

Studio randomizzato in doppio cieco sull'efficacia del trattamento omeopatico nelle infezioni respiratorie ricorrenti in bambini affetti da sindrome di Down

TRADUZIONE A CURA DI Luigia Alessandrino, Medico Chirurgo Specialista in Omeopatia ROMA – luialess@libero.it

RIASSUNTO

I bambini affetti da sindrome di Down presentano caratteristiche anatomiche, fisiopatologiche ed immunologiche particolari che di frequente favoriscono la comparsa di problemi respiratori. In letteratura esistono riferimenti circa gli effetti limitati del trattamento allopatico per risolvere questo problema. Basandoci sulla efficacia del trattamento omeopatico scaturita da diversi studi, ci siamo proposti di avere un approccio non convenzionale nei riguardi di questi pazienti. L'obiettivo di questo lavoro è quello di verificare l'efficacia del trattamento omeopatico nella prevenzione delle infezioni respiratorie ricorrenti in pazienti affetti da sindrome di Down. È stato realizzato uno studio in doppio cieco randomizzato, comparando il trattamento omeopatico con il placebo. 13 pazienti (46%) hanno ricevuto il medicamento omeopatico individualizzato, scelto mediante la selezione dei sintomi mentali e fisici caratteristici, e l'autonosode del secreto nasale; gli altri 15 (54%) hanno ricevuto il placebo di entrambi i rimedi. È emerso che i soggetti trattati con medicamento omeopatico hanno assunto più antibiotici prima del trattamento, rispetto a quelli del gruppo trattato con placebo. Durante il trattamento, i bambini trattati con l'Omeopatia hanno utilizzato meno antibiotici rispetto a quelli che hanno assunto il placebo. Il miglioramento globale, riferito dai genitori del gruppo trattato col medicamento omeopatico, è stato più marcato di quello trattato con placebo.

PAROLE CHIAVE

Sindrome di Down, infezioni respiratorie ricorrenti, Omeopatia

SUMMARY

Children suffering from Down Syndrome show some particular anatomical, pathophysiological and immu-

nological characteristics which often provoke respiratory problems. There is evidence within the scientific literature that the allopathic treatment has poor effects in order to solve such a problem. As the homeopathic treatment seems to be effective, as results from several clinical studies, we decided to adopt an unconventional approach toward these patients. The aim of this work is to test whether the homeopathic treatment is effective to prevent the recurrent respiratory infections to the patients with Down Syndrome. A double blind, randomized study (homeopathic treatment vs placebo) was carried out. 13 patients (46%) received the individualized homeopathic medication, which was chosen by the selection of the most characteristic mental and physical symptoms, plus the "autonosode" of the nasal secretion. The other 15 (54%) received the placebo of both medications. There is evidence that before the treatment the patients of the homeopathic group were administered more antibiotics, compared to the placebo group. During the treatment, the homeopathic group used less antibiotics than the placebo group. According to the parents, the global improvement was more marked in the homeopathic group than in the placebo group.

KEYWORDS

Down Syndrome, recurrent airways infections, Homeopathy

1. FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA SALUTE DI SAN PAOLO – INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDOS HOMEOPÁTICOS, SÃO PAULO, BRASIL - AMBULATÓRIO DE APAE-SP – ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- SÃO PAULO, - BRASIL

2. FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE SÃO PAULO RUA BARTOLOMEU DE GUSMÃO 86 CEP 04111-020 SÃO PAULO (SP) BRASIL – MPUSTI@INCOR.USP.BR

INTRODUZIONE

La causa della Sindrome di Down (SD), descritta per la prima volta nel 1886, dal medico John Longdon Down (Schwartzman et al., 1997) fu scoperta nel 1959, quando Jerome Lejeune e Patricia Jacobs scoprirono che l'alterazione era determinata dalla presenza di un cromosoma in eccesso (Jones, 1997).

Il 3% della popolazione mondiale, uno ogni 700-800 nati vivi, è portatore della Sindrome di Down, che ricorre in tutte le culture, gruppi etnici, livelli socio-economici e regioni geografiche (Martello et al., 1984).

In questi pazienti la modificazione anatomica del dorso del naso, basso a causa della silhouette facciale appiattata, e la conseguente riduzione dello spazio della parte nasale del faringe, lascia spazio ad una adenoide relativamente più grande che, se ipertrofica, rende difficile il passaggio dell'aria ed il drenaggio delle secrezioni e favorisce l'instaurarsi di riniti e/o sinusiti (Strome, 1981; Kraus, 1996).

L'ipotonìa del velo palatino determina una deglutizione atipica e rende possibile il reflusso di liquidi ed alimenti nelle fosse nasali; le mucose irritate producono secrezioni (Ribeiro, 2003) e, in concomitanza di condizione allergica, presente nel 30% dei pazienti, favorisce anche l'istaurarsi di processi infettivi dei seni nasali. (Kraus, 1996; Matinez-Alvarez, 1997).

Alcuni autori (Strome, 1992; Kraus, 1996),



MARCELO PUSTIGLIONE

Medico Chirurgo, Specialista in Omeopatia.

Docente in Clinica Omeopatica alla Facoltà di Medicina di Rio de Janeiro.

Direttore del Centro di Salute e Sicurezza dell'Istituto Cardiologico della Facoltà di Medicina di San Paolo.

Membro della Commissione Esaminatrice per la validazione delle docenze, dei dottorati e dei concorsi pubblici di assunzione dei Medici Omeopati.

Membro della Commissione Esaminatrice per il conseguimento della Specializzazione in Omeopatia dell'Associazione Medica Omeopatica Brasiliana (AMHB).

nei bambini con sindrome di Down e rinite cronica purulenta, allo scopo di ridurre l'incidenza di otite media sierosa derivante da tali affezioni, raccomandano, nei mesi di maggiore incidenza per le infezioni respiratorie (autunno-inverno), il trattamento antibiotico profilattico. Il trattamento chirurgico (installazione di tubo di ventilazione associato ad adenoidectomia o adeno-tonsillectomia) apporta benefici solo nel 50% dei pazienti, poiché risulta inefficace in più del 30% e con sequele neurosensoriali in metà di essi (Thomé, 2003).

La presenza di cardiopatie congenite in quasi il 50% dei casi, alcune delle quali con ripercussioni emodinamiche, determinano iperafflusso polmonare che, associate di frequente al reflusso gastro-esofageo, spiegano, in questi pazienti, le broncopolmoniti ripetute (Ribeiro et al., 2003).

Se alle numerose intercorrenze cliniche aggiungiamo un basso livello socio-economico, il risultato è un bambino disabile con grande difficoltà a sviluppare il suo potenziale individuale. Le numerose ospedalizzazioni, l'assenza dalle Sessioni di Stimolazione Precoce, la difficoltà a frequentare l'asilo, così come le caratteristiche sequele conseguenti alle infezioni (perdita dell'udito, ritardo nella acquisizione del linguaggio) rendono difficoltoso l'inserimento sociale, tanto anelato e ai giorni nostri necessario, di questi "individui speciali" (Strome, 1981 e 1992; Kanamori, 2000; Thomé, 2003).

Se consideriamo che il prolungamento della vita ha valore se dotato di qualità e, quindi, associato al buono stato generale

del bambino, (valutato con i cinque parametri: sonno, energia, appetito, umore e comportamento sociale: De Lange-De, 1996), diventa necessario controllare le infezioni respiratorie ricorrenti e le sequele.

Basandoci sui limiti del trattamento allopatico (Strome, 1992; Kraus, 1996) e sull'efficacia terapeutica omeopatica emersa da numerosi studi (Lustozza, 1941; Hom, 1992; Mungia, 1992; Linde et al., 1997; Friese et al., 1997; Furuta, 2002), ci siamo proposti di avere un approccio non convenzionale verso questi bambini.

L'omeopatia risulta, allora, una opportunità terapeutica importante, soprattutto se consideriamo che, secondo la dottrina omeopatica, le dosi somministrate ai pazienti sono ultra-diluite e dinamizzate, garantendo, così, la totale sicurezza e assenza di effetti collaterali (Pustiglione, 2000, 2001). Inoltre il basso costo di questa terapia e la domanda da parte della popolazione, osservata negli ultimi anni, facilita la inclusione dei pazienti nello studio (Pustiglione, 1996).

Tenendo presente che l'omeopatia considera l'essere umano come una unità, interagendo sia sui disequilibri fisici che emozionali, e valorizzando i sintomi mentali nella scelta individualizzata del medicamento, si prospetta come una valida alternativa terapeutica in questi pazienti.

Pertanto, l'obiettivo dello studio è quello di verificare l'efficacia del trattamento omeopatico nella prevenzione delle infezioni respiratorie nei bambini affetti da Sindrome di Down.

MATERIALI E METODI

Nel periodo Luglio 2003 – Marzo 2004, è stato realizzato uno studio prospettico doppio-cieco, randomizzato con bambini con SD ed infezioni ricorrenti delle vie aeree per verificare l'efficacia del trattamento omeopatico.

La ricercatrice ha realizzato un triage di 165 bambini del Settore di Stimolazione Precoce della Associazione dei Genitori ed Amici dei Diversamente Abili di San Paolo (APAE-SP – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais- São Paulo) al fine di selezionare il gruppo di studio. I criteri di inclusione adottati sono stati: presenza di SD diagnosticata attraverso lo studio del cariotipo, età compresa tra i due e quattro anni, assenza di trattamento omeopatico precedente e storia pregressa di quattro o più episodi di infezioni delle vie aeree nell'ultimo anno (rinite purulenta, tonsillite, otite media, sinusite, bronchite e broncopolmonite) (Strome, 1981; Fysh, 2003). I criteri di esclusione presi in considerazione sono stati i seguenti: presenza di patologie associate (come la cardiopatia congenita con ripercussione emodinamica), anamnesi positiva per reflusso gastroesofageo e/o malattie ematologiche (trombocitopenia, leucopenia o leucemia), rinuncia e mancato rispetto del protocollo prestabilito da parte dei genitori o affidatari. Dai 165 bambini analizzati, 34 (20%) sono stati selezionati ed avviati al monitoraggio. Tra questi, 6 appartenenti al gruppo placebo (17,6%) sono stati esclusi, 3 per aver abbandonato e 3 per non aver rispettato il protocollo prestabilito. Pertanto 15 bambini (53,5%)

di sesso maschile e 13 (46,4%) di sesso femminile sono stati analizzati.

La famiglia o i rappresentanti legali di ciascun bambino hanno ricevuto una Lettera di Informazione e, una volta concordata la partecipazione alla ricerca, hanno sottoscritto un Documento di Consenso, nei quali erano informati circa la possibilità di sottrarsi allo studio in qualunque momento. Durante la prima consultazione, come stabilito dal protocollo, è stata raccolta l'anamnesi clinica ed omeopatica dei bambini, e poi è stata eseguito l'esame fisico generale. Utilizzando la semeiologia omeopatica, è stata definita una "Sindrome minima di valore massimo" (SmVM), basata sulla totalità sintomatologica caratteristica di ciascun paziente ed è stata effettuata la repertorizzazione, utilizzando il repertorio omeopatico pediatrico (Brunini e col., 2002).

Il medicamento costituzionale o *similimum* corrispondente è stato prescritto nella potenza 12 CH in forma liquida ed in dosi giornaliere (3 gocce diluite in acqua una volta al giorno). Inoltre, durante la prima consultazione, è stato raccolto materiale (secreto nasale) per la preparazione dell'autonosode, poi prescritto in forma liquida alla potenza 15 CH e somministrato in 3 dosi giornaliere (3 gocce x 3 volte al di).

I medicinali sono stati preparati dallo stesso farmacista secondo le norme della Farmacopea Omeopatica Brasiliana (1997). Il campione è stato diviso in due gruppi secondo un protocollo in doppio cieco randomizzato. Un gruppo ha ricevuto il medicamento omeopatico costituzionale e l'autonosode (gruppo **M**) e l'altro il placebo (gruppo **P**), identici nell'aspetto. Il monitoraggio clinico completo, di 8 mesi per ciascun bambino, è sempre stato condotto dalla stessa ricercatrice, al fine di avere uniformità dei dati, con controlli cadenzati da un intervallo di due mesi.

Ad ogni controllo è stata compilata una Scheda di Rivalutazione che raccoglieva i dati di adesione e di tollerabilità al trattamento, le manifestazioni acute ed il trattamento istituito per ciascuna di esse, la valutazione fisica del paziente, le

variazioni del sonno, l'appetito, lo stato dell'umore ed i comportamenti osservati in quel periodo. Al fine di ottenere dati adeguati, è stata fornita alla famiglia una scheda di Follow-up Settimanale, nella quale sono stati elencati tutti i segni e sintomi osservati nei pazienti. Durante l'infezione acuta delle vie aeree, è stato fornito ai pazienti il medicamento costituzionale in forma diluita (5 gocce in mezzo bicchiere d'acqua somministrato in cucchiaini ad intervalli sempre maggiori sulla base del miglioramento clinico). Tuttavia, in assenza di risposta terapeutica, le famiglie sono state inviate a seguire le cure mediche abituali e ad istituire il trattamento allopatrico convenzionale.

La comparazione statistica è stata realizzata mediante test statistici appropriati e prendendo in considerazione la natura e la variabilità dei dati. Sono stati utilizzati i test del χ^2 di Pearson (Agresti, 1990) per le differenze rispetto al sesso, il test T di Student (Altman, 1997) per la differenza di età, reddito pro capite e consumo di antibiotici prima e durante il trattamento. Il miglioramento globale dei pazienti, per tutto il tempo fino al ritorno, riferito dai genitori, è stato studiato con l'uso del modello dell'analisi della varianza con misurazioni ripetute (Neter et al., 1996). La comparazione tra di esse è stata effettuata in ogni consultazione attraverso il metodo di comparazione multipla di Bonferroni.

RISULTATI

Prendendo in esame i 28 bambini che hanno completato il protocollo di accompagnamento, la distribuzione nei gruppi **M** e **P** rispetto al sesso non hanno mostrato differenza ($p=0,464$) (tabella 1). La distribuzione nei gruppi **M** e **P** rispetto all'età dei pazienti ed il reddito pro capite della famiglia si sono dimostrati uguali ($p=0,816$) e ($p=0,603$) rispettivamente (Figura 1 e 2).

Quanto al consumo di antibiotici nell'ultimo anno, si è evidenziato che gli indivi-

dui del gruppo **M** hanno utilizzato più antibiotici rispetto al gruppo **P** ($p=0,042$). Per quanto concerne l'utilizzo di antibiotici durante lo studio, si è registrato un minor consumo in entrambi i gruppi, particolarmente per il gruppo **M** ove si è registrata una differenza statisticamente significativa ($p=0,005$) rispetto al gruppo **P** (Figura 3).

Il miglioramento globale dei pazienti dei due gruppi, riferita dai genitori, ad ogni controllo non è stato lo stesso nel tempo. Al primo controllo si è avuto un miglioramento maggiore nel gruppo **P**, mentre al secondo controllo è stato analogo in entrambi i gruppi. Al terzo ed al quarto controllo i pazienti del gruppo **M** hanno mostrato un miglioramento maggiore rispetto al gruppo **P** ($p=0,001$) (Tabella 2 - Figura 4).

DISCUSSIONE

Il motivo della scelta del gruppo di questo studio è dato dall'elevata incidenza, nei pazienti affetti da SD, di processi infiammatori allergici e/o infettivi delle vie respiratorie, che alcuni autori attribuiscono (Strome, 1981; Kraus, 1996) alle caratteristiche anatomiche, fisiopatologiche e immunologiche, che a loro volta sono responsabili delle sequele (perdita dell'udito, ritardo nell'acquisizione del linguaggio). Tutte queste affezioni rendono difficoltosa l'integrazione sociale di questi soggetti (Strome, 1981; Kannamori, 2000; Thome, 2003).

Gli studi clinici in doppio cieco randomizzato, con medicamento omeopatico individualizzato sono pochi; un tale modello di ricerca non è accettato da alcuni ricercatori che non concordano nell'utilizzo del placebo. Haidvol et al. (1993) non ha utilizzato il gruppo di controllo, giustificando che, l'uso del placebo provocherebbe, nel periodo di osservazione, tensione nei genitori, che non sanno se i loro figli sono realmente sottoposti a terapia. Al contrario, il campione dei pazienti di questo studio è stata

diviso in modo randomizzato in due gruppi, utilizzando in uno di essi il placebo; inoltre durante gli episodi acuti è stato istituito un trattamento allopatrico. La grande maggioranza dei lavori esaminati in letteratura, che si prefiggevano di trattare omeopaticamente infezioni otorinolaringoiatriche (Lustoza, 1941; Hom, 1992; Friese, 1997), hanno utilizzato un medicamento occasionale, ossia, scelto un rimedio scelto sulla base dei sintomi fisici. Solo in due studi (Bearzi et al., 1991; Furuta, 2002) è stata applicata la semeiologia omeopatica per l'individualizzazione del medicamento. I gruppi studiati si sono dimostrati omogenei per età, sesso e reddito pro capite. Nonostante si tratti di uno studio randomizzato, nel gruppo **M** si sono concentrati i bambini che hanno assunto più antibiotici, quindi hanno manifestato infezioni più frequentemente.

I pazienti di entrambi i gruppi hanno dimostrato un minore uso di antibiotici durante tutto il periodo di studio rispetto all'utilizzo dell'ultimo anno, precedente al periodo di osservazione, e con una differenza statisticamente significativa per il gruppo **M**.

Dai dati della letteratura, emerge che anche Bearzi et al. (1991) ha riportato un miglioramento clinico significativo a carico di numerosi parametri (encopresi, stipsi, infezioni delle vie aeree superiori, movimenti involontari e autolesionismo). Il minor consumo di antibiotici, osservato anche nei pazienti del gruppo **P** di questo studio, pur non raggiungendo la significatività statistica, potrebbe dipendere dalla peculiarità della visita omeopatica, dal maggior tempo dedicato al paziente e, soprattutto, dalle maggiori attenzioni ricevute dalle famiglie nel corso dello studio, che difficilmente vengono erogate dal sistema sanitario nazionale e/o al pronto soccorso.

Il medico omeopata prende in considerazione aspetti della malattia, del malato e del suo medicamento, indipendentemente dall'entità nosologica del caso. Questa condizione è individuale e dinamica, cioè, non tutti gli individui reagiscono allo

stesso modo dinanzi allo stesso agente patogeno e lo stesso individuo può reagire in maniera differente nel fronteggiare la stessa aggressione, a seconda del momento della vita. La totalità sintomatologica caratteristica individuale (o "sindrome minima di valore massimo") di ogni caso deve essere basata e deve, obbligatoriamente, includere ciò che c'è di indubbiamente morboso, ossia, ciò che differenzia un individuo da un'altro o se stesso in condizioni di salute (Pustiglione, 1987). Il tempo della consultazione, più lungo di quella abituale, esplora sia l'aspetto fisico che la qualità di vita (sonno, energia, appetito, umore, comportamento sociale) (Delange-De; 1996; Rosebaum, 2002; Kossak-Romanach, 2003); inoltre stabilisce una relazione medico-paziente più empatica e favorisce il noto e tanto discusso effetto placebo della consultazione" (Dantas, 2003).

Anche la diversa adesione dei nostri pazienti al trattamento (91,2%) si potrebbe spiegare in questi termini. Infatti dei 6 drop-outs registrati 5 erano del gruppo **P**: 3 per abbandono del protocollo, 2 per protocollo incompleto.

Il miglioramento globale dei pazienti dei due gruppi, riferita dai genitori ad ogni controllo, non è stato lo stesso nel tempo; apparentemente il miglioramento è stato maggiore nel gruppo **P** al primo controllo, forse proprio a causa "dell'effetto placebo della consultazione" e per la grande aspettativa dei genitori. Al secondo controllo i due gruppi si sono equivalsi, mentre negli ultimi due controlli il gruppo **M** ha mostrato un miglioramento progressivo statisticamente significativo.

Ricordando che non è stato possibile seguire da vicino gli episodi acuti, va sottolineato che il consumo di antibiotici utilizzati in queste occasioni non costituisce un dato totalmente affidabile, poiché sappiamo che queste visite, realizzate rapidamente e superficialmente, determinano spesso prescrizioni non necessarie. Questa osservazione non invalida gli obiettivi del lavoro, visto che è stato usato

lo stesso parametro per entrambi i gruppi, nello stesso momento, e perché questi pazienti, di livello socio-economico molto basso, hanno bisogno di ricorrere abitualmente a questo tipo di assistenza medica. Nonostante non sia stata registrata obiettivamente, ma acquisita come comparazione successiva, dall'equipe multidisciplinare del Settore di Stimolazione Precoce (SEP), la frequenza di assenze alle sessioni di stimolazione dei bambini del gruppo **M** è stato inferiore durante il periodo di osservazione, e allo stesso tempo l'acquisizione delle abilità neurologiche è stato più vicino a quello sperato.

Anche se in questo studio non abbiamo valutato i parametri immunologici, il minor consumo di antibiotici nel gruppo **M**, statisticamente significativo, spiega il miglioramento della risposta immunologica nel gruppo stesso. Ribeiro et al. (2003) in 45 bambini con SD e infezioni ripetute hanno evidenziato alcune alterazioni immunologiche (due casi di deficit delle IgG2, due con un basso livello di linfociti CD4+, due con riduzione della risposta proliferativa ai mitogeni e cinque con diminuzione della attività delle cellule NK). Gli autori auspicano studi più approfonditi sul deficit immunologico nei portatori di SD con infezioni ricorrenti.

Studi più ampi, che valutano più dettagliatamente questi parametri, sono necessari per determinare i reali benefici della terapia proposta, per migliorare la risposta immunologica di questi pazienti. Dinanzi a queste osservazioni si apre la questione se l'Omeopatia non abbia una priorità fondamentale nel curare bambini affetti da SD, in quanto determina condizioni favorevoli allo sviluppo del loro potenziale individuale e, quindi, alla loro integrazione sociale.

CONCLUSIONI

Il trattamento omeopatico si è dimostrato efficace nella prevenzione delle infezioni respiratorie ricorrenti in bambini affetti da Sindrome di Down.

Tabella 1. Distribuzione del campione per Sesso nei Gruppi M e P

Sesso	Trattamento		Totale
	Gruppo M	Gruppo P	
Femmine	7 (54%)	6 (46%)	13 (100%)
Maschi	6 (40%)	9 (60%)	15 (100%)
Totale	13 (46%)	15 (54%)	28 (100%)

Figura 1. Distribuzione per Età dei pazienti nei gruppi M e P

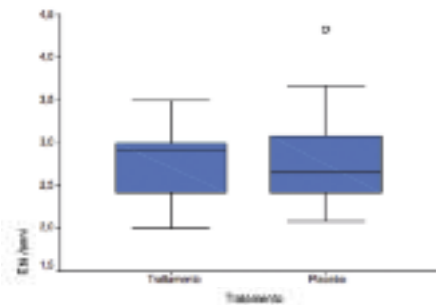


Figura 2. Distribuzione dei pazienti per Reddito Familiare in Reali (R\$) nei gruppi M e P.

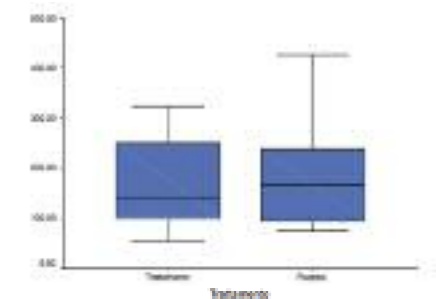


Tabella 3.

Paziente	Nome	Sesso	Età	Tratt.	Inizio	Fine	Antib/A	Antib/T	Reddito	Medicamento	1° Ritorno	2° Ritorno	3° Ritorno	4° Ritorno
PTE 1	L.N.S.	M	3a	M	14/07/2003	08/03/2004	6	0	1000,00/4	Phospac	50%	50%	90%	100%
PTE 2	S.L.S.	M	2a 8m	P	17/07/2003	09/03/2004	5	4	540,00/6		75%	100%	50%	50%
PTE 3	K.K.S.	F	2a 5m	M	17/07/2003	09/03/2004	6	1	640,00/7	Lyc.	0%	70%	100%	100%
PTE 4	V.M.S.F.	F	2a 4m	M	21/07/2003	23/03/2004	8	2	340,00/6	Ign/Phosp.	10%	20%	90%	90%
PTE 5	R.A.S.N.	F	3a 6m	M	21/07/2003	22/03/2004	8	1	680,00/5	Nux vom.	0%	100%	90%	90%
PTE 6	C.L.P.	F	3a	M	23/07/2003	05/03/2004	8	1	1000,00/4	Bell.	95%	100%	80%	80%
PTE 7	A.G.V.L.S.	F	2a 10m	M	23/07/2003	22/03/2004	7	1	400,00/4	Baryta carb.	30%	A	100%	90%
PTE 8	J.R.M.	F	2a 3m	M	23/07/2003	15/03/2004	4	1	500,00/6		0%	A	80%	A
PTE 9	T.S.S.	F	3a 2m	M	24/07/2003	15/03/2004	7	0	700,00/5	Nux vom.	MNA	90%	90%	100%
PTE 10	J.D.B.	M	3a 1m	M	28/07/2003	30/03/2004	7	1	700,00/4	Bell.	0%	80%	80%	90%
PTE 11	R.O.S.	M	3a	M	30/07/2003	31/03/2004	4	0	700,00/7	Silicea	50%	100%	100%	100%
PTE 12	G.M.Z.	M	2a 1m	P	04/08/2003	05/04/2004	4	3	1700,00/4		0%	50%	80%	60%
PTE 13	M.L.N.	M	2a 7m	P	07/08/2003	20/02/2004	7	5	900,00/3	Interrotto	0%	50%	60%	A
PTE 14	M.S.L.	F	2a 8m	P	13/08/2003	12/04/2004	5	2	240,00/3		90%	90%	100%	70%
PTE 15	A.M.F.	F	2a 4m	P	14/08/2003	12/04/2004	8	3	400,00/5		60%	60%	60%	60%
PTE 16	G.S.A.	M	2a 11m	M	18/08/2003	12/04/2004	8	1	350,00/4	Bell.	MNA	80%	80%	90%
PTE 17	J.P.S.	M	2a 8m	P	27/08/2003	30/04/2004	6	2	500,00/4		65%	100%	60%	60%
PTE 18	J.G.L.S.	F	3a	P	27/08/2003	20/02/2004	6	5	550,00/4	Escluso	90%	A	60%	A
PTE 19	M.M.M.	F	3a 8m	P	28/08/2003	20/02/2004	6	0	800,00/4		55%	100%	80%	70%
PTE 20	L.D.C.	M	2a 8m	P	02/09/2003	03/05/2004	8	4	1200,00/5		0%	50%	60%	60%
PTE 21	J.V.S.S.	M	2a 4m	P	02/09/2003	03/05/2004	4	0	500,00/3		80%	A	90%	90%
PTE 22	K.C.S.	M	3a 2m	P	16/09/2003	14/05/2004	6	3	1000,00/3		0%	50%	70%	60%
PTE 23	N.S.R.B.	F	2a 4m	P	16/09/2003	22/03/2004	6	4	700,00/2	Escluso	80%	A	50%	A
PTE 24	J.M.C.	F	3a 2m	P	16/09/2003	20/01/2004	5	3	700,00/4	Interrotto	40%	40%		
PTE 25	M.G.L.	F	2a 2m	P	16/09/2003	17/11/2003	5	3	1500,00/6	Interrotto	40%	A		
PTE 26	Q.R.L.	F	4a 4m	P	24/09/2003	28/05/2004	6	3	300,00/4		50%	60%	70%	50%
PTE 27	I.S.S.	M	2a 5m	P	24/09/2003	28/05/2004	6	5	900,00/3		50%	90%	60%	60%
PTE 28	G.N.Q.	M	2a 8m	M	24/09/2003	28/05/2004	6	2	700,00/4	Ign/Silicea	0%	90%	90%	90%
PTE 29	C.S.N.	F	3a	P	29/10/2003	30/06/2004	5	0	700,00/3		70%	A	90%	90%
PTE 30	J.A.S.	F	3a 2m	P	02/10/2003	04/06/2004	5	4	500,00/3		60%	70%	100%	60%
PTE 31	S.T.G.	M	2a 10m	P	03/11/2003	05/07/2004	4	2	400,00/4		A	60%	90%	95%
PTE 32	P.S.R.	M	2a 5m	P	29/10/2003	05/07/2004	6	5	480,00/3		65%	0%	0%	60%
PTE 33	A.C.B.	F	2a	M	27/10/2003	01/07/2004	5	1	540,00/2	Ignatia	100%	A	90%	70%
PTE 34	G.A.S.	M	2a 3m	M	30/10/2003	01/07/2004	6	3	1300,00/4	Ignatia	0%	A	80%	80%

P: Placebo/ M: Medicamento/ INIZIO: Prima visita/ FINE: Ultima visita/ ANTIB/A: Numero di antibiotici nell'ultimo anno prima dello studio/ ANTIB/T: Numero di antibiotici durante il trattamento/ REDDITO: Reddito vs numero di componenti familiari (100 reali = 42 euro)/ RIT: % di Miglioramento ad ogni ritorno/ MNA: Medicamento non assunto/ A: Assente/ INTERROTTO: Interruzione del trattamento da parte della famiglia/ ESCLUSO: Paziente escluso per non aver completato il protocollo

Figura 3. Distribuzione dei pazienti per consumo di Antibiotici nell'anno precedente al trattamento e durante il trattamento nei gruppi M e P.

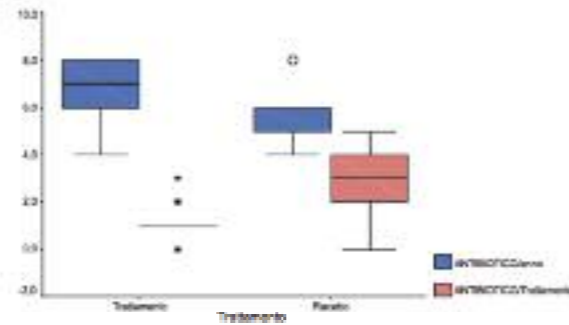
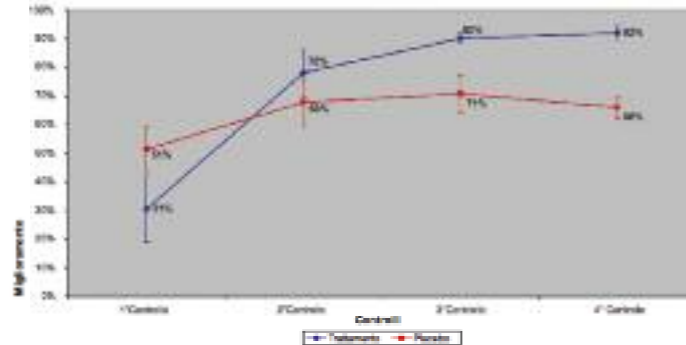


Tabella 2. Risultati comparativi tra i gruppi M e P relativi ad ogni Controllo, rispetto al Miglioramento riferito ai genitori

Valutazione	Significatività
1° Controllo	0,031
2° Controllo	0,752
3° Controllo	0,022
4° Controllo	0,001

Figura 4. Medie ed Errori Standard del Miglioramento valutati nel tempo nei gruppi M e P.



BIBLIOGRAFIA

AGRESTI, A. (1996) *Categorical Data Analysis*, Wiley-Interscience, New York
 ALTMAN, D.G. (1997) *Practical Statistics for Medical Research*, Chapman & Hall, London.
 BEARZI G.; GARCIA, R.B.; RIBEIRO, E. S.; *assumpção*, F. B.; SPROVIERI, M. H.; SIMI, J. *Tratamento Homeopático de crianças com Síndrome de Down*. Associação Paulista de Homeopatia. São Paulo, 1991. Trabalho apresentado na Universidade de Uberlândia. SINAPIH 21/11/1991
 BRUNINI, C. R. D.; CONSONNI, A. L. S.; BIREPENTE, C. C. P.; HEREDIA, M. S.; EID, O. K. A.; FURUTA, S. E. *Repertório Homeopático Pediátrico*. São Paulo, Robe Editorial, 2003.
 DANTAS, F. *A relação medica - paciente em Homeopatia*. In: GONZALES, R. F.; BRANCO, R. *A relação com o paciente*. 1 ed., Rio de Janeiro, Guanabara Coogan, 2003. p.200-205.
 DE LANGE-DE, K. E. S. M.; BLOMMERS, J.; KUIK, D. J.; FEENSTRA, L.; BEZEMER, P. D. *Effects of individually chosen hmoepathic medicines on recurrent URTI in children*. British Homeopathic Journal., 85:4-14, 1996.
Farmacopéia Homeopática Brasileira. 2 ed. Parte I, São Paulo: Atheneu, 1997.
 FRIESE, K. H.; FEUCHTER, U.; MOELLER, H. - *Homeopathic treatment of adenoid vegetations. Results of a prospective, randomized double-blind study*. HNO., Aug; 45(8): 618-24, 1997.
 FURUTA, S. E. *Estudo clínico, homeopático, duplo-cego, em crianças com amigdalites recorrentes ou vegetação adenóide obstrutiva*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo – Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos. São Paulo, 2002.
 FYSH, P. *Upper respiratory Infections*, 2003 <http://www.chiroweb.com/archives/12/26/17.html>
 HAIDVOGL, M.; LEHNER, E.; RESCH, D.M. *Homeopathic treatment of handicapped children*. British Homeopathic Journal., vol 82, p. 227-236, 1993.
 HOM, J.C.D.F. *La amigdalitis aguda y cronica y su tratamiento homeopático*. Homeopatia Mex.; 60 (559): 15-9, 1992.
 JONES, K. L. *Chromosomal abnormality syndrome*. In: *Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation*. 5° ed.. Philadelphia, Saunders, 1997. p. 8-81.
 KANAMORI, G.; WITTER, M.; BROWN, J.; WILLIAMS-SMITH, L. *Otolaryngologic Manifestations of Down Syndrome*. Otolaryngologic Clinics of North America., v.33, p.1285-92, 2000.
 KOSSAK-ROMANACH, A. - *Homeopatia em 1000 conceitos*. São Paulo: Elcidi, 3° edictal, 2003.
 LINDE, K.; CLAUSIUS, N.; RAMIREZ, G. et al. *Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials*. Lancet, 350 (suppl 9081):834-43, 1997.
 LUSTOZA, G. *Afeções de garganta e seu tratamento à luz da Homeopatia*. Revista Homeopática, São Paulo, 6 (65/67):231-234, 1941.
 MARTELLO, N.; SANTOS, J. L. F.; FROTA-PESSOA, O. *Down Syndrome in the different physiographic Regions of Brazil*. Rev. Brasil. Genet. 7(1):157-173, 1984.
 MARTINEZ-ALVAREZ, R. M. *Avaliação alergológica em pacientes com síndrome de Down*. São Paulo, 1997. 94p. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.
 MUNGUÍA, J.M.P.T. - *Rinofaringitis y homeopatia*. Homeopatia Mexico. 60(557):23-25, 1992.

NETER, KUTNER, NZCHTSHEIM & WASSERMAN (1996). *Applied Linear Statistical Models*. Irwin, 4th edition, Chicago.
 PUSTIGLIONE, M. *Prescrição Homeopática – Aspectos da doença, do doente e do medicamento*. Gaz. Homeopática 2(4):18-21, 1987
 PUSTIGLIONE, M. *A questão da saúde na cidade no contexto da Homeopatia*. O Mundo da Saúde. Ano 20, vol: 20 (3), abril, 1996.
 PUSTIGLIONE, M. 17 *Lições de Homeopatia – Estudos Avançados do Organon e Leitura Atualizada dos "Textos Maiores" de Samuel Hahnemann*, 1ª Edição. São Paulo, Typus, 2000. 252pp.
 PUSTIGLIONE, M. *O moderno Organon da arte de curar de Samuel Hahnemann*. 1ª Edição. São Paulo, Typus, 2001. 320pp.
 RIBEIRO, LUCIANA M.A., JACOB, CRISTINA M.A., PASTORINO, ANTONIO C. et al. *Avaliação dos fatores associados a infecções recorrentes e/ou graves em pacientes com síndrome de Down*. J. Pediatr (Rio J), mar./abr. 79(2):141-148, 2003.
 ROSEBAUM, P. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar*. 1° ed. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.
 SCHWARTZMAN, J.S. e colaboradores - *Síndrome de Down*. 1° ed. São Paulo: Mackenzie Editora, 1999.
 STROME, M. - *Down's syndrome: a modern otorhinolaryngological perspective*. The Laryngoscope, Boston, vol XCI(10):1581-1594, October, 1981.
 STROME, S. E.; STROME, M. *Down syndrome: an otolaryngologic perspective*. J. Otolaryngol., 21:394-7, 1992.
 THOMÉ, D.C. *Incidência e evolução da otite media secretores em crianças com síndrome de Down*. São Paulo, 2003. 80p. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Radar 10 - E.H.2.2 - WinCHIP 3.1.04

Dal 2009 IMPORTANTI NOVITA

radar
Repertory Program

Nuova versione RADAR 10

Synthesis Essential il nuovo repertorio accettato da tutte le scuole di omeopatia classica
 Synthesis 9.2 Italiano/Inglese - Synthesis 9.2 Inglese
 Synthesis disponibile anche in francese, tedesco e spagnolo

Nuova versione E.H.2.2
 più di 1.500 volumi in varie lingue (inglese, francese, italiano, tedesco, spagnolo e portoghese)

health medicine services

WinCHIP
clinical file

Nuova versione WinCHIP 3.1.04
 con accesso alla Banca Dati CLIF.COL. Clinical File Collection
 Abbonati a CLIF.COL. e potrai utilizzare WinChip gratuitamente !!!

h.m.s. s.r.l. health medicine services
 Via Volta, 40 I-22100 Como CO - Tel. 031/24.30.07 - Fax 031/22.80.682 - E-mail: info@hmsr.com