



Prof. Dr. Hüseyin NAZLIKUL

Tamamlayıcı Tıp - Regülasyon Tıbbi ve Rehabilitasyon Uzmanı (Almanya)
Bilimsel Nöralterapi Derneği Başkanı
IFMANT II. Başkanı
Bilimsel Tamamlayıcı Tıp ve Regülasyon Tıp Derneği II. Bşk.
Manuel Tıp Derneği II. Bşk.
IGNH Bilim Kurulu II. Bşk.
2008 Nöralterapi – Huneke Madalya Sahibi
Bilimsel Akupunktur Derneği Onursal Bşk.
Eğitmenlik yaptığı kurum ve dernekler: ZAEN, IGNH, ICAK, FIMM, DAMM, DAGAK,
DAfAG, DAEM, CBT, HHTF, GTÜM, ÖNR, SANTH ve BNR, BTR, BAR
Hakkı Yeten Caddesi Fulya Aşcıoğlu Plaza No: 17 Kat:4 Şişli-İstanbul
Tel: 0090. (0212). 219 19 12 Fax: 0090. (0212). 219 18 38
www.huseyinnazlikul.com, www.noralterapi.com
E-Mail: hnazlikul@web.de, huseyin@nazlikul.com

Tinnitus

Ortamda sesli bir uyarın olmasından kişinin ses algılamasına tinnitus diğer bir deyişle kulak çınlaması denilmektedir. Algılanan ses, çınlama, uğultu, rüzgâr sesi veya bir makinenin çalışma sesi gibi değişik tonlarda ve özelliklerde tarif edilebilir. Özelliğine bakılmaksızın her türlü ses “çınlama” ya da “tinnitus” olarak isimlendirilmektedir (7,17,18,25).

Kulak çınlamasına neden olabilecek çok sayıda sebep vardır. Bunlar arasında dış kulak kanalında salgı birikimi gibi basit bir sebep olabileceği gibi çok nadir de olsa kötü huylu tümör gibi ciddi bir sebep de olabilir. Bu nedenle tüm kulak çınlamalarının önemsenmesi ve temel muayene ve değerlendirmelerin yapılması gereklidir (40,41).

Tinnitus, temel olarak iki gruba ayrılmaktadır:

I. Objektif tinnitus: Dışarıdan net olarak duyulmasa da kulak bölgesin-

den ya da komşu organ ve dokulardan kaynaklanan gerçek bir ses mevcuttur. Bu ses dikkatli dinleme ile muayenede de fark edilebilir. Genellikle damar içeriği zengin tümörlerde ya da damar kökenli anomalilerde kanın damarlar içinde akarken yaptığı türbülansa bağlı oluşur. Orta kulak ya da östaki kanalı çevresindeki adalelerin istemsiz ritmik kasılmaları da objektif tinnitusa neden olabilmektedir (7,41,46).

2. Subjektif tinnitus: Kulak çınlamalarının asıl büyük grubudur. Ortamdan ya da vücuttan kaynaklanan herhangi bir ses yokken algılanan seslerdir. En sık görülen sebepleri şu şekilde sayılabilir (7,17,25):

- Mülti faktöriyel nedenlerle oluşan işitme kayıpları
- Dış kulak yolu hastalıkları
- Gürültülü ortamlarda bulunma (ses travması)
- Hipertansiyon



Resim 2. Kulak çınlaması her yaşta izlenebilen bir problem olmakla beraber daha çok ileri yaşlarda görülmektedir.

- İç kulaktaki işitme organının (koklea) dejenerasyonu
- Kolesterol ve diğer kan yağlarının yüksek oluşu
- Kulağa giden damarlarda konstrüksiyon ve dolaşım bozukluğu
- Kullanılan ilaçlar (aspirin, bazı antibiyotikler..)
- Orta kulak iltihapları
- Psikolojik faktörler (depresyon, gerginlik)

Çınlamanın başlı başına bir hastalık olmayıp, başka bir patolojinin belirtisi olduğu göz önünde tutularak teşhis konulmaya çalışılmalıdır. Ancak çoğu vaka da çınlamanın gerçek sebebi tespit edilemediği için tedavide hedef çınlamanın azaltılması ya da çınlama ile yaşamaya adaptasyon olmaktadır (7).



Resim 1. Beş duyu organismizden biri olan işitme organı kulak.

Kulak çınlaması ile başvuran hastada yapılması gerekenler.

- Detaylı bir hikâye ve tam bir fizik muayene
- Odyolojik testler (orta ve iç kulağa yönelik)
- Kan basıncı ölçümü
- Kan tahlilleri (kan şekeri, kolesterol, karaciğer, tiroid hormonu)
- Radyolojik İncelemeler (şüphelenilen patolojiye yönelik olarak normal grafiler, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme)

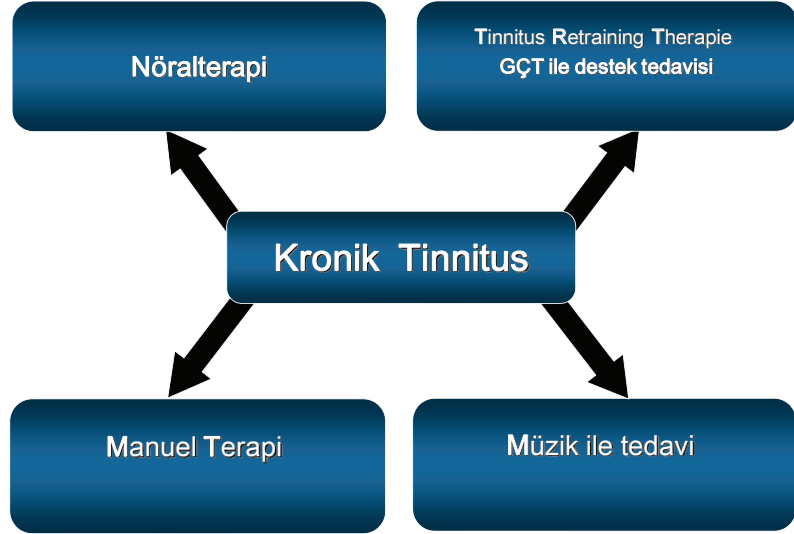
Yapılan tetkikler sonucunda eğer çınlamaya sebep olabilecek bir hastalık bulunursa, o hastalığın tedavisi yapılmaya çalışılır. Ancak mevcut hastalığın başarılı tedavisi bile çınlamayı tam olarak ortadan kaldırmayabilir.

MODERN TIBBA GÖRE TINNİTUSUN TEDAVİSİ

Tinnitusun tedavisi oldukça zordur. Akut dönemde özellikle ilk dört hafta içinde Hiperbarik Oksijen Tedavisi (HBO) faydalı olabilir ancak kronik tinnitusta pek fayda elde edilemiyor (17).

Bir hastalığın tedavisi ya küratif veya semptomatik olur. Küratif tedavide hastalığa yol açan etkenler ve mekanizmalar düzeltilerek tedavi sağlanmaktadır. Semptomatik tedavide ise hastalığın yol açtığı sonuçlar ve yakınmalar giderilerek veya azaltılarak tedavi sağlanır. Tinnitusun küratif tedavisi, tinnitusa yol açan özel sebebin tanımlanması, yerinin

Tablo 2. Kronik tinnitus tedavi algoritması.



saptanması ve düzeltilmesi ile sağlanır (7,25).

Tinnitusa yol açan tedavi edilebilir hastalıkların tedavisi öncelik taşır. Subjektif tinnitusu hastaların %5 kadarında tinnitusa neden olan hastalık teşhis edilip iyileştirilir ve tinnitus geçer. Geriye kalan %95 hastada, subjektif tinnitusun etkeni bulunamadığı için, sebebe yönelik bir tedavi yoktur (40,41).

Tinnitus için herhangi bir cerrahi tedavi de henüz bulunamamıştır. İşitme sinirinin kesilmesi veya iç kulağın tamamen çıkarılması, tinnitusu yok etmek şöyle dursun daha çok artırmaktadır (7,46).

Ancak bazen nedeni belirlerken ileri röntgen, işitme denge testleri yapmak gerekebilir ve buna rağmen çoğu

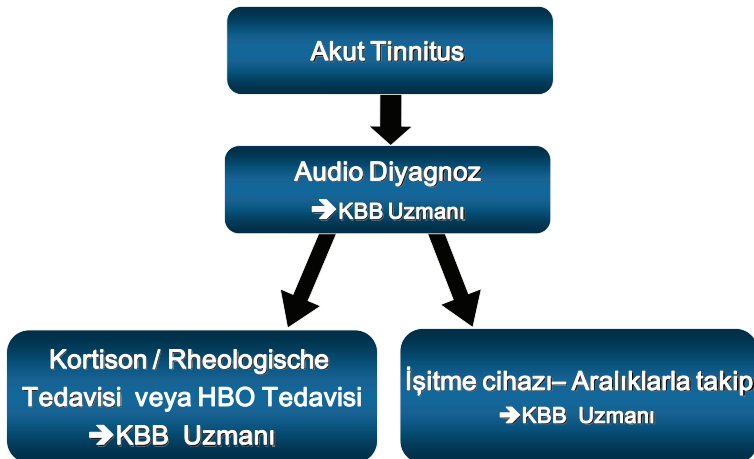
kez nedeni saptamak pek de mümkün olmamaktadır. Kulak çınlaması olan hastalar aşağıda sıralayacağımız durumlardan kendilerini uzak tutmalıdırlar (7,17,25,40,41,46).

- Yüksek gürültü
- Yüksek tansiyon
- Tuzlu yemek
- Kahve, kola ve sigara
- Hareketsizlik
- Susuzluk
- Aşırı yorgunluk

Gürültüden yakınmayı bırakıp çınlamaya alışmaya çalışmalı.

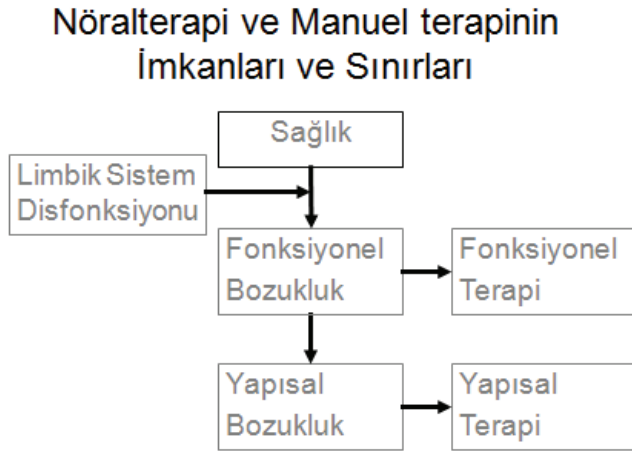
Maskeleye: Çınlama sesiz ortamlarda daha belirgin olur. Bu nedenle bulunduğunuz ortamda alçak sesli radyo paraziti çınlamayı maskeleyebilir. Çınlamayı örten işitme cihazları da mevcuttur bunları temin edebilmek için doktorunuza başvurun. Bu cihazları kullanan kişiler bazen cihazı çıkardıktan sonra bir kaç saat daha çınlamalarını duymazlar.

Tablo 1. Tinnitus tedavi algoritması.



TINNİTUS TEDAVİSİNDE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

Tinnitus rahatsızlığı hasta psikolojini belirgin bir şekilde etkilemektedir. Yurt dışında KBB uzmanlarının yanı sıra onların uyguladığı tedaviye destek sağlamak amacıyla tamamlayıcı tıp metotları yaygın kullanım alanı bulmaktadır. Fakat

Tablo 3. Nöralterapi ve manuelterapinin sınırları.

Sınırlar: İrrevesibel kalıcı oluşmuş hasarları MM terapi etmek mümkün değildir!

Türkiye’de tamamlayıcı tıbbın hala hak ettiği yerde olmadığı ortadır.

Tinnitus rahatsızlıklarının tedavinde yaygın kullanılan başlıca tedaviler: nöralterapi, manuel terapi, akupunktur ile birlikte tedaviye dahil edilen, manetik alan tedavisi, biyofoton tedavisi (21,22,23,24,34,35,37)

Tinnitus tedavisinde şifalı bitkiler ve homeopatik ilaçlar da kullanım sahası bulur. KBB uzmanın kontrolünden sonra tamamlayıcı tıp uzmanına başvurmak son derece önemlidir.

Tinnitusun bir tek nedeni yoktur, birçok sebep vardır. Ancak kulak ile ilgili gibi görünen tinnitusu kulak kaynaklı olarak algılamak fotoğrafın bütünü görmemek anlamına gelir. Ben kendi klinik deneyimlerim ve gözlemlerimden öncelikle TME (Temporo Mandibüler Eklem), üst servikal bölgedeki blokaj ve rotasyon kısıtlılığının, dişlerin, tonsillerin, kranial sinir çiftlerindeki bir disfonksiyonun, vejetatif sinir sisteminin disfonksiyonlarının, hormonal disfonksiyonun, bozucu alanların ve GÇT yaklaşımıyla bedende sıvı dengesini kontrol eden böbrek ve böbrek işlevselliğinin önemli olduğunu biliyorum. Bu makalede tüm tamamlayıcı tıp yaklaşımları içinden özellikle Nöralterapi ve Manuel Tedavi yaklaşımlarıyla sınırlı tutacağım. Bu iki metodun kombinasyonu ile pek çok kronik tinnitus hastalarına yardımcı olmak mümkündür. Her vakada olduğu gibi anamnez, fizik muayene, nörolojik muayene doğru tanı tedavinin başarısı için çok önemlidir (5,7,10,18,25).

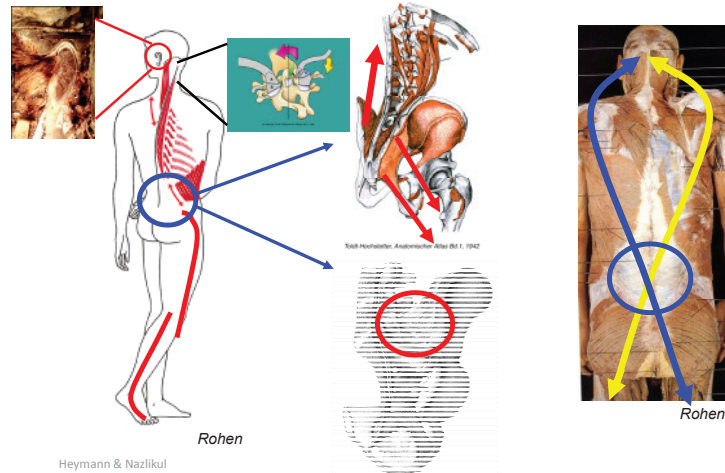
Dirençli ve kronik tinnitusta TME hastalıkları ve üst servikal seviye başta olmak üzere tüm eksen organ muhakkak gözden geçirilmeli ve öncelikle tedavi edilmelidir (10,32).

TME hastalıkları 4 grup halinde incelenir:

1. *Miyofasiyal Ağrı Sendromu (MAS):* Hemen hemen her türlü bozukluğa eşlik ettiği gibi, tek başına kendisi de eklemi bozabilir.
2. *İnternal Derangement:* Disk ya redükte olabilir ya da redükte olamayan konumdadır. İrredüktabl diskte, posterior disk ligamanlarında rüptür ve/veya disk dejenerasyonu olabilir.
3. *Dejeneratif Eklem Hastalığı*

Tablo 4. Servikal segment, SİE ve TME ve Kulak ilişkisi.

" KAS SAPANI" ÜZERİNDEN FONKSİYONEL ADELE İLİŞKİSİ



4. *Diğer TME Hastalıkları:* Travma ve enflamatuvar olaylar gibi

Manuel Tıp Açısından Neler yapılabilir?

- TME, üst servikal özellikle C2, sakroiliyak eklem (SİE) ve eksen organ boyunca sorunlu olan segment veya segmentlerin tespit edilmesi, bu ilişki için tablo3, 4 ve 5 incelenmesinde fayda var
- Kibler cilt kaydırma testi yardımıyla sorunlu eksen ve ilişkide olduğu ve olabileceği yapıların anlaşılmasını sağlaması
- VSS yönünden zengin olan ligamanların hipo veya hiperlabilitenin regülasyonu
- Faset eklem blokajların çözülmesi
- Sakro iliyak eklem (SİE) mobilizasyonu
- Triger nokta tespiti ve regülasyonu
- TME değerlendirmeye tabi tutulması
- Yürüyüş ve duruş pozisyonu için ilişkideki organların değerlendirip düzenlenmesi

Mobilizasyonda VSS’ni kavramak başarılı bir Manuel Tıp uygulayıcısı olmak için önkoşuldur!

- Ligamanların VSS açısından son derece zengin yapılar olduğu düşünülürse, dik pozisyon ve dengenin sağlanması için VSS’nin önemi ortaya çıkacaktır.
- VSS açısından son derece zengin bir innervasyona sahip olan eksen or-

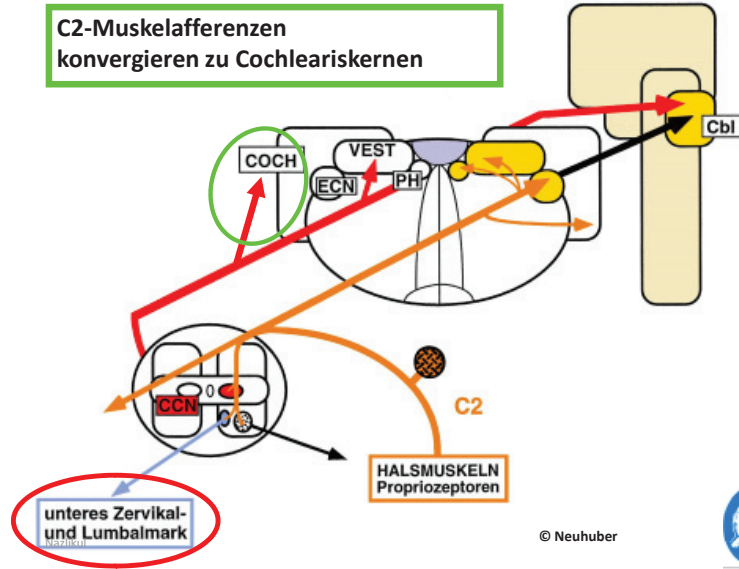
gan ve segmental yapı içindeki tüm oluşumlara Manuel Tıp ve Nöralterapi ile ulaşmak mümkündür.

- Kısacası bu bölgede ortaya çıkan çeşitli rahatsızlıklar ve fonksiyonel bozuklukları eğer iletişim hatası yoksa Manuel Tıp yaklaşımıyla çözmek mümkünken bozucu alanların varlığında bu disfonksiyonu gidermek için muhakkak nöralterapi de faydalanmak gerekir (28.29.32.33.36.38.39.42).

Nöralterapiye göre Tinnitusun tedavisi:

- Tedaviye Adler Langers noktalarının muayenesi ile başlamak gerekir.
- Kibler cilt kaydırma testi ile sorunlu seviyeler tespit edilir.
- Sorunların tespit edildiği hassas noktalara lokal tedavi yapılır.
- Segmental tedavi kısacası hangi segmente dâhil olduğu göz önünde bulundurularak incelenmeli ve tedavi edilmelidir. C1-C4 ve T1-T4 kulak için önemli segmentlerdir.
- TME'in içine %1 prokain ile uyarılmalıdır.
- Söz konusu klinik tabloda bu bölgede yer alan trigger noktaların çok hassas olduğu gözlenmektedir. M.

Tablo 5. Nöralterapi ve Manuelterapinin C2 İşitme Merkezi ile olan Sinirsel ilişkisi .

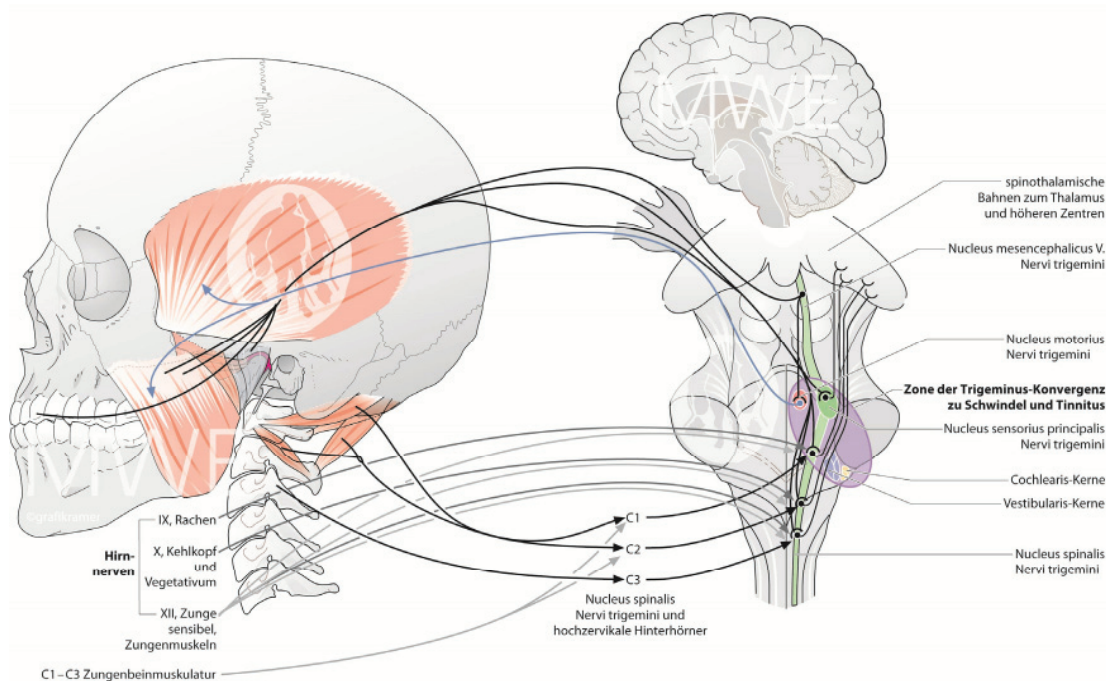


trapezius, M. sternocleidomastoideus, M. masseter, M. temporalis, M. pterygoideus lateralis ve medialis, Mm. recti capitis posteriori major ve minor. Aktif bulunan trigger noktalarına sadece enjeksiyon yapmak yetmez söz konusu olan adaleler için germe egzersizleri ve ilgili olan segmentlerin de tedaviye dahil

edilmesi kalıcı çözüm için oldukça önemlidir. Buna kaynaklık eden dayanak tablo 4-6 mevcuttur.

- Karanial bölgenin lenf akımını sağlıklı kılmak için Belt'se göre lenf akımı sağlanır.
- IV procain uygulanabilir.
- Tonsillerin enjeksiyonu ve mastoid enjeksiyonu muhakkak yapılmalıdır.

Tablo 6. Trigeminus, üst servikal segment, kulak ve kafa ilişkisini gösteren şematik durum.



- Trigemius sinir çıkışları hassas bulunduğunda uyarılmalıdır.
- Torakal bölgede herhangi bir şekilde bir blokajın olup olmadığına bakılmalıdır.
- Ggl. stellatum veya ggl. supremum sempatik innervasyon için ve parasempatik gangliyon anlamında gangliyon otikum uyarılmalıdır.
- Bunlara rağmen eğer tedavide başarı elde edilemiyorsa o zaman kapsamlı bir bozucu alan araştırması yapmak önemlidir.
- Bedende birikime neden olan eksojen ve endojen yıkım ürünlerinin de kapsamlı bir şelasyon destek tedavi ile çözülmesi anlamlıdır.
- Uzun süre tinnitus sorunu olan hastaların psikolojilerinin de çok ciddi bir şekilde etkilendiği düşünülecek olursa, bu durumda hormonal eksekin tedaviye dahil edilmesi, beslenmenin düzenlenmesi, bağırsak florasının regüle edilmesi ve hastanın yeteri miktarda sıvı alınması sağlanmalıdır (1,2,3,4,6,8,9,11,12,13,14,19,20,26,27,32,34,44,45).

NOT: Kulak ile ilgili tüm rahatsızlıklarda processus mastoideusun uyarılması, kulak arkası ve önünde birer quadel yapılması faydalıdır. Sorunlu olan tarafa İV 1,5 ml prokain yavaş verilmek koşuluyla faydalı olabilir. Ancak amaç her zaman en az enjeksiyonla en büyük etkiyi yakalamak olmalıdır. Kulak ile ilgili tüm rahatsızlıklarda göze çarpan diğer önemli bir konu ise insanların yeteri kadar su içmedikleri için dehidrate olduklarının ve bunun öneminin anlatılmasıdır (3,6,14,34,45).

Ayrıca GÇT açısından bakıldığında tinnitusun yani kulağın böbrek ile olan ilişkisi unutulmamalıdır. T11-L3 sevipleri değerlendirilip blokaj tespit edildiğinde çözümlenmelidir. Eğer böyle bir olasılık söz konusu ise bu durumda ganglican colieacus'un da segmental tedaviye eklenmesi anlamlı olur (21,22,24,30,31,34).

VAKA 1: Tinnitus

Hikaye: 14 ay önce solda ani işitme kaybı ile başlayan tinnitusa konuşma esnasın-

da ağrı da eşlik ediyordu. Hasta sakin bir ortamda konsantre olup çalışmıyordu. 6 ay boyunca Homöopati ile Akupunktur kombinasyonu uygulanmış ve her hangi bir düzelme olmamış, bunun üzerine Aile hekimi hastayı üniversitedeki bir KBB uzmanına yönlendirmiş ve oradaki başasistan iki kez steroid uygulamasına yanıt vermeyen hastaya Nöralterapi önermişti.

Nöralterapi/Seyir:

Ggl. stellatumun 5 ml %1'lik prokain ile sulanmasından sonra anında tinnitus kalitesi değişti. Tedaviden itibaren 3 gün sonra gürültüler yok oldu. Daha sonra omuz ve ense gerginliklerine Nöralterapi uygulandı. 3 seans ggl. stellatum enjeksiyonundan sonra tinnitus tamamen yok oldu. (Birkaç aylık takip).

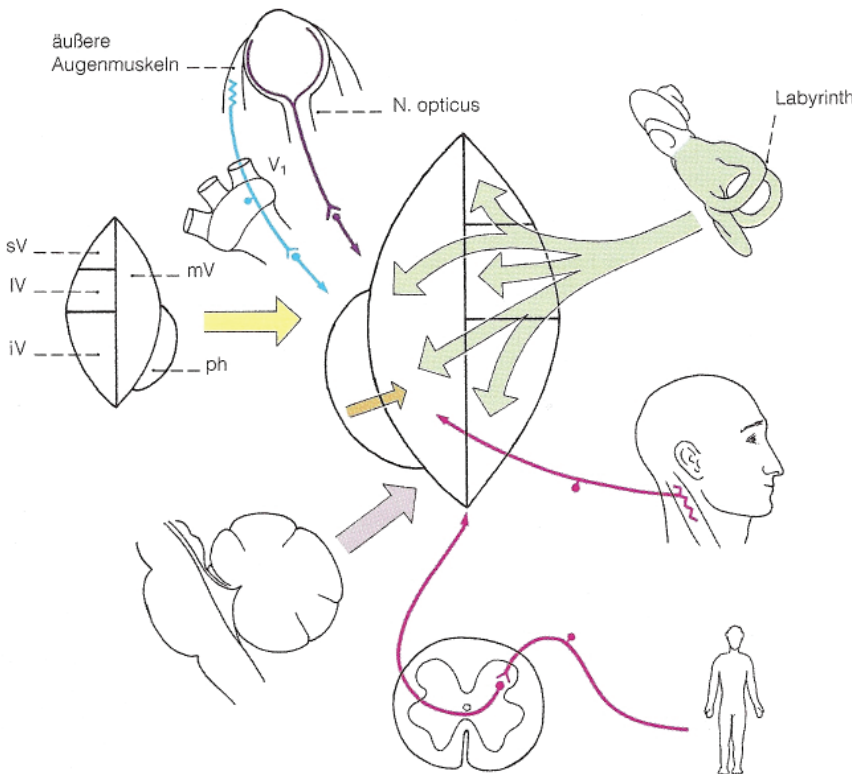
VAKA 2: Tedaviye dirençli ense-omuz kuşağı gerginlik ağrısına eşlik eden tinnitus

Hikaye: 52 yaşındaki bayan hasta yıllardır ense - omuz kuşağında gerginlikten şikayetçi. Romatolog patolojik bir bulgu tespit edememiş. Fizyoterapi, masaj ve şiropraktik uygulama tabloyu kötüleştirilmiş. Hastanın alınan kapsamlı öyküsünde 3 yıldır sol kulakta daha şiddetli olmak üzere her iki kulakta tinnitus olduğu, tinnitus şikâyetlerinin sessiz ortamda çok şiddetlendiği, daha önce bu konuda pek çok KBB uzmanı tarafından yapılan pek çok uygulamaya yanıt vermeyen hastaya artık iyileşmeyeceğine inandırıldığı belirtilmiştir.

Nöralterapi/Seyir

Daha önce uygulanan lokal segmental nöralterapi fayda sağlamamış. Bizim kliniğimizde yapılan tonsil enjeksiyonundan hemen sonra Huneke'ye göre sekunden fenomen gelişti ve şikâyetler anından kayboldu. İyilik hali birkaç hafta daha devam etti. Bu durum hem lokomotor sistem için hem de tinnitus için aynı sonucu verdi. Bu vakada tonsiller bozucu alan oluşturuyordu. Bu bağlantı nöroanatomik olarak da teoretik anlamda açıklanabilir.

Tablo 7. Üst servikal bölgenin kulak ve kafa ilişkisini gösteren şematik durum.



VAKA 3: Tinnitus, baş dönmesi ve tedaviye dirençli ense omuz kuşağı gerginlik ağrısı

Hikaye: 48 yaşındaki kadın hastanın 4 yıldır devam eden tinnitus şikayetine ek olarak son 1 yıldır baş dönmesi ve 10 aydır ense-omuz kuşağı gerginlik ağrısı mevcut. Nörolojik muayenesinde bir özellik yok. Fizyoterapi ve ilaç tedavileri etkisiz olmuş. Bir merkezde GÇT yaklaşımı ile 38 seans akupunktur ve fitoterapi uygulanmış ancak buda hastanın yakınmalarında anlamlı bir değişiklik yapmamış. Akupunktur sonrası stresi azalmış ve ağrı kesici dozunda yaklaşık % 50 oranında azalmış ancak tinnitus ve baş dönmesi şikayetlerinde hiçbir değişiklik olmamış.

Nöralterapi/Seyir:

Olası diş bozucu alanlarına (granülom, köküne müdahale edilmiş dişler, peridontit vb) yapılan enjeksiyondan sonra

şikayetler anında kayboldu. Şikayetsiz dönem aylarca devam etti (Huneke'nin sekundun fenomeni anlamında). Ancak tedavinin kalıcı olması diş çene alanı bir diş hekimi tarafından tedavi edilmeli yoksa bu alan daha sonra diğer organ sistemleri için bozucu alan olabilir.

VAKA 4: Tedaviye Dirençli Kronik Herpetik-Keratit ile ortaya çıkan tinnitus

Hikaye: 39 yaşında erkek hastada solda tedaviye dirençli herpetik keratit mevcuttu. 20 yaşına kadar rezidiv herpetik keratitteki ilerleme hızlı ve komplikasyonsuz seyretmiş. Bir buçuk yıldır kronik yayılan herpetik dendritik keratit ön kamarada aşikar infiltrasyona sebep olmuş. Optik aks da etkilenmiş. Asiklovir göz pomadı ile enflamasyon giderilememiş, ancak lokal steroid durumu sakinleştirmiş. Her tedavi denemesi enflamasyonda daha da artışla sonuçlanmış. Üniversite göz kliniği 4 aylık sistemik

Asiklovir önermiş. Bununla da iyileşme sağlanamamış. Hastanın son 2 yıldır sağ kulakta şiddetli bir tinnitus mevcut. KBB steroid tedavine cevap alamayınca bir merkezde 60 seans HBO ve 42 seans akupunktur tedavisi ile her hangi bir başarı sağlanamamış. Konvensiyonel tıp ile başka bir tedavi metodu kalmayınca göz hekimi tarafından Nöralterapiye sevk edilmiş.

Nöralterapi/Seyir: Her iki haftada bir tonsillere, n.supra-infraorbitalise, gang. pterygopalatinum'a, gangliyon oticum, gang. ciliare'ye, gang. stellatum'a enjeksiyon yapıldı. 5 seanstan sonra tinnitus tamamen iyileşti. Enflamasyon kayboldu, göz kontrolünde hafif nedbe tespit edildi ve 3 yıl sonra hastada tüm kliniğin düzeldiği ve şifanın devam ettiği tespit edildi. Bu durum sempatiklerin circulus vitosus anlamında sadece ağrı da değil aynı zamanda enflamasyonda da etkili bir rolü olduğunu gösterir.

KAYNAKLAR

- [1] Badtke G, Mudra J. Neuraltherapie - Lehrbuch und Atlas. Berlin: Ullstein-Mosby, 1994.
- [2] Barop H. Gutachten über Procain zur Anwendung in der Neuraltherapie nach Huneke. Gutachten, eingereicht dem Bundesgesundheitsamt Berlin als Beitrag für die Erstellung der Procain-Monographie. 1991.
- [3] Barop H. Lehrbuch und Atlas der Neuraltherapie nach Huneke. Stuttgart: Hippokrates, 1996.
- [4] Barop H. Weiterbildungsverantwortlicher, Gutachter und wissenschaftlicher Beirat der Internationalen Ärztesgesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke. Persönliche Mitteilung (mündlich und schriftlich). 2004.
- [5] Becker A. Die kombinierte Störfeld-Segmentbehandlung in der Neuraltherapie nach Huneke. Erfahrungsheilkunde 1978;1: 12-5.
- [6] Bergsmann O. Grundsystem, Regulation und Regulationsstörung in der Praxis der Rehabilitation. In: Pischinger A. Hrsg. Das System der Grundregulation. 8. A. Heidelberg: Haug, 1990.
- [7] Dr. E. Biesinger, A. Reißhauer, PD Dr. B. Mazurek, Die Rolle der Halswirbelsäule und des Kiefergelenks bei Tinnitus - Der sog. somatosensorische Tinnitus (SST) **Quelle:** Springer Medizin Verlag (2008) **DOI:** 10.1007/s00106-008-1721-2
- [8] Dosch M. Neurologie und Neuraltherapie. Freudenstädter Vorträge 1979; 6: 129-44.
- [9] Dosch P. Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke. 14. A. Heidelberg: Haug, 1995.
- [10] Prof. Dr. A. Ernst, R. O. Seidl, I. Todt, Wirkmechanismen manueller Medizin an der Halswirbelsäule **Quelle:** Springer-Verlag (2003) **DOI:** 10.1007/s00106-003-0888-9
- [11] Fischer L. Myofasciale Trigger-Punkte und Neuraltherapie nach Huneke. Erfahrungsheilkunde 1998; 3: 117-26.
- [12] Fischer L. Einfache Untersuchungs- und Injektionstechnik am Iliosakralgelenk. Erfahrungsheilkunde 1999; 13: 159-66.
- [13] Fischer L. Zu den Grundlagen der Neuraltherapie: Selbstorganisation in der Biologie. In: Reimers A. Hrsg. Kongressband Jubiläumskongress Int Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke. Mexico City, 2000.
- [14] Fischer L. Neuraltherapie nach Huneke. Grundlagen, Technik, praktische Anwendung. 2. A. Stuttgart: Hippokrates, 2001.
- [15] Fischer L. Praxisdokumentation. 2004.
- [16] Fischer L, Pfister M. Wirksamkeit der Neuraltherapie bei zugewiesenen Patienten mit Resistenz auf konventionelle Therapiemaßnahmen. In Vorbereitung zur Publikation. 2004.
- [17] K.-H. Friese, Alternative Behandlungsvorfahren in der HNO-Heilkunde **Quelle:** Springer-Verlag Berlin Heidelberg (1997) **DOI:** 10.1007/s001060050134
- [18] Prof. Dr. med. Gerhard Goebel, Hyperakusis Wenn Hören zur Qual wird **Quelle:** InFo Neurologie & Psychiatrie 2011; 13 (6): 46-49
- [19] Hänisch R. Segment-Störfeld. In: Dosch P. Hrsg. Aktuelle Beiträge zur Neuraltherapie nach Huneke. Vol. 15. Heidelberg: Haug, 1994.
- [20] Heine H. Lehrbuch der biologischen Medizin. Stuttgart: Hippokrates, 1991.
- [21] Hergert, H.F., Hergert, H., Letzel, C.: Lehrbuch der Konstitutionsmedizin – Grundlagen, Theorie und Praxis- Pascoe Verlag, Giessen 1997
- [22] Hergert, H.F.: Neuro- und Phytotherapie schmerzhafter funktioneller Erkrankungen. Band I, Pascoe; Giessen 1995
- [23] Hergert, H.F.: Neuro- und Phytotherapie schmerzhafter funktioneller Erkrankungen. Band II, Pascoe; Giessen 1995
- [24] Hergert, H.F. et Kollegen: Kopf- und Gesichtsschmerz. Herausgeben Hans P.Ogel Könnemann Verlag 2000 Köln
- [25] Mazurek B, Jahnke V, Weber C (1999) Ergebnisse der Retraining-Therapie bei chronisch kompensiertem und dekompenziertem Tinnitus auris In: 69, Jahresversammlung der Deutschen Gesells-

- chaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Aachen
- [26] Moulart P, Mertens F. Neuraltherapeutische Beeinflussung des sympathischen Systems durch intra- und perivasale Infiltration. *Ärztz f Naturheilverf* 1990; 3 (90): 231-4.
- [27] Mucke L. Clinical management of neuro-pathic pain. *Neurol Clin* 1987; 5: 649-63.
- [28] Mukharinskaia VS, Antadze ZI, Devidze NV, Emchenko VT, Nodiia EI. Neurological complications in chronic suppurative odontogenic infection. *Stomatologiia (Mosk)* 1981; 60 (4): 22-3.
- [29] Nazlıkul, H., Hergert, H.F.: Symbioselenkung und Immunsystem des Darm, Pas-sor, Giessen 1998
- [30] Nazlıkul, H., Hergert, H.F.: Schmerztherapie mit Neuraltherapie. *DZA* 2/2002 221-232
- [31] Nazlıkul, H., Hergert, H.F.: Darm als Basistherapie der Gesundheit. Pascoe; Giessen 2001
- [32] Nazlıkul, H., Hergert, H.F.: Trigger und Myofasialtherapie mit Neuraltherapie. *Forschende Komplementärmedizin* 1997; 4: 66-71.
- [33] Nazlıkul, H., Thorakale Blockaden und Wirkung der Neuraltherapie in Kombi-nation mit manueller Therapie Quelle: Springer-Verlag (2010) DOI: 10.1007/s00337-010-0759-x
- [34] Nazlıkul, H.: Nöralterapi – Nobel Kitabevi 2010 İstanbul
- [35] Nazlıkul, H.: Detoks Ausleitungsverfahren in der Naturheilverfahren– S: 24-31 Barnat 10/2006
- [36] Nazlıkul, H. : Thorakale Wirbelblockaden erfolgreich therapieren S34-38, 1_2/2008 für Allgemeinärzte
- [37] Nazlıkul, H.: Migrenin Nöralterapi ile çözümü (Behandlung von Migren erk-ränkungen mit Hilfe von Neuraltherapie) S30-41 Barnat 6/2008
- [38] Nazlıkul, H.: Tamamlayıcı Tıp ve Regüla-syon (Komplementär und Regulationsme-dizin) S6-9 Barnat 5/2006
- [39] Nazlıkul, H.: Bozucu alan konusunda doktora çalışması Chartie Üniversitesi 12.02.201
- [40] Lebisch H, Pilgramm M Pehle W (2001/2002) Ätiologie, Pathomecha-nismen und Therapieansätze beim chronischen Tinnitus. *Fortschritt und Fortbildung in der Medizin*, Bd. 25. Dt. Ärzteverlag, Köln, S. 203–228
- [41] Lebisch H, Pilgramm M (2003) Diagnos-tik und Therapie der Hyperakusis. CD, 6. Jahrestagung der Deutschen Gesellsch-chaft für Audiologie, Würzburg
- [42] B. Losert-Bruggner , Trigemineuralgie oder neuromuskuläre Dysfunktion der Kau, Kopf- und Halsmuskulatur? Quelle: Springer-Verlag Berlin Heidelberg (2000) DOI: 10.1007/s003370070035
- [43] Pischinger A. Das System der Grundregulation. 8. A. Heidelberg: Haug, 1990.
- [44] Dr. med. Siegfried Zinecker, Erfahrungs-bericht Lokalanästhetika in der Neural- und Störfeldtherapie Quelle: *MMW - Fortschritte der Medizin* 2011; 153 (41): 34-37
- [45] Weinschenk S. Neuraltherapie bei Pelvi-pathie. *Ärztz f Naturheilverf* 1995; 36: 201-4.
- [46] Zenner HP (2003) Kognitive Therapie bei chronischem Tinnitus – heute anerkannte Therapie der Wahl. *Laryngorhinooto-logie* 82:750–751

