Реферат на тему:

Рефлексотерапия в лечении спондилогенных болевых синдромов

План

Введение

Современный и традиционный китайский патогенеззаболевания, воздействие рефлексотерапии на его звенья

Современная и традиционная китайская диагностика

Лечение с помощью рефлексотерапии

Профилактика

Вывод

Введение

Актуальной проблемой современной медицины являются заболевания опорно-двигательного аппарата. Высокая инвалидизация лиц трудоспособного возраста вследствие поражений опорно-двигательной системы побудила экспертов Всемирной организации здравоохранения объявить 2000-2010 гг. Декадой костно-суставных болезней (The Bone and Joint Decade, Geneva, 2000-2010) [1, 2].

Боли в области спины (дорсалгии) занимают второе место по частоте обращений к врачам (после острых респираторных заболеваний) и третье по частоте как причина госпитализации. Распространенность этого синдрома составляет 60-90 %. Особенностью данной патологии является то, что пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст.

Современный и традиционный китайский патогенеззаболевания, воздействие рефлексотерапии на его звенья

По происхождению выделяют вертеброгенную (спондилогенную) дорсалгию, связанную с патологией позвоночника, и невертеброгенную, которая вызвана растяжением связок и мышц, соматическими заболеваниями, психогенными факторами и др.

Спондилогеннаядорсалгия в 60-90 % случаев обусловлена дегенеративно-дистрофическими процессами в позвоночнике, а именно в позвонках, межпозвоночных суставах, дисках, связочном аппарате, лежащими в основе развития спондилеза, спондилоартроза и остеохондроза.

Спондилоартроз в 35 % случаев является причиной спондилогеннойдорсалгии у лиц трудоспособного возраста и в 65 % случаев - у людей старше 65 лет. При спондилоартрозе преимущественно поражаются мелкие суставы позвоночника, в первую очередь дугоотростчатые (фасеточные).

Спондилоартроз нередко приводит к анкилозированию суставов и образованию клювовидных и шиловидных остеофитов по краям тел позвонков (деформирующий спондилез), сочетающихся с истончением и изменением межпозвоночных дисков, нарушением стабильности позвоночника, гипертрофией связочного аппарата и др.

Термин остеохондроз был предложен в 1933 г. немецким ортопедом Hildebrandt, под остеохондрозом понимают врожденный или приобретенный дегенеративно-дистрофический каскадный процесс, в основе которого лежит дегенерация диска с последующим вторичным вовлечением тел смежных позвонков, межпозвоночных суставов и связочного аппарата. Несмотря на существующие различия в морфологической структуре синовиальных суставов и межпозвоночных симфизов, существует мнение о сходстве происходящих в них артрозных изменений, выраженных в нарушении равновесия анаболических и катаболических процессов в матриксе хряща.

В настоящее время общеизвестно, что ирритация нервных корешков и других нервных структур происходит вследствие дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике. В результате развития остеохондроза или грыжевого выпячивания межпозвоночного диска, также деформирующего спондилоартроза возникает раздражение вегетативных и соматических нервных окончаний как самого позвоночника (связочного аппарата, капсул межпозвоночных суставов, межпозвоночных дисков), так и нервных корешков, расположенных в позвоночном канале. Клинически это проявляется местной болью в области шеи, спины и на отдалении в сегментах тела, соответствующим поражённым корешка (миотомах, дерматомах, склеротомах).

Длительная ирритация вегетативных образований позвоночника и включение иммунных механизмов приводит к развитию местного асептического воспаления: отёчности, набуханию тканей эпидурального пространства, венозному стаз, нарушению микроциркляции, инфильтрации. У ряда больных в последующем идёт пролиферация соединительной ткани. Эти явления способствуют длительному хоническому течению заболевания с частыми обострениями под влиянием неблагоприятных метерологических, психоэмоциональных и др. факторов.

Хроническое течение заболевания, в свою очередь, создаёт предпосылки к развитию рефлекторных миотоническихнейродистрфических и вазомоторных явлений в околопозвоночной области и в конечностях (нарушение паравертебральных мышц, нарушение статики позвоночника, синдром грушевидной мышцы, скаленуссндром, плечелопаточный периартрит и др.)

Болевой синдром: является одним из ведущих проявлений заболевания. Боль может быть пусковым механизмом рефлекторно-миотонических и вазомоторных расстройств.

На сегодня имеется опыт высокой анальгетической эффективности рефлексотрапии, реализующейся на различных уровнях центральной нервной системы.

При воздействии на локально сегментарные точки акупунктуры возникает поток аферентных импульсов, которые поступают в сегментарный аппарат спинного мозга и, активируя нейроны желатинозной субстанции ограничивают дальнейшее прохождение ноцицептивной афферентации.

Анальгезия посредством рефлексотерапии может быть реализована не только на уровне спинного мозга. Воздействие на точки акупунктуры широкого спектра и точки ушной раковины активирует антиноцицептивные структуры ствола мозга и зрительного бугра, модулируя таким образом пресинаптическое торможение по нисходящим путям. Также было обнаружено, что при иглоукалывании усиливается продукция эндорфинов и энкефалинов, повышается их содержание в спинномозговой жидкости. Считается, что эти полипептиды являются медиаторами контроля боли.

С помощью акупунктуры можно оказать положительное воздействие на реактивный асептический воспалительный процесс в позвоночном канале. Теперь хорошо известно, что под влиянием иглорефлексотераии наступает нормализация проницаемости сосудов, это способствует уменьшению отёчности и инфильтрации, отмечается возрастание фагоцитарной активности, повышается уровень кортикостеридов вкрови и тем самым стимулируется эндогенный противовоспалительный механизм.

Доказано воздействие иглорефлексотерапии на состояние тонуса сосудов различного калибра (подтверждено физическими методами исследования).Таким образом, имеется возможность, используя методы рефлексотерапии, оказывать нормализующее влияние на региональные вазомоторные расстройства как местные, в области позвоночника, так и отдалённые в верхних и нижних конечностях (вазомоторные нарушения лежат в основе ряда спондилогенных синдромов).

Акупунктура позволяет получить выраженное миорелаксирующее действие. Это используется для коррекции рефлекторных тонических расстройств у больных спондилогенным радикулитом, при вертебральном синдроме, синдроме грушевидной мышцы, скаленус синдроме и др.

Рефлексотерапия оказывает влияние на имунные процессы, повышается активность макрофагов и фагоцитоза, нормалицуется кооперация Т и В лимфоцитов, увеличивается содержание иммуноглобулинов Gи М, подавляется процесс реагинобразования.

У больных с хроническим, торпидным течением болевых синдромов заслуживает внимания состояние внутренних органов и адаптационных систем организма, связанных висцеро-кутнными, кутанно-вицеральными, висцеро- и сомато-висцеральными феноменами.

Частые причины спондилогенного болевого синдрома в традиционной китайской медицине:

. Часто у пожилых людей гипофункция канала почек ведёт к гиперфункции канала мочевого пузыряи как следствие остеохондрозу позвоночника и спондилогенным болям в позвоночнике, в области поясницы, крестца. Основные симптомы: чувство холода в теле и конечностях, недостаток энергии, слабость в пояснице, коленях, импотенция. У пациента светлый язык с белым налетом, глубокий, медленный пульс, лишенный силы при пальпации в положении «ци» обоих лучезапястных суставов (точка цзин-цюйР8).

. Синдром пустоты мочевого пузыря, который по системе взаимоотношений органов У-СИН вызван гиперфункцией канала желудка (из-за язвенной болезни) взывает люмбалгию.

. Гипофункция канала поджелудочной железы и селезёнки (может быть конституциональная или вызвана недостатком канала печени) приводит к гиперфункции канала желудка, соответственно по системе У-СИН влечёт к гипофункции канала мочевого пузыря.Симптомы гипофункция канала поджелудочной железы, недостаточность транспортировочной функции селезенки, чувство холода и боли в животе (в особенности после еды), которая уменьшается после применения тепла. У пациента обильное выделение прозрачной слюны во рту, холодность рук и ног, озноб. Больные жалуются на глубоко сидящие боли в пояснице, у женщин часто возникает тянущее ощущение в нижней части живота. В этом состоянии имеет место светлый язык с белым налетом.

. При выраженном миотоническом синдромом, согласно традиционным китайским представлениям, состояние мышечного тонуса находится в ведении функциональных систем каналов печени и желчного пузыря. Одним из проявлений дисфункции этих каналов (функциональных систем) является повышение тонуса скелетных мышц. Известно, что у данной категории больных почти всегда имеется дисфункция внутренних органов, либо вегетативно-сосудистые и нейрогормональные сдвиги, дискинезия желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей, нарушения менструального цикла, патологический климакс, ожирение и пр.

Современная и традиционная китайская диагностика

При спондилогенной дорсалгии может наблюдаться целый ряд клинических синдромов:

· Локальный вертебральный синдром, часто сопровождающийся местным болевым синдромом (цервикалгия, торакалгия, люмбалгия и т.д.), напряжением и болезненностью прилегающих мышц, болезненностью и деформацией, ограничением подвижности или нестабильностью одного или нескольких прилегающих сегментов позвоночника.

· Вертебральный синдром на удалении, так как позвоночник представляет собой единую кинематическую цепь и дисфункция одного сегмента через изменение двигательного стереотипа приводит к нестабильности или иному изменению состояния выше- и нижележащих отделов.

· Рефлекторные (ирритативные) синдромы: отраженная боль (например, цервикобрахиалгия, люмбоишиалгия и т.д.), мышечно-тонические, нейродистрофические синдромы, вегетативные (вазомоторные и т.д.) расстройства и др.

· Компрессионные (компрессионно-ишемические) корешковые синдромы.

· Синдром сдавления (ишемии) спинного мозга.

Основными наиболее частыми клиническими синдромами при спондилогеннойдорсалгии, кроме болевого синдрома, являются рефлекторные и компрессионные синдромы.

При длительном болевом синдроме могут развиваться депрессивные и тревожные расстройства - в 3-4 раза чаще, чем в популяции в целом, что в отдельных случаях сопровождается не только снижением качества жизни пациентов, но и приводит к утрате трудоспособности.

Всем больным со спондилогенной дорсалгией необходимо проводить общеклиническое обследование. Диагноз же спондилогеннойдорсалгии (при спондилоартрозе, спондилезе, остеохондрозе) должен быть подтвержден рентгенологически. При спондилезе рентгенография в шейном отделе выявляет остеофиты и унковертебральный артроз, в грудном и поясничном отделах - множественные переднебоковые остеофиты, перекидывающиеся в виде мостиков между соседними позвонками, вызывая их деформацию. При спондилоартрозе выявляются сужение межсуставных щелей, субхондральный склероз, деформация и гипертрофия суставных фасеток вследствие костно-хрящевых разрастаний. При остеохондрозе обнаруживаются снижение высоты диска, субхондральный склероз, формирование остеофитов, вторичный спондилоартроз. Большие возможности предоставляет применение таких методов нейровизуализации, как КТ и МРТ, обеспечивающих возможность изучения состояния спинного мозга и его корешков, выявление грыж межпозвоночных дисков, остеофитов, измененных связок, суставов.

Необходимо отметить, что большинство пациентов с болевым спондилогенным синдромом приходят не с корешковым синдромом, а с синдромом раздражения (спазм мышц, сосудов, венозный застой):

рефлексотерапия спондилогенный болевой синдром

Табл 1

|  |  |
| --- | --- |
| Причина боли и их признаки | Лечение |
| · при механическом раздражении капсулы, суставной сумки клиника следующая- облегчение боли после ночного отдыха, а днём боли после нагрузок, · венозный застой - плохой сон ночью из-за боли, · артериальный спазм - после ночи чувствуют себя хорошо, но резко снижена устойчивость к физическим и статическим нагрузкам | ИРТ ИРТ ИРТ |
| · устойчивый корешковый синдром | Нейрохирург |

Учитывая синдромальный подход традционной китайской медицыны к заболеваниям, жалоба пациента, например, на боли в пояснице, крестце требуют тщательного сбора анамнеза и уточнения дополнительной информации о характере болей, времени их появления, сезонности, климатических особенностяхрегиона. Далее весь объём собранной информации соотносится с данными осмотра пациента и ставится синдромальный традиционный диагноз. Древневосточный диагностический синдром, помимо клинических симптомов, включал причину, локализацию процесса, силу патогенного начала и силу защитных процессов организма; в это понятие входила и оценка общего состояния организма. Считалось, что анализ и классификация явлений в медицине немыслимы без привлечения так называемых основных, или руководящих, синдромов, а без этого невозможно провести правильное лечение. Самыми главными из этих синдромов являются ян и инь, каждый из которых в свою очередь делится на три руководящих синдрома (считается, что главных синдромов - восемь). Установление принадлежности выявленных симптомов к ян- или инь-синдрому - основа диагностики и лечения.

Боли в пояснице или боли в крестцовой области (яо-дон). Этот тип болей локализуется в области почек и поясничного отдела позвоночника. Если эти боли сопровождаются зябкостью и пациент ищет тепла, если боли носят давящий характер и отдают вниз и у больного возникает ощущение, как будто он сидит в воде, если боли к тому же зависят от погоды, то это указывает на нарушение под действием холода и влажности (хань- ши), которые блокируют меридианальные сосуды (цзинь-май шоу-цзу). Согласно номенклатуре китайской медицины в этом случае имеет место синдром боли вследствие холода и влажности (хань-ши дон-чжэн), при котором нарушается гладкое течение крови и ци (ци-хуэйбу чан). Неудержимая боль в области поясницы в сочетании с лишенными силы болезненными ногами, причем пациент не в состоянии стоять продолжительное время, и обильным испусканием прозрачной мочи, зябкостью по всему телу и слабым пульсом (май-ху) соответствует состоянию пустоты ян почек (шэнъ-ян-ху). Боли в пояснице, сопровождающиеся состоянием повышенной нервозности и психического возбуждения, в сочетании с красным языком, покрытым небольшим количеством налета, и тонким, быстрым пульсом (май-хи-шу) соответствуют состоянию пустоты инь почек (шэнь-инь-ху). Боли в пояснице с постоянным местом локализации на фоне позвоночника или усиление болей при паравертебральном сжатии возникают в большинстве случаев в результате тяжелых внешних повреждений, причем застойная кровь является непосредственной причиной таких болей в пояснице (юй-хуэйхао-дон).

В таблице 2. Приведены основные заболевания связанные с каналом почек при которых отмечается боль в области пояснице, и крестце, а также тактика терапии этих заболеваний.

Таблица 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заболевание | Причина | Патология | Симптомы | Терапия |
|  |  |  | Общие| Специфические| Язык | Пульс |  |
| Пустота ян почек |
| Пустота и слабость ян почек | Констит. физи-ческ. слабость, постоянная слабость янпочек, длительное пере-напрядение, плохое лечение хро- нич. болезни, старческая слабость | Недостаток ян, сильный холод инь внутри организма | Боли в пояснице, и крестце, упадок сил,чувство холода, холодные конечности, белый цвет лица | Холодное тело, недостаток энергии, импотенция | Светлый язык с белым налетом | Глубокий, медленный в положении ци лишен силы | Согревание и тонизирование ян почек |
| Недостаток силы ципочек |  | Ослабление ци почек, отказ функций накопления, упрочнения и приема |  | Сперматорея, преждевременное извержение семени, частое мочеиспускание, энурез, прозрачная моча |  | Тонкий, слабый | Согревание почек, укрепление и прием ципочек |
| Почки не принимают ци |  | Пустота ципочек, нарушение функций приема |  | Пустота ци,укороченное дыхание, вдох слабей выдоха, одышка при физ.нагрузке | Светлый язык | Пустой, поверхностный | Согревание почек, прием ци |
| Пустота почек с затоплением водой |  | Пустота и слабость янпочек, янне может контролировать воду в организме, нарушение связи с водой вызывает "затопление” организма |  | Отеки во всем теле, прежде всего в ногах, образуются впадины при надавливании на отечное место, чувство напря же-ния в животе, скудное выделение мочи, одышка, кашель и хрипы со слизью | Светлый, опухшее тело языка со светлым налетом | Глубокий, тонкий | Согревание ян, выведение воды |
| Пустота инь почек |
|  | Повреждение субстанции, потеря крови, потеря жидкостей организма, нарушение, связанное с жаром, пустота инь,повреждение иньпочек через прием медикаментов | Недостаток соков инь,как следствие недостаток питания субстанции и крови, "море мозга” в состоянии пустоты, иньне может контр, и огра-нич. ян | Боли в пояснице и крестце, боли в коленях | Выпаденне волос, шатание зубов, шум в ушах, глухота, головокружение, бессонница, сперматорея, сухость во рту и в горле, чувство внутреннего беспокойства | Красный | Тонкий, быстрый | Питание или тонизирование иньпочек |

Лечение с помощью рефлексотерапии

Тактика лечения должна обязательно учитывать конституцию больного, для более эффективного лечения, прогноза и профилактики.

Предлагаю рассмотреть лечениес использованием рефлексотерапии на условном клиническом примере.

Больная М., 23 лет, госпитализирована в больницу 21 марта 2011 года по поводу интенсивной боли в пояснице и правой ноге в зоне дерматома L5Люмбалгия появилась после переохлаждения 15 марта, а 19 марта присоединилась боль в правой ноге настолько интенсивная, что на следующий день М. не смогла встать.

В 16-17 лет были частые ангины. Имевший место правильный менструальный цикл с 10-летнего возраста нарушился в 17 лет. На этом фоне стала появляться боль в пояснице, а в 2008 году был эпизод болей и в правой ноге. В 2009 г. - беременность и благополучные роды. С начала половой жизни появился цистит, часто обостряющийся в холодное время года. После охлаждения 15 марта 2011 года помимо боли в поясничной области появилось учащенное и умеренно болезненное мочеиспускание.

При осмотре выявлено значительное нарушение статики и подвижности поясничного отдела позвоночника, болезненность остистых отростков позвонков L4 и L5; отсутствие правого ахиллова рефлекса, гипалгезия на правой голени в дерматоме L5; симптом Ласега отрицательный. Анализы крови и мочи, рентгеноспондилограммы без патологии. Данные объективного статуса позволили врачу невропатологу диагностировать корешковый синдром S1 и L5 справа. С точки зрения древнекитайской синдромологии жалобы, данных анамнеза и осмотра этой молодой женщины можно расценить как проявления гиперфункции системы канала мочевого пузыря, в процедурах в скобках отмечено сокращение первоэлемента, большая буква Т или В обозначает методику воздействия торможения или возбуждения соответственно:

Процедура 1: при обострение, выраженном болевом синдроме: малый укол, точки ШУ мочевого пузыря плюс точки А-ши.

VG3 Яо-ян-гуань,2 V23 Шэнь-шу, 2 V24 Ци-хай-шу, 2V25 да-чан-шу, 2 V26 Гуань-юань-шу, 2 V27 сяо-чан-шу V52(47) Чжи-ши

При иррадиации боли ногу используем точки заинтересованных мышечно-сухожильных каналов на больной стороне тормозным методом, к этому добавляем аурикулярные точки:

Начинать воздействие целесообразно с точек, соответствующих локализации боли. Так, в случаях цервикалгии это будут аурикулярные точки: 37- «шейные позвонки», 41 -«шея», 29 - «затылок».

При локализации боли в пояснично-крестцовой области - 40-«поясничные позвонки», 38-«крестец», 54-«люмбалгия».

Для усиления противоболевого эффекта воздействуют на точки противокозелка: 26а-«талямус», 25-«ствол мозга», 28-«мозг» («гипофиз»), в точки с противовоспалительным действием: 13-«надпочечник», 12-«вершина трагуса», 78-«вершина галикса». Нередко эффективным оказывается в добавление к точкам «локуса» воздействовать на аурикулярные точки 55-«шэнь-мэнь» и 95 -«почка». Боль, обычно, быстро исчезает. Если после извлечения игл через 30-40 минут она возобновляется, то в те же точки можно ввести долгосрочные микроиглы на сутки и более.

Возможно применение точки Се: 2 V63 цзинь-мэнь Т., точки Му VC3 Чжун-цзы Т.

Процедура 2: «большая звезда» 2 цзу-лин-ци VB41 (д) Т. 30 минут,

цзу-сань-ли ЕЗ6 (з) В. с экспозицией 10 минут.

Процедура 3: «малая звезда» 2 Шу-Гу V66 (д) Т., 2 Вэй Чжун V40 (з)В.

Процедура 4: правило Юань-Ло: 2 т.-юань V64 цзин-гу Т., 2 т.-ло R4 да-чжун В..

Процедура 5: При повреждении мочевого пузыря внешней патогенной энергией холода- 2 Цзу-тунгу V66 (в) Т.

Процедура 6: используя суточный ритм: ↓IG - избыток V - R↑

Тормозная т. 2 IG8 Сяо-хай Т. + усиливаем т. юань 2 IG4 Вань-гу Т. Стимулирующая т. 2 R7 Фу-лю (ме) В. + т.юань 2 R3Тай-си В.

Время максимальной активности V с 15-17 часов лучшее для процедуры, возможно использование во время минимальной активности V с 3-5 часов.

Процедура 7: правило полдень-полночь: избыток V - Р (время максимальной активности V с 15-17 часов, Р- с 3-5 часов, время минимальной активности с 3-5 часов V и с 15-17 часов Р).

С 15-17.00 Стимулирующую т. 2 Р9 тай- юань (з-ю) В.(она же юань)

Процедура 8: При тяжёлом длительном хроническом течении заболевания показано использование токи ключа чудесного меридиана Чудесный меридиан I ду-май (контролирующий все ян-меридианы, «море» всех ян-меридианов) т.к. в показание его исполбзования входят заболевания позвоночника с болями в спине точка ключ 2 IG3 хоу-си В.

При отсутствии эффекта берём дополнительные точки Чудесного меридиана I VG13 тао -дао Т.

Процедура последняя: связующая точка 2 V62 шэнь-май Т.

Очень эффективно воздействовать на точки внутренних поверхностей ног (эта поверхность и каналы здесь относятся к системе ИНЬ) также точки на руках, имеющие широкий спектр показаний и обладающие общеаналгетическим эффектом: хэ-гу GI 4,цюй-чи GI 11, шоу-сань-ли GI 10, вай-гуань Тr 5, нэй-гуань МС6, хоу-си IG 3, ян-лао IG6

Учитывая частое вовлечение в патогенез канала почек (таблица 2). Лечение будет следующим:

Процедура 1: при обострение, выраженном болевом синдроме: точки ШУ Почек: 2 V23 Шэнь-шу т., точки Му 2 VB25 цзин-мэнь т., точки Се 2 R5 шуй- цуань т.

Аурикулярная терапия аналогично предыдущему рецепту + АТ38 почка, крестец.

Процедура 2:«большая звезда» 2Р8 цзин-цюй (ме) В., 2RP3 тай-бай(з)Т.

Процедура 3: «малая звезда» 2 R7 Фу-лю (ме) В., 2 R3 тай-си (з-ю)Т.

Процедура 4: правило Юань-Ло: 2 т.-юань R3 тай-си В., 2 т.-ло V58 фэй-ян Т.

Процедура 5: При повреждении канала почек внешней патогенной энергией влажности R3 тай-си (з-ю) т.

Процедура 6: При повреждении мочевого пузыря внешней патогенной энергией холода- 2 R10 инь-гу (в) Т.

Процедура 7: используя суточный ритм: V↑ - R недостаток - МС↓

Тормозная т. 2 МС7 Да-лин (з-ю) Т. Стимулирующая т. 2 V67 чжи-инь (ме) В. + т.юань 2 V64цзин-гу В. В период с 17-19 часов.

Процедура 8: правило полдень-полночь: недостаток R - GI (время максимальной активности R с 17-19 часов, GI- с 5-7 часов, время минимальной активности с 5-7 часов R и с 17-19 часов GI).

В 7.00 тормозную т. 2 GI2 Эр-цзян (в) Т., т.-юань GI4 Хэ-гу Т.

Процедура 9: При тяжёлом длительном хроническом течении заболевания показано использование токи ключа чудесного меридиана Чудесный меридиан VI инь-цзяо-май (ускоритель инь, гордость инъ, внутренний пяточный меридиан) т.к. в показание его использования входят заболевания почек, мочевого пузыря, болями в пояснице точка ключ R6 чжао-хай Т.

Процедура последняя: связующая точка Р7 ле-цюе В.

При острых формах радикулита для ликвидации болевого корешкового синдрома обычно бывает достаточно 5-8 процедур иглоукалывания.

Профилактика

Профилактические курсы при спондилогенных заболеваниях связанных с каналом мочевого пузыря необходимо проводить в период властвования энергии влажности, т.к. энергия влажности подавляет энергию холода (R и V) и в это время часты обострения болезни.

Вывод: обзор литературы по ИРТ продемонстрировал высокую эффективность ИРТ в лечении спондилогенного болевого синдрома у пациентов.

Список используемой литературы

1. Лекции ИРТ Ростачёва Е.А. 2012 г.

. Белоусов П.В. Теоретические основы китайской медицины. 2004 г.

. В.Д. Молостов. Иглотерапия и мануальная терапия

. А.М. Овечкин Основы чжэнь-цзю терапии. Издательство ГОЛОС 1991

. К. Шнорренбергер Учебник китайской медицины для западных врачей, Москва 2003 г.

6. Гаваа Лувсан Очерки методов Восточной рефлексотерапии 1998 г.

. Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. - 2-е изд. - СПб.: Политехника, 1996.

8. Скоромец, А.А. Традиционные методы лечения больных остеохондрозом позвоночника, 2004