

# Νεογνά και Βρέφη - Μέρος 2ο

## ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΒΡΕΦΗ – ΜΕΡΟΣ 2ο



Του John E. Upledger, DO, OMM

### Εμβρυουλκία και αναρροφητική εμβρυουλκία.

Μόλις το κεφάλι του νεογνού εξέλθει από τον γεννητικό σωλήνα κι απελευθερωθεί από την πίεσή του, μπορούμε να εστιάσουμε σε ό,τι λαμβάνει χώρα καθώς γεννιέται το υπόλοιπο σώμα του παιδιού. Το ταξίδι μέσα από τον γεννητικό σωλήνα περιλαμβάνει μία λαμπρά ενορχηστρωμένη σειρά στρέψεων και συστροφών για τον κορμό και την λεκάνη του παιδιού, οι οποίες ουσιαστικά κινητοποιούν κάθε άρθρωση στην σπονδυλική στήλη και στην πύελο και προκαλούν διάταση σε όλο το μυϊκό σύστημα και στους μαλακούς ιστούς εκείνων των τμημάτων. Η φύση έχει σχεδιάσει έτσι την διαδικασία αυτή ώστε να εξαρτάται περισσότερο από την εξώθηση που προκαλείται από τις συσπάσεις της μήτρας παρά από την έλξη που ασκείται από εξωτερικά εφαρμοζόμενες δυνάμεις.



Όταν οι βοηθοί στην διαδικασία του τοκετού ασκούν υπερβολικό ελκυσμό στο κεφάλι του παιδιού προκειμένου να «βοηθήσουν» το σώμα του να βγει μέσα από τον γεννητικό σωλήνα, είναι πιθανόν να προκαλέσουν σημαντικές υπερεκτάσεις των μυών, των συνδέσμων, των περιτονιών και

των αρθρώσεων του παιδικού σώματος. Το σώμα απαντάει στην

υπερέκταση με σύσπαση των ιστών. Επίσης μπορεί να υπάρξουν μικρές εξαγγειώσεις αίματος οι οποίες δρουν ως ερεθιστικοί παράγοντες που ίσως αργότερα να επιφέρουν ίνωση των μαλακών ιστών. Τα φαινόμενα αυτά ενδέχεται να παρουσιαστούν μέσα στο κρανιοϊερό σύστημα και στους παρασπονδύλιους και πνελικούς ιστούς.

Οπουδήποτε κι αν παρουσιαστούν, οι υπερεκτάσεις και οι εξαγγειώσεις μπορούν να παρεμποδίσουν άμεσα ή έμμεσα την ορθή λειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να γίνει απελευθέρωση των υπερεκτάσεων, οι συσπασμένοι ιστοί θα πρέπει να χαλαρώσουν, η ανταλλαγή υγρών σε ιστούς όπου έχει διαχυθεί εξαγγειωθέν αίμα θα πρέπει να ενισχυθεί, και όλες οι αρθρώσεις θα πρέπει να κινητοποιηθούν όσο πιο γρήγορα γίνεται μετά τον τοκετό.

Εάν αυτά τα ζητήματα δεν επιλυθούν, μπορεί να προκαλέσουν ποικίλα προβλήματα του κρανιοϊερού συστήματος και της σπονδυλικής στήλης (τα οποία προσωπικά πιστεύω ότι είναι πιθανόν να εκδηλωθούν αργότερα ως σκολίωση) καθώς και ανισορροπίες της πύελου (που ενδεχομένως εύκολα θα παρεμποδίσουν την ορθή λειτουργία των οργάνων της πύελου). Η πλειονότητα αυτών των προβλημάτων είναι εύκολο να διορθωθεί αμέσως μετά τον τοκετό, και ουσιαστικά η θεραπεία είναι ακίνδυνη όταν εκτελείται από κάποιον εξειδικευμένο στην Κρανιοϊερή Θεραπεία. Απαιτούνται μόνο λίγα λεπτά για να διεξαχθεί η αξιολόγηση και η θεραπευτική αγωγή στην αρχή της ζωής ενός παιδιού · είναι κρίμα να μην πραγματοποιείται όσο πιο γρήγορα γίνεται.



Άλλες αιτίες για την δυσλειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος που σχετίζονται με τον τοκετό συμπεριλαμβάνουν τις ανώμαλες προβολές, όπως είναι η προσωπική προβολή ή η προβολή των άνω άκρων ή των κάτω άκρων και η ισχιακή προβολή. Κάθε μία από αυτές

παρουσιάζει μη φυσιολογικές εντάσεις, υπερεκτάσεις και πιέσεις επάνω στο σώμα του παιδιού, οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν ως ιδιαίτερα προβλήματα του κρανιοϊερού συστήματος. Το σύστημα πρέπει να αξιολογηθεί ώστε να προσδιοριστεί η δυσλειτουργία, και οι φυσικοί μηχανισμοί αυτο-διόρθωσης πρέπει να υποστηριχτούν για να επιτευχθεί η πλήρης λειτουργία τους και η αποδοτική λειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος.

Οι με εμβρυολικό ή αναρρόφηση υποβοηθούμενοι τοκετοί συχνά επιβάλλουν τις υπερβολικές δυνάμεις «τραβήγματος» οι οποίες εισάγουν πρότυπα μηχανισμών υπερεκτάσεως στους ιστούς του σώματος. Ο εμβρυολικός, που εφαρμόζεται ασύμμετρα, συχνά καταλήγει σε παραμόρφωση του κεφαλιού που είναι πέρα από τις ικανότητες του παιδιού να την διορθώσει με τους δικούς του μηχανισμούς. Κάποιος εξειδικευμένος στην Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορεί να επιλύσει τέτοια προβλήματα το γρηγορότερο μετά τον τοκετό.



Η προσωπική μου εμπειρία με παιδιά που γεννήθηκαν με αναρροφητική εμβρυολική διαμόρφωση την ακλόνητη αντίθεσή μου ως προς αυτή την πρακτική. Η εφαρμογή κενού ή αναρρόφησης στο εξωτερικό του κεφαλιού ενός παιδιού δημιουργεί αρνητικές δυνάμεις στο εσωτερικό του κεφαλιού που μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αναρρόφηση μη φυσιολογικών ποσοτήτων ενδοκρανιακών υγρών στην κορυφή του κρανιακού θόλου. Αυτό το «οίδημα» είναι δυνατόν να καταλήξει σε μακροχρόνιες δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος που σχετίζονται με την απώλεια της ευκαμψίας των μηνιγγικών μεμβρανών, και πιθανώς με κάποιου βαθμού ίνωση των ιστών που προορίζονταν να είναι μαλακοί κι ελαστικοί.

Τα παιδιά που γεννήθηκαν με «βεντούζα» και τα οποία αναλάβαμε στην κλινική μας χρειάζονται μακρόχρονη Κρανιοϊερή Θεραπεία (ΚΙΘ), ακόμη κι αν η θεραπεία ξεκινήσει από το πρώτο έτος της ζωής τους. Τα προβλήματα είναι ανατάξιμα, όμως εάν υπάρχει

άλλη επιλογή για τον τρόπο του τοκετού, θα ήταν καλύτερα να αποφεύγεται ο κίνδυνος που παρουσιάζεται με την εφαρμογή τόσο ισχυρών δυνάμεων κενού στην κορυφή του λεπτού κεφαλιού του εμβρύου.

### **Καισαρική τομή**

Στην αρχή της δουλειάς μου είχα εκπλαγεί βλέποντας την έντονη σχέση μεταξύ της παρουσίας σημαντικών δυσλειτουργιών του κρανιοϊερού συστήματος και του τοκετού με καισαρική τομή. Για εμένα αποτελούσε μεγάλο γρίφο μέχρι που θυμήθηκα περιπτώσεις κατά την διάρκεια καισαρικών τομών όπου είδα το αμνιακό υγρό να εκτινάσσεται μερικές ίντσες προς τα πάνω στον αέρα καθώς γινόταν η τομή στην μήτρα. Αυτό υποδείκνυε την απότομη μείωση της πίεσης στο εσωτερικό της μήτρας όπου ζούσε το παιδί τους προηγούμενους εννέα μήνες. Η φυσιολογία του εμβρύου θα μπορούσε να δοκιμαστεί σοβαρά από αυτή την απότομη αλλαγή στην πίεση. Μοιάζει να είναι παρόμοιο με κάποιον δύτη που βγαίνει στην επιφάνεια του νερού πολύ γρήγορα και υποφέρει από «τη νόσο των δυτών».



Από κρανιοϊερή οπτική γωνία, αυτή η απότομη μείωση της εξωτερικής πίεσης ενδεχομένως να οδηγήσει σε ταχεία διαστολή του κεφαλιού του εμβρύου. Αυτό, με τη σειρά του, θα μπορούσε εύκολα να καταλήξει σε ενδοκρανιακή υπερέκταση των μεμβρανών, σε

μικρορρήξεις των μηνιγγικών μεμβρανών και σε μικροαιμορραγίες των τριχοειδών αγγείων. Καθώς αυτά τα εξαγγειωθέντα ερυθρά αιμοσφαίρια αποδομούνται, υφίστανται βιοχημικές μεταβολές με τις οποίες μετατρέπονται σε χολικά άλατα που ερεθίζουν τον εγκεφαλικό ιστό και τις μεμβράνες. Ο ερεθισμός αυτός του ιστού καταλήγει σε ίνωση με την μορφή γλοίωσης στην απώλεια της ελαστικότητας των μεμβρανών του εγκεφάλου, καθώς και σε μικρές αλλά σημαντικές συμφύσεις μεταξύ των μεμβρανών. Τέτοιες καταστάσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος που θα απαιτούσαν εκτεταμένη θεραπεία.

Συμβάματα μετά τον τοκετό ικανά να σχετίζονται με δυσλειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος.

Το πιο κοινό σύμβαμα μετά τον τοκετό που παρατηρήσαμε ότι αποτελεί αιτία για δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος απαντάται κατά την αναρρόφηση υγρών από το στόμα και τη μύτη. Η σκληρά και η μαλακή υπερώα του νεογνού, καθώς και οι ρινικές δομές αυτού είναι εξαιρετικά λεπτεπίλεπτες την ώρα του τοκετού. Το πουάρ ή ο αναρροφητικός σωλήνας εύκολα πληγώνει τους μαλακούς ιστούς, προκαλώντας έτσι τη σύσπασή τους. Όταν επιμένει, αυτή η σύσπαση επηρεάζει την κινητικότητα της σκληράς υπερώας και του ρινικού οστού, η οποία με τη σειρά της προκαλεί δυσλειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος.

Προβλήματα της σκληράς υπερώας συνήθως καταλήγουν σε δυσλειτουργία του σφηνοειδούς ή / και των κροταφικών οστών. Αυτά τα προβλήματα μπορούν εύκολα να οδηγήσουν σε δυσλειτουργία του συστήματος του οπτικού νεύρου και σε σοβαρή ευερεθιστότητα του παιδιού. Άλλα συμπτώματα είναι συχνά αισθητηριακά και πολύ δύσκολο να αξιολογηθούν αφού το νεογνό δεν μπορεί να περιγράψει λεκτικά κάποιο αίσθημα. Ως εκ τούτου έγκειται στην οξύνοια του ειδικού στην Κρανιοϊερή Θεραπεία να εντοπίσει τις δυσλειτουργίες του συστήματος χωρίς επιπλέον ενδείξεις πέρα από το κλάμα κι άλλα σημάδια δυσφορίας. Περιστασιακά η αναρρόφηση γίνεται μάλλον βίαια και μπορεί να εμφανιστεί πραγματική οστική δυσλειτουργία της σκληράς υπερώας, των ζυγωματικών ή / και της κάτω γνάθου. Τέτοια προβλήματα είναι περισσότερο έκδηλα και συνεπώς ανιχνεύονται ευκολότερα κατά την διαδικασία της αξιολόγησης. Όποιο πρόβλημα ανιχνεύεται πρέπει στην συνέχεια να διορθώνεται.

Άλλα προβλήματα του κρανιοϊερού συστήματος μετά τον τοκετό συνήθως φαίνεται να σχετίζονται με τραυματισμούς, όπως σε περίπτωση πτώσης του νεογνού. Πρόκειται για μεμονωμένα κι εξατομικευμένα προβλήματα τα οποία πρέπει να αξιολογηθούν ξεχωριστά σε κάθε παιδί. Ο ειδικός στην Κρανιοϊερή Θεραπεία οφείλει να διορθώνει τα παθολογικά ευρήματά του.

**Η αξιολόγηση του κρανιοϊερού συστήματος και η διαδικασία του**

## πρωτόκολλο.

Μίλησα εκτενώς για την Κρανιοϊερή Θεραπεία και τις εφαρμογές της στην αίθουσα τοκετών καθώς και στα πρώτα στάδια της ζωής του νεογνού. Κλείνοντας, θα ήθελα να περιγράψω την αρχική αξιολόγηση και το πρωτόκολλο όπως τα διεξάγω στην αίθουσα τοκετών ή στο τμήμα νεογνών του νοσοκομείου.



Πρώτα, απλά κρατώ τον κρανιακό θόλο του παιδικού κεφαλιού στο ένα χέρι κι εξετάζω για σκλήρυνση ή / και ασυμμετρία επάνω σε ολόκληρη την επιφάνεια του κρανιακού θόλου. Έπειτα βάζω ένα δάχτυλο του άλλου χεριού μου μέσα στο στόμα του

παιδιού και προσπαθώ να προκαλέσω το αντανακλαστικό του θηλασμού. Εάν αυτό εκδηλωθεί, τότε το ενισχύω σε συγχρονισμό με τον προσωπικό ρυθμό του παιδιού. Αυτή η τόνωση πραγματοποιείται με απαλή πίεση του δαχτύλου στον ουρανίσκο σε κάθε έκλυση του αντανακλαστικού. Εάν δεν παρουσιαστεί το αντανακλαστικό του θηλασμού, τότε πιέζω απαλά και ρυθμικά τον ουρανίσκο. Καθώς αυτή η ρυθμική πίεση της σκληράς υπερώας συνεχίζεται, εγώ μπορώ να νιώσω τον κρανιακό θόλο να διαστέλλεται αργά. Με τον τρόπο αυτό καθώς και τροποποιώντας με ήπιους χειρισμούς την διαμόρφωση του κρανιακού θόλου με το άλλο χέρι, οι κρανιακές ασυμμετρίες και οι επικαλύψεις μπορούν συνήθως να διορθωθούν.

Στη συνέχεια απελευθερώνω την ινιακή βάση τοποθετώντας ένα ή δύο δάχτυλα κάτω από το πίσω μέρος του λαιμού. Αυτά τα δάχτυλα υποστηρίζουν τους άνω αυχενικούς σπονδύλους σε μία πρόσθια θέση ενώ με το άλλο χέρι πιέζω πολύ απαλά το ινίο να «αποτραβηχτεί» από τον άτλαντα. Μόλις αυτό επιτευχθεί – και σπάνια απαιτείται για αυτόν τον χειρισμό ένα ολόκληρο λεπτό – εγώ κρατώ το χέρι μου στο ινίο εκεί ακριβώς όπου βρίσκεται. Κινώ το άλλο χέρι προς τα κάτω στην λεκάνη κι ασκώ ήπιο ελκυσμό μεταξύ του ινίου και της λεκάνης. Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται για την απελευθέρωση υπερεκτάσεων που

προκλήθηκαν από το «τράβηγμα» του νεογνού μέσα από τον γεννητικό σωλήνα.

Συχνά έχω την αίσθηση του «ξετυλίγματος» κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης καθώς εκτελώ αυτή την τεχνική. Πιστεύω ότι πολλές περιπτώσεις σκολίωσης αποσοβούνται ακριβώς εδώ, όπως ακριβώς και πολλές περιπτώσεις υπερκινητικότητας και μαθησιακών ανικανοτήτων αποφεύγονται με την απελευθέρωση της ινιακής βάσης και την ορθότερη διαμόρφωση του κρανιακού θόλου.

Μετακινώ και τα δύο χέρια προς την λεκάνη και, κρατώντας το κάθε ήμισυ της λεκάνης σε κάθε ένα χέρι, απελευθερώνω και ισοσταθμίζω αυτή την περιοχή. Απελευθερώνω τους ώμους και τον θωρακικό κλωβό κρατώντας το κάθε ήμισυ του άνω κορμού σε κάθε ένα χέρι καθώς απελευθερώνω και ισοσταθμίζω αυτές τις περιοχές, ακριβώς όπως έπραξα με την λεκάνη. Η ολοκλήρωση της αξιολόγησης και του πρωτοκόλλου δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από πέντε έως δέκα λεπτά. Εάν συγκεκριμένες προβληματικές περιοχές δεν διορθώνονται, το παιδί πρέπει να εξεταστεί πάλι για επανεκτίμηση και θεραπεία μέσα στις επόμενες 24 ώρες.

Αυτή η ιδιαίτερα ακίνδυνη συνεδρία με το νεογνό μπορεί να αποσοβήσει μελλοντικά προβλήματα στη ζωή του. Αποτελεί μία αξιόλογη κι ελάχιστα επικίνδυνη επένδυση για το μέλλον κάθε παιδιού.

**John Upledger, D0, OMM**  
**Palm Beach Gardens, Florida**

Massage Today – Ιούνιος 2003, Τόμος 03, Τεύχος 06

[Μέρος 1ο](#)