



Dr. Demet ERDOĞAN

Bilimsel Nöralterapi Derneği Genel Sekreteri
Bilimsel Akupunktur Derneği Başkanı
Nöralterapi, Akupunktur, Ozonterapi, Fitoterapi, Homeopati
Eğitmenlikler: IFMANT IGNH, BNR, BAR, BTR
Akçam sok. No:23/3 4. Levent/İSTANBUL
Tel.: 0212 283 61 81
www.akupunktur.gen.tr, www.demeterdoğan.com
E-Mail: doktor@akupunktur.gen.tr

Fonksiyonel GIS Hastalıkları ve İrritable Bağırsak Sendromu

- A. Fonksiyonel özofagiyal hastalıklar
B. Fonksiyonel gastroduodenal hastalıklar
C. **Fonksiyonel barsak hastalıklar**
 - **İrritabl barsak sendromu**
 - **Fonksiyonel abdominal distansiyon**
 - **Fonksiyonel konstipasyon**
 - **Fonksiyonel diyare**
 - **Tanımlanamamış fonksiyonel barsak hastalıklar**

D. Fonksiyonel abdominal ağrı sendromu
E. Fonksiyonel safra kesesi ve oddi sfinkteri hastalıkları
F. Fonksiyonel anorektal hastalıklar
G. Fonksiyonel hastalıklar: Yeni doğanlar ve bebekler

H. Fonksiyonel hastalıklar: Çocuklar ve adolesanlar

Fonksiyonel GIS hastalıklar, orta ya da alt gastrointestinal sisteme bağlanabilecek semptomların gözlemlendiği fonksiyonel GIS bozukluklarıdır. Bunlar arasında IBS, fonksiyonel abdominal distansiyon, fonksiyonel konstipasyon, fonksiyonel diyare ve tanımlanamamış fonksiyonel bağırsak hastalığı yer almaktadır.

Bu yazıda toplumda çok sık görülen İBS yeni literatür verileriyle desteklenerek gözden geçirilecek ve Tamamlayıcı tıp açısından tanısı ve tedavisinde neler yapılabileceği irdelenecektir.

İBS toplumda oldukça sık görülen yaşam kalitesini çok bozan, iş gücü

kaybına sebep olan ancak hayatı tehdit etmeyen fonksiyonel bir bozukluktur. Herhangi bir organik bir bozukluk olmaksızın kronik karın ağrıları ve dışkılama bozuklukları ile giden bir tablo vardır.

Hastaların çoğu doktor doktor hastane hastane dolaşarak sayısız tetkikler yaptırmaktadır, muayene, tetkik ve ilaç masrafları ve bunları yaptırmak için harcadıkları zaman ve iş gücü kaybıda hesaba katılırsa bu hastalık oldukça yüksek maliyetlere sebep olmaktadır.

Günlük pratikte gastroenterologların en sık gördüğü olgular olup, I.basamak hizmeti sunan hekimler arasında en yaygın olan 4.tanıdır. Ülkemizde toplam 20 ilden 3214 kişi üzerinde epidemiyolojik bir çalışma yapılmıştır. Bu 20 il Türkiye nüfusunun % 52'sini temsil etmektedir. Roma II kriterlerine göre FBH oranı tüm Türkiye de % 22,4, IBS ise % 2,7, FAB (şişkinlik) % 4,6, F-K (Fonksiyonel konstipasyon) % 8,3, FD (Fonksiyonel diyare) % 1,3 olarak bulunmuştur. (kasap, E.)

Yapılan çalışmalarda, fonksiyonel gastrointestinal hastalıkları olanların, organik gastrointestinal hastalığı olanlara göre daha kötü fonksiyonel duruma, daha kötü hayat kalitesine sahip oldukları gösterilmiştir.



Tablo 1. ROMA III Kriterleri.

Tanıdan en az 6 ay önce başlamış olmak şartıyla son 3 ay içinde her ay en az 3 gün var olan rekurrent abdominal ağrı veya rahatsızlık hissi ile birlikte aşağıdakilerden en az 2 veya daha fazlasının varlığı

1. Defekasyonla düzelme
2. Dışkılama skalasında değişikliklerle birlikte başlaması
3. Feçesin, şeklinde değişikliklerle birlikte başlaması

Destekleyici semptomlar (tanı için şart değildir)

1. Dışkılama skalasında anormallik
2. Feçes şeklinde anormallik
3. Anormal feçes pasajı (zorlanma, urgency veya tam boşalamama hissi)
4. Rektumdan mukus çıkışı
5. Şişkinlik hissi

Hastalığın tanısı için objektif bir yöntem bulunmadığından, laboratuvar bir veri olmadığından tanı semptomlarına ve benzer hastalıkların dışlanması dayanmaktadır ve bunun için önceden hazırlanmış olan anket soruları kullanılmaktadır. İBS için yapılan epidemiyolojik araştırmalarda Manning, Roma I, Roma II ve Roma III kriterleri kullanılmaktadır. Bunların içinde en yenisi Roma III deklarasyonudur.

Etiyopatogenez

İBS'nin fizyopatolojisi hala tam olarak aydınlatılmamıştır. Aşağıda hastalığın fizyopatolojisi ile ilgili olarak ileri sürülen mekanizmalar sıralanmıştır;

1. Gastrointestinal motilite bozukluğu
2. Visseral hipersensitivite
3. İnflamasyon, enfeksiyon ve bakteriyel flora
4. Santral sinir sistemi modülasyonu ve beyin-bağırsak etkileşimleri
5. Genetik
6. Psikososyal faktörler
7. Diğer muhtemel mekanizmalar

Gastrointestinal motilite bozukluğu: Sağlıklı bireylerde güçlü emosyonel veya çevresel stresler, gastrointestinal kanalda motilite artışına yol açabilmektedir. Fonksiyonel gastrointestinal hastalığı olanlarda stresörlere karşı (psikolojik veya fizyolojik) normal bireylere göre daha büyük bir motilite cevabı oluşmaktadır.

Visseral hipersensitivite: Bu hastalarda, balon distansiyonuyla yapılan testlerde ağrı eşikleri

düşüktür (visseral hiperaljezi) ya da normal intestinal fonksiyonlar sırasında bile artmış bir sensitivite söz konusudur (allodynia) ve visseral ağrının somatik yayılım alanında bir artış söz konusu olabilir.

İnflamasyon, enfeksiyon ve bakteriyel flora: Yakın zamanda yapılan ve giderek artan çalışmalar sonucu İBS'de düşük dereceli inflamasyon tanımlanmıştır.

Detaylı immünohistolojik araştırmalar; özellikle diyare predominant tip İBS'li hastaların bir kısmında mukozal immün sistem aktivasyonu olduğunu

göstermiştir. Diğer bir çalışmada, ciddi İBS'li 10 hastanın 9'unda myenterik pleksusta lenfosit infiltrasyonu infiltrasyonu ve 6 hastada da nöronal dejenerasyonun varlığı gösterilmiştir. Bir başka çalışmada ise, kolonik sinirlerin proksimalindeki mast hücrelerinin aktivasyonu ile İBS'deki karın ağrısı arasında bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir.

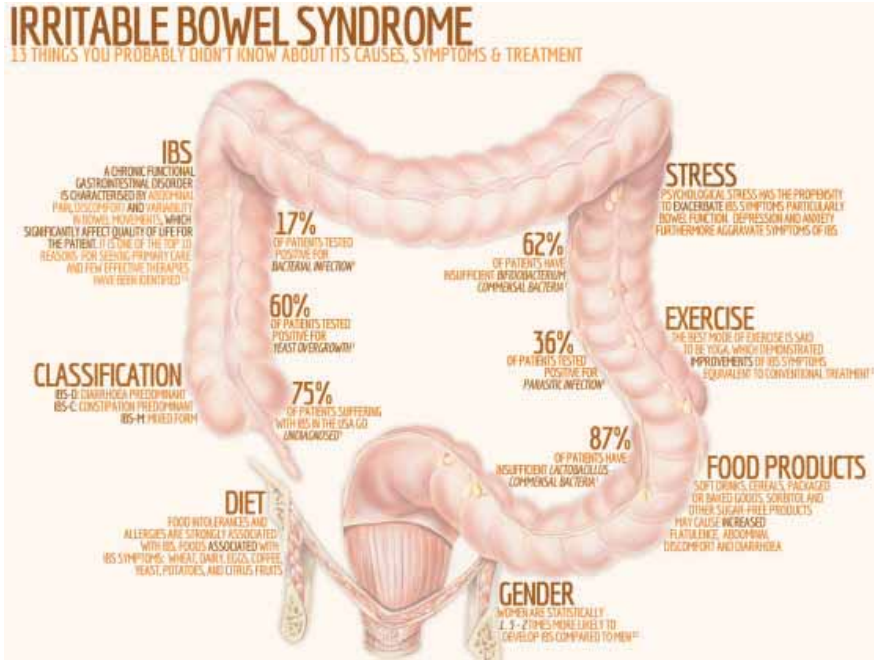
Santral sinir sistemi modülasyonu ve beyin-bağırsak etkileşimleri: Beyinden bağırsağa giden sinyaller uyku, uyanıklık, stres, relaksasyon vb farklı durumlarda sindirim fonksiyonlarını optimize ederler. Bunun tersine bağırsaktan beyine doğru olan sinyaller; ruhsal durum modülasyonunda olduğu gibi, refleks regülasyonunda da primer rol oynarlar. Ayrıca, belirli vagal afferent yollar, ağrının algılanmasını da etkileyebilirler.

Fonksiyonel barsak hastalarında organların ekstrensek otonomik innervasyonunda anormallikler olduğu gösterilmiştir.

Beyindeki emosyonel motor sistem, limbik sistem olarak adlandırılmıştır ve

Tablo 2. Cetinkaya, H. Aydın, O. İrritabl Barsak Sendromuyla İnflamatuvar Barsak Hastalığı Arasındaki ilişki, Güncel Gastroenteroloji Aralık 2007 .

	Genetik	Çevresel Faktörler	Konakçı Yanıtı	Barsak Fizyolojisine Etkisi
İBH	• NOD-2/CH	•Barsak florasına artmış T lenfosit yanıtı	• Th1/CH	• Sekretuar diyare
	• HLA DR2, DR1, DR3/ÜK	•Sigara	• Th2-> ÜK	• Rektal kapasite kaybı
			• pANCA/ÜK	• Bozulmuş motilite
İBS	•Ailesel yatkınlık	•Geçirilmiş gastroenterit	• immün aktivasyon	• Bozulmuş motilite
		•Psikolojik stres		• Visseral hiperaljezi
		•Aşırı bakteri çoğalması	• İEL artışı (CD3, CD25)	• Visseral artmış duyarlılık



bazı paralimbik yapılar (medial prefrontal korteks, amygdala ve hipotalamus), bağırsağa uzanan otonom sinir sistemi vasıtası ile emosyonel değişikliklerle ilişkilidirler. SSS, aynı zamanda bağırsakta oluşan olayların algılanmasında da esas rol oynar. Stres, anksiyete veya nahoş olayların çağrışımı ağrılı olayların algılanmasını artırırken; hipnoz, relaksasyon ve oyalayıcı uğraşlar, algısal duyarlılığı azaltabilir.

Genetik: İkiz çalışmaları ve aile çalışmaları, İBS' de genetik bir katkının olabileceğini düşündürmekle birlikte, genetik konusu tartışmalıdır.

Psikososyal faktörler: Psikolojik stres, gastrointestinal semptomları alevlendirmektedir.

İBS'li hastalar strese karşı özellikle hassas olup, aşırı tepkiler verirler İBS hastaları arasında psikolojik ve psikiyatrik bozukluklar yaygındır. Fonksiyonel bağırsak hastalıkları olanlarda psikiyatrik bozuklukların prevalansı % 40-90

kadardır. İBS bir kronik hastalıktır ve tüm kronik hastalıklarda İBS'li hastaların %80'inde Majör depresyon, Somatizasyon bozukluğu, Anksiyete bozukluğu, Panik bozukluk, Hipokondriyazis, Fobiler, posttravmatik stres hastalığı, uyku bozuklukları gibi problemler vardır.

Gıda Duyarlılığı: Başta IBS olmak üzere, fonksiyonel barsak hastalıklarında giderek artan oranda gıda duyarlılığı bağlantısına rastlanmaktadır.

Tanı

İrritabl Barsak Hastalığı tanısı; ağrı/ rahatsızlık hissi, bağırsak alışkanlıkları ve dışkı özellikleri arasındaki ilişkilerin dikkatlice yorumlanmasına dayanır. Defekasyona bağlı ağrı/rahatsızlık hissi genelde bağırsak kaynaklı iken, egzersiz, hareket, idrar yapma ya da menstrüasyona bağlı olanların nedeni genellikle farklıdır. Ateş, gastrointestinal kanama, kilo kaybı, anemi, abdominal kitle ve

diğer benzer semptomlar ve belirtiler İBS'ye bağlı değildir, ancak eşlik edebilir.

Kadınlarda, pelvik ağrı, menstrüasyon boyunca IBS semptomlarının kötüleşmesi ve disparoni ya da diğer jinekolojik semptomlar tanıyı maskeleyebilir. Semptomların yanlış değerlendirilmesi, hastaneye yatış ve cerrahi girişime, özellikle kolesistektomi, appendektomi ve histerektomiye yol açabilir. Pelvik ya da abdominal ağrısı olan hastalarda bağırsak disfonksiyonunun tanınması ve değerlendirilmesi gereksiz cerrahi girişimleri azaltabilir.

Dikkatli bir öykü, muayene, sınırlı laboratuvar ve her hastanın gereksinimine göre düzenlenmiş yapısal değerlendirmelerle genellikle sağlıklı bir tanı konabilir. İBS tanısı genelde herhangi bir test yapılmaksızın konabilir. Tanı sonrasında, klinik özelliklerde bir değişiklik, yeni araştırmaları gerektirir. Ancak tekrarlama beklenebilir ve gereksiz testler hastanın tanıya ve doktora olan güvenini sarsabilir.

Kronik abdominal ağrı; genellikle kramp tarzında, şiddetinde değişken olabilen ve periyodik alevlenmelerle belirginleşen bir ağrıdır. Genellikle alt abdomendedir, sıklıkla sol tarafa lokalizedir. Bununla birlikte lokalizasyon ve ağrı karakteri büyük değişkenlik gösterir. Emosyonel stres ve gıda alımı ağrıyı arttırabilir, defekasyonla kısmen ağrı azalır. Ağrıya; majör bir psikolojik bozukluk eşlik etmedikçe beraberinde iştahsızlık, malnütrisyon, kilo kaybı olmaz. Progresyon gösteren, uykudan uyandıran ya da uyutmayan ağrılar da İBS için karakteristik değildir

Hastanın feçesinin volümü, sıklığı ve kıvamı dikkatle soruşturulmalıdır. İBS'li hastalar; diyare, kabızlık ya da her ikisinden şikayet edebilecekleri gibi, tamamen normal defekasyon özelliğine de sahip olabilirler.

Tablo 3. İBS'nin Baskın Dışkılama Düzenine Göre Alt Türünün Belirlenmesi.

- Konstipasyon gözlenen İBS (IBS-C)** - bağırsak hareketlerinin ≥ 25 'i sert ya da topak diskilamadan ve < 25 'i yumuşak (lapa gibi) ya da sulu diskilamadan oluşmaktadır.
- Diyareli İBS (IBS-D)** - bağırsak hareketlerinin ≥ 25 'i yumuşak (lapa gibi) ya da sulu diskilamadan ve < 25 'i sert ya da topak topak dışkılamadan oluşmaktadır.
- Karma İBS (IBS-M)** - bağırsak hareketlerinin ≥ 25 'i sert ya da topak topak diskilamadan ve ≥ 25 'i de yumuşak (lapa gibi) ya da sulu diskilamadan oluşmaktadır.
- Alt türe ayrılmamış İBS** - dışkının kıvamında, İBS-C, D ya da M kriterlerini karşılamak için yeterli düzeyde anormallik olmaması.

Tablo 4. Bristol Dışkı Form Skalası: alt grupların oluşturulmasında yararlanılır..

Tip Tanım

1. Fındık gibi ayrı ve sert kümeler (çıkışı zor)
2. Sosis biçimli ancak topak topak
3. Sosis biçimli ama yüzeyinde çatlaklar var
4. Sosis ya da yılan gibi, yumuşak ve düzgün yüzeyli
5. Sınırları keskin yumuşak kabarcıklar (çıkışı kolay)
6. Kenarları parçalanmış yumuşak parçalar, lapa gibi bir dışkı
7. Sulu, katı parça yok, tamamen sıvı

İBS'de GIS Kaynaklı Semptomlar

- Karın ağrısı
- Diyare
- Konstipasyon
- Düzensiz dışkılama
- Gaitada mukus
- Şişkinlik ve karında gerginlik hissi
- Gıda intoleransı
- Aşırı laksatif kullanımı
- Hiç bir şeye özgün olmayan müphem semptomlar

İBS'de Sistemik Semptomlar

- Disparoni
- Sık idrara çıkma, acil idrar yapma ihtiyacı
- Noktüri
- Mesanenin tam boşalamadığı hissi
- Sırt ağrısı
- Yorgunluk
- Migren tipi baş ağrısı
- Bronş hiperreaktivitesi ile ilişkili semptomlar

Ayırıcı Tanı

- Diyetetik faktörler: Laktoz, kafein, alkol, yağ, gaz üreten besinler, ilaçlar.
- Enfeksiyonlar: Giardia lamblia, bakteriyel enfeksiyonlar, Amip, yersinia, Strongyloides stercoralis
- inflamatuvar durumlar: İnflamatuvar Barsak Hastalıkları, mikroskobik kolit
- Kolon Ca.
- Malabsorbsiyon sendromları (Ör: gluten enteropatisi, postgastrektomik durumlar, pankreatik yetersizlik vb.)

- Psikolojik durumlar: Anksiyete, panik bozukluklar, depresyon vb
- Diğer: Endokrin hastalıklar (ör. diyabetes mellitus, hipotiroidi, hipertiroidi), endometriozis, pelvik inflamatuvar, hastalıklar, endokrin tümörler, AIDS, gastrik sarkoidozis.

Ayırıcı Tanıda Alarm Bulguları

- Öykü: Kilo kaybı, ileri yaşta başlangıç, gece uyandıran semptomlar, aile öyküsü (kanser, İBH).
- Fizik muayene: Ateş, abdominal muayenede kitle, hepatomegali, artrit, dermatit, malabsorbsiyon bulguları
- Başlangıç laboratuvar: Anemi, lökositoz, eritrosit sedimentasyon hızında artış, gaitada gizli kan varlığı, anormal biyokimya bulguları.

Tedavi ve Nöralterapi Yaklaşımı

Tedavi, semptomların ciddiyetine ve hakim olan semptomu göre ayarlanmalıdır. Tedavi stratejisi; semptomların şekli ve ciddiyet derecesi, gıda alımı ve/veya defekasyonla ilişkisi, fonksiyonel yetersizliğin derecesi ve psikososyal problemlerin mevcudiyeti üzerine kurulmaktadır.

Karşılıklı bir hasta-hekim ilişkisi tedavi sürecini çok iyi yönde etkilemektedir. Hekim hastasını çok iyi dinlemeli, soru-cevap tarzında notlarını almalı ya da yapılan anket sonuçlarını hasta ile karşılıklı değerlendirmeli ve hastanın sorularına açık ve anlaşılır cevaplar vermelidir.

Bu tarz bir yaklaşım, ziyaret sayısını azaltmakta, hastanın memnuniyet duy-

gusunu arttırmaktadır. Uygun tarzda bilgilendirilmeyen hastalar, daha fazla hekim ziyaretine ihtiyaç duymaktadırlar. Ayrıca hastaya hastalığı ile ilgili diagnostik ve prognostik bilgi verilirse, hastaların semptomları da azalmaktadır veya başka bir bakış açısıyla durumunu daha iyi anlayan hastanın semptomları karşılama davranışı değişmektedir.

Fizyolojik Özellikler

İBS önemli biyolojik ve psikososyal faktörlerin bir etkileşimidir. Motilite değişikliği, visceral hiperaljezi, beyin-bağırsak etkileşiminin bozulması, anormal merkezi işlem, otonom ve hormonal olaylar, genetik ve çevresel faktörler, postenfeksiyöz sekeller ve psikososyal bozuklukların bireye göre farklı katılımları olur.

Psikososyal Özellikler

Özellikle yatkın hastalarda panik bozukluk, genel anksiyete bozukluğu, duygudurum bozuklukları ve post-travmatik stres bozukluğu, uyku bozukluğu ve baş etme bozukluğu sık görülür. Çocuklukta kötü muamele öyküsü sıklıkla.

İBS'nin bütün bu patofizyolojik özellikleri göz önüne alınırsa Nöralterapi vasıtasıyla Enterik Sinir sisteminin düzenlenmesi ile motilite bozukluğu ve Visceral hipersensitivite düzeltilebilir. Beyin - bağırsak eksenindeki iletişim hataları giderilebilir, HHA aks üzerinde otonom ve hormonal disfonksiyonu düzenleyici mekanizmalar harekete geçirilebilir.

Nöralterapi terim olarak, vücudun kendi nörovegetatif sistemini kullanarak etkili olan bir tedaviyi ifade eder. Bu yöntemde lokal anesteziyeler kullanılarak, periferik ve santral vegetatif sinir sisteminin regüle edilmesi ve bu yolla pek çok fonksiyonel-revesibl rahatsızlığın tedavi edilmesi amaçlanır. % 0,5-1 prokain veya lidokain kullanılır.

Lokal anesteziyelerin sinir sistemi üzerinde çok yönlü etkileri vardır. Literatürde farklı moleküler etkilerini destekleyici pek çok veri bulunmaktadır. Mevcut klinik çalışmalar ve olgu sunumları akut ve kronik ağrıda, fonksiyonel hastalıklarda, CRPS gibi vegetatif rahatsızlıklarda, mide bağırsak kanalı rahatsızlıklarında ve kronik inflamasyonda etkili olduğunu göstermektedir.

Lokal Anesteziklerin sodyum iyon kanalları üzerindeki iyi bilinen etkileri dışında SSS de nöroprotektif etki sağlamak, nöropatik ağrıda sempatik aktivasyona karşı korunma gibi ve intrakraniyal hipertansiyonu düşürmek gibi etkileri vardır. İBS ve Kronik Kabızlık (hatta Kronik Enflamatuvar Bağırsak hastalıklarında) Nöralterapiden elde edilen sonuçlar umut vericidir.

Karın boşluğunun özelleşmiş bir sinir sistemi vardır; Enterik Sinir Sistemi – ESS

- Sempatikler
 - spinal çekirdek T 6 - L2, Ganglion coeliacum
- Parasempatikler
 - N. vagus, spinal çekirdek S 2-4, (Vasodilatasyon) Ganglion coeliacum, ganglion inf. N. vagi (Retrostoyloidaler alan)
- N. phrenicus
 - Spinal çekirdek C 3-6, Ganglion stellatum

Enterik sinir sistemindeki (ESS) bozukluklar İBS'nin ana semptomlarına yol açabilir:

- **Hipersensitivite**
 - Hem normal hem de ağırlı uyaranlara visseral afferent yanıt artmıştır.
 - Mediyatörler 5-HT, bradikinin, taşikininler, CGRP ve nörotropinlerdir.
- **Gİ kanalın primer motilite bozukluğu**
 - 5-HT, asetilkolin, ATP, motilin, nitrik oksid, somatostatın, P maddesi ve VIP araalık eder.

LA infüzyonunun ana endikasyonu kronik ağrı ve enflamasyondur, ancak özellikle mide – bağırsak kanalını ilgilendiren durumlarda örneğin post operatif ileus önlenmesinde, akut pankreatitin önlenmesinde, İBS 'de prokain infüzyo-

nu ve ayrıca lokal olarak rektal lidokain uygulaması da önerilmektedir.

İBS nin oluşum mekanizması yukarıda da anlatıldığı gibi çok farklı patofizyolojik süreçlere dayanmaktadır. Ancak Nöralterapi bakış açısıyla değerlendirdiğimizde olayın birkaç yönü öne çıkmaktadır;

- Nörovegetatif sistemin disregülasyonu
 - Gastrointestinal motilite bozukluğu
 - Visseral hipersensitivite
- Santral sinir sistemi modülasyonu ve beyin-bağırsak etkileşimleri
- Stres HHA aks -> hormonal disfonksiyon
- İnflamasyon, enfeksiyon
- Bakteriyel flora
- İmmün sistem disfonksiyonu
- Besin intoleransı
- Bozucu Alanlar

Geçirilmiş operasyon ve hastalıklar iyice sorgulanıp Nöralterapi bakış açısıyla bozucu alan olabilecek kaynaklar giderilmelidir.

NöroVejetatif sistemi düzenleyecek en önemli regülasyon yönteminin, Nöralterapi olduğu asla ve asla unutulmamalıdır. (H.Nazlıkul)

- Segmental tedavi;
 - T10- L2 arasına quaddel
 - S2-S4 arasına quaddel
 - Trigeminius noktaları
 - Bağırsakların Head Zonları
 - Göbek enjeksiyonu
 - Karında Hopfer çelengi
 - Vogler noktaları
 - Üst etki; Gang. Coeliacum
- Bozucu Alan Tedavisi
 - Skarlar, dişler, göbek
 - Sinüsler
 - Bozulmuş Bağırsak florası...
- Prokain – Baz infüzyonu

Besin intoleransı her hastada düşünülmesi gereken bir önemli bir ayrıntıdır. Eğer besinlere karşı bir intolerans söz konusu ise beslenmenin ona göre düzenlenmesi şarttır. (örneğin laktoz veya früktoz intoleransı.)

İBS'li hastaların bir kısmında düşük dereceli de olsa mukozal inflamasyonun gösterilmesiyle İBH'da etkili olduğu gösterilmiş olan probiyotik İBS tedavisinde de kullanılması ile ilgili çeşitli çalışmalar mevcuttur. Ayrıca bu hastalarda çoğunlukla Bağırsak flora bozukluğu görüldüğünden Bağırsak Flora sanitasyonu yapılması anlamlıdır.

Nöralterapiye ek tedaviler

Ozon tedavisi: Ozon vücudun kendi interferon ve interlökinlerini artan miktarlarda üretmesini sağlar. Deri ve mukozaların fungal enfeksiyonlarını yok edici özelliği vardır. Bu sebeple özellikle rektal yoldan ozon uygulaması barsak mukozası üzerinde iyileştirici etkiye sahip olduğu gibi immün direncide destekler. Ayrıca Fiziksel dayanıklılığı arttırmaktadır. Zihinsel ve bedensel yorgunlukta ozon tedavisi destekleyicidir. Bu da hastaların moralini yükseltebilir.

Pulsatil Manyetik alan tedavisi: Hücre zarlarında madde alış veriş ve hücre zarının fonksiyonlarının düzenlenmesi yanında antiinflamatuvar, spazmolitik, analjezik, hormonal ve enzimatik süreçleri düzenleyici etkilidir.

Sonuç; İrritabl Barsak Hastalığı Nöralterapi ile uzun süreli kontrol altında tutulabilir, ilaç kullanımı, hastanın gereksiz doktor ziyaretleri ve gereksiz tetkik masrafları çok azaltılır. Ek olarak kronik bir hastalık olan İBS'nin getirdiği psikolojik yükün hafifletilmesiyle hastanın yaşam kalitesi düzeltilmiş olur.

KAYNAKLAR

- [1] Kasap, E, Bor, S. (6/2006).Fonksiyonel Barsak Hastalığı Prevalansı. *Güncel Gastroenteroloji*
- [2] Gülşen, M. İrritabl Barsak Sendromu, *Güncel Gastroenteroloji*, 7/ 2007
- [3] Cetinkaya, H. Aydınli, O. İnflamatuvar Barsak Hastalığıyla İrritabl Barsak Hastalığı arasındaki ilişki 12/2007
- [4] Akyüz,Ü. Akyüz, F. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı mı? İrritabl Bağırsak Sendromu mu? Yeditepe Ü. Tıp fak. Gastroenteroloji kl. 2008
- [5] Zhou Q, Price DD, Verne GN. Reversal of visceral and somatic hypersensitivity in a subset of hypersensitive rats by intracolonic lidocaine. *J.pain*.2008.04.002. Epub 2008 May 16.
- [6] Verne GN, Sen A, Price DD. Intrarectal lidocaine is an effective treatment for abdominal pain associated with diarrheapredominant irritable bowel syndrome. *J Pain*. 2005 Aug;6(8):493-6.
- [7] Rodrigues A, King CD, The effect of topical local anesthetics on thermal pain sensitivity in patients with irritable bowel syndrome. PMID: 22550579 [PubMed]
- [8] Demirtaş, S. Kronik Hastalıklar ve Gıda Duyarlılığı; www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/ay2011/eylul2011/gidatolerans.html
- [9] Nak, S. Giray; İrritabl Kolon Sendromu, ppt
- [10] Nazlıkul H. Nöralterapi; 2010, Nobel Tıp Kitapevi
- [11] Barop, H.; Lehrbuch und Atlas der Neuraltherapie nach Huneke, 1996, Hippokrates
- [12] Fischer, L. , Neuraltherapie nach Huneke, 2001, Hippokrates
- [13] www.noralterapi.com
- [14] Weinschenk,S.; Neural therapy—A review of the therapeutic use of local anesthetics, Acupuncture and related therapies,1,2012 5-9
- [15] Cassuto,J, Sinclair,R; Anti-inflammatory properties of local anesthetics and their present and potential clinical implications, *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50: 265—282
- [16] Fischer,L., Peucker, E.T., Lehrbuch Integrative Schmerztherapie, 2011, Haug
- [17] Erdoğan ,D.; Kronik Kabızlık , BARNAT sayı:3; Nobel Tıp Kitapevi
- [18] Piehler, P; Neuraltherapie in der Gastroenterologie; Zeitsch. Für Komplementmedizin 2013-01

IFMANT

International Federation of Medical Associations of Neural Therapy

Uluslararası Nöralterapi Federasyonu 3 Kasım 2012'de kurulmuştur. Bundan böyle çeşitli ülkelerde faaliyet gösteren Nöralterapi Dernekleri IFMANT çatısı altında çalışmalarına devam edeceklerdir. Federasyon tarafından Kongre, Sempozyum, çeşitli çalıştaylar düzenlenecek ve Nöralterapi eğitim müfredatı yenilenen şekliyle tüm dernekler tarafından uygulamaya konulacaktır. IFMANT'ın kuruluş fikrini ortaya atan Prof. Dr. Hüseyin Nazlıkul kurucu üye olarak girdiği Yönetim Kurulunda 2. Başkan olarak görev almıştır. BNR-Bilimsel Nöralterapi Derneği ise Federasyonun kurucu cemiyetleri arasında yerini almıştır.

IFMANT 1. Yönetim Kurulunu kutluyor ve çalışmalarında başarılar diliyoruz.

Başkan**2. Başkan****Sekreter****Sayman****Üye****Dernek Sekreteryası**

Dr. Wolfgang Ortner

Prof. Dr. Hüseyin Nazlıkul

Dr. Rudolf Hausammann

Dr. Petja Piehler

Dr. Hans Barop (Dernekler arası eğitim müfredatı düzenlenmesi ve denetlenmesinde sorumlu başkan)

Bayan, Erika Rieder info@santh.ch**Bilimsel Kurul Başkanları:**

Dr. Hans Barop ve Dr. Hüseyin Nazlıkul

Kurucu Dernekler

IGNH- Almanya

Dr. Jürgen Rehder

Avusturya NT Derneği

Dr. Helmut Liertz

DGfAN - Almanya

Dr. Rainer Wander

SANTH - İsviçre

Dr. Rudolf Hausammann

BNR - Türkiye

Prof. Dr. Hüseyin Nazlıkul

Hollanda NT Derneği

Dr. Erik van der Bji

Yunanistan NT Derneği

Dr. Gerasimos Papathanasiou

Bulgaristan NT Derneği

Dr. Petja Piehler

Belçika NT Derneği

Dr. Mark Bottu