

ÇOKLU BOZUCU ALAN KAYNAKLI SERVİKAL-OMUZ SENDROMU

CERVICAL SHOULDER SYNDROME ORIGINATING FROM MUTIPLE DISTURBING FIELDS

Hüseyin NAZLIKUL, MD^{1, 2, 3} *

¹Özel Muayenehane / Private Practice; İstanbul - Turkey

²Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği, İstanbul - Turkey

³International Federation Medical Associations of Neuraltherapy, Meiringen - Switzerland

Özet

52 yaşında, erkek, evli 170 cm boyunda, 72 kg ağırlığında mali müşavir, yorgun yüz ifadesi var.

Kliniğe başvuru nedeni ve şikayeti: Boyun, sırt, sağ omuz ve dirsekte ağrı, ellerde uyuşma

Modern tıp (Konvansiyonel Tanı): Servikal disk hernisi (C4-C5)

Her ne kadar modern tıp verilerine göre görünürde subjektif bir veri "servikal disk hernisi" tanısı konulmuş olsa da sorun daha derinlemesine sorgulandığında ve incelendiğinde kökeninde çok daha başka nedenlerin olduğu görülecektir.

Hastanın geçirdiği boyun travmasının ikinci vuruş olduğu (Speranski'ye göre) ve 14- 48 numaralı dişler ile geçirilen tonsillektomi operasyonunun bozucu alan olduğu düşünüldü. Bu durumda tonsil ve 14 - 48 numaralı dişlerin kısmı soruna kaynaklık eden bozucu alanlar olduğu ve buradaki sorunun multi bozucu alan kombinasyonundan kaynaklandığı görüldü.

Bu bozucu alanların elimine edilmesine karşın hastanın sorunlarının bitmemesi bozucu alanların daha detaylı sorgulanması ve taranmasını sağlandı.

Beden bunca bozucu alana rağmen sistemi bir şekliyle kompanse edebiliyor iken geçirilen boyun travmasının kompensasyon mekanizmalarının yetersizliğine neden olduğu ve buna bağlı klinik şikâyetleri oluştuğu kanaatine varıldı.

Kliniğimize müracaat etmeden önce uygulanan klasik ve destek tedavilerinin bu hastamızda olduğu gibi özellikle bozucu alan kaynaklı olan hastalarda başarısız olabileceği görülmüştür. Nitekim bu hastamıza da bize gelmeden önce yapılan tedavilerden başarı sağlanamamıştı.

Tedaviye dirençli hastaların tam şifasında nöralterapi uygulamak ve nöralterapi yaklaşımı ışığında analizlerin yapılması büyük bir şansır. Bu örnekte görüldüğü gibi pek çok tedavinin denenmiş olması modern tıbbın yanında pekçok destek metodların uygulanması çözüm olmamıştır. Diğer bir gerçek ise kronik sorunların en az 1/3'ünün sorunun görüldüğü yerden ziyade başka bir odakta kaynaklandığı ve bu direnci oluşturan sebebin bozucu alan ve bozucu odak olduğu artık bilinen bir gerçekliktir.

Sonuç olarak servikal disk cerrahisi önerilen hastaya nöralterapi uygulamaları ile tam şifa sağlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Nöralterapi, Bozucu Alan, Servikal diskopati,

Abstract

52 years old male, married, 170 cm height, 72 kg weight, financial consultant, with a tired expression.

Complaints and reasons to apply the clinic: Pain in the neck, back, right shoulder and elbow, numbness in hands.

Modern medical (Conventional) diagnosis: Cervical disk hernia (C4-C5)

Although the patient was diagnosed with "cervical disk hernia" according to modern medical parameters subjectively, when thoroughly questioned and examined, it will be seen that there are different reasons underlying this.

The neck trauma considered to be the second impact (According to Speranski), undergone tonsillectomy and tooth number 14-48 were considered disturbing fields. In this case, it was seen that the tonsil and tooth number 14-48 were disturbing fields sourcing the problem and it was seen that the problem in here was caused by multi disturbing field combination.

In spite of eliminating these disturbing fields, no improvement in patient's problems, lead us to a more thorough examination and browsing of these disturbing fields.

Body was able to compensate the effect of all these disturbing fields in the body, although it was thought that the neck trauma caused inadequacy in these mechanisms of compensation and clinical complaints were arised from that.

It was seen that the classical and support therapy that is applied to patients applying to our clinic, might be unsuccessful in patients especially suffering from disturbing fields like this patient. As a matter of fact, our patient was advised to undergo a cervical disk surgery, after the treatments were unsuccessful.

It's a big chance applying neural therapy and applying analysis in the light of neural therapy to the patients resistant to treatment. As seen in this example, multiple treatments from modern medicine and support methods were not helpful. Another truth is that at least 1/3 of chronic problems stem from somewhere else than it seems and it is a known truth now the reason to create this resistance is disturbing field and disturbing locuses.

Eventually, the patient that was offered cervical disk surgery was cured totally with neural therapy application.

Key words: Neural Therapy, Disturbing Field, Cervical Discopathy,

* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Hüseyin Nazlıkul, MD, Prof

Hakkı Yeten Caddesi Vital Fulya Plaza No:23 Kat:3 D:10

Fulya İstanbul Türkiye

Tel: 00 90 212 219 19 12

e-mail: hnazlikul@web.de

OLGU: 52 yaşında, erkek, evli 170 cm boyunda, 72 kg ağırlığında mali müşavir, yüz ifadesi yorgun

Kliniğe başvuru nedeni ve şikayeti: Boyun, sırt, sağ omuz ve dirsekte ağrı, ellerde uyuşma

Modern tıp (Konvansiyonel Tanı): Servikal disk hernisi (C4-C5)

Hikayesi: 1,5 yıl önce araç içerisinde sert fren yapılması sonrası boynun sağ tarafı, sırt, omuz ve dirsekte ağrı ile ellerde uyuşma şikayeti başlamış. Bu şikâyetleri gün içinde ve akşam saatlerinde süreklilik gösteriyormuş. Buna zaman zaman şiddetli baş ağrıları da ekleniyormuş. Omuz, dirsek ve sırt ağrıları çoğu zaman yanma şekline dönüşüyormuş.

Bu şikâyetlerle mükerrer defa çeşitli hastanelere müracaat ederek nöroloji, fizik tedavi ve beyin cerrahisi polikliniklerinde ağrı kesici ilaçlarla tedavi görmüş, çok faydasını görmemiş. MR çekilmiş, boyun fitiği olduğu söylenerek fizik tedavi yapılmış, yapılan bu tedavilerden de hiç bir fayda görmemiş.

Tedavilerden fayda göremeyen hasta farklı arayışlara girmiş; 20 seans akupunktur ve 2 seans PRP, 4 seans CGF uygulamaları, 10 seans majör ozon, 5 seans minör ozon, 5 seans karyopraktik manipülasyon ve mobilizasyon, 2 seans atlas manipülasyonu, bir homeopata baş vurarak yüz analizi sonrası 3 ay schüssler tuzları kullanmış. Şikâyetlerinin devam etmesi üzerine hekimi tarafından operasyon önerilen hasta ameliyat olmayı istemediği için son bir umutla kliniğimize müracaat etmiş.

Özgeçmiş: Özellik yok

Soygeçmiş: Özellik yok

Mevcut hastalıkları: Bahsedilen şikâyetleri dışında rahatsızlığı yok

Kullanmakta olduğu ilaçlar: B 12 vitamini 2x1, Diklofenak SR 75 mg. tablet 2x1, Tiyokolsikosid 8 mg kap 2x1

Geçirdiği operasyon ve müdahaleler: 25 yıl önce tonsillektomi operasyonu

Aşılar: Çocukluk aşılarını bilmiyor. Askerde tetanoz aşısı yapılmış

Sık geçirdiği enfeksiyonlar: Üst solunum yolu enfeksiyonları (tonsilit, faranjit vb) ve üriner enfeksiyonlar. Hastanın kendi ifadesine göre “tonsilinde çukurlar oluşup buraya yemek artıkları biriktiği ve ağız kokusu yaptığı için tonsillektomi yapılmış”.

Allerji hikayesi: Bildiği bir alerjisi yok

Beslenme, egzersiz durumu ve GIS şikâyetleri: Beslenmesine dikkat etmeye çalışıyor. Protein ağırlıklı besleniyor. Suyu günde 1,5 – 2 litre kadar içiyor. Günde bir defa dışkılamaya çıkıyor. Sindirim problemi çekmiyor. Uyku düzeni iyi. Spor yapamıyor.

Alışkanlıkları: Sigarayı 2 yıl önce bırakmış (10 yıl boyunca 1 paket/gün içmiş)

Fizik Muayene: Boyun ve omuz hareketleri bütün yönlerde normal. Palpasyonla lateral epikondil ve glenohumoral eklem hassas. Her iki omuzda trapez adalesinde, supraspinatus, SCM ve infraspinatus adalesinde aktif tetik noktalar mevcut.

Dişler: 48 nolu diş gömük, 14 nolu diş implant

Adler-Langer noktaları: Sağda C2 ve C3 (+) gömük olduğu tesbit edilen 48 nolu dişten ve 14 nolu dişteki implant sebebi ile olduğu düşünüldü. Bilateral C4 (+) 1 yıl önce yapılan tonsillektomiden kaynaklandığı düşünüldü.

Kibler Cilt Kaydırma testi: Özellik yoktu, ancak test sırasında ciltte kızarma oldu bu latent asidoz lehine yorumlandı.

Kulak dedeksiyonu: Tonsil alanı bilateral patolojik bulundu, sağ çene yansıma alanı ve servikal paravertabral alanlar hassas bulundu.

Laboratuvar Bulguları: MR da C4-C5 protrüze disk hernisi.

Ön Tanı: Omuz, boyun ve dirsek ağrısı, Bozucu alan (diş ve tonsiller), Latent asidoz, Yaygın myalji, Lateral epikondilit, Whiplash (kamçı) yaralanması, Servikal disk hernisi

Tedavi Planlaması

Öneriler: Latent asidoz için Sodyum bikarbonat kap. 2x2, latent asidozla mücadele için beslenmesi düzenlendi. Süt-peynir ve şeker gibi asidik gıdalardan bu süreçte uzak kalması ve günde 2.5 lt su tüketmesi tavsiye edildi. Boyun ve üst ekstremitte ağrısı nedeniyle hareketsizliğe bağlı lenfatik drenaj bozukluğu düşünülerek düzenlemek amaçlı boyun egzersizleri önerildi.

NÖRALTERAPİ

1. Seans: Hastaya ağrısı sorulduğunda VAS skorlamasına göre 10 üzerinden 8 olduğunu söyledi. Lokal anesteziyle (% 0,5 Lidokain / % 1 procain) pozitif bulunan Adler-langer bulgusu sebebiyle bilateral tonsil enjeksiyonu, (tonsilin segmentinin C4 olduğu, aynı zamanda C3-4'ten N. Supraklavikularis çıktığı bu sinirin de omuz eklemine duyuşal uyarılar verdiği düşünülerek). Bilateral trigeminus'un V1, V2, V3 dallarına enjeksiyon yapıldı (baş ağrısının haftada 1-2 kez boyun ve omuz ağrılarına eşlik etmesi ve üst ekstremitte yayılımı nedeniyle). C1-C7 segmentlerine, üst ekstremitte ve tonsillerin sempatiklerini içericek şekilde T2-T8 sempatik segmentlerine quadel yapıldı. Bilateral trapez, supraspinatus, SCM ve infraspinatus adalelerine aktif bulunan noktalarına tetik nokta enjeksiyonu yapıldı ve bu adalelerin germe egzersizleri uygulandı. Servikal bölge ve üst ekstremitte lenfatik drenajını artırmak amacıyla üst lenf drenajı ve Belt enjeksiyonu yapıldı. Glenohumeral eklem ve lateral epikondil bölgesinde hassas noktalara lokal anestezi enjeksiyonu yapıldı. Enjeksiyon sonrası sağ C2, C3, bilateral C4 hassasiyeti kontrol edildi, bu bölgelerde hassasiyet yoktu. Seans finalinde sağ gangliyon stellatum blokajı yapıldı. Hasta 3 gün sonra kontrole çağrıldı.

2. Seans: Hastaya ağrıların nasıl olduğu sorulduğunda “ağrıların % 50 civarında 2 gün azaldığını eski şiddetle olmasa da şimdi % 70 civarında yine ağrısının olduğunu” belirtti. Bu seansta ağrısının VAS'a göre 5-6 civarında olduğunu tanımladı. Yapılan muayenede C2 sağ hassasiyet kayıp

olmuş, C4 bilateral sorunsuz, C3 pozitifliğinin devam ettiği görüldü. Bu durumda 48 numaralı diş alanına intraligament enjeksiyon yapıldı. SCM ve supraspinatus tetik noktaları kayıp olmuş ve sağ tarafta trapez ve infraspinatusta aktif tetik noktalar tesbit edilerek bu bölgelere tekrar lokal anestezi madde enjeksiyonu ve adalelerin germeleri yapıldı. Tekrar C3-C7 ve T2-T8 segment tedavisi yapıldı. Göbek skarı, aşı alanları, prostat enjeksiyonun yanı sıra sağ stellatum tekrarlandı. İkinci seanstan sonra hastanın almış olduğu ilaçları bırakması tavsiye edildi. Çünkü bu ilaçları nerdeyse 6 aydan daha fazla bir süredir kullanıyordu. hasta 1 hafta sonra kontrole çağrıldı.

3. Seans: Hasta şikayetlerinin daha da azaldığını eski şiddetle olmasa da bir miktar olduğunu belirtti. Adler-langer noktalarının muayenesinde sağ C3 hassasiyetinin devam ettiği tesbit edildi ve ilave olarak kinezyolojik bozucu alan modus muayenesinde bozucu alan pozitifliği yanıtı alındı. Yapılan bozucu alan araştırmasında 48 numaralı dişin bozucu alan olduğu tesbit edildi. Hastanın ilk müracaatın da çekilen yan servikal grafisine bakıldığında 48 numaralı dişin gömük olduğu görüldü ve bunun üzerine hasta diş hekimine yönlendirilerek diş tedavisinin bitiminde tekrar kontrole gelmesi istendi. Bu seansta her hangi bir uygulama yapılmadı. VAS'a göre ağrısı yine 4-5 civarındaydı.

4. Seans: Hasta 10 gün sonra kontrole geldi. VAS'a göre ağrı hala 5-4 civarında tanımlandı. 48 numaralı dişin çekilmiş olduğu yapılan Adler-langer noktalarının muayenesinde C3 hassasiyetinin pozitifliğinin devam ettiği görüldü. Çekilen 48 numaralı dişin dişetine lokal anestezi ile bozucu alan enjeksiyonu ve C1-C4 segment tedavisi, norojenik imzanın kontrol altına alınması için sağ ganglion stellatum enjeksiyonu ile de genişletilmiş segment tedavisi yapıldı.

5. Seans: Hasta bir hafta sonra geldiğinde VAS'a göre ağrısının 4-5 civarında olduğu ve C3 hassasiyetinin olmadığı görüldü. Uygulamalı kinezyolojik (AK) bozucu alan modus muayenesinde bozucu alan ile VAS hala 4 olarak devam ettiği görüldü. Hastaya başka bozucu alanların sorulması üzerine başka bir şey hatırlamadığını söyledi.-AK ile sorgulanmanın devam edilmesi ile sağ ayak başparmağının da bozucu alan olduğu tespit edildi. Sorulduğunda yıllar önce futbol oynarken yaralandığını, tırnağın düştüğünü ve o ayak üzerinde uzun süre ayakkabı giymekte zorlandığını söyledi. Bunun üzerinde sağ L2 sempatik trunkus blokajı, sağ ayak tırnak yatağına yapılan enjeksiyonla tüm şikayetler kayboldu, sekunden fenomen gelişti. Enjeksiyonlar sonrası hasta şikayetlerinin tamamen kaybolduğunu belirtti.

6. Seans: Hasta 1 hafta sonra yapılan kontrol görüşmesinde şikayetlerinin tamamen kaybolduğunu tam şifanın sağlandığını son yapılan enjeksiyonlardan sonra şikayetlerinin tekrar etmediğini belirtti. Hastanın şikayetleri olursa kontrollere gelmesi istenerek tedavisi sonlandırıldı. Hastanın 2 ay sonra kliniğimize başka bir hastaya refakat ederek geldiğinde şikayetleri sorulduğunda o günden sonra bir sorununun ol-

madığını belirtti. Bu makale hazırlandığı sırada son görüşmenin üzerinde 7 ay geçen hasta telefonla aranarak durumu sorulduğunda boyun, omuz ve dirsek ile ilgili sorunlarının son uygulamadan sonra nüks etmediğini ifade etti.

Nöralterapi ile düzeltilmiş tanı: Çoklu bozucu alan kaynaklı yaygın myalji, servikal disk hernisi benzeri şikayetler, omuz-kol-dirsek ağrısı.

Bozucu Alanın Tanımı:

- Kronik, nonspesifik, az – hiç semptomsuz seyreden uyarı hali (inflamatuvar süreçler, yaralar, vs.)
- Bedenin herhangi bir yerinde olabilir
- Bozucu alan afferent sempatik lifleri inerve eder
- Bedenin kendi mekanizmaları ile yıkılamaz
- Sibernetik düzenleme devrelerini labilleştirir (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)

Bozucu Alanın Anlaşılması: Bozucu alan veya odakların Nöralterapide önemli bir yeri vardır. Bozucu alan olarak sözü edilen durum aslında, vücudun geçirmiş olduğu herhangi bir rahatsızlık veya cerrahi girişimden sonra, biyolojik iyileşmenin tam olarak gerçekleşmemesi sonucunda, bunların vücutta oluşturduğu tepkimelerdir (5, 8, 9).

Bunlar başlangıçta vücudun regülasyonunda bir disfonksiyon yaratırken, uyarıların artması veya ek bir uyarının oluşması durumunda hastalık tablosu oluştururlar. Tedavide başarılı olabilmek için, söz konusu dengesizliği meydana getiren bozucu alan veya odağın ortadan kaldırılması gerekmektedir (1, 2, 6, 10).

Aşırı uyarılardan sonra (cerrahi yaralar, ağır kazalara bağlı yaralanmalar, iltihabi reaksiyonlar, kimyasal, hormonal, fiziksel, travmatik, elektromanyetik vb irritasyonlar) hücre metabolizması kendi başına, yeniden toparlanmayı tam anlamıyla başaramayıp, tekrar repolarize olamayabilir (2, 8, 10). İritasyonun yani kronik uyarının devam etmesi nedeniyle, hastalanmış olan bu hücredeki membran potansiyeli, sürekli olarak normalden daha düşük seviyelerde yani depolarize olmuş bir şekilde kalır ve hücre bunu kendi imkanlarıyla tekrar normal sınırlara getiremez. Buna bağlı olarak fonksiyonlarını da tam olarak devam ettiremez. Bu hücre artık frajildir ve dengesi bozulmuştur, diğer bir deyimle hastadır (4, 8).

Sonuç

Her ne kadar modern tıp verilerine göre görünürde subjektif bir veri olarak "servikal disk hernisi" tanısı konulmuş olsa da sorun daha derinlemesine sorgulandığında ve incelendiğinde kökeninde çok daha başka nedenlerin olduğu görülecektir.

Hastanın geçirdiği boyun travmasının ikinci vuruş olduğu (Speranski'ye göre) gömük 14 ve 48 numaralı dişin ve geçirilen tonsillektomi operasyonun bozucu alan olduğu düşünüldü. Bu durumda tonsil, 14 ve 48 numaralı dişin soruna kaynaklık eden bozucu alanlar olduğu ve buradaki sorunun multi bozucu alan kombinasyonunda kaynaklandığı görüldü.

Bu bozucu alanların elimine edilmesine karşın hastanın sorunlarının bitmemesi üzerine bozucu alanların daha detaylı sorgulanması ve taranması sağlandı. Beden bunca bozucu alana rağmen sistemi bir şekliyle kompanse edebiliyor iken geçirilen boyun travmasının kompensasyon mekanizmalarının yetersizliğine neden olduğu ve buna bağlı klinik şikâyetlerin oluştuğu kanaatine varıldı (8).

Gerek modern tıbbi tedavilere gerekse de son yıllarda Türkiye’de uygulanmaya başlanan bir çok farklı destek tedavilere yanıt vermemiş olması da sorunun kaynağında bozucu alan olacağı düşüncesini güçlendiriyordu. Dedektif gibi bozucu alan aranması sonuç olarak tam şifayı sağlamıştır.

Hastanın kliniğimize müracaat etmeden önce klasik ve destek tedavileri ile yaklaşımla uygulanan tedavilerinin özellikle bozucu alan kaynaklı olan hastalarda bu hastamızda da olduğu gibi başarısız olabileceği görülmüştür. Nitekim bu hastamıza da bize gelmeden önce yapılan tedavilerden başarı sağlanamayınca servikal disk cerrahisi önerilmiştir. (7, 10).

Tedaviye dirençli hastaların tam şifasında nöralterapi uygulamak ve nöralterapi yaklaşımı ışığında analizlerin yapılması büyük bir şanstır. Bu örnekte görüldüğü gibi pek çok tedavinin denenmiş olması modern tıbbın yanında pek çok destek metotların uygulanması çözüm olmamıştır. Diğer bir gerçek ise kronik sorunların en az 1/3’ünde sorunun görüldüğü yerden ziyade başka bir kaynaktan beslendiği ve bu direnci oluşturan sebebinin bozucu alan ve bozucu odak olduğudur (8). Sonuç olarak servikal disk cerrahisi önerilen hastaya toplam 6 seans gibi orta süreli sayılacak bir seans uygulaması ile hastanın tam şifası sağlanmıştır. Bu da gösteriyor ki bir cerrahi maliyetten kurtarılmış ve operasyon sonrası hastanın ne kadar fayda göreceğinin şüpheli olduğu düşünüldüğünde hem maliyetlerin azaltılmasında hem de sorunun kökünde çözümünde nöralterapi vazgeçilmezdir.

Bozucu Alanın Başarılı Tedavisi: Bozucu alanın aranması bile tedavinin başlangıcı olarak kabul edilebilir. LA ile

bozucu alanın tedavisi, semptomlar yok olana kadar tekrar edilmelidir. Bozucu alan aynı zamanda spesifik bir şikâyeti belirlediğinden, bu bozucu alandan tetiklenen hastalık sadece sorumlu bozucu alanın infiltrasyonu ile iyileştirilebilir. Tek başına uygulanan segmental tedavi başarısız kalır (1, 4, 8).

Başarılı bir bozucu alan tedavisini, hastada bozulmuş sempatik afferentlerin kesintiye uğraması sonucu başlangıçta en az 20 saat (diş bozucu alanlarında 8 saat) süren şikâyetsiz süre izler. Şikâyetsiz dönemler, bozucu alanın yenilenen her infiltrasyonundan sonra belirli koşullarda tam iyilik hali oluşana kadar uzar (1, 2, 4, 10).

Temel regülasyon sisteminin eş zamanlı yürüyen “normalleşmesi” bir taraftan prokainin membran stabilize edici etkisinden kaynaklanırken, diğer taraftan efferent bacağın sempatikolitik etkisi ve bununla bağlantılı perfüzyon artışı ile ilişkilidir. Sıklıkla ilk olarak bozucu alan tedavisi, iyileşmenin temelini oluşturur. Bu anlamda bozucu alanın bilinmesi ve tedavisi başarılı nöralterapinin kardinal yoludur (8).

Kaynaklar

1. Barop, H.: Neuraltherapie nach Huneke – Haug Vlg., 2. Erweiterde Auflage Heidelberg 2014
2. Fischer, L.: Neuraltherapie nach Huneke – Haug Vlg., 3. Auflage Heidelberg 2011
3. Nazlikul, H.: Akupunktur – Tamamlayıcı Tıp 2002 Nobel Kitapevi S. 293-306
4. Nazlikul, H.: Nöralterapi 2010 Nobel Kitapevi
5. Nazlikul, H.: Nöralterapi ve Tamamlayıcı Tıp Yaklaşımı ile Bozucu Alan veya Bozucu Odak Olarak Diş BARNAT , sayı 15 . 2015 S: 12-15
6. Nazlikul, H.: Bozucu alan ve bozucu odak kaynaklı dirençli vakalarda tanısal yaklaşım (Reviquant, MAPS) . BARNAT , sayı 17 . 2013 S: 27-33
7. Nazlikul, H.: Nöralterapi ve Tamamlayıcı Tıp Yaklaşımı ile Bozucu alan veya bozucu odak olarak diş . BARNAT , sayı 15 . 2012 S: 12-17
8. Nazlikul, H.: Dissertation (Doktor medicinae) im Rahmen des postgradualen Universitätslehrganges für Ganzheitsmedizin –Regulationsmedizin “Neuraltherapie Naturheilverfahren, Regulationsverfahren und Herdgeschehen” von PD. Dr. med. Hüseyin Nazlikul 2010 Die Medizinische Fakultät Charité
9. Nazlikul, H.: Bozucu Alan ve Bozucu Odak , Barnat Cilt 9 Sayı 1, Şubat 2015 S: 1-10
10. Weinschenk, S.: Neuraltherapie – 2010