

Νεογνά και Βρέφη - Μέρος 1ο

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΒΡΕΦΗ – ΜΕΡΟΣ 1ο



Του John Upledger, DO, OMM

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία (ΚΙΘ) έχει αποδειχτεί αποτελεσματική στην αναγνώριση αρκετών διαταραχών που προσβάλλουν τα παιδιά, συμπεριλαμβανομένων της δυσλεξίας, της υπερκινητικής συμπεριφοράς και προβλημάτων κινητικού ελέγχου. Είναι εξίσου καλή στην άμβλυση τέτοιων καταστάσεων όταν αυτές έχουν προκληθεί από περιορισμούς στις μεμβράνες της σκληράς μήνιγγας του κρανιοϊερού συστήματος. Πιστεύω ότι τα λίγα λεπτά που απαιτούνται για να διενεργηθεί η αξιολόγηση του κρανιοϊερού συστήματος στην αίθουσα τοκετών, ή λίγο μετά την γέννηση, αποτελούν μία καθ' όλα άξια επένδυση για τη μελλοντική υγεία και ευεξία κάθε παιδιού.



Το 1977 διεξαγάγαμε μεγάλο κλινικό έργο στο Πανεπιστήμιο της Πολιτείας του Μίσιγκαν (MSU) για να διερευνήσουμε πώς το κρανιοϊερό σύστημα που πρόσφατα είχε ανακαλυφτεί, επηρέαζε τους ασθενείς. Για ερευνητικούς σκοπούς

έπρεπε να αναπτύξω ένα τυποποιημένο εργαλείο αξιολόγησης. Έως τότε είχα αποκτήσει αρκετή εμπειρία ώστε να είναι σχετικά απλό το να καταλήξω στο πρωτόκολλο των 19 βημάτων το οποίο χρησιμοποιήθηκε από τέσσερις διαφορετικούς εξεταστές για να διαπιστωθεί εάν τα ευρήματα συμφωνούσαν μεταξύ τους ή όχι. Οι εξεταστές δεν γνώριζαν τα ευρήματα ο ένας του άλλου έως ότου ο

κάθε στατιστικός αναλυτής ολοκλήρωνε την εργασία του. Χρησιμοποιώντας αυτό το πρωτόκολλο εξετάσαμε τα παιδιά 25 βρεφονηπιακών σταθμών και βρήκαμε ένα 85 τοις εκατό ποσοστό συμφωνίας μεταξύ των τεσσάρων εξεταστών, γεγονός που απέκλεισε τα ατομικά υποκειμενικά ευρήματά τους να ήταν τυχαία. Αναμφίβολα αντιμετωπίζαμε ένα κρανιοϊερό σύστημα που μπορούσε να αξιολογηθεί με αξιοπιστία χρησιμοποιώντας μόνο τα χέρια ενός εκπαιδευμένου εξεταστή. Βασιζόμενος σε αυτή την μελέτη, θεώρησα το πρωτόκολλο αξιολόγησης ως ένα έγκυρο εργαλείο έρευνας.

Συνέχισα χρησιμοποιώντας αυτό το πρωτόκολλο σε 203 παιδιά του δημοτικού. Ένας ανεξάρτητος στατιστικός -ψυχολόγος συσχέτισε τα αποτελέσματά μου με τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και την συμπεριφορά των παιδιών, καθώς και με το ιατρικό ιστορικό και το ιστορικό τοκετού κάθε μητέρας και παιδιού. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων απεκάλυψε ότι η διαδικασία ήταν ικανή να αναγνωρίσει τα παιδιά που υπέφεραν από δυσλεξία, υπερκινητική συμπεριφορά, επιληπτικές κρίσεις και προβλήματα κινητικού ελέγχου. Επίσης μπορούσε να αναγνωρίσει βρέφη που γεννήθηκαν με καισαρική τομή ή με εμβρυουλκία, καθώς κι εκείνα που υπέφεραν από έλλειψη οξυγόνου την ώρα του τοκετού.



Βασιζόμενοι σε αυτά τα αποτελέσματα ανοίξαμε μία κλινική στο MSU για παιδιά με εγκεφαλικές δυσλειτουργίες. Χρηματοδοτηθήκαμε επίσης για να ερευνήσουμε τις σχέσεις μεταξύ του αυτισμού και της δυσλειτουργίας του κρανιοϊερού

συστήματος. Η κλινική άνοιξε στα τέλη του 1977, και η έρευνα για τον αυτισμό διεξήχθη από τον Σεπτέμβριο του 1978 έως τον Ιούνιο του 1981. Όλη αυτή η εργασία οδήγησε στις ακόλουθες εντυπώσεις και συμπεράσματα όσον αφορά τις επιδράσεις των δυσλειτουργιών του κρανιοϊερού συστήματος στη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Ασθένεια της μητέρας ή τοξικότητα κατά την κύηση.

Ασθένεια της μητέρας ή τοξικότητα κατά την κύηση συνήθως καταλήγει σε γενικευμένη σκλήρυνση της σκληράς μήνιγγας του εμβρύου, γεγονός που καθιστά την μεμβράνη λιγότερο ικανή να προσαρμόζεται στις ρυθμικές αλλαγές του όγκου του εγκεφαλονωτιαίου υγρού που ρέει μέσα στο κρανιοϊερό σύστημα. Συχνά αυτό είναι συνέπεια ιογενούς μόλυνσης της μητέρας κατά τους τελευταίους έξι μήνες της κύησης. (Βακτηριδιακή μόλυνση της μητέρας αποτελεί λιγότερο πιθανή αιτία.) Συναντήσαμε επίσης περιπτώσεις στις οποίες οι ανελαστικές μεμβράνες φαίνονταν να σχετίζονται με αναπνευστικές δυσκολίες της μητέρας, όπως το άσθμα, ή με προβλήματα τοξινών, προερχόμενα είτε από ένα μεμονωμένο γεγονός είτε από συνεχή έκθεση σε αυτές. Οι τοξίνες μπορούσαν να έχουν προσληφθεί είτε μέσω τροφής, ποτού, φαρμάκων ή παράνομα διακινούμενων ναρκωτικών είτε να έχουν εισπνευστεί με τη μορφή αερίων ρύπων ή αερομεταφερόμενων αλλεργιογόνων.



Συνήθως ένα τέτοιο σύνδρομο γενικευμένης σκλήρυνσης των μεμβρανών εκδηλώνεται ως σημαντική δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος του παιδιού: Αισθητήριες και κινητικές ανεπάρκειες, μολονότι εξαιρετικά ποικιλόμορφες, είναι εμφανείς. Τις

περισσότερες φορές η Κρανιοϊερή Θεραπεία βελτιώνει κατά πολύ ή και διορθώνει εντελώς τέτοια προβλήματα. Η θεραπευτική αγωγή είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται στη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της ζωής ενός βρέφους. Εάν δεν αντιμετωπιστεί θεραπευτικά, το σύνδρομο μη ενδοτικότητας των μεμβρανών μπορεί να είναι αρκετά σοβαρό ώστε να εξελιχθεί σε έναν ισχυρό παράγοντα που συμβάλλει στην ανάπτυξη αυτισμού.

Άλλα προβλήματα, όπως ο τραυματισμός της μητέρας, η συναισθηματική φόρτιση ή η ανώμαλη θέση του εμβρύου μέσα στην πύελο για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν ειδικά κλινικά συμπτώματα που σχετίζονται με δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος οι οποίες μπορούν να

ανιχνευθούν αρκετά εύκολα. Η εφαρμογή της αρμόζουσας Κρανιοϊερής Θεραπείας – όσο νωρίτερα τόσο καλύτερα – συνήθως είναι αρκετά αποτελεσματική.

Δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος σχετιζόμενες με την διαδικασία του τοκετού.

Ο τοκετός του νεογνού περιλαμβάνει την διέλευση του παιδιού μέσα από έναν ελικοειδή γεννητικό σωλήνα. Πιστεύω ότι ο κολπικός τοκετός αντιπροσωπεύει για ένα παιδί την πρώτη Κρανιοϊερή Αγωγή του, την πρώτη κινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης του, την πρώτη αγωγή του νευρομυϊκού συστήματός του καθώς και την πρώτη συνεδρία αισθητήριας διέγερσής του. Κατά τη γνώμη μου, όλα αυτά εξυπηρετούν στην προετοιμασία του βρέφους για ταχεία μετάβαση από την ζωή στο εσωτερικό της μήτρας στον έξω κόσμο. Η φύση σπάνια κάνει σχεδιαστικά λάθη κι εγώ πιστεύω πως ο γεννητικός σωλήνας δεν είναι ένα από αυτά.



Τα οστά του κρανιακού θόλου του εμβρύου / νεογνού είναι σκληρές επιφάνειες στην μεμβράνη. Ο χώρος μεταξύ των άκρων τους υπερεπαρκεί για να επικαλυφθούν και να αλλάξει το σχήμα του κεφαλιού έτσι ώστε να μπορεί να περάσει μέσα από τον γεννητικό σωλήνα. Η διέλευση αυτή

αντιπροσωπεύει έναν «χειρισμό» των κρανιακών οστών από τα τοιχώματα του γεννητικού σωλήνα · εξασφαλίζει δε την ίδια κινητικότητά τους ούτως ώστε μετά τον τοκετό τα οστά να είναι ικανά να προσαρμόζονται στην κίνηση του κρανιοϊερού συστήματος.

Περιπτώσεις επικάλυψης των κρανιακών οστών συνήθως αυτοδιορθώνονται μόλις το κεφάλι του παιδιού διασταλεί και ανακτήσει το σχήμα του μετά την έξοδό του από τον γεννητικό σωλήνα. Εάν αυτό δεν συντελεστεί μέσα σε λίγα λεπτά, ένας ειδικός στην Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορεί να διορθώσει αυτές τις καταστάσεις εύκολα. Όταν τα προβλήματα επικάλυψης των οστών

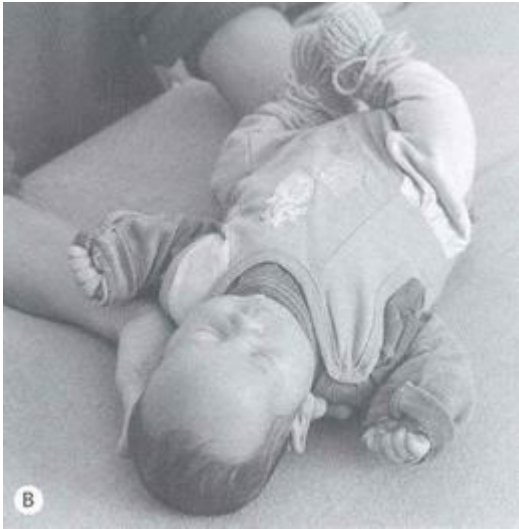
δεν διορθωθούν, μπορεί να συμβάλλουν στην προδιάθεση επιληπτικών κρίσεων. Συχνά συναντούμε μία μόνιμη επικάλυψη ανάμεσα στα βρεγματικά και στα μετωπιαία οστά σε σπαστικές καταστάσεις όπως είναι η εγκεφαλική παράλυση. Όταν τα προβλήματα επικάλυψης των οστών διορθωθούν, αυτές οι καταστάσεις συνήθως βελτιώνονται ή εκλείπουν ολοκληρωτικά.

Η συμπίεση του παιδικού κεφαλιού κατά τον τοκετό μπορεί εξίσου να δρα ως ένας κυκλικός εκθλιπτήρας που ενισχύει την διάχυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού μέσα σε όλους τους εγκεφαλικούς ιστούς, κατά μήκος του σπονδυλικού σωλήνα και σε όλη την έκταση των υποσκληρίδιων χώρων. Αυτή η συμπιεστική κίνηση βοηθάει το φλεβικό αίμα να παροχετευτεί από τον κρανιακό θόλο, ούτως ώστε μόλις το κεφάλι εξέλθει από τον γεννητικό σωλήνα, φρέσκο αρτηριακό αίμα να μπορεί να εισέλθει στον θόλο κι επιπλέον να ενεργοποιήσει τα κυκλοφορικά συστήματα του εγκεφάλου. Επίσης προσφέρει την πρώτη μάλαξη του τριχωτού της κεφαλής.

Τα περισσότερα βρέφη γεννιούνται με το πρόσωπο προς τα κάτω, την μητέρα σε ύπτια θέση και το ινίο του παιδιού να εξέρχεται κάτω από τα ηβικά οστά αυτής. Πολλοί καλοπροαίρετοι βοηθοί στον τοκετό νιώθουν την ανάγκη να επιταχύνουν την διαδικασία. Κατά τους μαιευτικούς κανόνες, όταν εξέλθει το κεφάλι πρέπει να επισπεύδουμε την ολοκλήρωση του τοκετού καθώς ο γεννητικός σωλήνας μπορεί να συμπιέσει τον ομφάλιο λώρο επάνω στο βρεφικό σώμα. Αυτή η συμπίεση του λώρου έχει θεωρηθεί ότι δυνάμει αναστέλλει την ροή του αίματος προς το βρέφος, γεγονός που μπορεί να καταλήξει σε εγκεφαλική βλάβη οφειλόμενη σε υποξία. Με άλλα λόγια, η καλή πρόθεση του βοηθού μεταφράζεται σε άρπαγμα του παιδικού κεφαλιού και τράβηγμα. Πράττοντας έτσι, το κεφάλι μπορεί να υπερεκταθεί γεγονός που ενδέχεται να προκαλέσει «σφήνωμα» του ινιακού οστού του κρανίου προς τα εμπρός μέσα στις επιφάνειες με τη μορφή V που υποδέχονται την άρθρωση και βρίσκονται στην άνω επιφάνεια του πρώτου αυχενικού σπονδύλου (άτλας).

Όταν υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού, οι μαλακοί ιστοί του

σώματος συσπώνται ή γίνονται δύσκαμπτοι. Εάν εμφανιστεί μυϊκή δυσκαμψία με το ινίο του παιδιού σφηνωμένο σε αυτή την πρόσθια θέση, θα παραμείνει ως έχει. Στην περίπτωση αυτή, η σύσπαση των μαλακών ιστών στη συμβολή της βάσης του κρανίου και της κορυφής του αυχένα μπορεί να συμπιέσει περιοχές του σφαγιτιδικού τρήματος στην δεξιά πλευρά, στην αριστερή πλευρά ή και στις δύο μαζί. Εάν το σφήνωμα είναι πιο σοβαρό μπορεί να συμπιέσει το μέγα τρήμα.



Το σφαγιτιδικό τρήμα επιτρέπει σε διάφορες σημαντικές δομές να εξέρχονται από το κρανίο, συμπεριλαμβανομένων των σφαγιτιδων φλεβών που παροχετεύουν το περισσότερο φλεβικό αίμα από το κεφάλι μέσα στον αυχένα. Από το τρήμα επίσης διέρχονται τα κρανιακά νεύρα IX, X και XI. Το γλωσσοφαρυγγικό (IX) και το πνευμονογαστρικό (X) κρανιακό νεύρο

λειτουργούν συνεργικά για να βοηθήσουν στον έλεγχο της κατάποσης, της λειτουργίας του αεραγωγού καθώς και του λάρυγγα, του φάρυγγα και του οισοφάγου. Το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο επίσης εργάζεται από κοινού με το υπογλώσσιο (XII) κρανιακό νεύρο στον έλεγχο της γλώσσας και του στοματοφάρυγγα. Επιπροσθέτως, το πνευμονογαστρικό νεύρο βοηθάει στην διατήρηση ενός κανονικού καρδιακού ρυθμού και συμμετέχει στην λειτουργία του στομάχου και του εντέρου. Όταν δυσλειτουργεί το πνευμονογαστρικό νεύρο μπορεί να συμβάλλει σ' ένα αίσθημα ζάλης.

Το υπογλώσσιο (XII) νεύρο εξέρχεται από το κρανίο μέσω των υπογλώσσιων πόρων, που βρίσκονται πλάι και κάτωθεν των αρθρικών επιφανειών του ινίου όπως αυτό αρθρώνεται στον άτλαντα. Συνεπώς το σφήνωμα μπορεί εύκολα να οδηγήσει σε προβλήματα ελέγχου της γλώσσας, όπως για παράδειγμα ο πλαταγισμός της γλώσσας. Το παραπληρωματικό (XI) κρανιακό

νεύρο νευρώνει μερικούς από τους μείζονες αυχενικούς μύες · όταν το νεύρο δυσλειτουργεί μπορεί να προκαλεί σπασμό του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός ή / και τμήματος του τραπεζοειδούς μυός στον αυχένα. Ο σπασμός μπορεί να εξακολουθεί να υφίσταται και μετά τον τοκετό λόγω συνεχιζόμενης συμπίεσης / ερεθισμού του νεύρου καθώς αυτό εξέρχεται από το σφαγιτιδικό τρήμα. Τότε ίσως προκληθεί ραιβόκρανο.

Τέτοιου τύπου δυσλειτουργία του κρανιοϊερού συστήματος την αποκαλούμε «συμπίεση της βάσης του ινιακού οστού». Εάν και οι δύο πλευρές της ινιακής βάσης είναι σοβαρά συμπιεσμένες, είναι σύνηθες να συναντούμε κωλικό, παλινδρόμηση της τροφής, οισοφαγική παλινδρόμηση, αναπνευστικές δυσκολίες, ταχυκαρδία κι επηρεασμένη λειτουργία του εντέρου (δυσκοιλιότητα ή διάρροια). Μπορεί επίσης να υπάρχει σπασμός των αυχενικών μυών. Εάν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί θεραπευτικά, μπορεί να καταλήξει σε σύνδρομο υπερκινητικού παιδιού και διαταραχή της συγκέντρωσης. Όταν το σφήνωμα της ινιακής βάσης είναι λιγότερο σοβαρό, ή υφίσταται μόνο στην δεξιά ή στην αριστερή πλευρά, τότε είναι δυνατόν να παρουσιαστεί κάθε συνδυασμός αυτών των συμπτωμάτων.

Ευτυχώς η συμπίεση της ινιακής βάσης μπορεί συνήθως να διορθωθεί από κάποιον έμπειρο στην Κρανιοϊερή Θεραπεία μέσα σε λίγα μόνο λεπτά, εφόσον το παιδί που έχει το πρόβλημα δεχθεί θεραπευτική αγωγή κατά τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του. Η θεραπευτική αγωγή είναι πιο αποτελεσματική όταν πραγματοποιείται από τις πρώτες κιόλας ημέρες της ζωής του – ή ακόμη και στην αίθουσα τοκετών, αφού κοπεί ο ομφάλιος λώρος, γίνει αναρρόφηση των εκκρίσεων και καθαριστεί το παιδί. Κατά κανόνα, όσο πιο γρήγορα εξεταστεί το παιδί τόσο λιγότερη θεραπευτική αγωγή απαιτείται.

Εάν αφήσουμε να συνεχιστεί ο σπασμός των αυχενικών μυών, αυτός μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία του κροταφικού οστού στο κρανιοϊερό σύστημα. Έχει διαπιστωθεί ότι αυτή η δυσλειτουργία αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα που συμβάλλει στη δυσλεξία και

σε άλλα προβλήματα ανάγνωσης των παιδιών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι διορθώνοντας αυτές τις δυσλειτουργίες σε παιδιά της σχολικής ηλικίας, συχνά τους παρέχουμε τη δυνατότητα να φθάσουν στα φυσιολογικά επίπεδα ανάγνωσης σε διάστημα λίγων εβδομάδων, εκτός κι αν παρεμβάλλονται ψυχολογικά ή / και συναισθηματικά τραύματα. Εάν υπάρχουν τέτοια τραύματα πρέπει να ενσωματωθούν στο θεραπευτικό πρόγραμμα επιπλέον εναλλακτικές μέθοδοι ψυχοσυναισθηματικής θεραπευτικής αγωγής.

John Upledger, DO, OMM
Palm Beach Gardens, Florida

[Μέρος 2ο](#)