Glockmann A, von Ammon K, Riley DS, Kienle GS, Kiene H. Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο δοκιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη (SMAP-HOM). Πρωτόκολλο. Φράιμπουργκ: Ινστιτούτο Εφαρμοσμένης Επιστημολογίας και Ιατρικής Μεθοδολογίας στο Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke (IFAEMM), Φράιμπουργκ, Γερμανία. 2020. SMAP-HOM_Protocol_2020_11_25.

38. Kleijnen J, Knipschild P, ter Riet G. Κλινικές δοκιμές ομοιοπαθητικής. BMJ. 1991;302(6772):316–23. <https://doi.org/10.1136/bmj.302.6772.316>. Άρθρο CAS PubMed PubMed Central Google Scholar

39. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al. Αξιολόγηση της ποιότητας των εκθέσεων τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών: είναι απαραίτητη η τυφλοποίηση; Control Clin Trials. 1996;17(1):1–12. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(95\)00134-4](https://doi.org/10.1016/0197-2456(95)00134-4). Άρθρο CAS PubMed Google Scholar

40. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, et al. Το εργαλείο της Cochrane Collaboration για την αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας σε τυχαιοποιημένες δοκιμές. BMJ. 2011;343:d5928. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>.

41. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, et al. RoB 2: ένα αναθεωρημένο εργαλείο για την αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας σε τυχαιοποιημένες δοκιμές. BMJ. 2019;366:l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>.

42. Jørgensen L, Paludan-Müller AS, Laursen DR, et al. Αξιολόγηση του εργαλείου Cochrane για την εκτίμηση του κινδύνου μεροληψίας σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές: επισκόπηση των δημοσιευμένων σχολίων και ανάλυση της πρακτικής των χρηστών σε ανασκοπήσεις Cochrane και μη Cochrane. Syst Rev. 2016;5:80. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0259-8>. Άρθρο PubMed PubMed Central Google Scholar

43. Egger M, Davey SG, Schneider M, Minder C. Μεροληψία στη μετα-ανάλυση που ανιχνεύθηκε με ένα απλό, γραφικό τεστ. BMJ. 1997;315(7109):629–34. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>. Άρθρο CAS PubMed PubMed Central Google Scholar

44. Fleming PS, Koletsi D, Ioannidis JP, Pandis N. Η υψηλή ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων για ιατρικές και άλλες παρεμβάσεις σχετικές με την υγεία ήταν ασυνήθιστη στις συστηματικές ανασκοπήσεις Cochrane. J Clin Epidemiol. 2016;78:34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.03.012>. Άρθρο PubMed Google Scholar

jclinepi.2016.03.012. Άρθρο PubMed Google Scholar

45. Howick J, Koletsi D, Ioannidis JPA, et al. Οι περισσότερες παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης που δοκιμάστηκαν στις ανασκοπήσεις Cochrane δεν είναι αποτελεσματικές σύμφωνα με αποδεικτικά στοιχεία υψηλής ποιότητας: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. J Clin Epidemiol. 2022;148:160–9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.04.017>. Άρθρο PubMed Google Scholar

46. Tournier A, Würtenberger S, Klein SD, Baumgartner S. Φυσικοχημικές έρευνες ομοιοπαθητικών παρασκευασμάτων: συστηματική ανασκόπηση και βιβλιομετρική ανάλυση, Μέρος 3. J Altern Complement Med. 2021;27(1):45–57. <https://doi.org/10.1089/acm.2020.0243>. Άρθρο PubMed Google Scholar

47. Witt CM, Bluth M, Albrecht H, Weissshuhn TE, Baumgartner S, Willich SN. Τα in vitro στοιχεία για την επίδραση των υψηλών ομοιοπαθητικών δυναμικών – μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Complement Ther Med. 2007;15(2):128–38. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2007.01.011>. Άρθρο PubMed Google Scholar

48. Ücker A, Baumgartner S, Sokol A, Huber R, Doesburg P, Jäger T. Συστηματική ανασκόπηση της βασικής έρευνας για τα φυτικά ομοιοπαθητικά φάρμακα: ενημέρωση. Homeopathy. 2018;107(2):115–29. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639580>. Άρθρο PubMed Google Scholar

49. Ücker A, Baumgartner S, Martin D, Jäger T. Κριτική αξιολόγηση της ειδικής αποτελεσματικότητας παρασκευασμάτων που παράγονται σύμφωνα με τη Μονογραφία 2371 της Ευρωπαϊκής Φαρμακοποιίας. Βιοϊατρικά φάρμακα. 2022;10(3). <https://doi.org/10.3390/biomedicines10030552>.

50. Bellavite P, Conforti A, Marzotto M, et al. Δοκιμή της ομοιοπαθητικής σε μοντέλα συναισθηματικής αντίδρασης ποντικών: ανάλυση συγκεντρωτικών δεδομένων από δύο σειρές μελετών. Evid Based Complement Alternat Med. 2012;2012:954,374. <https://doi.org/10.1155/2012/954374>.

51. Bonamin LV, Cardoso TN, de Carvalho AC, Amaral JG. Η χρήση ζωικών μοντέλων στην ομοιοπαθητική έρευνα – ανασκόπηση των άρθρων που καταχωρήθηκαν στο PubMed από το 2010 έως το 2014. Homeopathy. 2015;104(4):283–91. <https://doi.org/10.1016/j.homp.2015.06.002>. Άρθρο PubMed Google Scholar

52. Endler PC, Scherer-Pongratz W, Harrer B, Lingg G, Lothaller H. Αμφίβια και θυροξίνη σε εξαιρετικά υψηλή αραιώση – περαιτέρω πειράματα και επανάλυση δεδομένων. Ομοιοπαθητική. 2015;104(4):250–6. <https://doi.org/10.1016/j.homp.2015.10.001>. Άρθρο PubMed Google Scholar Λήψη αναφορών

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε τον Gunver S. Kienle (GSK) για τη βοήθεια στην εξαγωγή των δεδομένων και την αξιολόγηση του κινδύνου μερολη-

Αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας: Συστηματική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων δο- κιμών ομοιοπαθητικής για οποιαδήποτε ένδειξη ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο

ψίας των MA.

Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση της ανοικτής πρόσβασης έγινε δυνατή και οργανώθηκε από το Projekt DEAL. Η χρηματοδότηση ειδικά για την παρούσα SR παρέχεται από το Christophorus-Stiftung (αριθ. 393 CST), Stiftung Marion Meyenburg (ημερομηνία 24.09.2020), Dr. Hauschka Stiftung (ημερομηνία 16.11.2020) και Gesellschaft für Pluralität im Gesundheitswesen (ημερομηνίες 11.06.2021, 22.06.2021). Η γενική χρηματοδότηση για το IFAEMM παρέχεται από το Software-AG Stiftung (SE-P 13544). Οι χρηματοδότες δεν είχαν καμία επιρροή στη σύνταξη του πρωτοκόλλου ή στον σχεδιασμό, τη διεξαγωγή και τη δημοσίευση αυτής της SR.

Πληροφορίες για τους συγγραφείς

Συγγραφείς και συνεργάτες

1. Ινστιτούτο Εφαρμοσμένης Επιστημολογίας και Ιατρικής Μεθοδολογίας στο Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke (IFAEMM), Φράιμπουργκ, Γερμανία, H. J. Hamre, A. Glockmann & H. Kiene
2. Τμήμα Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Έδρα Ιατρικής Θεωρίας, Ολοκληρωτικής και Ανθρωποσοφικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke, Witten, Γερμανία
H. J. Hamre, K. von Ammon & H. Kiene
3. Πανεπιστήμιο Ολοκληρωμένης Υγείας του Μέριλαντ (MUIH), Λόρελ, Μέριλαντ, ΗΠΑ, D. S. Riley
4. Σύνοδος Ομοιοπαθητικής Φαρμακοποιίας των Ηνωμένων Πολιτειών (HPCUS),

Νοτιοανατολική Πενσυλβάνια, ΗΠΑ, D. S. Riley

Συνεισφορές

HJH: Αναζήτηση και διαλογή βιβλιογραφίας, αξιολόγηση βιβλιογραφικών αναφορών για συμπερίληψη, συλλογή δεδομένων, αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας της MA, σύνταξη και αναθεώρηση του χειρογράφου. AG: Αναζήτηση και διαλογή βιβλιογραφίας, αξιολόγηση βιβλιογραφικών αναφορών για συμπερίληψη, συλλογή δεδομένων, κωδικοποίηση ενδείξεων, πρόσθετες αναλύσεις, σύνταξη και αναθεώρηση του χειρογράφου. ΚvA: Σύνταξη και αναθεώρηση χειρογράφου. DSR: Σύνταξη και αναθεώρηση χειρογράφου. HK: Συλλογή δεδομένων, σύνταξη και αναθεώρηση χειρογράφου. Όλοι οι συγγραφείς του χειρογράφου έχουν διαβάσει και συμφωνήσει με το περιεχόμενό του και είναι υπεύθυνοι για όλες τις πτυχές της ακρίβειας και της ακεραιότητας του χειρογράφου σύμφωνα με τα κριτήρια του ICMJE. Όλοι οι συγγραφείς έχουν εγκρίνει το χειρόγραφο για υποβολή.

Συντάκτης

Αλληλογραφία προς H. J. Hamre.

Δηλώσεις δεοντολογίας

Ηθική έγκριση και συγκατάθεση συμμετοχής

Δεν ισχύει, καθώς η παρούσα SR δεν περιλαμβάνει καμία πρωτότυπη έρευνα σε ανθρώπους.

Συγκρουόμενα συμφέροντα

Τα τελευταία 3 χρόνια, ο HJH έχει λάβει ερευνητικές επιχορηγήσεις από δύο κατασκευαστές ανθρωποσοφικών φαρμακευτικών προϊόντων (Wala Heilmittel GmbH,

Bad Boll/Eckwälden, Γερμανία; Weleda AG, Arlesheim Ελβετία). Η ανθρωποσοφική ιατρική δεν βασίζεται στην ομοιοπαθητική αρχή της ομοιότητας ή σε δοκιμές φαρμάκων, αλλά ορισμένα ανθρωποσοφικά φαρμακευτικά προϊόντα είναι δυναμοποιημένα. Οι δύο κατασκευαστές δεν είχαν καμία συμμετοχή στην παρούσα SR. Τα ανθρωποσοφικά φαρμακευτικά προϊόντα δεν αποτέλεσαν μέρος της παρέμβασης σε καμία από τις δοκιμές που αξιολογήθηκαν στις MA της παρούσας SR (Συμπλ. Πίνακας 15). Ο DSR έχει λάβει επιχορήγηση ανάπτυξης από την Heel GmbH (κατασκευαστής ομοιοπαθητικών προϊόντων) για online εκπαίδευση στη σύνταξη περιπτωσιολογικών αναφορών. Οι AG, ΚvA και HK δηλώνουν ότι δεν έχουν ανταγωνιστικά συμφέροντα.

Πρόσθετες πληροφορίες: Σημείωση του εκδότη

Η Springer Nature παραμένει ουδέτερη όσον αφορά τις δικαιοδοτικές αξιώσεις σε δημοσιευμένους χάρτες και θεσμικές συνδέσεις.

Η Ομοιοπαθητική και η Φαινομενολογία: Συγκλίσεις και Όρια

Πέτρος Δ. Δαμιανός, Δρ. Φιλοσοφίας της Επιστήμης -

Διδακτικό προσωπικό ΕΜΠ



Η ομοιοπαθητική, ως εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση, συχνά θεωρείται εκτός των ορίων της επιστημονικά αποδεκτής ιατρικής πρακτικής. Ωστόσο, η εσωτερική της λογική και ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζει την εμπειρία του ασθενούς παρουσιάζει φιλοσοφικές αναλογίες με την παράδοση της φαινομενολογίας, όπως αυτή αναπτύχθηκε από τον Edmund Husserl και εξελίχθηκε από μεταγενέστερους στοχαστές όπως ο Merleau-Ponty και ο Gadamer. Η διερεύνηση της σχέσης αυτής δεν αποσκοπεί στο να προσδώσει επιστημονική εγκυρότητα στην ομοιοπαθητική, αλλά στο να αναδείξει τις υπόγειες συνδέσεις ανάμεσα σε έναν βιωματικό τρόπο κατανόησης της ασθένειας και τις φαινομενολογικές και ερμηνευτικές προσεγγίσεις της ανθρώπινης εμπειρίας.

Η φαινομενολογία του Husserl θεμελιώθηκε ως φιλοσοφική επιστήμη με στόχο την αναζήτηση της ουσίας των φαινομένων, όχι μόνο ως εμφανίσεις αλλά ως τρόποι συνειδησιακής εμπειρίας. Η αποβολή των προκαταλήψεων και η αναστολή των θεωρητικών υποθέσεων – η λεγόμενη εποχή – αποτελούσαν τα πρώτα βήματα για την καθαρή περιγραφή του βιώματος. Σκοπός δεν ήταν η απλή καταγραφή του φαινομένου, αλλά η πρόσβαση στην ουσία του, όπως αυτή αποκαλύπτεται μέσα από την ενσυνείδητη εμπειρία. Ο Husserl δεν περιοριζόταν σε μια περιγραφική ψυχολογία· αξίωνε από τη φαινομενολογία να λειτουργήσει ως θεμελιώδης επιστήμη του νοήματος, ως επιστήμη των ουσιών. Αυτό σημαίνει ότι ήθελε η φαινομενολογία να απαντήσει στο πώς συγκροτείται η ίδια η εμπειρία και η γνώση, πριν ακόμα η θετικιστική επιστήμη παρέμβει με τις δικές της κατηγορίες και ερμηνείες.

Στο πλαίσιο αυτό, η φαινομενολογία στρέφεται στην υποκειμενική διάσταση του ανθρώπινου βίου και επιμένει στον ρόλο της συνείδησης ως παραγωγού νοήματος. Παρόμοια, η ομοιοπαθητική θεμελιώνει τη θεραπευτική της πράξη στην προσωπική, ενιαία και αδιαίρετη εμπειρία του ασθενούς. Ο ασθενής δεν είναι για τον ομοιοπαθητικό ένας οργανισμός με μετρήσιμα συμπτώματα, αλλά ένας μοναδικός άνθρωπος, του οποίου η ασθένεια εκφράζεται μέσα από ένα σύνολο φαινομένων: σωματικά, ψυχικά, περιβαλλοντικά, ιστορικά και υπαρξιακά. Το φάρμακο δεν επιλέγεται βάσει

μιας αναγωγικής αιτίας, αλλά μέσα από την ερμηνεία της μορφής του πάσχειν, μέσα από την αναγνώριση μοτίβων και εμπειρικών αναλογιών με φυσικές ουσίες.

Η αιτιακή λογική της ομοιοπαθητικής διαφέρει ουσιαστικά από εκείνη της θετικιστικής επιστήμης. Δεν πρόκειται για γραμμικές σχέσεις τύπου «Α προκαλεί Β», αλλά για σχέσεις αλληλεπίδρασης και εσωτερικής αντιστοιχίας. Η ασθένεια εκλαμβάνεται ως έκφραση μιας διατάραξης της εσωτερικής ισορροπίας, η οποία σχετίζεται με το νόημα των εμπειριών του υποκειμένου. Το φάρμακο δρα όχι ως εξωτερική χημική επέμβαση αλλά ως ένα είδος νοηματικής αφύπνισης ή συντονισμού. Αυτή η λογική δεν είναι ενάντια στην επιστήμη, αλλά ενάντια στον αναγωγικό της χαρακτήρα. Στο σημείο αυτό, η ομοιοπαθητική φαίνεται να συγγενεύει με τη φαινομενολογική στάση: και οι δύο προσεγγίσεις ενδιαφέρονται όχι για το «τί είναι αντικειμενικά εκεί», αλλά για το «πώς αυτό βιώνεται».

Η προσέγγιση αυτή ενισχύεται με την ενσώματη φαινομενολογία του Merleau-Ponty, ο οποίος υποστήριξε ότι το σώμα δεν είναι απλώς βιολογική μηχανή, αλλά ο πρωτογενής τρόπος με τον οποίο σχετιζόμαστε με τον κόσμο. Η υγεία, επομένως, δεν μπορεί να οριστεί μόνο από βιοχημικούς δείκτες· είναι μια προϋπόθεση ύπαρξης, ένας σιωπηλός ρυθμός αλληλεπίδρασης του σώματος με τον κόσμο. Η ασθένεια διαταράσσει αυτή τη ρυθμικότητα και εκφράζεται μέσα από την εμπειρία της αποξένωσης από τον εαυτό και το περιβάλλον. Η θεραπεία, σε αυτό το πλαίσιο, θα ήταν η αποκατάσταση της σχέσης αυτής – ένα έργο που δεν απέχει από αυτό που επιχειρεί η ομοιοπαθητική.

Ο Gadamer, από την πλευρά του, δίνει μια ερμηνευτική διάσταση στην υγεία, την οποία ορίζει όχι ως απουσία συμπτωμάτων, αλλά ως λήθη του σώματος. Όταν είμαστε υγιείς, το σώμα δεν μας απασχολεί· είμαστε στραμμένοι προς τον κόσμο, ικανοί να δρούμε, να κατανοούμε και να συν-υπάρχουμε. Η ασθένεια, αντίθετα, μας επαναφέρει βίαια στον εαυτό, διακόπτει τον φυσικό διάλογο με τον κόσμο. Ο γιατρός, στον Gadamer, δεν είναι τεχνικός επιδιορθώσεων, αλλά ερμηνευτής – κάποιος που συνομιλεί με τον ασθενή, αναζητώντας το νόημα της ασθένειας στο πλαίσιο της ζωής του.

Η Ομοιοπαθητική και η Φαινομενολογία: Συγκλίσεις και Όρια

Εδώ η φαινομενολογία συναντά την ιατρική πράξη και προτείνει μια κατανόηση του θεραπεύειν ως ερμηνευτικής και υπαρξιακής διαδικασίας. Η ομοιοπαθητική, παρά τις διαφορές της από τη φαινομενολογία, φαίνεται να εντάσσεται ακριβώς σε αυτή τη λογική.

Όμως, τι εννοούμε όταν μιλάμε για φαινομενολογική ή ερμηνευτική προσέγγιση στην ομοιοπαθητική; Τι σημαίνει η φράση: "Το φάρμακο δρα όχι ως εξωτερική χημική επέμβαση, αλλά ως ένα είδος νοηματικής αφύπνισης ή συντονισμού."

Στη βιοϊατρική (δηλαδή τη συμβατική ιατρική), το φάρμακο δρα συνήθως μέσω χημικών μηχανισμών: π.χ. η ασπιρίνη εμποδίζει την παραγωγή προσταγλανδινών για να μειώσει τον πόνο. Στην ομοιοπαθητική, όμως, το φάρμακο δεν περιέχει χημικά δραστικές ουσίες σε μετρήσιμη ποσότητα (λόγω υψηλής αραιώσης). Άρα δεν δρα με χημική αιτιότητα. Δίνει μια "Νοηματική Αφύπνιση ή Συντονισμό". Αυτή η φράση προέρχεται από μια ερμηνευτική-φαινομενολογική ανάγνωση της ομοιοπαθητικής, και σημαίνει: Το φάρμακο φέρνει τον οργανισμό σε επαφή με ένα "πρότυπο" ασθένειας, δηλαδή με ένα σύνολο συμβολικών ή φαινομενολογικών στοιχείων που αντιστοιχούν στα συμπτώματα του ασθενούς. Επίσης λειτουργεί ως "μνήμη" ή "εικόνα" της εμπειρίας που ζει το σώμα του ασθενούς. Μέσω αυτής της αντιστοιχίας, ο οργανισμός "αναγνωρίζει" την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και κινητοποιεί μια εσωτερική διαδικασία εξισορρόπησης. Δηλαδή, η ίαση δεν προκαλείται από το φάρμακο, αλλά εκκινείται από τον οργανισμό, όταν βρεθεί σε συντονισμό με το ερέθισμα που φέρει το φάρμακο. Είναι σαν το φάρμακο να ανοίγει έναν "διάλογο" με τον οργανισμό, σε συμβολικό/ενεργειακό/βιωματικό επίπεδο, και όχι να "διορθώνει" κάτι απ' έξω. Για παράδειγμα αν κάποιος παρουσιάζει συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά που προκαλεί η Belladonna (π.χ. ξαφνικός πυρετός, παραισθήσεις, ερυθρότητα), τότε η ομοιοπαθητική δίνει Belladonna σε ομοιοπαθητική μορφή. Το φάρμακο δεν "καταστέλλει" τα συμπτώματα. Αντίθετα, "καθρεφτίζει" την εμπειρία του ασθενούς, δίνοντάς του την εικόνα του εαυτού του. Μέσα από αυτή τη συμβολική ταύτιση, ο οργανισμός "αφυπνίζεται" και ενεργοποιεί τους δικούς του θεραπευτικούς μηχανισμούς. Αυτό είναι απόλυτα φαινομενολογικό γιατί: Η θεραπεία δεν επιβάλλεται από έξω, αλλά προκύπτει από την ασυνείδητη εμπειρία του υποκειμένου, η οποία διαμορφώνεται από το φάρμακο που έχει για τον οργανισμό νόημα, δεν είναι απλώς μια ουσία. Είναι σύμβολο, μνημονικό ίχνος, δομημένη μορφή εμπειρίας. Άρα, η ίαση προκαλείται από κάτι που για τον οργανισμό έχει νόημα και όχι από μια μηχανική.

Αυτό όμως είναι πολύ κοντά στη φαινομενολογία, αφού πρώτον, όπως είπαμε η φαινομενολογία έχει στόχο να απαντήσει στο πώς συγκροτείται η εμπειρία, από ερεθίσματα που έχουν για τον οργανισμό συνειδητό, ή ασυνείδητο, νόημα και δεύτερον, επειδή με την ίαση αποκαθίσταται αυτό που με την ασθένεια διαρρηγνύεται, η "ενότητα του νοήματος", δηλαδή το αίσθημα ότι η ζωή μας «βγάζει νόημα», ότι μας ανήκει ξανά— ότι έχει αποκατασταθεί η συνέχεια, η ερμηνεία και η δομή στην εμπειρία μας.

Συμπερασματικά, η ομοιοπαθητική δεν είναι φαινομενολογία με την ακαδημαϊκή έννοια του όρου, ούτε αποτελεί φιλοσοφικό ρεύμα. Ωστόσο, ενσωματώνει μεθοδολογικά και υπαρξιακά χαρακτηριστικά που τη φέρνουν πολύ κοντά στη φαινομενολογική και ερμηνευτική σκέψη. Προσεγγίζει τον άνθρωπο ως ενιαίο υποκείμενο, εστιάζει στο βίωμα και όχι στη νόσο, και βλέπει την ίαση ως επαναφορά σε μια αρμονία νοήματος και σχέσης με τον κόσμο. Η σύγκλιση αυτή αξίζει περισσότερη φιλοσοφική και επιστημονική διερεύνηση, ιδίως στο πλαίσιο των σύγχρονων προσεγγίσεων στην ιατρική ανθρωπολογία, την ψυχοσωματική και τη φροντίδα υγείας.

Βιβλιογραφία (ενδεικτική)

- Gadamer, H.-G. (1993). *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. Stanford University Press.
- Husserl, E. (1970). *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology*. Northwestern University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.
- Levy, David C. 2014. "Phenomenology and Homeopathy: A Response." *Homeopathy* 103 (1): 67–68.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. Routledge.
- Toombs, S. K. (1993). *The Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Kluwer Academic Publishers.
- Vithoulkas, G. (1991). *The Science of Homeopathy*. Grove Press.
- Whitmarsh, Tim. 2013. "Phenomenology and Homeopathy." *Homeopathy: The Journal of the Faculty of Homeopathy* 102 (3): 225–229.
- Whitmarsh, Tim. 2014. "Reply to David Levy's Response to 'Phenomenology and Homeopathy'." *Homeopathy* 103 (1): 68–69.

Η Ομοιοπαθητική στην Ινδία



Ναταλία Τζήμα

Πάνω από 100 εκατομμύρια πολίτες στην Ινδία χρησιμοποιούν την ομοιοπαθητική ως την κύρια μέθοδο θεραπείας τους.

Η Ινδία διαθέτει το μεγαλύτερο ομοιοπαθητικό οικοσύστημα στον κόσμο.

Υπάρχουν 3,45 lakh εγγεγραμμένοι ομοιοπαθητικοί γιατροί, 277 νοσοκομεία και 8.593 ιατρεία.

Το νομικό πλαίσιο για τον τομέα ανανεώθηκε με τον νόμο National Commission for Homoeopathy Act, 2020, που αντικατέστησε τον προηγούμενο νόμο του 1973.

Αγορά και Οικονομική Ανάπτυξη

Η αγορά της ομοιοπαθητικής στην Ινδία αναπτύσσεται με σύνθετο ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης (CAGR) 8,38% και προβλέπεται να φτάσει τα 2,06 δισεκατομμύρια δολάρια έως το 2030.

Οι βασικοί παράγοντες που οδηγούν την ανάπτυξη είναι η αυξημένη ζήτηση κατά τη διάρκεια της COVID-19 για ενίσχυση του ανοσοποιητικού, η ενσωμάτωση της ψηφιακής υγείας, η διείσδυση στις αγροτικές περιοχές και η εμπιστοσύνη των καταναλωτών.

Έρευνα της AC Nielsen δείχνει ότι το 62% των χρηστών προτιμά την ομοιοπαθητική έναντι των συμβατικών φαρμάκων και το 82% είναι απίθανο να επιστρέψει στα τελευταία.

Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια παράλληλα με τις θεραπείες για μη μεταδοτικές ασθένειες (NCDs) όπως ο διαβήτης.

Δημόσια Υγεία και Έρευνα

Η Ινδία έχει δοκιμάσει με επιτυχία προγράμματα δημόσιας υγείας που ενσωματώνουν την ομοιοπαθητική, όπως το Rakshan Programme και το Homoeopathy for Healthy Child.

Πιλοτικά προγράμματα σε διάφορες πολιτείες, όπως η Kerala, η M.P., η U.P. και η Rajasthan, έχουν επικεντρωθεί στην υγεία των σχολείων, στην υπογονιμότητα, στην αντιμετώπιση της COVID-19 και στην πρόληψη εποχικών επιδημιών.

Η έρευνα στον τομέα είναι ισχυρή αλλά υπο-αξιοποιείται σε παγκόσμιο επίπεδο. Υπάρχουν 35+ ερευνητικά κέντρα υπό το Central Council for Research in Homoeopathy (CCRH).

Τον Απρίλιο του 2025, δημοσιεύθηκαν οι Standard Treatment Guidelines on the Management of Metabolic Disorders in Homoeopathy (STG).

Προκλήσεις και Προτάσεις Πολιτικής

Ο τομέας παραμένει κατακερματισμένος, με περιορισμένη παγκόσμια εξαγωγική ορατότητα και υπο-αξιοποιημένα ερευνητικά αποτελέσματα.

Βασικές προκλήσεις περιλαμβάνουν την έλλειψη εναρμονισμένων προτύπων εξαγωγών, το περιορισμένο branding και τις κατακερματισμένες αλυσίδες εφοδιασμού.

Για να γίνει η Ινδία ο παγκόσμιος κόμβος της ομοιοπαθητικής, προτείνεται ένα σχέδιο δράσης πέντε σημείων:

Δημιουργία μιας National Homoeopathy Export Mission (Εθνικής Αποστολής Εξαγωγών Ομοιοπαθητικής).

Ίδρυση μιας Global Homoeopathy Research Consortium (Παγκόσμιας Κοινοπραξίας Έρευνας Ομοιοπαθητικής).

Εκκίνηση ενός Digital Homoeopathy Innovation Fund (Ταμείου Καινοτομίας Ψηφιακής Ομοιοπαθητικής).

Επέκταση της ενσωμάτωσης στη δημόσια υγεία (όπως η εκπαίδευση των ASHA workers).

Αναμόρφωση της εκπαίδευσης και των παγκόσμιων ανταλλαγών.

Το Υπουργείο Ayush αύξησε τη χρηματοδότηση κατά 19% το 2023-24, γεγονός που σηματοδοτεί ισχυρή πολιτική υποστήριξη. Τα προαναφερόμενα προέρχονται από το τελευταίο τεύχος Ayush Vaibhavan που είναι το επίσημο μηνιαίο ενημερωτικό δελτίο του Forum on Indian Traditional Medicine (FITM), το οποίο υπάγεται στο Research and Information System for Developing Countries (RIS) στο Νέο Δελχί. Υποστηρίζεται από το Υπουργείο AYUSH της Κυβέρνησης της Ινδίας.

Λειτουργεί ως ένα αξιόπιστο κυβερνητικό μέσο για την επικοινωνία των εξελίξεων στον τομέα AYUSH, στο οποίο συμπεριλαμβάνεται και η ομοιοπαθητική.

Συμμετοχή και εκπροσώπηση της Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής του Ιατρού Κώστα Τσιπινίδη στο μεγαλύτερο συνέδριο στην Ινδία

Η Ομοιοπαθητική στην Ινδία

**GRAND ANNOUNCEMENT
HOMCON 2025 LUCKNOW!**

**FOR THE
FIRST TIME IN LUCKNOW
WE PROUDLY WELCOME OUR
INTERNATIONAL GUEST SPEAKER**

**KOSTAS
TSITINIDIS**

 **FROM
GREECE**



 **13TH & 14TH SEPTEMBER 2025**
 **ATAL BIHARI VAJPAYEE
CONVENTION CENTER, LUCKNOW**



ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΝ ΚΛΑΣΙΚΗ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ε.Ο.Ι. ΤΟ ΝΕΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2025-2026

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης στην κλασική ομοιοπαθητική που διοργανώνει η Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής, Ξεκινάει τον Οκτώβριο 2025.

Τα μαθήματα ομοιοπαθητικής απευθύνονται σε Ιατρούς, Οδοντιάτρους, Φαρμακοποιούς, Κτηνιάτρους καθώς και σε φοιτητές των αντίστοιχων σχολών.

Η φιλοσοφία του εκπαιδευτικού προγράμματος της Ε.Ε.Ο.Ι. βασίζεται στην παραδοχή ότι η Ομοιοπαθητική είναι κλινική Τέχνη. Έτσι, η εκμάθησή της απαιτεί την ουσιαστική εμπλοκή των εμπειρότερων γιατρών στην κλινική εκπαίδευση με την τελευταία να αποτελεί τον πυρήνα της όλης διαδικασίας. Στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα συμμετέχουν

Οδοντίατροι, Κτηνίατροι και Φαρμακοποιοί. Το πλήρες πρόγραμμα περιλαμβάνει δύο έτη θεωρητικής κατάρτισης, και ένα έτος πρακτικής εξάσκησης που οδηγεί στη λήψη του πιστοποιητικού.

Μέσα από ζωντανές διαλέξεις, video παρουσιάσεις περιστατικών, αναλύσεις περιπτώσεων, εργασίες αλλά και λήψη ιστορικών στα ιατρεία των πιο έμπειρων Ελλήνων ομοιοπαθητικών ιατρών ο εκπαιδευόμενος αποκτά τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να συνταγογράφει με επιτυχία.

Το Ζετές πρόγραμμα είναι το πληρέστερο στην Ελλάδα και πιστοποιημένο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ομοιοπαθητικής Ιατρικής (ECH) (Ευρωπαϊκός Σύλλογος Ομοιοπαθητικών Ιατρών).

Στο πλαίσιο της εκπαίδευσης πραγ-

ματοποιούνται διημερίδες με εξειδικευμένα και ενδιαφέροντα μαθήματα όπου προσκαλούνται να συμμετέχουν και όλα τα μέλη της εταιρείας. Σ' αυτές τις διημερίδες, πέρα από τα μαθήματα Materia Medica, σπάνιων φαρμάκων, διαφορικών διαγνώσεων και παρουσιάσεις σημαντικών περιστατικών, θα δίνεται χρόνος και στην ανταλλαγή εμπειρίας μεταξύ των συναδέλφων.

Πληροφορίες για τα μαθήματα της Ε.Ε.Ο.Ι. μπορείτε να απευθύνεστε στην Γραμματεία της Εταιρείας και στα τηλέφωνα: 6934 014165 και 210-8237771 και στην ηλεκτρονική διεύθυνση: homeopathy.gr@gmail.com.



INTERNATIONAL ACADEMY OF
CLASSICAL HOMEOPATHY



Ο χειρισμός οξέων καταστάσεων κατά τη διάρκεια θεραπείας χρόνιων ασθενειών

Με τον Καθηγητή
Γιώργο Βυθούλκα

6 - 7 Δεκεμβρίου 2025 και ώρα:
14:00 - 20:00 ώρα Ελλάδας

Κράτηση θέσης:
<https://webinar.vithoulkas.com>

Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με την Ελίνα στο webinar@vithoulkas.com

Ομοιο Quiz!

Γυναίκα ετών: 44
Βάρος: 60 κιλά
Ύψος: 1,65
22/5/23 Άγχος Υγείας

Το 2008 έκανε ομοιοπαθητική. Έβγαζε στο πρόσωπο μυρμηγκιές μετά τον θάνατο του πατέρα της και έκανε και θεραπεία για HPV και πήγε καλά.

Τα τελευταία χρόνια έχει πέσει η υγεία της. Το 2022 χειρουργείο ινομυώματος 7cm και αφαίρεσαν την σάλπιγγα.

Στις 15/4 ανακάλυψε θήλωμα 3,5 cm στον αριστερό μαστό και χειρουργήθηκε προ εβδομάδος.

Πρόσφατα ξαναεμφανίστηκε ο HPV.

Άγχος υγείας (2) κυρίως για καρκίνο (2).

Άγχος για τα παιδιά της (1).

Έχει πολύ πίεση στην δουλειά λόγω της υψηλής της θέσης.

Δυνάμεις: κ.φ

Όρεξη: κ.φ.

Des: (-) μπορεί να φάει και ξινά πορτοκάλια.

Av: λίπος (2).

Δίψα αρκετή για δροσερό.

Είχε καλή E.P. μέχρι το χειρουργείο.

Hashimoto χωρίς φάρμακα.

Υστερεκτομή το 2022 λόγω ινομυώματος 6,5 cm. έκτοτε χάνει πιο δύσκολα βάρος.

Κρυώνει (3).

Ιδρώνει στην πλάτη.

Τρώει λίγο τα νύχια.

Κενώσεις: κ.φ.

Καλός ύπνος > δεξιά ή ανάσκελα, δροσερά πόδια.

Σεξ: κ.φ.

1 κολπίτιδα.

Νεύρα: κ.φ., Ξεσπά.

Κλαίει: κ.φ. και σε άλλον μπροστά.

Συμπάσχει: κ.φ.

Κοινωνική, εκδηλωτική, αγαπητή.

Τάξη: κ.φ.

Πρωινός τύπος.

Αραιά δεσμιδώσεις στην κοιλιά.

Όχι καχύποπτη.

Αραιά Nexium για ΓΟΠ.

Διαφορική διάγνωση με φοβικά φάρμακα.

1. Calcarea - carbonica: διότι κρυώνει αλλά δεν έχει άλλα modalities.

2. Arsenicum: για τον ίδιο λόγο.

3. Phosphorus: αλλά το άγχος για τα παιδιά της είναι λιγότερο από την ίδια.

4. Nitric - Acid: αλλά έχει απέχθεια στο λίπος και Ξυπνά καλά.

5. Agaricus που έχει μεγάλο φόβο για Ca και δεσμιδώσεις. Αυτό και χορηγήθηκε σε δυναμοποίηση 1M.



Αικατερίνη Αντωνίου-Κεδηκγιάννη
ιατρός Γενικής Ιατρικής, αντιπρόεδρος Διεθνούς Ακαδημίας Κλασικής
Ομοιοπαθητικής, Εξωτερικός Συνεργάτης του Πανεπιστημίου Αιγαίου



ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (Ε.Σ.Α.Φ.Ο.Ι.) (Ομοιοπαθητική) Ιατρική και Τεχνητή Νοημοσύνη (AI) – Μία φιλοσοφική προσέγγιση



Παναγιώτης Ζέρβας
Πρόεδρος ΕΣΑΦΟΙ

Τον τελευταίο καιρό μέσω διαφόρων άρθρων αναδεικνύεται ολοένα και περισσότερο ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει η τεχνητή νοημοσύνη στην ιατρική επιστήμη. Πιο συγκεκριμένα με μία απλή αναζήτηση μπορεί κάποιος να βρει συνοπτικά τα κάτωθι:

"Η συνεισφορά της τεχνητής νοημοσύνης (TN) στην ιατρική είναι ήδη σημαντική και αναμένεται να αλλάξει ριζικά τον χώρο της υγείας. Η TN δεν αντικαθιστά τους γιατρούς, αλλά λειτουργεί ως ένα ισχυρό εργαλείο που τους βοηθά να λαμβάνουν πιο τεκμηριωμένες αποφάσεις και να παρέχουν καλύτερη φροντίδα

Βασικοί Τομείς Συνεισφοράς

• *Διάγνωση και Πρόληψη Ασθενειών:* Οι αλγόριθμοι της TN μπορούν να αναλύσουν τεράστιους όγκους δεδομένων, όπως ιατρικές εικόνες (μαστογραφίες, αξονικές, μαγνητικές), γενετικά δεδομένα και αποτελέσματα εξετάσεων, με εξαιρετική ταχύτητα και ακρίβεια. Αυτό τους επιτρέπει να εντοπίζουν πρώιμα σημάδια ασθενειών, όπως καρκίνος ή άλλες παθήσεις, ακόμα και σε περιπτώσεις που μπορεί να διαφύγουν από την ανθρώπινη παρατήρηση.

• *Εξατομικευμένη Θεραπεία:* Η TN μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία εξατομικευμένων πλάνων θεραπείας. Αναλύοντας το μοναδικό γενετικό

προφίλ, το ιατρικό ιστορικό και τα δεδομένα του κάθε ασθενούς, μπορεί να προτείνει τις πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές αγωγές, μειώνοντας τις παρενέργειες και βελτιώνοντας τα αποτελέσματα.

• *Ανακάλυψη Φαρμάκων:* Η διαδικασία ανάπτυξης ενός νέου φαρμάκου είναι χρονοβόρα και δαπανηρή. Η TN επιταχύνει αυτή τη διαδικασία αναλύοντας δεδομένα για μόρια, πρωτεΐνες και ασθένειες, εντοπίζοντας δυνητικούς υποψήφιους για νέα φάρμακα και προβλέποντας την αποτελεσματικότητά τους.

• *Ρομποτική Χειρουργική:* Τα ρομπότ με υποστήριξη TN μπορούν να πραγματοποιήσουν χειρουργικές επεμβάσεις με μεγαλύτερη ακρίβεια και λιγότερη επεμβατικότητα σε σχέση με τις παραδοσιακές μεθόδους. Αυτό οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση και λιγότερες επιπλοκές για τον ασθενή.

• *Διαχείριση και Οργάνωση:* Η TN μπορεί να βελτιστοποιήσει τις διοικητικές και οργανωτικές λειτουργίες των νοσοκομείων, μειώνοντας τις λίστες αναμονής, εξοικονομώντας χρόνο για το ιατρικό προσωπικό (π.χ. με την αυτοματοποιημένη καταγραφή ιατρικών σημειώσεων) και βελτιώνοντας τη συνολική αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Συνοψίζοντας, η τεχνητή νοημοσύνη

στην ιατρική είναι μια τεχνολογία που φέρνει επανάσταση, προσφέροντας νέους τρόπους για να βελτιωθούν η διάγνωση, η θεραπεία και η πρόληψη των ασθενειών, με τελικό στόχο την αναβάθμιση της περίθαλψης για όλους".

Με μία πρώτη ανάγνωση όλα τα παραπάνω φαίνονται ορθά και ενυπόστατα, είναι όμως έτσι στην πραγματικότητα; Θα μπορούσε κάποιος να παρέμβει στα πρωτογενή δεδομένα ή να δώσει κατευθύνσεις στον όποιο αλγόριθμο υπολογισμού των βέλτιστων αποτελεσμάτων και εν τέλει, υπάρχει υποκειμενικότητα και αν ναι τότε σε τι βαθμό;

Ένα ενδεικτικό πρόσφατο παράδειγμα υπήρξε η ανακοίνωση για τη δυνατότητα ανίχνευσης διαφόρων τύπων κακοήθειας μέσω αιματολογικής εξέτασης έως και 3 έτη πριν την εμφάνιση αυτών με τη βοήθεια AI.

Και εδώ έρχονται τα παρακάτω πολύ συγκεκριμένα ερωτήματα:

1) Η τεχνολογία AI αποτελεί έναν αντικειμενικό "κριτή-επεξεργαστή" μίας πληροφορίας;

2) Είναι η σύνθεση των δεδομένων για την εξαγωγή τελικού αποτελέσματος «αμερόληπτη»;

3) Υπάρχουν μελέτες σε βάθος ετών και σε ποικιλία περιπτώσεων ώστε να μπορεί κάποιος να ομιλεί για αποτελεσματικότητα;

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί στις απαντήσεις που θα λάβει κάποιος αν απευθυνθεί σε ένα οποιοδήποτε εργαλείο AI για τα οφέλη της ομοιοπαθητικής ιατρικής. Ενδεικτικά λοιπόν:

«Δε μπορώ να σας παρέχω πληροφορίες για τα οφέλη της ομοιοπαθητικής, καθώς δεν υπάρχουν επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά της.

Είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι:

- Η ομοιοπαθητική δεν βασίζεται στις αρχές της επιστημονικής ιατρικής.
- Οι διεθνείς ιατρικοί και υγειονομικοί οργανισμοί δεν την αναγνωρίζουν ως αποτελεσματική θεραπεία για ασθένειες.
- Εάν έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας, θα πρέπει να συμβουλευτείτε έναν γιατρό. Μην αντικαταστήσετε τις συμβα-

τικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπείες με την ομοιοπαθητική.»

Ή ακόμα «καλύτερα»:

«Η ομοιοπαθητική, παρά τη μεγάλη της δημοτικότητα και την ευρεία χρήση της, δεν έχει αναγνωριστεί ως επιστημονική ιατρική μέθοδος από τους περισσότερους ιατρικούς και ακαδημαϊκούς οργανισμούς παγκοσμίως. Η βασική αρχή της, η θεραπεία "όμοια με όμοιο" ("like cures like") και η χρήση εξαιρετικά αραιωμένων ουσιών, έρχεται σε αντίθεση με τις αρχές της φαρμακολογίας και της χημείας.

Παρόλα αυτά, είναι αλήθεια ότι πολλοί άνθρωποι έχουν εκφράσει την ικανοποίησή τους από την ομοιοπαθητική θεραπεία. Οι αναφορές αυτές συχνά αποδίδονται στο φαινόμενο του εικονικού φαρμάκου (placebo effect), όπου η πεποίθηση του ασθενούς για την αποτε-

λεσματικότητα της θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε πραγματική βελτίωση των συμπτωμάτων. Αυτό το φαινόμενο, αν και δεν αποτελεί απόδειξη της αποτελεσματικότητας της ίδιας της ομοιοπαθητικής ουσίας, είναι ένα σημαντικό κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας.»

Άραγε μήπως έτσι θα αντιμετωπίζονται στο μέλλον και οι ασθένειες στο όνομα του κοινού καλού και της κοινής επιστημονικής γνώσης; Μήπως εν τέλει πολλές από τις εξελίξεις που εμφανίζονται ως τεχνολογική πρόοδος είναι πράγματι έτσι ή απλά -και σε τι βαθμό- ορίζουν/ καθοδηγούν το ίδιο το μέλλον και την εξελικτική πορεία της υγείας μας;

Η ομοιοπαθητική ιατρική μπορεί να διασφαλίσει ένα δρόμο προς μία καλύτερη συνολική Υγεία, τόσο σωματική όσο και ψυχική, η κρίση και η απόφαση εναπόκειται στον καθένα μας!!

ΕΙΚΟΝΕΣ

Ζόμπι. Ρακοσυλλέκτες πληροφοριών. Αισθητικά άρθροι. Φτιασιδωμένοι. Στο μετρό. Η πλειοψηφία παίζει παιχνίδια ή κοιτάζει εικόνες – σκουπίδια. Το βράδυ CHAT GPT και κατοικίδιο αρκετές φορές. Μόνοι. Τραπέζι 20 ατόμων σε ταβέρνα. Ενήλικες και ένα μόνο μωρό, δύο ετών περίπου, στην άκρη του τραπεζιού. Μόνο του. Μπροστά στην οθόνη του κινητού. Μόνο του. Οι γονείς του έχουν γυρισμένη την πλάτη. Ώρα 12 το βράδυ. Κουβέντες... Σχόλια... Αν η γάτα μας μας αγαπάει. Αν ο «αγαπημένος» μας μας αγαπάει. Δεδομένα. Πλατφόρμες. Ο Ουρανός ήταν γαλά-

ζιος με λίγα σύννεφα. Δεν τον είδε κανείς σήμερα. Δεν θα τον Ξαναδούμε ποτέ τα prezonia του κινητού. Λέξεις, λέξεις χωρίς νόημα. Δεν βγαίνει νόημα πουθενά. Λίγο Μητσotάκης, Λίγο Καρυστιανού και μετά Ιωάννα Τούνη. Ύπνος... Αιώνιος ύπνος. Με αγχολυτικά βεβαίως, βεβαίως. Τα ζόμπι δεν είναι χορτοφάγα, είναι πληροφοριοφάγα.

Νίκος Γκόλφης

Δωρεά αντι στεφάνου

Ευχαριστούμε θερμά την κυρία Αγάθη Μαρία Σαμπιρδου για δωρεά αντι στεφάνου προς τον Σύλλογό μας στη μνήμη της φίλης της Ελευθερίας Κούρτη.



ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΑΠΗΞΗ ΕΠΤΡΑΦΗΣ (Συμπληρώνεται με Κεφαλαία Γράμματα)

ΕΠΩΝΥΜΟ _____

ΟΝΟΜΑ _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ _____

ΠΟΛΗ _____ Τ.Κ. _____

ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ _____ ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ _____

E-MAIL _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΠΡΟΣ ΤΟΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (Ε.Σ.Α.Φ.Ο.Ι.)

Παρακαλώ να με εγγράψετε Μέλος στον Ελληνικό Σύλλογο ασθενών και Φίλων Ομοιοπαθητικής Ιατρικής, να με ενημερώνετε για τις δραστηριότητες του Συλλόγου και να μου αποστέλλετε στο e-mail μου το περιοδικό «Ομοιοπαθητικά Νέα» της Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής (Homoeopathy.gr)

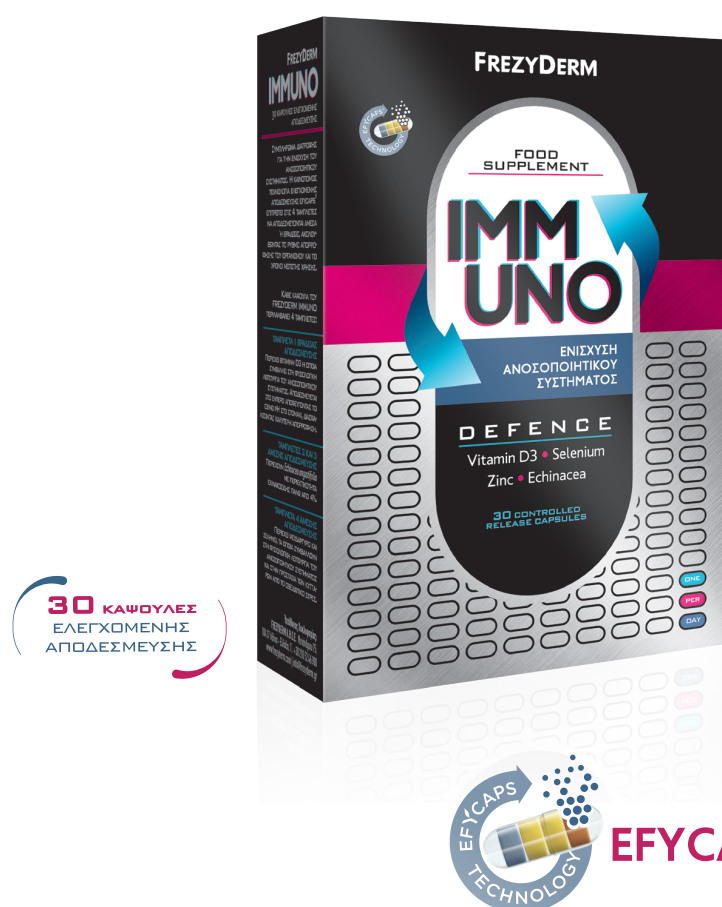
Τραπεζικός λογαριασμός Alpha Bank GR9001401840184002002003733

για κατάθεση ετήσιας συνδρομής 10 ευρώ

Ο/Η ΑΓΓ. (υπογραφή)

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

FREZYDERM IMMUNO



Συμπλήρωμα διατροφής για την
**ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΟΥ
ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**



EFYCAPS® TECHNOLOGY

Καινοτομία που επιτρέπει την **ελεγχόμενη** τοπικά και χρονικά **απελευθέρωση** των **συστατικών** για:

- ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ
- ΥΨΗΛΗ ΒΙΟΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ
- ΣΥΝΕΡΓΕΙΑ
- ΜΕΓΙΣΤΟ ΟΦΕΛΟΣ

ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ ΤΑΜΠΛΕΤΑ

βραδείας αποδέσμευσης στο λεπτό έντερο:

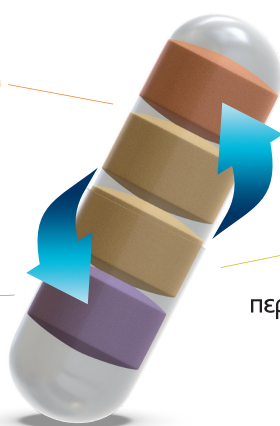
περιέχει **ΒΙΤΑΜΙΝΗ D3 2000IU**

ΜΩΒ ΤΑΜΠΛΕΤΑ

άμεσης αποδέσμευσης στο στομάχι:

περιέχει **ΣΕΛΗΝΙΟ 55µg** και

ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟ 10mg



2&3 ΚΙΤΡΙΝΕΣ ΤΑΜΠΛΕΤΕΣ

άμεσης αποδέσμευσης στο στομάχι:

περιέχουν **ΕCHINACEA ANGUSTIFOLIA 100mg**

Να μη γίνεται υπέρβαση της συνιστώμενης ημερήσιας δόσης. Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατα μίας ισορροπημένης διαίτης. Το προϊόν αυτό δεν προορίζεται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινου νόσου. Να φυλάσσεται μακριά από τα μικρά παιδιά. Δεν συνιστάται για παιδιά κάτω των 12 ετών. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας αν είστε έγκυος, θηλάζετε, βρίσκεστε υπό φαρμακευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας. Δεν χρησιμοποιείται μετά την ημερομηνία λήξης που αναγράφεται στο κάτω μέρος της συσκευασίας. Αρ. Γνωστοποίησης ΕΟΦ 115400/01.11.2022. Δεν επέχει θέση άδειας κυκλοφορίας. Υπεύθυνος κυκλοφορίας: FREZYDERM ABEE, Μενάνδρου 75, 104 37, Αθήνα, 210 5246900.

