



Prof. Dr. Hüseyin NAZLIKUL

Tamamlayıcı Tıp - Regülasyon Tıbbı 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 Kurullu 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

Lomber Vertebra Sendromu Kronik Bel ve Sırt Ağrılarında Nöralterapi Bakışı

ÖZET

Nöralterapi modern tıp diğer bir diğer deyişle okul tıbbı bilgilerine göre, gelişmiş ve bütünsel odaklı regülasyon terapi metodu olup, tek başına veya diğer tedavi yöntemleri ile birlikte uygulanabilir. Doğru yere yapılan az miktarda lokal anestezi, sadece ağrı semptomlarını kısa süreli kesmekle kalmaz, aksine ağrı oluşturan tüm faktörleri ortadan kaldırarak fonksiyonların ve vücudun regülasyonunun normalleşmesini veya iyileşmesini sağlar. Enformasyonların vejetatif sistem üzerinden yayılması bilgisi, fonksiyonel ve organik hasarların daha iyi anlaşılmasını sağlar. Enjeksiyonda %0,5-1'lik Prokain veya Lidokain kullanılmaktadır. Pischinger'e göre başlangıçta lokal uyanılmış bölgede hücrenin milieu sisteminin irritasyonu söz konusudur. Bu yazıda sinir sistemi bilgi akışı, bilgi modülasyonu ve bilgi organizasyonunda görevli bir alt sistem gibi incelenecek ve yanında temel sistemin uyan kaynaklı değişimler irdelenecek (2,6,9,11).

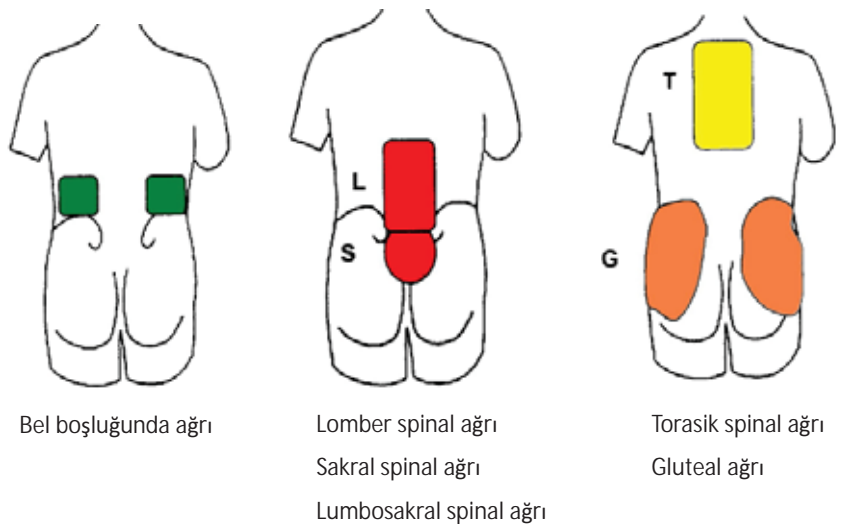
Bel ağrısı en sık rastlanan ağrı tipidir. Genelde hastalar değişik tekrarlayan episodlarda uzun süreli ağrıdan bahsederek, ancak dörtte birinde kronik ve sürekli bel ağrısı vardır. Kadınlarda erkeklerle oranla daha çok görülür (1,4). Kadınlarda bel ağrısının daha sık oluşu, çalışmalarda kadınların bel ağrısı semptomlarını daha çok tanımlamaları ve tüm vücut semptomlarına daha duyarlı olmalarına bağlı olabilir; mesleki risk faktörleri taşıyanlar dışında sıklık yönünden kadın ve erkek farkının belirgin olmadığı görülmüştür (1). Tekrarlayıcı kaldırma, dönme, dönerek kaldırma, çekme gibi fonksiyonları gerektiren işlerin bel ağrısı riskini arttırdığı ve prevalansı yükselttiği belirtilmektedir. Bel ağrısı yatarak tedavi edilen hastalıklar içinde beşinci sırada, cerrahi tedavi gerektiren hastalıklar arasında ise üçüncü sırada yer almaktadır (1,4).

Almanya'daki değişik çalışmalarda bel ağrılarının 6. ve 7. dekatta hastalık sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Bel ağ-

rısı prevalansı tespiti için bir çok çalışma yapılmış, ancak çok azında akut ve kronik bel ağrısı hakkında ayrı ayrı prevalans bilgisi verilmiştir (4).

Bel ağrısı endüstriyel toplumlarda en

pahalı hastalıklardan biridir. Almanya'da 2006 yılı sigorta verilerine göre, bel ağrılarını yılda 8.4 milyar Euro'dur. Uluslararası tahminlere göre, üretim azlığına bağlı olarak çalışmamazlık ve kazanç



Bel boşluğunda ağrı

Lomber spinal ağrı

Sakral spinal ağrı

Lumbosakral spinal ağrı

Torasik spinal ağrı

Gluteal ağrı

Şekil 1. Ağrının yansıma alanlarına göre ön tanı.

yetersizliğinden kaynaklanan tüm harcamaların %85'i, tıbbi uygulamaların ortalama %15'i bel ağrısı sebebidir. Bel ağrısı yıllardır veri istatistiklerinde çalışamamanın ve tıbbi rehabilitasyonun sebebidir. Son yıllardaki verilere göre ilk sıradan üçüncü sıraya düşmüştür (4).

Altı hafta süren bir bel ağrısı kronikleşmiş demektir. Altı haftaya kadar olan ağrılar komplike olmayan genelde spontan tedaviyle veya tedavisiz gerileyen ağrılardır. Kronik ağrılarda hastaların hastanede yatış süreleri değişiktir (1,4,8):

- %50 üç aya kadar
- %20 altı ay
- Yaklaşık %15 bir yıla kadar
- %10'dan fazlası 24 ay veya daha uzun

Bel ağrılarını sürelerine göre üçe ayırabiliriz (1,4):

1. Akut: Bir aya kadar süren bel ağrısı,
2. Subakut: Bir-üç ay süren bel ağrısı,
3. Kronik: Üç aydan uzun süren bel ağrısı.

Doğru tanı için ağrının yansıma alanlarına göre değişiklikler olduğu göz önünde bulundurulmalıdır Şekil 1.

Lomber Vertebra Sendromu (Bel Ağrısı) Nedir?

Bel ağrısında değişik tanı ve farklı süreçlerden söz edilir ve bel ağrısı fenomeninde değişik yaklaşımlar vardır (2, 6):

- Yapısal lumbosiyatalji, lumbago, disk prolapsusu
- Radiküler veya pseudoradiküler - kök basısı gösterilen (sıklıkla) veya hiçbir şey bulunamayan
- Hiçbir tanıya uymayan durumlarda idiyopatik bel ağrısı

Disk hastalıklarında görüntüleme sonuçları ve ağrı semptomları arasındaki korelasyon şaşırtıcı şekilde azdır. İstatistiklere göre görüntülemelerde disk prolapsusu olup hiç şikayeti olmayan birçok hasta olduğu gibi, tam tersine ağrılı hastaların büyük bir kısmında morfolojik bulgu görülmez (4). Buna rağmen radyolojik inceleme rutinmiş gibi uygulama alanı bulur.

Tablo 1. Ayrıcı Tanıda: Nörojenik klodikasyon ve vasküler klodikasyon arasındaki farklar.

Kriter	Vasküler	Nörojenik
Klodikasyon mesafesi	Sabit	Değişken
Ağrının geçmesi	Ayakta durarak	Oturarak-fleksiyonda
Yukarıya doğru yürümek	Ağrılı	Ağrısız
Bisiklete binmek	Ağrılı	Ağrısız
Ağrının tipi	Kramp, gerginlik	Hissizlik, acı, kesilme
Nabazan	-	+
Üfürüm	+	-
Cilt	Parlak, tüylenme azalmış	Normal
Atrofi	Nadir	Sıklıkla
Bel ağrısı	Seyrek	Sık
Omurga hareketlerinde kısıtlanma	Seyrek	Sık

Nörojenik klodikasyon ve vasküler klodikasyon arasındaki farkların değerlendirilmesi çok önemlidir. Bunlar arasındaki farklılıklar Tablo 1'de mevcuttur.

Oysa hastalar adam akıllı muayene edilse daha az radyolojik tanı metodu kullanılarak, hastaları daha az röntgen ışınına maruz bırakarak doğru tanı koymak mümkün. Şimdiye kadar yapılan radyolojik incelemelerin, tanı koymakta pek anlamlı olmadığına anlaşılmış olmasına karşın, hala rutinde yaygın bir şekilde kullanılmasını anlamak mümkün değil.

Modern tıp kabul etmese ve görmezlikte gelse de bilinen gerçek şudur

ki; her kronik enflamasyon, lenfosit ve plazma hücresi infiltrasyonu ile birlikte temel maddenin dezentegrasyonu ile karakterizedir. Bu durum devam eden ve tekrarlayan şikâyetlere sebep olur veya asemptomatik hastalıkların refleksiyonu için ağrı semptomlarından sorumlu olur (6). Bu bağlamda gerek Prof. Dr. Spies 1906 da, Prof. Dr. G. Rikers'in 1924, Prof. Dr. Kalbfleisch'in 1944, Prof. Dr. Pischinger'in 1978'de, Prof. Dr. F. Herget'in 1972, Prof. Dr. H. Heine'nin 1984 de , Prof. Dr. Jaenig'in 1990, Prof. Dr. Hollmann'ın 2001'de, Prof. Dr. Cassuto'nun 2003 ayrı ayrı

Nöral

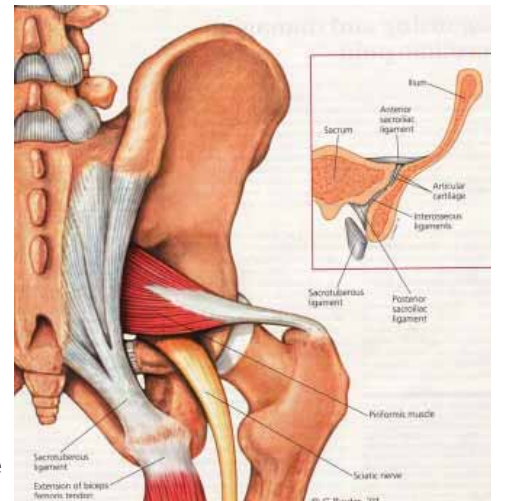
- Sinirsel bası ve sıkışma

Muskuler

- M. quadratus lumborum
- M. piriformis
- Pelvis adaleleri

Kemik

- Simfiz
- SİE
- Lig. iliolumbale
- Lig. sacroiliacale posteriore



Şekil 2. Pelviste ağrı oluşturan faktörler.

yapmış oldukları gözlemler bu durumu gözler önüne sermiştir.

Küçük pelvisteki organ ve vejetatif sistem arasındaki sıkı ilişki özellikle bu bölgedeki travmalardan kaynaklanan veya başka ilave psikolojik faktörlerle ağrı oluşumuna pozitif feedback mekanizmaları ile etki eder (2). Kural olarak denilebilir ki, kronik ağrılara birden fazla birlikte veya zincirleme faktör sebep olur, bu faktörler Şekil 2 gösterilmiştir (2,6,9).

Reflektör hastalık bulgularına nöralteröpatik yaklaşımı ile şikayet tablosundan sorumlu potansiyel odak veya bozucu alanın tespitine, spontan terapinin neden etki etmediğine, ayırıcı tanının açıklanmasına katkıda bulunulur. Tabii ki bu katkıda laboratuvar ve görüntüleme verileri de önemli yer tutar (2,6,11).

Gelişim ve Bağlantılar

- Morfolojik ve anatomik kaynaklı bel ağrısı, gerçek lumbago lumbal prolapsus
- Blokajlar özellikle SİE blokajı, symfizis blokajı, facet blokajı gibi
- Skolyoz, kırık, tümör veya büyüme gibi yapısal değişiklikler
- Nöropatik ağrı, lumbosiyatalji, sinir iritasyonu sonucu ağrı oluşumu
- Dejeneratif hastalıklar (değişiklerin az bir kısmı)
- Fonksiyonel bozukluklar şikayetlerin çoğunu oluşturur: Regülasyon tıbbında en sık karşılaştığımız hastalardır. Kısır döngü yüklenmeleri, gerilim, ağrı, korku ve yeni gerilim, ağrı kolaylıkla akut ağrı oluşturabilir (3).

Lombel vertebra sendromunda hastaların ortak bir özelliği ağrı ve hareket kısıtlılığının yanı sıra hakim olan korku halidir. “Bu nedir?”, “Neyin ağrısı bu?”, “Olay ne?”, “Sinir zedelenmesi mi?”, “Felç mi olacağım?” ve benzeri sorular gerilimi artırır ve tabloyu kısır döngüye sokar.

Vejetatif sinir sistemi üzerinde indüklenen ağrı; genellikle vejetatif sinir sistemi kaynaklı bozucu alandan tetiklenir ve bu durum omurganın kendisi veya belleği yoktur (3,11).

Yansıyan ağrı: Örneğin kadınlarda küçük pelvisden sakroiliyak ekleme (SİE) yanısıra yapar bunu bilmediğimiz

zaman olayı her zaman lumbal odaklı düşünürüz.

Bunun nedenin kavranması için eksen organda yer alan oluşumları burada kısaca bir daha hatırlatmakta fayda var. Eksen Organın kinetiği ve spinal segmentlerin yük taşıma karakteristiği:

Vertebra cismi: Dayanma gücünü boyutları belirler ve kaudale gidildikçe dayanma gücü artar. Trabeküler kemik vertebral dayanma gücünün yaşa bağlı olarak %35-55’nden, kortikal çatı ise %10’ndan sorumludur.

Nöral ark: Posterior elemanlarda kırık oluşması için çok büyük yükler gerekmektedir.

Omurga Seviyesinde Nöralterapi Uygulamaları

Faset eklemler: Hem hareketi yönlendirirler hem yük taşımaya katkıda bulunurlar. Omurganın pozisyonuna göre diskin ve fasetlerin yük paylaşımları değişir. Fasetlerin taşıdığı aksiyel yük %0-33 arasında değişir. Omurgadaki bükücü (torsiyonel) kuvvetlerin %45’ni İntervertebral disk (İVD) ve longitudinal ligamanlar, %10’nu interspinöz ligaman, %45’ni ise bilateral faset eklemler taşımaktadır. Fasetlerin yük taşıma oranları özellikle omurganın hiperekstansiyon pozisyonunda belirgin hale gelir. Fleksiyonda ise açısına göre sıfıra kadar düşebilir

Ligamanlar: Etkin yük taşıma özelliğine sahiptirler. Geren kuvvetleri kemikten kemiğe aktarırlar.

İntervertebral disk: Sıkıştırma, makaslama, eğilme, bükülme ve bunların kombinasyonu olan tüm durumlarda önemli miktarda yük taşıma özelliğine sahip tek spinal elemandır. Yüklerin bir vertebradan diğerine aktarılmasında önemli rol oynar. Aksiyel rotasyon yada bükülme en önemli hasar oluşturan yüklenme şeklidir.

Lumbosakral bölge en temel yük taşıyan bölümdür. Lumbosakral bölgeye etkiyen kuvvetler:

- Gövdenin üst kısmı tarafından oluşturulan vektöriyel kuvvet.
- Kaldırılan cismin ağırlığı tarafından oluşturulan vektöriyel kuvvet.
- Erektor spinanın kasılmasına bağlı oluşan kuvvet.

Gövdenin 60 dereceden fazla fleksiyonu ile yapılan kaldırma hareketi sırasında izlenen erektor spina kas aktivitesi, diz fleksiyonu ile yapılan kaldırmaya oranla daha düşüktür ve aşırı yüklenmeyi karşılayamaz. İntraabdominal basınç, omurgaya binen yüklenmeyi azaltır. Abdominal kasların kasılması, karın içi basıncı artırarak omurganın yükünü azaltır.

Spinal Fonksiyonel Bağlar

Anterior longitudinal ligament (ALL), posterior longitudinal ligament (PLL), ligamentum flavum (LF), supraspinöz ligament (SSL), intertransversal ligament (ITL), kapsüler ligament (KL).

Spinal Fonksiyonel Kaslar

1. **Lomber bölgenin fleksör kasları:** Rectus abdominis, obliquus internus ve externus, transversalis, psoas majör, iliacus.
2. **Lomber bölgenin ekstensör kasları:** Erector spinae, Multifidius ve Quadratus lumborum.
3. **Lateral fleksör kaslar:** Obliquus abdominis, quadratus lumborum.
4. **Lomber bölgenin rotasyonel kasları:** Multifidius, obliquus internus ve externus.

Lomber bölgede nosiseptör adında serbest sinir sonlanmaları içeren birçok doku vardır ve bu dokular ağrıya duyarlı yapılarıdır; Kasların fasiyaları ve kan damarları, apofizel ve sakroiliyak ekleme kapsülleri, SSL, ITL, ALL, PLL ve LF gibi ligamentler, vertebra periostu, dorsal kök ganglionu, dura mater, spinal kanalın damarsal yapıları, sinir kök kompleksi ve İntervertebral disk İVD’lerdir.

Eksen organın kinematiği ve segmental hareket genişliği: Komşu vertebralar arasında sınırlı hareketler söz konusudur. Birçok segmentin toplam hareketi ile vertebral kolonda önemli bir hareket genişliği ortaya çıkar. Faset eklemlerin yerleşim ve dizilimine bağlı olarak, omurganın değişik seviyelerinde hareket açıklığı farklıdır. Diğer taraftan göğüs kafesi torakal omurga hareketini sınırlarken, pelvisin rotasyonu gövde hareketlerini artırır. Fonksiyonel omurga hareketi, değişik omurga segmentlerinin toplamına ve pelvisin uyumuna bağlıdır.

Diagnostik

Klasik klinik tanı anamnez, inspeksiyon ve fizik muayeneden ibarettir. Gözle yapılan *basit* inspeksiyon, elle yapılan fizik muayene ve konuşarak alınan anamnez tanının %70'idir ve birçok görüntüleme yönteminden tasarruf sağlar.

Bel Muayenesi

Hikaye alırken; ağrının başlangıç zamanı, lokalizasyonu (ağrının yeri hastaya sorularak anatomik karşılığı belirlenmelidir paravertebral, sakrum, kalça, simfiz gibi), ağrının niteliği sorulmalıdır, sinir ağrısı çok şiddetli ve yayıldığı alan sınırlıdır. Kas, bağ dokusu ve eklem ağrılarının yayıldığı alan daha geniştir, ağrı daha hafiftir ama ağrının yeri tam lokalize edilemez.

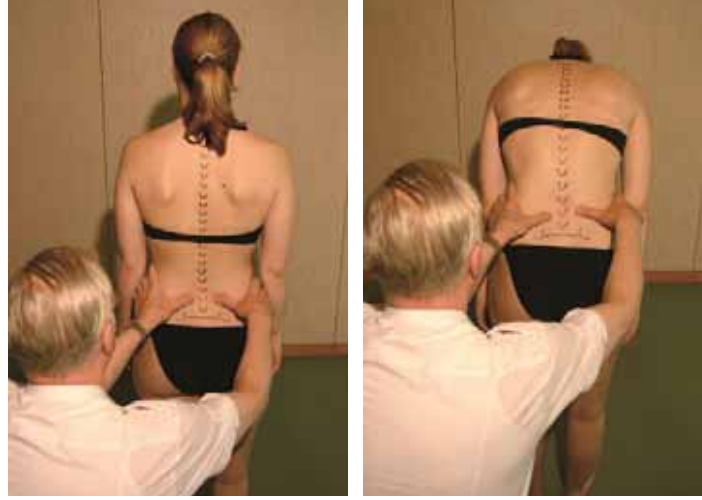
Ağrıyı arttırıcı, azaltıcı ya da ortadan kaldıracı faktörler araştırılırken; bel ağrısının kaynağının tek bir patolojiye bağlı olamayacağı, hastanın emosyonel durumu, psikososyal faktörler, önceki girişimlerin klinik bulguları etkileyebileceği unutulmamalıdır.

Ağrının postür, hareket ve istirahatle ilişkisi değerlendirilmelidir. Bel ağrısı klinik olarak hem kinetik hem de statik yönden incelenmelidir.

Statik bel ağrısı; ayakta durma ve oturma sırasında ortaya çıkar. Kinetik bel ağrısı kişi hareket halindeyken belirli bir pozisyonda oluşur.

Hasta ağrının olduğu pozisyona getirilerek semptomlar tekrarlanabilir. Ağrının gün içindeki oluş zamanı ve bir günlük periyotta ağrının karakterinde meydana gelen değişiklikler (gün içinde semptomlarda artma ya da azalma, gece ağrıları (malitenin yanı sıra akla torakal blokajıda getirmelidir), uyku bozuklukları, ağrıyla birlikte olan sabah tutukluğu); önceki ağrı epizodları ve süreleri; mesane, bağırsak ve seksüel fonksiyonlarının etkilenip etkilenmediği sorulmalıdır.

Hastanın farklı amaçlarla aldığı tedaviler (özellikle infeksiyon ve tümör tedavileri), bozucu alan olabilecek tüm dönemler sorulmalı ve incelenmeli, aile öyküsü sorulmalıdır. Fizik muayenede hasta bütün olarak değerlendirilmeli, olası yapısal değişikliklerle mevcut bulguların ilişkisi araştırılmalıdır. Doğru bir palpasyon tanıya yardımcı olur. Hastanın anamnezde



Şekil 3. Lomber bölgede öne akış fenomeni.

belirttiği ağrıyı meydana getiren, arttıran nedenler muayeneyle doğrulanmalıdır. Hasta fizik muayene için tam soyulmalı, boyun sırt ve bel eğrilikleri değerlendirilmelidir. Pelvis simetrisi ve bacak boyları değerlendirilmelidir.

Çünkü doğru dürüst yapılacak bir muayene, tüm vücut fizik muayenesi fonksiyonel bağlantıları açıklar. Burada bazı örnekler var:

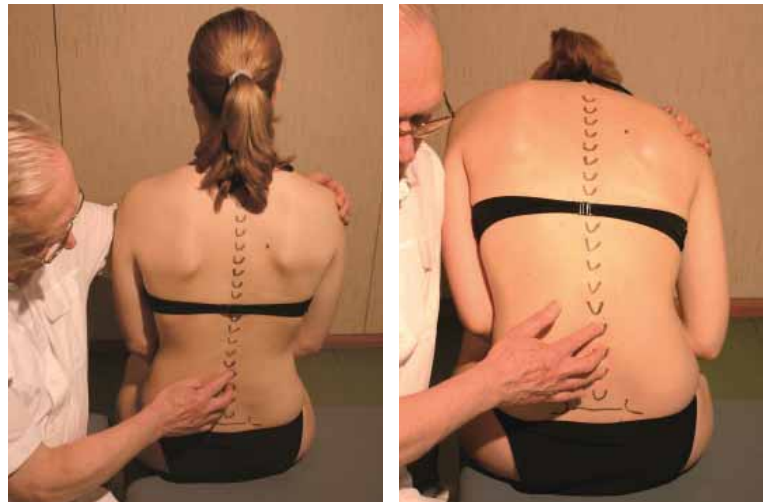
- Omurgada duruş bozukluğu var mı?
- Hasarda fonksiyonel bir zincir var mı?
- Omurganın başka bir seviyesinden mi kaynaklanıyor?
- Diş çene kompleksinde bir sorun var mı?

Fonksiyonel tanı Manuel Tıp ve Nöralterapi bilgileri ile çok iyi açıklanmıştır

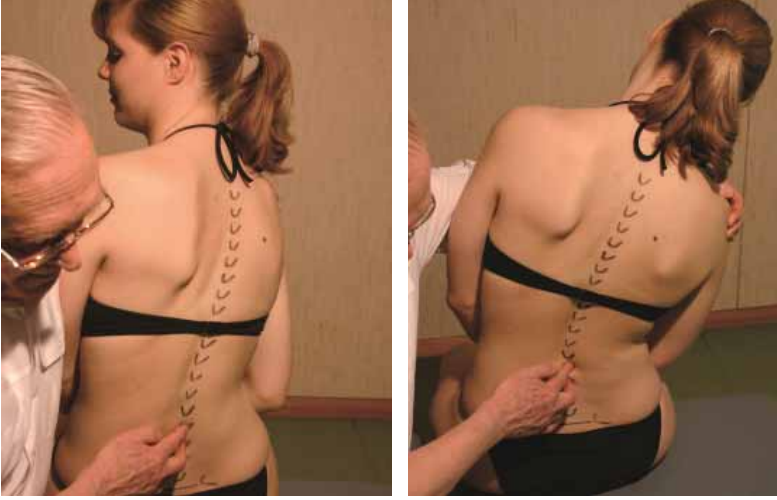
(6). Özellikle Uygulamalı Kinezyoloji (AK) bilhassa omurgadaki şikayetlerin ortaya çıkarılmasında tanısız olarak mükemmel bir şekilde yardımcı olur (6). Hangi segmentin sorunlu olduğunu tespit etmek için öne akış fenomeni Şekil 3, fleksiyon ve ekstansiyon hareket değerlendirmesi Şekil 4 ve rotasyon muayenesi Şekil 5, SİK disfonksiyonu için üç aşamalı testler gösterilmiştir.

Bel omurga sendromunda kaynak- etki mekanizmasına bütüncül bakabilmek için, kaynak araştırmasında ProQuant, ReviQuant ve Regülasyon-termografi yöntemleri yardımcıdır (6).

Şu ana kadarki tanısız yöntemler hasarın başlangıç noktası ile başarı noktası arasındaki ilişkiyi kurmaya yetmiyor. Nöralterapi bozucu alan aranması ile ayırıcı tanının açıklanmasında ve aynı za-



Şekil 4. Lomber bölgede segmental - fleksiyon - ekstansiyon - muayenesi.



Şekil 5. Lomber bölgede rotasyon muayenesi.

manda efektif regülasyon terapi metotları anlamında çok yardımcıdır (3).

Tanıyı koymadaki en önemli yöntem bio-sosyo-kültürel alanları içeren anamnezin yanında, yansıyan sendromların palpasyonu ve hareket organının fonksiyonel testleridir (çizgileme palpasyonu, Kibler'e göre cilt testi, seviye palpasyonu). Hepsi reflektör hastalık bulgularında bir toparlayıcı ve terapi için yön göstericidir (1,2,6,8). Enflamatuvar bir proses sonucu olan primer değişiklikler veya regülasyon bozukluğu neticesi reflektör hastalık bulgularından bağımsız olarak tanı için seçilen isimlendirme hasarlı dokuyla alakalıdır (4).

Nörolojik Defisit Olmayan Bel Ağrısında Temel Muayene (4)

- İnceleme (genel durum, vücuda yapılan girişimler, ağrı testi, postur, pelvisin pozisyonu, deformiteler, yaralanmalar,cilt);
- Lokal kasların ağrı ve gerilime eşlik eden ve etkilenen kasların palpasyonu
- Lokal basınç veya prosesus spinosusun perküsyonda hassasiyeti veya ağrısı, kırık vb..
- Hareketlilik testi: Belde ante, retro ve lateral fleksiyon. Tanısal ifade yeteneği sınırlıdır ama hastalık seyri açısından monitörizasyon yardımcıdır.
- Laseque testi, Bragard testi
- SİE muayenesi örneğin Mennel testi Şekil 6 sorunun kalçası, SİE mi yoksa lomber vertebramı olduğunu kısa zamanda ayırıcı tanıya götürür (3,6)

Omurga eklemlerinde kısıtlılık ve disk kaynaklı radiküler olmayan ağrı klinik muayene ile tespit edilemeyip sadece acil şüphede invaziv diaagnozla tanınır (3).

Almanya'da Lomber Vertebrada için geliştirilmiş Ulusal Tedavi Kılavuz Programı (1)

Alman Ortopedist, Tamamlayıcı Tıp, Fizik Tedavi Rehabilitasyon uzmanları lumbosiyataljik form şikâyetlerinin müdahalesinde bir kılavuzu benimsemiş ve yaşam biçimi hakkında fikir birliğine varılmış. Geçmişin tersine şaşırtıcı bir şekilde ilk önce mobilizasyon ve hareketlenme vardır. Tüm dejeneratif hastalıklar ortopedide çok erken mobilize ediliyor (3,4).

Egzersiz programları bu bağlamda sadece çalışma değil hastanın kendi sta-

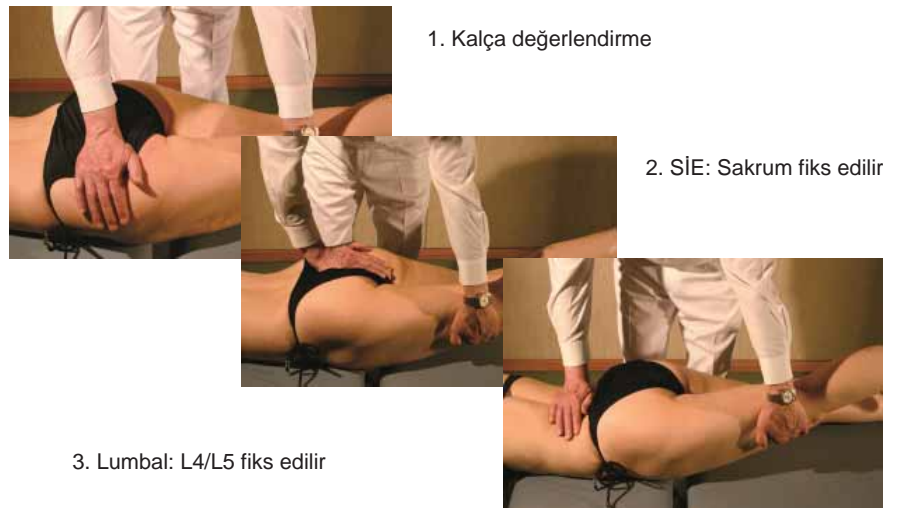
bilizasyonunu sağlamada yol gösterici olmaktadır. Bugünkü ortopedik bakış açısına göre belirleyici faktör akut durumlar hariç sırt kaslarının ve bağların kuvvetlendirilmesi sonra fizik tedavi, manuel terapi ve en son medikal tedavidir. Kronik bel ağrılı hastalardaki önemli tehlike kronik ağrı kesici kullanımındır (1,3,4).

Lomber vertebra disk sorunlarında operatif uygulamalar son seçenek (ultima ratio) olarak sınıflandırılmış olmasına karşın hala sık yapılmaktadır. Tüm bel ağrılarının en fazla %2 radiküler kökenli iken ve bunların en fazla %10 cerrahi müdahale gerekliyken nerdeyse bel ağrılarının %20 operasyon yapılmamıştır (3,4).

Omurga eklemi anatomisine göz önünde bulunduracak olursak sorunun kaynağın sadece disklerden kaynaklanmadığı görülecektir:

- Omurganın kendisi
- Damarsal yapılar
- Periferik sinirler ve sinir çıkış noktaları
- Sinirsel yapı
- Lenfatik yapı
- Kas ve ligamanların durumu
- Omurganın eklemler özellikle de fasetlerin durumu
- Gerilmiş vejetatif yapı ve VSS işlevsel işbirliği.

Burada en önemli rol vejetatif sinir sistemine (VSS) düşmektedir. Bilinmesi gereken birçok yapının yoğun bir şekilde vejetatif sistemle beslenmiş olduğu



1. Kalça değerlendirme

2. SİE: Sakrum fiks edilir

3. Lomber: L4/L5 fiks edilir

Şekil 6. Üç Aşamalı Ekstansiyon Testi (Mennel Testi).

dur. Çoğu anatomik kesitte bu görülmez. Sinir boyama ile omurganın yoğun vejetatif beslenmesi tanınabilir. VSS bu yoğun bulunma özelliği bütüncül tanıda büyük rol oynar, böylece Nöralterapi ve Manuel Tıbbın hem tanıdaki rolü ve hem de tedavideki etkinliği anlaşılır.

Artık Bel Ağrısı Tedavi Temel Kılavuzuna Nöralterapi Entegrasyonu Olmalı

Nöralterapi İsviçre’de Prof. Dr. Lorenz Fischer öncülüğünde geniş bir çalışmada yararları kanıtlanan basit ve kısmen tehlikesiz bir terapiyi uygulamaktayız (10). Uygulama Nöralterapi sertifikası almış hekimlerce yapılmaktadır. İsviçre’de geniş bir alan çalışması sonunda tespit edilenler: İsviçre’deki bu çalışma politik nedenlerden dolayı açıklanmasa da önümüzdeki yıllarda yayınlanacaktır. İsviçre’de bu çalışmanın sonuçları bazı gerekçelerden dolayı gizli tutulsa da, bu çalışmanın hemen akabinde Nöralterapi’nin tüm uygulamalarının tüm sigortalarla ödendiği ve temel sağlık kapsamına alındığı gerçeği buradaki etkinliği ortaya kaymaktadır. Bu alan çalışması sonucu varılan sonuçlar kısaca (10) şöyle:

- Bel ağrılı tüm hastalar, nöralterapi-den fayda görmüşlerdir
- Konvansiyonel tedavilerin tek başına uygulanmasından Nöralterapi ile kombinasyonları daha iyi sonuç vermiştir
- Nöralterapi daha ekonomiktir
- Nöralterapi tek başına ilaç tedavisinde daha etkindir
- Benzer hastalar arası yapılan uygulama kıyaslamasında nöralterapi, akupunktur ve hómoepati de daha etkin bulunmuştur.

Nöralterapi Etki Mekanizması

Peki bu durumda nöralterapi etkisini nasıl açıklayabiliriz? Lokal anesteziğin sodyum kanallarına bilinen klasik ilk etkisinin yanında yeni bir dizi enteresan moleküler etkisi keşfedilmiş ve literatürde “Lokal anesteziğin alternatif etkileri” olarak yerini bulmuştur (2,6,7,8,10,11).

- Antiflojistik etki: Hücre yüzeyinde iyon kanallarına bilinen mekanizma

dışında G-proteini üzerinden etki eder. Böylece lokal anesteziğin hücrede direkt antiflojistik ve klinik olarak da antitrombotik etkilidirler (2,6,7,10,11).

- Nöronal ağrı arkına etkileri. LA ile farmakolojik etkileri ile açıklanabilen uzun süreli ağrısız dönem olabiliyor. Carl Koller ve Sigmund Freud’un 1889’da ilk defa kokain ile tespit ettikleri bu durum Prof. Dr. Spies tarafından 1906’dan beri bilinmektedir (2,7,10).
- Perfüzyonu düzenler ve kanlanmanın yanı sıra doku beslenmesini sağlar (2,6,,10,11).
- İyi kanlanma, iyi perinöral perfüzyon neden tek başına gangliyon enjeksiyonlarının yettiğini açıklar: Gangliyonların kendileri sinir merkezlerinin fonksiyonel olarak iyileşmesi ile daha iyi kanlanırlar (2,6,,10,11).
- Kasların detonizasyonu, tetik nokta terapide anlatılmıştır (7,8).
- Demetilizasyon ile sistemik Prokain etkisi (7), yani Prokain büyük ihtimalle kanser önleyici etkiye de sahiptir. Gözardı ettiğimiz ancak sıkça gözlemediğimiz hastalarımızın daha az kansere yakalandığıdır.
- Tamamlayıcı Tıp için vücut regülasyonunun etki mekanizması çıkış noktasıdır. Eğer kişi sağlıklı ise vücut otomatik olarak düzgün çalışır. Hasarlarda ya gecikmeli ya da yavaş reaksiyon verir (6,11).
- Bütünsel bakıldığında uyarı olmadığı zaman organlar, kaslar, sinirler, bağ

doku ve cilt sorunsuz bir şekilde çalışır (9,11).

- Organizasyon hasarlandığı zaman vücut farklı fonksiyonları aynı anda yapamaz hale gelir ve ağrı gibi kaynaktan uzakta olabilen semptomlar ortaya çıkar (7,8).

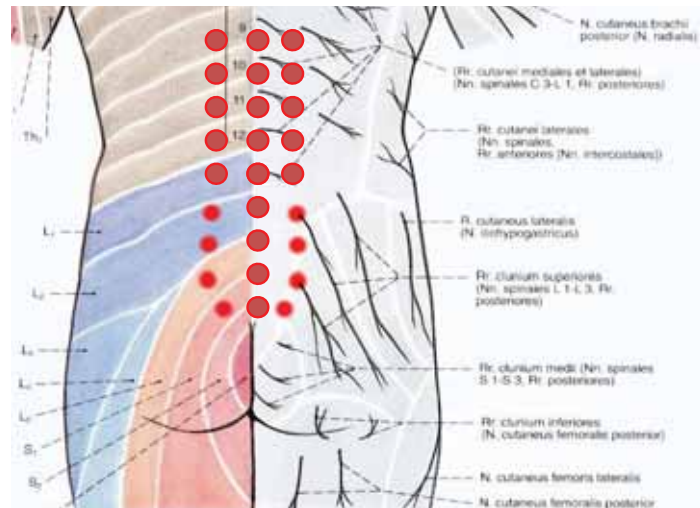
Lokal Anesteziğin, Nöralterapi ve Teröpatik Uygulamalar

Nöralterapi sadece ağrıyla uğraşan bir metot olmayıp ağrıyı oluşturan faktörlere etki ederek fonksiyonel iyileşme ve regülasyonun normalleşmesini sağlayan bir metottur. Eğer Nöralterapiyi kılavuzlara dahil etmek istiyorsak tipik nöralteröpatik uygulama yollarını analiz edip lumbosiyataljide hangi metotlar kullanılabilir tespit etmeliyiz.

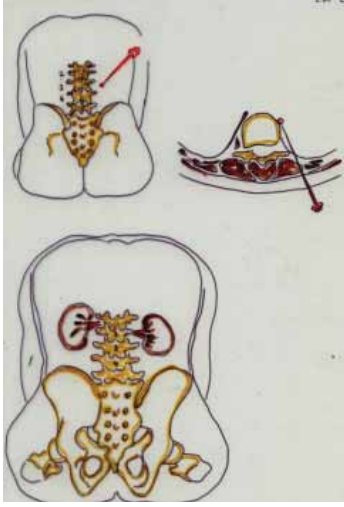
Nöralterapi yaklaşımı (2, 5, 6, 7, 9, 10, 11)

- Lokal tedavi (Quaddel)
- Segment tedavisi Şekil 7
- Sakral kanal enjeksiyon
- Faset enjeksiyonları
- Gangliyon enjeksiyonları (L2 sempatik trunkus blokajı)
- Bozucu alan tedavisi: Tedaviye dirençli vakalarda “Başka ne olabilir?, Başka ne hasar yaratabilir?” diye sorulmalıdır. Bu düşünce bizi nedbele-re, jinekolojik alana, çene-diş bölgesine ve olası diğer bozucu alanlara götürür.

Miyofasiyal ağrı sendromu diğer adıyla aktif tetik noktaların muayenesi ve tedavisi de kronik



Şekil 7. Segmental Tedavi.



Şekil 11. L2 Sempatik trunkus enjeksiyonu.

enjeksiyondur bu enjeksiyonun lokalizasyonu ve hastanın konumlandırılması Şekil 11 gösterilmiştir. (2,6,9,10).

Bel ağrısında Gangliyon coeliacus enjeksiyonu neden etkilidir? Gangliyon coeliacus batin bölgesindeki visseral organlar için son derece önemlidir. Çoğu hastada bağırsak problemi (disbiyoz) tespit ediyoruz ve gangliyon coeliacus

enjeksiyonu yapıyoruz, ancak bu hastaların bel ağrılarında da oluşan gerileme ancak anatomik komşuluk ile açıklanabilir (2,6,11).

En son olarak sakral kanal enjeksiyonu da bel ağrısında önemli bir yer tutar. Bu enjeksiyon tekniği tecrübeliler için doğru yapıldığında tehlikesizdir ve

bel ağrısı tedavi programına rutin sokulması tavsiye edilir (2,9,11).

Yeni Kılavuz Taslağı 2011 (4)

Bugün Nöralterapi ve Regülasyon Tıbbı açısından ne tavsiye edebiliriz? Yeni kılavuza nasıl bakmak lazım?

1. Başlangıçta mobilizasyon ve "3F": Fizyoterapi, Fizik Tedavi (soğuk, sıcak) ve Fitoterapi (NSAI yerine kuş burnu veya aslan pençesi)
2. İkinci sırada gelecek kılavuz "MAN": Manuel Tıp ve Nöralterapi, relakse edin, analjezik ve antiflojistik etkileri ile özellikle nöralterapi.
3. Operasyon sadece ekstrem vakalarda ve eğer uzun vadeli etkileri bilimsel olarak ispatlanırsa göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu şekilde oldukça tasarruflu bir etkiye ulaşılmış ve birçok kronik hastalık engellenmiş olur. İsviçre'de kanıtlanmış bu etki yayınlanırsa, bu uygulama standardının diğer ülkelerde de uygulamadaki yaygın metot olarak kabul edilmesini temenni ediyoruz (1,4,6,11).

KAYNAKLAR

- [1] AWMF (1997): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation „Akuter Rückenschmerz“. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/036-002.htm>
- [2] Barop, H.: Lehrbuch Neuraltherapie nach Huneke, Haug Verlag
- [3] Schmidt CO, Kohlmann T. [What do we know about the symptoms of back pain? Epidemiological results on prevalence, incidence, progression and risk factors]. Z Orthop Ihre Grenzgeb 2005;143(3):292-8.
- [4] <http://www.kreuzschmerz.versorgung-sleitlinien.de>
- [5] Mumenthaler, M., Schliack, T., Stöhr, M.: Läsionen peripherer Nerven und radikuläre Syndrome, 1998, Thieme Verlag, 7. Aufl.
- [6] Nazlıkul, H: Nöralterapi, Nobel Kitabevi İstanbul 2010
- [7] Pecher S, Bottiger BW, Graf B, Hollmann MW: "Alternative" effects of local anesthetic agents. Anaesthesist. 2004 Apr;53(4):316-25.
- [8] Travell & Simons' Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual (2-Volume Set) Lippincott Philadelphia 1999
- [9] Weinschenk S.: Handbuch Neuraltherapie Elsevier München 2009
- [10] Fischer, L: Schweizerische Feldstudie Neuraltherapie 2006
- [11] Gold-Szklarski, Kurt und ÖNR : Neuraltherapie Arbeitsbuch, 2009 Facultas Verlag