

Сравнительная оценка эффективности osteopathic лечения и рефлексотерапии при правостороннем шейно-плечевом синдроме с помощью электропунктурной диагностики

Т. В. Зверева¹, В. В. Смирнов², А. Л. Розанов³, Е. Е. Ширяева⁴, Б. Ш. Усупбекова⁵

¹ Многопрофильный медицинский центр им. Святослава Федорова, 127051, Москва, ул. Садовая Самотечная, д. 16, стр. 1, тел.: 8 495 699-17-79

² ООО «Открытая клиника», 123995, Москва, ул. 1905 Года, д. 7, кор. 1, тел.: 8 495 636 27 57, e-mail: a.verevoshnikov@openclinics.ru

³ ЗАО «НТК Интегративные системы», 170023, Тверь, ул. Ржевская, д. 10, тел.: 8 482 244-47-89, e-mail: info@intsystem.ru

⁴ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, тел.: 8 812 303 50 00, e-mail: rektorat@szgmu.ru

⁵ Евразийский институт остеопатической медицины (ЕвразИОМ), Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Турусбекова, 109/1, тел.: +99 677 257-22-48, e-mail: office@oevaz.com

Реферат

Введение. Изучение изменений индивидуальной адаптации и степени нарушений психосоматических отношений в организме пациента, отражающих состояние акупунктурных каналов (АК) в результате остеопатического лечения правостороннего шейно-плечевого синдрома, позволяет врачу выбрать оптимальный алгоритм воздействия.

Цель. Оценка эффективности остеопатического лечения в сравнении с иглорефлексотерапией при правостороннем шейно-плечевом синдроме методами электропунктурной и остеопатической диагностики.

Методы. Из 63 пациентов, страдающих правосторонним шейно-плечевым синдромом, 30 получали курс иглорефлексотерапии, 33 — остеопатическое лечение. Эффективность лечения оценивали методом электропунктурной диагностики с использованием метода «Прогноз».

Результаты. У пациентов установлены следующие доминирующие соматические дисфункции: крестца и таза, грудобрюшной диафрагмы, нарушение мобильности печени и илеоцекального угла. Показано, что при остеопатическом лечении сверхактивно вовлекаются в процесс АК почек и селезенки — поджелудочной железы. При иглорефлексотерапии АК сердца в 20 % случаев проявлял повышенную активность, а при остеопатическом лечении практически никогда не проявлял аномальной активности.

Заключение. Остеопатическое лечение и рефлексотерапия положительным образом сказываются на динамических свойствах системы АК пациента, практически полностью купируя их имеющиеся блокады.

Ключевые слова: шейно-плечевой синдром, остеопатия, остеопатическая коррекция, соматическая дисфункция, рефлексотерапия, акупунктурные каналы, чудесные меридианы

Evaluation of the Effectiveness of Osteopathic Treatment of the Right Sided Cervicobrachial Syndrome with the Help of Electropunctural Diagnostics

T. Zvereva¹, V. Smirnov², A. Rosanov³, E. Shyryaeva⁴, B. Usupbekova⁵

¹ Svyatoslav Fedorov Multidisciplinary Medical Centre, 16/1, Sadovaya Samotechnaya street, Moscow, 127051, phone: +7 495 699-17-79

² LLC «Otkrytaya Klinika», 7/1, 1905 Goda street, Moscow, 123995, phone: +7 495 636-27-57, e-mail: a.verevoshnikov@openclinics.ru

³ Closed joint-stock company «NTK Integrative systems», 10, Rzhevskaya street, Tver, 170023, Phone: +7 482 244-47-89, e-mail: info@intsystem.ru

⁴ North-Western State Medical University n. a. I. I. Mechnikov, 41, Kirochnaya street, St. Petersburg, 191015, phone: +7 812 303-50-00, e-mail: rectorat@szgmu.ru

⁵ Eurasian Institute of Osteopathic Medicine (EurasIOM), 109/1, Tourousbekova street, Bishkek, Kyrgyz Republic, phone: + 99 677 257-22-48, e-mail: office@oevaz.com

Abstract

Introduction. Changes in adaptation and psychosomatic alterations in the body reflect on the state of the acupunctural channels in patients presenting cervicobrachial syndrome. This fact permits to choose the best algorithm of osteopathic treatment.

Research objectives. To evaluate the effectiveness of osteopathic treatment in comparison with the acupuncture in cases of the right sided cervicobrachial syndrome with the use of acupunctural and osteopathic diagnostic methods.

Research methods. In a group of patients (63 patients) presenting cervicobrachial syndrome of the right shoulder joint 30 patients received acupunctural treatment, 33 patients received osteopathic treatment. The treatment efficacy was evaluated by electropunctural diagnostics with the use of the «Prognoz» method.

Results. Patients with the right sided cervicobrachial syndrome presented the following dominating somatic dysfunctions: dysfunctions of sacrum, pelvis, thoracoabdominal diaphragm, alteration of the mobility of the liver and ileocecal fold. During the osteopathic treatment meridians of «kidney» and «spleen-pancreas» were involved in the process hyperactively. During acupunctural treatment acupunctural channel of heart presented hyperactivity in 20 % of cases, whereas during the osteopathic treatment almost never it showed abnormal activity.

Conclusion. Osteopathic treatment and acupuncture influence positively on the dynamic properties of the patient's meridian system by reversing almost completely the present disorders of the body.

Keywords: *osteopathy, osteopathic correction, somatic dysfunction, reflex therapy, corporeal meridians, miraculous vessels*

Введение

Поражения плечелопаточной области различных форм встречаются в практике неврологов, ортопедов, ревматологов, рефлексотерапевтов, мануальных терапевтов, остеопатов и врачей других специальностей. Клинический полиморфизм проявления данного синдрома обусловлен многообразием этиологических факторов и различными механизмами поражения [3, 10]. Повсеместно употребляемый диагноз плечелопаточного периартрита не позволяет детализировать клинические особенности заболевания, проводить адекватную диагностику и лечение. Нередко пациент с такой симптоматикой не находит своего врача в поликлинике: невропатолог направляет его к хирургу, а тот — к невропатологу. В исследованиях плечелопаточного периартрита преобладает «синдромологическое» направление. Тем не менее, такой архаичный термин, как «плечелопаточный периартрит», по-прежнему широко употребляется, что препятствует внедрению надежных методов учета, совершенствованию диагностики, применению соответствующих методов консервативного лечения. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра эта патология обозначена как шейно-плечевой синдром — шифр М 53.1. Далее мы будем использовать именно этот термин.

Частота заболеваний периартикулярных тканей области плеча составляет 40–84 % от всех заболеваний суставов и занимает второе место после заболеваний колена. Ведущее место среди профессиональных заболеваний рук принадлежит поражениям плечевого сустава [5, 7]. Их распространенность приближается к эпидемической в Швеции, Финляндии, Японии и США, а страховые выплаты в связи с болями в плече занимают второе место по частоте после болей в области позвоночника. Во врачебной практике частота правостороннего и левостороннего шейно-плечевого

синдрома составляет 63,7 и 36,3%, соответственно. Существует множество указаний на связь шейно-плечевого синдрома правого плечевого сустава с проблемами висцеральных органов, таких как печень, желчный пузырь, печеночный угол ободочной кишки, верхний полюс правой почки, илеоцекальный угол, диафрагма, правое легкое и др.

Особый подход к пациенту, основанный на холистическом принципе диагностики и лечения, используют остеопаты и рефлексотерапевты [1, 2, 11, 13]. Опираясь на положения функциональной анатомии о взаимосвязи всех органов и систем и результаты остеопатических и рефлексорных методов диагностики, можно формировать алгоритм эффективного лечения и корректировать различные процессы в организме [4, 12]. Болевой синдром и тугоподвижность плечевого сустава при шейно-плечевом синдроме успешно купируются методами рефлексотерапии и остеопатии [11, 13]. Оба лечебных подхода подразумевают использование специфической диагностики, ориентированной на интегральную оценку функционального состояния организма и выявление тех систем, коррекция которых должна быть проведена в первую очередь.

Цель

Оценка эффективности остеопатического лечения в сравнении с иглорефлексотерапией при правостороннем шейно-плечевом синдроме методами электропунктурной и остеопатической диагностики.

Задачи

1. Определение чаще всего встречающихся соматических дисфункций при правостороннем шейно-плечевом синдроме.
2. Выявление степени влияния на систему акупунктурных каналов (АК) остеопатических методов лечения с помощью электропунктурной диагностики для оптимизации терапии.

Материалы и методы

Исследование проводили в клинике ООО «Эстетическая медицина РАН» и медицинском центре эстетической косметологии ООО «Галерея красоты». 63 пациента с правосторонним шейно-плечевым синдромом были распределены на две группы: основная — 33 больных, которым было проведено остеопатическое лечение; контрольная — 30 больных, получивших курс иглорефлексотерапии. Распределение пациентов по полу и возрасту дано в табл. 1. Продолжительность заболевания — 1–6 мес.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Группа	Мужчины, абс. число (%)	Женщины, абс. число (%)	Средний возраст, лет
Контрольная	5 (16,7)	25 (85,3)	45,3 ± 0,7
Основная	1 (3)	32 (97)	43,8 ± 1,1

Критерии включения: жалобы на боли в области правого плеча разной интенсивности (от незначительных, приступообразных и ноющих до выраженных и постоянных); возникновение болей, не связанных с травмой или перегрузками; возраст пациентов 20–50 лет; отсутствие в анамнезе инфекционных заболеваний и субфебрильной температуры неясного генеза, заболеваний соединительной ткани, перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения в анамнезе.

Всем пациентам проводили следующие методы обследования: клиническое (опрос, сбор анамнеза и анализ результатов); остеопатическое [6]; инструментальное — электропунктурная диагностика (ЭПД) по методу «Прогноз» [8, 9, 12].

Основные предпосылки для использования ЭПД «Прогноз» в работе:

- ЭПД представленного класса позволяет комплексно анализировать информацию о функциональном состоянии человека;
- возможность многократного измерения в течение короткого времени в связи с наименьшей из всех известных сертифицированных способов ЭПД степенью влияния этого процесса на объект обследования;
- метрологически выверенный и научно обоснованный процесс регистрации электрофизических свойств точек акупунктуры в отличие от конкурентных технологий (патенты РФ 2116750, 177717 и проч.).

Результаты и обсуждение

Основные соматические дисфункции, выявленные в основной и контрольной группах в ходе остеопатического обследования и лечения, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Частота соматических дисфункций у пациентов с правосторонним шейно-плечевым синдромом, n (%)

№	Соматическая дисфункция	Контрольная группа, n=30		Основная группа, n=33	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1.	Краниоцервикального перехода C_0-C_1	24 (80)	21 (67)	30 (89,9)	1 (3)
2.	Крестца и таза	28 (93,3)	23 (76)	32 (96,1)	2 (5)
3.	I ребра	14 (46,7)	14 (46,7)	12 (34,9)	0
4.	Височно-нижнечелюстного сустава	18 (58,9)	18 (58,9)	18 (52,7)	5 (15,7)
5.	Поясничного отдела позвоночника	25 (83,3)	23 (76,6)	27 (80,6)	3 (10)
6.	Грудино-ключичного сустава	19 (63,3)	19 (63,3)	20 (62)	1 (3)
7.	Акромиально-ключичного сустава	18 (60)	17 (51,3)	17 (51,3)	0
8.	Головки плечевой кости	23 (76,6)	23 (76,6)	27 (80,6)	9 (27,5)
9.	Грудобрюшной диафрагмы	25 (83,3)	18 (60)	31 (93)	3 (10)
10.	Нарушение мобильности и мотильности печени	29 (96,6)	23 (76,6)	30 (89,9)	4 (12,5)
11.	Нарушение мобильности илеоцекального угла	27 (90)	21 (67)	28 (83,7)	2 (5)

Из данных табл. 2 видно, что соматические дисфункции в обеих группах однородны и основными являются дисфункции крестца и таза, грудобрюшной диафрагмы, а также нарушение мобильности печени и илеоцекального угла. После лечения у пациентов основной группы отмечалось явное улучшение показателей по всем основным соматическим дисфункциям (рис. 1). У больных контрольной группы улучшение показателей было незначительным (рис. 2).

По данным динамической ЭПД (рис. 3) приведены результаты оценки нагрузочной диагностической пробы, которые далее будут использованы для проверки статистических гипотез. В зави-

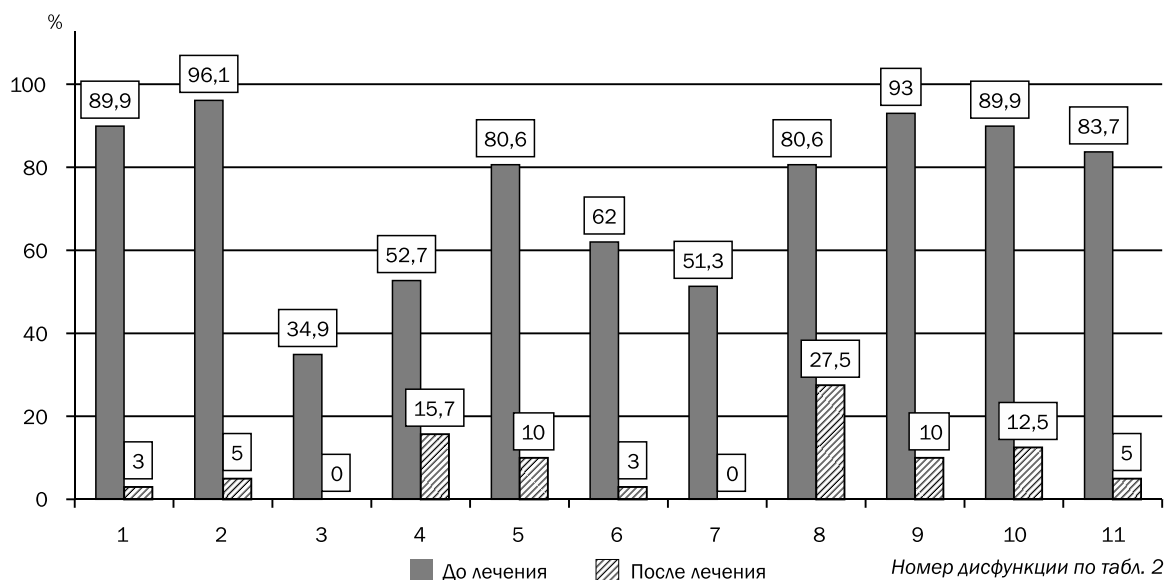


Рис. 1. Динамика соматических дисфункций до и после остеопатического лечения у пациентов основной группы

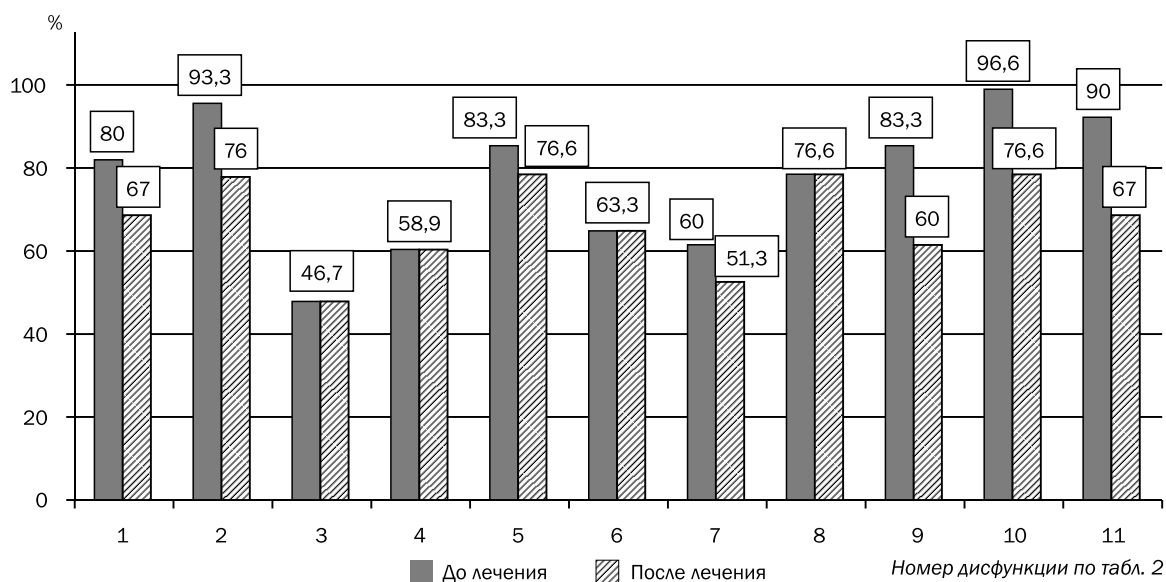


Рис. 2. Динамика соматических дисфункций до и после рефлексотерапевтического лечения у пациентов контрольной группы

симости от степени вариабельности измерений электрокожного сопротивления, осуществлённых в одной точке акупунктуры, различают следующие состояния динамики АК:

- норма — изменчивость (относительный коэффициент вариации) правой и левой ветвей АК составляет 10–100 %;
- блокада 1-й степени — лишь одна ветвь адинамична; строго говоря, такое состояние не является значимым отклонением от условной нормы;
- блокада 2-й степени — недостаточная динамика обеих ветвей АК, что классифицируется как нарушение течения энергии средней тяжести;

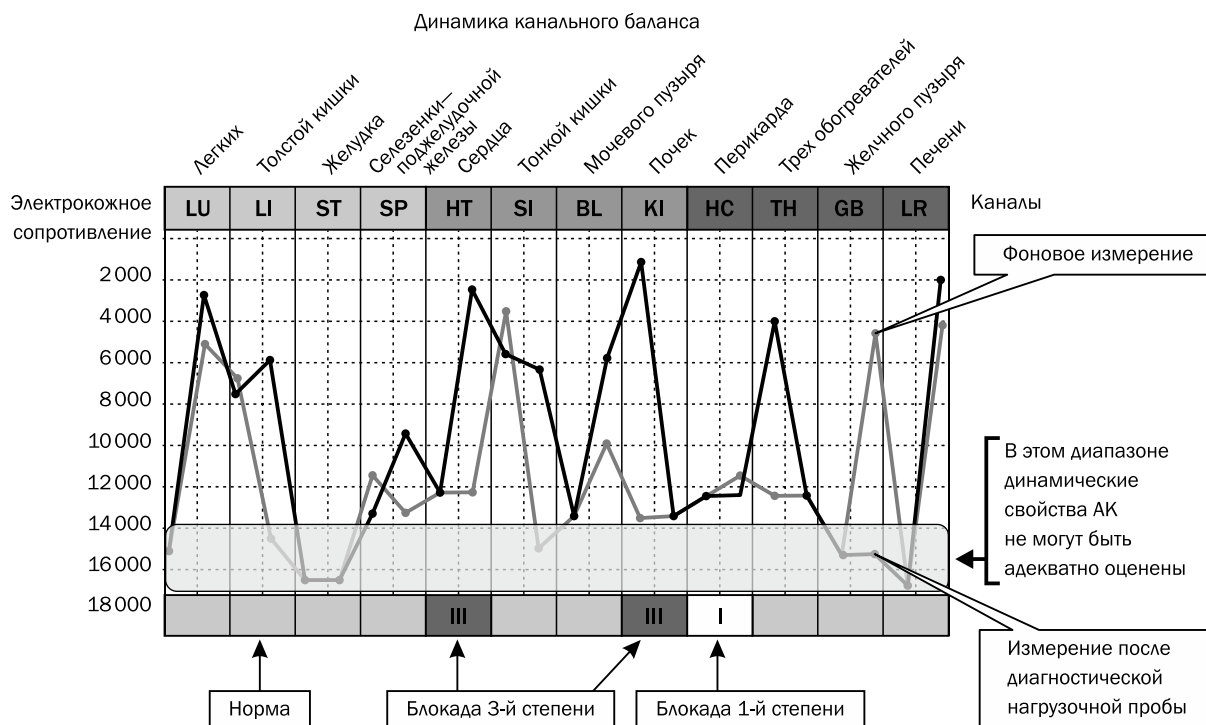


Рис. 3. Динамические свойства системы акупунктурных каналов (АК) у пациента до лечения

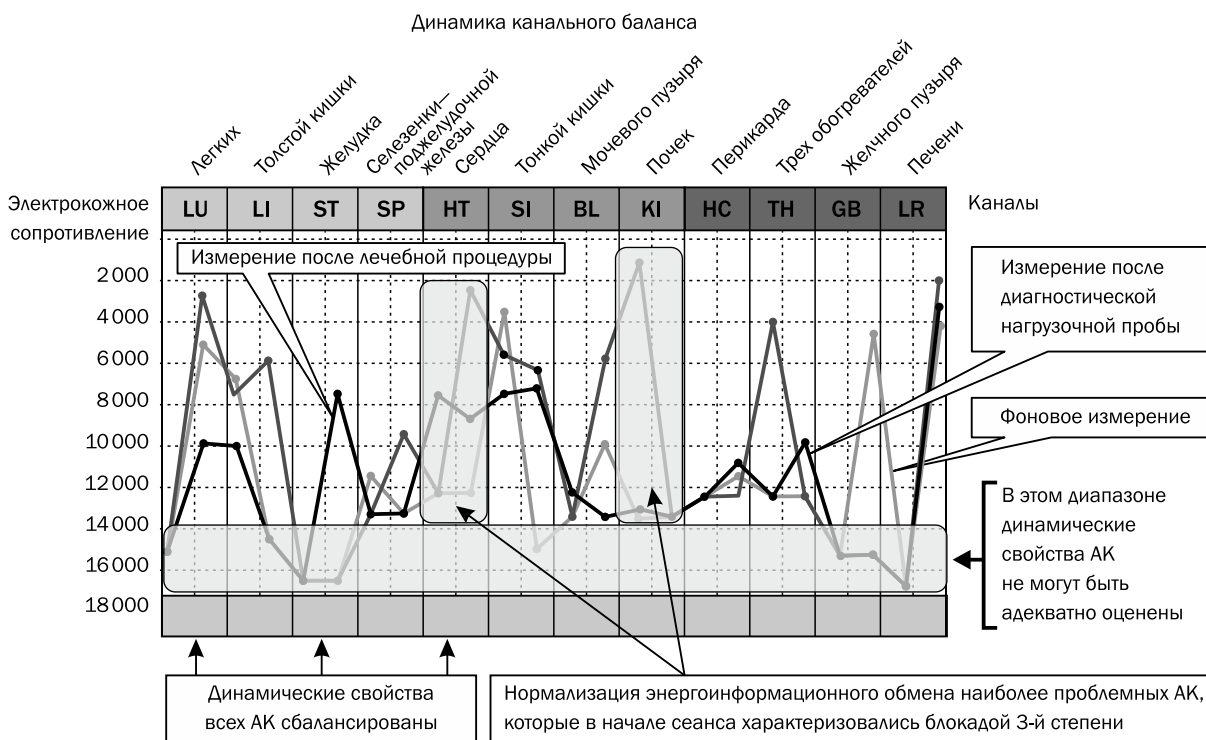


Рис. 4. Динамические свойства системы акупунктурных каналов (АК) у пациента после остеопатического лечения

- блокада 3-й степени — выраженное нарушение энергоинформационного взаимодействия АК; одна ветвь АК имеет недостаточную динамику, вторая, напротив, характеризуется крайней изменчивостью (гиперреактивность).

На рис. 3 видно, что два АК (сердца — *HT* и почек — *KI*) жестко блокированы и один канал (перикарда — *PC*) склонен к динамическим затруднениям. После сеанса остеопатии (рис. 4) в системе АК пациента отсутствуют какие-либо признаки затруднений в ходе энергии. Нормализацию динамических свойств системы АК пациента следует признать значимым терапевтическим эффектом остеопатического лечения с точки зрения ЭПД.

При проецировании данных ЭПД на отдельные органы и системы организма пациента, результаты остеопатического лечения могут быть представлены более наглядно (рис. 5).

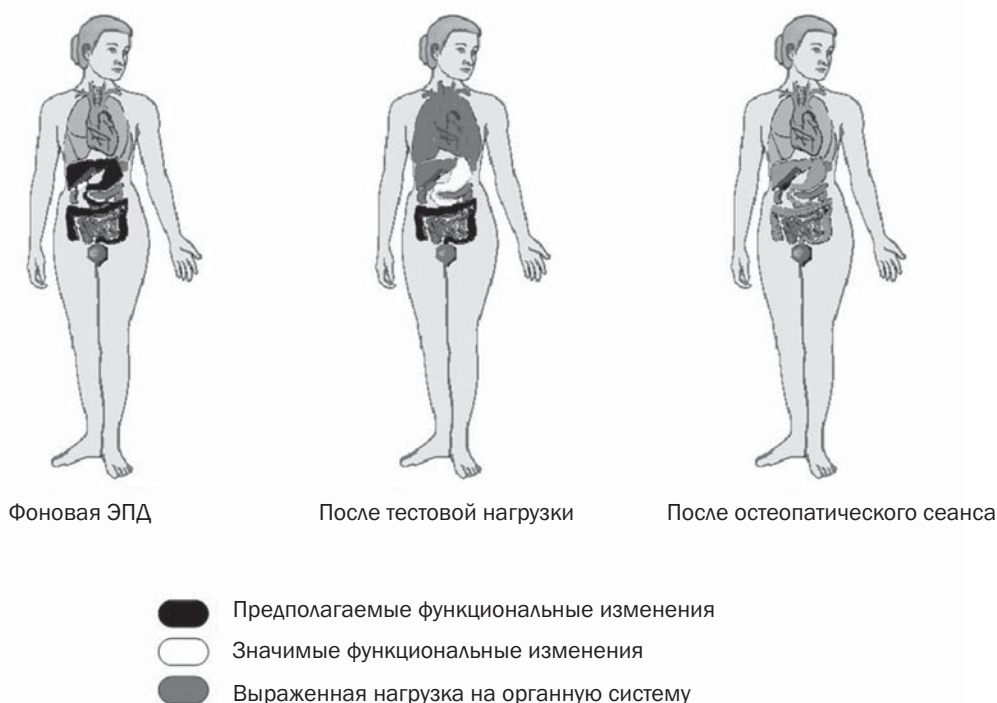


Рис. 5. Качественные изменения в висцеральной сфере пациента в ходе исследования

Первоначальная ЭПД показывает наличие вероятных нарушений в желчном пузыре пациента. Нагрузочная проба существенным образом воздействует на все системы организма, что, в свою очередь, заставляет переоценить соответствие выбранного характера тестовой нагрузки данному клиническому случаю. После остеопатического воздействия на связки малого сальника, сфинктер Одди и дренажа печени отчётливо наблюдаются положительные изменения. Остаточные функциональные нарушения после остеопатического сеанса наблюдали лишь в изначально проблемном желчном пузыре.

В контрольной группе иглорефлексотерапию проводили по методу работы с чудесными меридианами. Для лечения локальных болей типа *инь* использовали экстраординарные сосуды *ян-вэй-май* и *инь-вэй-май* по принципу оппозиций для перераспределения избытка энергии в область, где энергии мало. Точку *5TR* тонизировали на стороне боли, *6MC* дисперсировали на стороне боли, *4RT* дисперсировали на стороне боли, *6MC* с противоположной стороны тонизировали. При болях по типу *инь* с дефицитом общего *инь* использовали следующие точки:

- *RP6, 3RP, 6R, F3* — точки приведения энергии вниз;
- *25V, V23, 13F, 20V, JM6* — точки приведения энергии в нижний очаг;
- *6MC, 9P* — точки левой верхней конечности для перевода энергии *инь* с противоположной стороны;
- *IG9, G14, G11, G15, G14* — локальные точки;
- *VB20, TR5, P7* — дополнительные точки;
- *TR14, IG10* — точки, используемые при избытке холода;
- *E38, G110* — точки, используемые при избытке влажности;
- *P5, RP9* — точки, используемые при болях в плече.

В основной группе остеопатическое лечение проводили согласно выявленным при диагностике соматическим дисфункциям и остеопатической логике [6]. Цель остеопатического лечения состояла в коррекции причин дисфункции и, тем самым, в прерывании патологических взаимосвязей, восстановлении естественных способностей организма к самокоррекции. Объем остеопатического воздействия и число манипуляций зависели от уровня жизненной активности пациента, стадии и течения заболевания, клинических проявлений, степени нарушения подвижности сустава и тканей. Число сеансов определяли динамикой остеопатического статуса — от 3 до 5. Сроки реабилитации составляли 1,5–2 мес.

Остеопатическое лечение проводили на основе трех подходов — глобальном, региональном и локальном. В качестве начальных использовали глобальные техники: уравнивание диафрагм, устранение соматической дисфункции сфенобазиллярного синхондроза. В зависимости от выявленных дисфункций на региональном уровне проводили их коррекцию: освобождение крестца по отношению к позвонку L_4 , освобождение краниовертебрального перехода C_0-C_1 , применяли технику устранения нарушения мобильности печени, воздействие на желчевыводящие пути, включая дренаж печени, в области илеоцекального угла восходящего отдела толстой кишки. В случае выявления трансляции позвонка (соответствующего заблокированному АК) проводили его коррекцию по методу Ж.П. Гильони. Также применяли локальные артикуляционные и жидкостные техники на правом плечевом суставе. На заключительном этапе применяли остеопатическое лечение фасциальным и краниосакральным уравниванием.

Для эффективного решения задач в рамках данной работы был сформирован интегральный электропунктурный показатель — степень блокады АК (B), который представляет собой сумму локальных показателей блокады (Bak) каждого из 12 АК. Если АК был динамически нормален, то Bak принимали равным 0, при блокаде 1-й степени — $Bak = 1$, при блокаде 2-й степени — $Bak = 2$, при блокаде 3-й степени — $Bak = 3$. Таким образом, для случая, представленного на рис. 3, $B = 7$. В табл. 3 представлено распределение степеней блокады АК у пациентов обеих групп.

Несмотря на то, что в группе с остеопатическим лечением блокада АК представляется несколько более выраженной, точная оценка с использованием критерия согласия χ^2 позволяет утверждать, что в данном случае анализируемые выборки имеют одинаковое статистическое распределение. Таким образом, дальнейшие выводы будут статистически корректны.

Уже предварительный визуальный анализ предполагал наличие позитивных сдвигов в энергоинформационном обмене АК при обоих рассматриваемых методах лечения. Статистическая оценка параметрическими (критерий Стьюдента для связанных событий) и непараметрическими методами (критерий Вилкоксона) подтвердила выдвинутые гипотезы о различии степени блокады АК в начале и конце лечения (табл. 4).

Таким образом, с точки зрения нормализации динамических дисбалансов в системе АК, сравниваемые лечебные методики выглядят полностью идентичными. Некоторое структурное отличие может быть обнаружено при анализе характера распределения так называемых «гиперреактивных каналов», к числу которых принято относить АК с коэффициентом вариации электрокожного сопротивления точек акупунктуры более чем 100 % в обеих ветвях.

Таблица 3

Распределение степеней блокады акупунктурных каналов у пациентов обеих групп

Степень блокады	Контрольная группа, n=30		Основная группа, n=33	
	абс. число	%	абс. число	%
0	2	6,7	2	6,1
1	4	13,3	10	30,3
2	5	16,7	4	12,1
3	5	16,7	3	9,1
4	7	23,3	5	15,2
5	2	6,7	4	12,1
6	2	6,7	3	9,1
7	0	0	2	6,1
8	3	10	0	0
Значение критерия χ^2				9,3
Уровень значимости				0,32

Примечание. Выборки статистически значимо не отличаются

Таблица 4

Изменение степени блокады акупунктурных каналов у пациентов обеих групп в процессе лечения

Группа	Степень блокады меридианной системы				Критерий Стьюдента		Динамика степени блокады меридианной системы в ходе лечения			Критерий Вилкоксона	
	до лечения		после лечения		значение	уровень значимости	положительная, %	отрицательная, %	без изменений, %	значение	уровень значимости
	M	σ	M	σ							
Основная, n=33	3	2,1	0,6	1,4	-6,3	0	81,8	3	15,2	-4,5	0
Контрольная, n=30	3,4	2,2	0,3	0,8	7,7	0	90	0	10	-4,6	0

На рис. 6 представлено распределение наиболее изменчивых АК в процессе лечения. Следует отметить, что из статистических представлений число случаев выявления гиперреактивности АК от 2 до 5 соответствует вероятным ожидаемым значениям при рассматриваемом объеме выборок. Если значение не попадает в указанный диапазон, можно предположить специфичность воздействия рассматриваемого процесса на такой АК.

Таким образом, можно отметить, что при лечении каждым из рассмотренных в данной работе методов, АК сердца реагировал специфичным образом. При этом, если при акупунктурном лечении он в 20% случаев проявлял повышенную активность, то при остеопатическом лечении

практически никогда не проявлял аномальной активности. При остеопатическом лечении почти в 25 % случаев выявляли повышение активности АК почек, а ещё в 20 % случаев — АК селезёнки—поджелудочной железы.

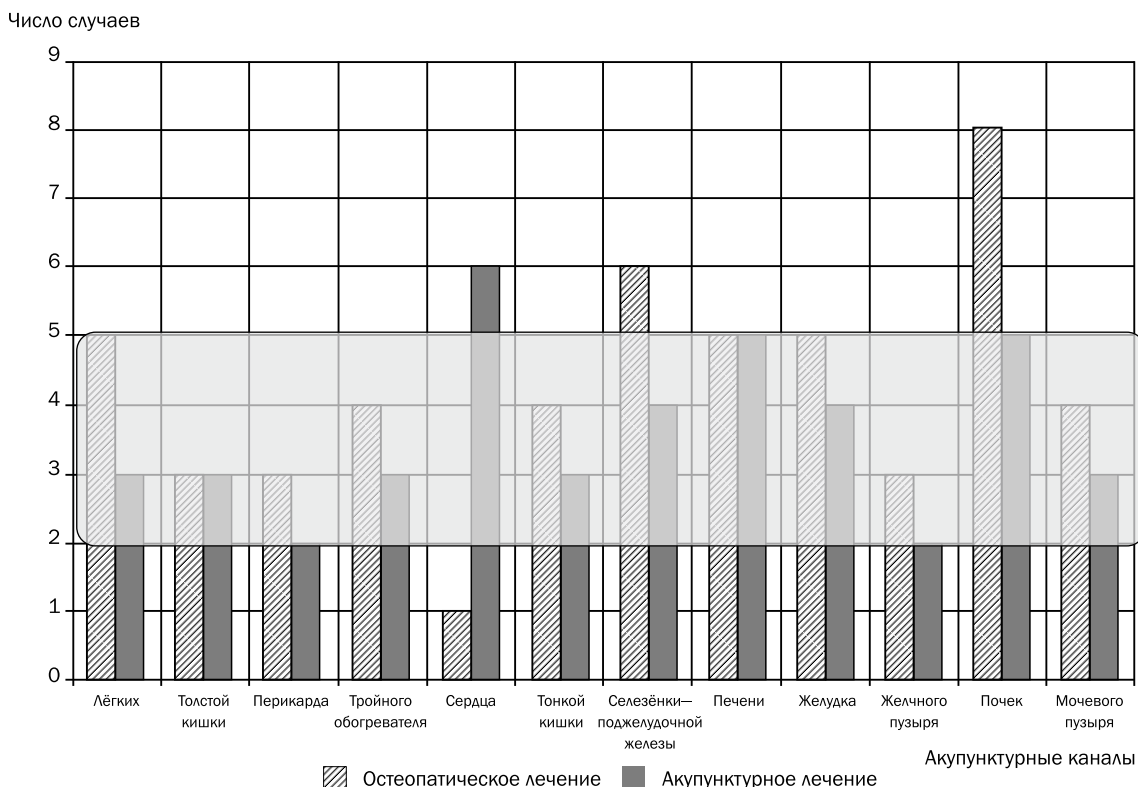


Рис. 6. Частота выявления гиперреактивных акупунктурных каналов у пациентов обеих групп

На основании анализа данных ЭПД можно заключить, что остеопатическое лечение и рефлексотерапия, безусловно, положительным образом сказываются на динамических свойствах системы АК пациента, практически полностью купируя имеющиеся блокады АК. Однако с клинической точки зрения, после лечения у пациентов основной группы отмечали более значительные улучшения показателей по всем основным соматическим дисфункциям.

В то же время, имеются определённые структурные различия в механизме воздействия на систему АК рассматриваемых лечебных методик. Это проявляется, в частности, в специфической реакции характеристик АК в ходе лечения. В свою очередь, это, возможно, позволит сформировать критерии эффективности остеопатического лечения по показателям ЭПД.

Следует также отметить, что учёт первоначальных динамических свойств системы АК пациента при формировании оптимального алгоритма остеопатического воздействия следует рассматривать как перспективное направление дальнейших исследований. При этом особое внимание следует уделить разработке адекватной остеопатической нагрузочной пробы для динамического тестирования средствами ЭПД по методу «Прогноз».

Выводы

По данным остеопатической диагностики выявлены доминирующие соматические дисфункции у пациентов с правосторонним шейно-плечевым синдромом: крестца и таза, грудобрюшной диафрагмы, нарушение мобильности печени и илеоцекального угла.

Остеопатическое лечение пациентов с правосторонним шейно-плечевым синдромом по сравнению с иглорефлексотерапией приводит к уменьшению соматических дисфункций крестца и таза на 90 %, грудобрюшной диафрагмы — на 83 %, нарушения мобильности печени — на 77 % и илеоцекального угла — на 78 %.

Анализ результатов электропунктурной диагностики у пациентов показал, что при остеопатическом лечении сверхактивно вовлекаются в процесс акупунктурные каналы почек и селезенки—поджелудочной железы. При иглорефлексотерапии акупунктурный канал сердца в 20 % случаев проявлял повышенную активность, а при остеопатическом лечении практически никогда не проявлял аномальной активности.

Исследование данных электропунктурной диагностики продемонстрировало, что остеопатическое лечение и рефлексотерапия положительно воздействуют на динамические свойства системы акупунктурных каналов пациента, практически полностью купируя их имеющиеся блокады. При этом выявлено, что иглорефлексотерапии свойственны энергетические изменения в акупунктурных каналах, тогда как остеопатическое лечение обнаруживает выраженный как энергетический, так и гармонизирующий (уравновешивающий) эффект.

Литература

1. Василенко А.М. Рефлексотерапия и доказательная медицина // Рефлексотерапия. 2006. Т. 18. № 4. С. 13–24.
[Vasilenko A.M. Reflexology and evidence-based medicine // Reflexology. 2006. Vol. 18. № 4. P. 13–24.] (rus.)
2. Гильяни Ж.П. Алфавит человеческого тела. СПб.: МЕРИДИАН-С, 2010.
[Gilani J.P. Alphabet of the human body. St. Petersburg: MERIDIAN-C, 2010.] (rus.)
3. Жулев Н.М., Лобзин В.С., Бадзгарадзе Ю.Д. Мануальная и рефлексорная терапия в вертеброневрологии: Рук. для врачей. СПб., 1992.
[Zhulev N.M. Reflex and Manual therapy in the vertebral neurology: A guide for physicians. St. Petersburg, 1992.] (rus.)
4. Клименко Л.М. Теория пяти первоэлементов У-СИН. Движение жизненной энергии ци, жидкостей сюе по каналам // Рефлексотерапия. 2002. № 2. С. 14–17.
[Klimenko L.M. Theory of the five elements of Wu XING. The movement of life energy qi Xue fluids through the channels // Reflexology. 2002. №. 2. P. 14–17.] (rus.)
5. Миронов С.П. Плечелопаточный болевой синдром. Волгоград: Изд. ВолгМУ, 2006.
[Mironov S.P. Humeroscapular pain syndrome. Volgograd: Ed. Volga med. university, 2006.] (rus.)
6. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций: Клинические рекомендации / Под ред. Д. Е. Мохова и др. СПб.: Невский ракурс, 2015.
[Osteopathic diagnosis of somatic dysfunction: Clinical guidelines / Ed. D. E. Mokhov & others. St. Petersburg: Nevskij rakurs, 2015.] (rus.)
7. Поляков А.А., Вьяльцев А.В. Остеопатия в восстановительном лечении при плечелопаточных периартропатиях, обусловленных дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава // Рос. остеопат. журн. 2013. № 3–4. С. 15–25.
[Polyakov A. A. Osteopathy in regenerative treatment with glenohumeral periarthropathias caused by dysfunction of the temporomandibular joint // Rus. osteopath. 2013. № 3–4. P. 15–25.] (rus.)
8. Розанов А.Л. Метод электропунктурной диагностики «Прогноз» // Рефлексотерапия. 2003. № 1. С. 26–36.
[Rozanov A.L. Method of electropuncture diagnostics «Forecast» // Reflexology. 2003. № 1. P. 26–36.] (rus.)
9. Розанов А.Л., Егоров В.В. Использование электропунктурной диагностики при проведении экспертизы специалистов традиционной медицины и целителей // Рефлексотерапия. 2003. № 4. С. 28–35.
[Rozanov A.L. The Use of electro-diagnostics during the examination of specialists of traditional medicine and healers // Reflexology. 2003. № 4. P. 28–35.] (rus.)
10. Рязанцев А.К., Бершинский В.П., Федин А.И. Вертебровисцеральные методики при плечелопаточном периартрозе // В сб.: Материалы XIII Конференции Москов. проф. объедин. мануал. тер. Бюл. № 5. М.: ГП СРП «Москва-СПб.», 2003. С. 24–25.
[Ryazantsev A.K. Vertebroplasty visceral techniques for frozen periarthroz // In: Materials of the 13th conference of the Moscow professional Association of manual therapists. Bull. № 5. Moscow: Moscow — St. Petersburg, 2003. P. 24–25.] (rus.)
11. Усупбекова Б.Ш., Мохов Д.Е. Традиционная медицина и остеопатия. LAP LAMBERT Academic Publishing, Germany, 2011.
[Usupbekova B.S. Traditional medicine and osteopathy. LAP LAMBERT Academic Publishing, Germany, 2011.] (rus.)

12. Усупбекова Б. Ш., Василенко А. М., Розанов А. Л. Принципы конституциональной профилактики и восстановительного лечения на основе данных рефлекторной диагностики. LAP LAMBERT Academic Publishing, Germany, 2012.
[Usupbekova B.S. the constitutional Principles of prevention and rehabilitation treatment based on the reflex data deagostini. LAP LAMBERT Academic Publishing, Germany, 2012.] (rus.)
13. Usupbekova B.Ch, Mokhov D.E., Vasilenko A.M., Paoletti S. Methoden der osteopathischen Diagnostik und der Reflexdiagnostik bei Zervikalgiepatienten// Osteopath. Med. 2010. № 11 (Jahrg.). Heft 1/2010. P. 4–9.

Дата поступления 15.01.2016

Зверева Т. В., Смирнов В. В., Розанов А. Л., Ширяева Е. Е., Усупбекова Б. Ш. Сравнительная оценка эффективности остеопатического лечения и рефлексотерапии при правостороннем шейно-плечевом синдроме с помощью электропунктурной диагностики// Рос. остеопат. журн. 2016. № 1–2 (32–33). С. 75–86.