

Wirksamkeit der Craniosacraltherapie bei Kindern mit atopischer Dermatitis

Fr. Dr. Vera Striz

Ukrainische Aerztin der Kinderklinik des pulmonologischen Instituts in Kiev

In den letzten Jahren nimmt die Häufigkeit der atopischen Dermatitis (unten abgekürzt als AD) bei den ukrainischen Kindern zu [1]. Gemäss Angaben verschiedener Autoren sind 5 bis 25 % der Kinder von dieser Krankheit betroffen. Es zeigt sich eine steigende Tendenz zu einem schweren Verlauf der Krankheit, was zur Einschränkung der Lebensqualität und zur sozialen Ausgrenzung führt [2,3].

Je nach Alter des Kindes unterscheidet man drei Phasen im Verlauf der AD:

1. Säuglingsalter (bis 3 Jahre)
2. Kindesalter (zwischen 3 und 12 Jahren)
3. Jugendliche und Erwachsenenalter (ab 12 Jahre)

Klinisch charakterisiert sich AD durch einen stufenartigen Verlauf. Im Säuglings- und Kindesalter überwiegt ein erythematöser, plattenepithelkarzinomartiger, exsudativer Ausschlag, bei Jugendlichen und Erwachsenen ein erythematöser, lichenoider, pruriginöser Ausschlag mit typischer Lokalisation auf den Streckseiten der Extremitäten und auf dem Gesäss [4]. Bei dem komplexen Behandlungsverfahren legt man die grösste Priorität auf die adäquate Auswahl der Mittel für die äusserliche Behandlung. Am effektivsten sind Glukokortikosteroide [5].

Es ist bekannt, dass die Anwendung von hormonellen Präparaten bei der Behandlung von AD bei Kindern wegen des jungen Alters und des Risikos von Komplikationen begrenzt ist [6]. Durch die besondere Bindegewebsstruktur von Kindern kann es zu einer leichten Bildung von Atrophien kommen (Proliferation der Fibroblasten und Kollagen-Synthese). Das unvollständig entwickelte Endokrine System ist ein Risikofaktor für die negative Beeinflussung der Nebennierenrinde [7]. In einer ganzen Reihe von Fällen bleibt die Effizienz der traditionellen Therapie sehr niedrig. Das veranlasst die Suche nach neuen Wegen in der therapeutischen Behandlung.

Das theoretische Konzept der Anwendung von Craniosacraltherapie (CST) bei AD bei Kinder

Eine sehr wichtige Rolle in der Pathomorphose von AD bei Kindern spielen Körperfaszien, die in ein System von miteinander verbundenen Membranen organisiert sind. Diese Membrane sind am Skelett befestigt, so dass sie eine Art Netzverbindung darstellen. Diese Verbindung schützt das Gewebe und ermöglicht die Diffusion und Bewegung. Die Faszien bestehen aus Kollagenfasern und elastischen Fasern, aus Myofibroblasten und Grundsubstanz. Die Membranstruktur hat eine hohe Elastizität und eine regulierende Wirkung auf die metabolischen Prozesse.

Die Bedeutung der physiologischen Morphologie des Gewebes darf man nicht unterschätzen. Die Störungen in der anatomischen und der pathohistologischen Struktur des Bindegewebes verändert Bewegung und Funktion der entsprechenden Organe und Systeme. Deswegen spielt das Craniosacral System eine Hauptrolle bei der Körperregulation.

Die Summe der Vektoren des faszialen Schwergewichts des ganzen Körpers widerspiegelt sich bei AD im Verlauf der synchondrosis sphenoccipitalis, bei der funktionalen Aktivität des Hypothalamo-Hypophysen-Systems und in den subkortikalen Hirnstrukturen, aber auch den Nebennieren.

Ziel der Untersuchung

Ausgehend vom oben Erwähnten bestand das Ziel darin, die mögliche und sinnvolle Benutzung von CST bei der Erkrankung mit AD bei Kindern unterschiedlichen Alters zu untersuchen.

Forschungstaktik

Man hat eine klinisch offene Untersuchung bei einer Gruppe von Kindern durchgeführt, dabei wurde das Anfangsstadium und der aktuelle Zustand der Krankheit berücksichtigt.

Beginn der Untersuchung: Mai 2002, Ende: September 2008

Auswahlkriterien der Patienten

1. Alter bis 3 Jahre
2. Eine vorhandene, 2 Monate oder länger nicht erfolgreich behandelte AD, auch mit lokal eingesetzten Hormonpräparaten
3. Einverständnis der Eltern

Ausschlusskriterien der Patienten aus der Untersuchung

Negative Haltung der Eltern gegenüber alternativen Behandlungsmethoden. Eine bestehende dekompensierte somatische Krankheit, Gefässsyndrom oder angeborene Entwicklungsfehler.

Registrierung der Forschungsergebnisse

Für jeden Patienten legte man Forschungsprotokolle an und es wurde eine elektronische Datenbank erfasst. Die Symptome wurden anhand der halb zahlenmäßigen Methode - *SCORAD-Skala* (Scoring of Atopik Dermatitis) bewertet. Diese Methode beinhaltet die Berechnung des Index SCORAD (IS) als Ergebnis der Wertung von subjektiven (Juckreiz, Schlafstörungen) und objektiven Symptomen (Erythem/Hyperämie, Ödem/Papel, feuchte Stellen/Krusten, Exkoration, Lichenifikation, Trockenheit der gesunden Hautoberfläche). Der Indexwert SCORAD wurde mit folgender Formel bestimmt:

$$IS = A/5 + 7 \times B2 + C$$

A = betroffene Hautfläche in Prozente

B = Gesamtpunktzahl von objektiven Symptomen

C = Gesamtpunktzahl von subjektiven Symptomen

Jedes Symptom wurde von 0 bis 3 bewertet: 0 = nicht vorhanden, 1 = leichtes, 2 = mittleres, 3 = schweres. Juckreiz und Schlafstörungen bewertete man nach einer 10 Punkte Skala entsprechend dem Mittelwert in den letzten 3 Tagen/ Nächten. Die Grösse der betroffenen Hautoberfläche berechnete man nach der Neunerregel, die besagt, dass die Handinnenfläche des Kindes 1% der gesamten Hautoberfläche ausmacht.

Bewertung der Wirksamkeit der Behandlung

Beurteilung der Auswirkungen der CST auf die Wirksamkeit der grundlegenden Behandlung von AD wurde unter Verwendung der oben genannten Kriterien nach einer 4 Stufenskala durchgeführt, wie es in der Tabelle 1 widerspiegelt wird.

Tabelle 1

Bewertung der Wirksamkeit der Behandlung

Wirksam oder sehr gut (klinische Remission)	Vollständiges Verschwinden der klinischen Symptome von AD am Ende dieser Studie. Reduzierung der Hauttrockenheit. Normalisierung von Appetit und Schlaf.
Ausreichend wirksam oder gut (eine deutliche Verbesserung)	Deutliche Verringerung der Schwere und/oder Anzahl der klinischen Symptome der Dermatitis am Ende dieser Studie. Vollständiges oder fast vollständiges Verschwinden von Juckreiz, Hautrötungen, teilweise Auflösung von Infiltrationen am Ende dieser Studie. Beibehaltung der Hauttrockenheit. Unvollständige Wiederherstellung von Appetit und Schlaf.
Nicht ausreichend wirksam oder befriedigend (Verbesserung)	Mässige Reduktion der Anzahl und/oder Schwere der klinischen Symptome der Dermatitis am Ende dieser Studie. Reduzierung des Juckreizes, Hautrötung, teilweise Auflösung von Infiltrationen am Ende dieser Studie. Beibehaltung der Hauttrockenheit. Fehlende Normalisierung von Appetit und/oder Schlaf.
Unwirksam oder unbefriedigend (keine Veränderung oder Verschlechterung)	Fehlende positive Dynamik der untersuchten Indikatoren oder Progression, vorhandene Komplikationen.

Die Bewertung des Schweregrades von AD und auch Bewertung der Therapiewirkung führte man am ersten Tag bei der Patientenaufnahme durch. Nachher wurde die aktuelle Situation einmal pro Woche während der Therapie und nach dem Abschluss der CST Behandlung (nach 2 Monaten) bewertet.

Für unbedenklich hielt man die Therapie, die keine unerwünschten Reaktionen wie Bluterguss im Gehirn oder Gefässsyndrom hervorrief.

Die Patienten

Insgesamt wurden 25 Patienten (14 Jungen und 11 Mädchen) im Alter von 2 bis 10 Monaten (76 %) und von 1 bis 3 Jahren (24 %) untersucht und behandelt. Alle Kinder unterteilte man in 3 Gruppen. Die Schwere der Hautveränderungen bewertete man mit einem Punktesystem - Index SCORAD (IS). Dem System nach waren 12 % der Patienten mit leichter Erscheinungsform von AD (IS < 24 Punkten), mit mittleren 64 % (25 < IS < 45 Punkten), mit schweren 24 % (IS > 45 Punkten). Alle Kinder bekamen gleichzeitig zur Craniosacraltherapie eine lokale, nicht hormonelle Therapie gegen Entzündung und Allergien, und auch eine systemische Therapie mit Antihistaminika (man hat Präparate von verschiedenen Generationen kombiniert). Es wurde die hypoallergene Ernährung mit der Beseitigung der obligaten Allergenen für Kinder und stillende Mütter durchgeführt. Jedern Tag wurde die Hautoberfläche der Kinder gereinigt und es wurden therapeutische Kräuterbäder gemacht. Zur Prävention gegen eine Sekundärinfektion behandelte man die betroffenen Hautteile mit Anilin Farbstoffen. Craniosacralbehandlungen wurden jeden dritten Tag im Laufe der ersten zwei Wochen durchgeführt, dann einmal in der Woche. Die Dauer der CST erstreckte sich von 2 Wochen bis 2 Monaten.

Resultate der Untersuchung

Craniosacral Diagnose: Zahlreiche, diffuse Einschränkungen des Bindegewebes und des Systems der internen Membranen, Disposition Anomalie des os sphenoidale mit einer Dysfunktion des Hypothalamus-Hypophysen-Systems, Verringerung von Plastizität des Kommunikationsapparates von Leber und Darm.

Die therapeutische Behandlung basierte auf der Analyse der gegenseitigen Wirkung von Fehlfunktionen im Craniosacralsystem und Membransystem, den inneren Organen und der Haut. Vor dem Hintergrund des angewandten Therapieschemas waren die Dermatitissymptome bei 8 % der Kinder in 2 Wochen ganz behoben, bei 32,0 % in 3 Wochen, bei 36,0 % in 1 Monat, bei 24,0 % in 2 Monaten. Fünf Kinder (20,0 %) wurden 1 Jahr beobachtet und sie bekamen 24 CS Behandlungen, die man in 2 Zyklen mit je 12 Behandlungen aufteilte und dies mit je einer Behandlung pro Woche. Die Pause zwischen den Zyklen betrug 6 Monate. Falls die Symptome, wie vorhandene Schlafstörungen, Juckreiz, Exkoriation und Krusten auf der Oberfläche vom Gesicht und Gliedmassen nicht ausklangen, wurde die Wiederholung der unterstützenden Therapie unter Einbeziehung der CST nochmals verordnet.

Der Juckreiz verschwand beim grössten Teil der Kinder mit leichtem, mittlerem und schwerem Verlauf der Krankheit in 2-3 Wochen nach dem Behandlungsbeginn. Bei einem Drittel der Kinder mit einem schweren Verlauf von AD nach einem Monat.

Das Erythem, Hauptentzündungsindikator, wurde im Laufe der ersten Woche bei 66,7 % der Kinder mit leichtem Stadium AD gehemmt, bei 25,0 % der Kinder mit mittelschwerem und bei 16,7 % der Kindern mit schwerem Krankheitsverlauf.

Die Infiltration löste sich bei 33,3 % der Kinder mit leichter Form von AD innerhalb von einer Woche vollständig auf, bei 50,0 % der Kinder mit mittelschwerer Form von AD innerhalb von zwei Wochen, und bei 66,7 % mit schwerem Verlauf des AD nach drei bis vier Wochen. Die Reduzierung des IS im Laufe der Behandlung von AD, abhängig vom Schweregrad der Krankheit unter dem Einfluss von Komplextherapie, mit Einbezug der CST Behandlungen, ist in der Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2

Dynamik der klinischen Erscheinungen bei Kindern mit AD unterschiedlichen Schweregrades während der Behandlung mit Anwendung von CST im Bezug auf die IS Punkte

Erkrankungs- schwere-grad	Behandlungswoche								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
leichter	22,9	20,7	12,1	3,5	0	–	–	–	–
mittelschwer- er	36,5	29,6	17,5	9	2,4	1,19	0,13	0,1	0,08
schwerer	58,8	47,8	33,5	22	12,4	4,8	3,7	2,1	1,3

Während der ersten Therapiewoche mit CST beobachtete man eine Normalisierung des Schlafes bei den Kindern mit leichter und mittelschwerer AD-Form von bis zu 100%, bei den Kinder mit schwerer AD-Form bis zu 83.3%.

Die Wiederherstellung des Appetits trat bei den Kindern im ersten Lebensjahr schon in den ersten Tagen nach der CST ein. Bei 56,0 % der älteren Kinder beobachtete man eine Verzögerung bei der Wiederherstellung des Appetits, aus diesem Grund wurden diese Kinder vom Infektionist und Gastroenterologen konsultiert. Die Verschreibung von Hepatoprotektoren, Entwurmungsmitteln, choloretischen, adaptogenischen und probiotischen Präparaten (je nach Indikationen) hat geholfen, bei den älteren Kindern im Verlaufe von 1 Monat den Appetit um 44,0 % zu verbessern.

Die Wirksamkeit und Effektivität der durchgeführten Therapie ist in der Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3

Ergebnisse der Behandlung von an AD erkrankten Kindern; (M ± m) %

Schweregrad von AD	Kriterien der Behandlungswirksamkeit							
	klinische Remission		wesentliche Verbesserung		Verbesserung		ohne Wirkung	
	aбс. (abs?)	(M ± m) %	aбс. (abs?)	(M ± m) %	aбс. (abs?)	(M ± m) %	aбс. (abs?)	(M ± m) %
Leichter, n = 3	3	100,0	–	–	–	–	–	–
Mittelschwerer, n = 16	14	87,5 ± 9,3	2	12,5 ± 2,7	–	–	–	–
Schwerer, n = 6	3	50,0 ± 6,5	1	16,7 ± 1,7	1	16,7 ± 1,7	1	16,7 ± 1,7
zusammen, n = 25	20	80,0 ± 8,9	3	12,0 ± 2,9	1	4,0 ± 0,4	1	4,0 ± 0,4

Bei 20 Kindern oder bei 80% der Patienten fand man die Behandlung sehr gut oder wirksam (klinische Remission). Bei 3 Patienten oder 12% der Kinder war die Behandlung gut oder wirksam (eine wesentliche Verbesserung). Bei 1 Patienten mit schwerem Verlauf der AD war die Behandlung befriedigend oder nicht ausreichend wirksam. Dies machte nur 4 % von allen Untersuchten aus. Bei einem Kind mit schwerem Krankheitsverlauf war die Behandlung unbefriedigend oder unwirksam (ohne Wirkung). Die fehlende Wirkung der Therapie wurde durch einen lang anhaltenden (bis zu 2 Monaten), rezidivierenden Hautausschlag, Juckreiz und deutlich restliche Exkoration nach der Auflösung der Infiltrationen verursacht. Diesem Patienten verschrieb man zusätzlich keratoplastische Medikamente und man wiederholte die CST Behandlungen während des ganzen Jahres mit einer Frequenz von 8-10 Sitzungen. Es wurde eine Sitzung in 1-2 Wochen in Abständen von 1-2 Monaten durchgeführt.

Die Anwendung der CST Therapie in einer solchen komplexen Behandlung bei Kindern mit AD steigert die Effizienz der Therapie auf 96%. Im Vergleich zu Studien von anderen Autoren, wo die CST nicht angewendet wurde, betrug das oben genannte Resultat das 1,4-fache (P < 0,05). Durch die CST verringerte sich die Dauer der medikamentösen Hauptbehandlung bei Kindern mit leichtem bis mittelschwerem Dermatitisverlauf im

Durchschnitt um 0,5 Monate. Bei einigen Patienten mit schwerem torpiden Verlauf, die längere Zeit erfolglos mit Medikamenten behandelt wurden, konnte man eine Remission der klinischen Symptome von Dermatitis im Laufe von $1,25 \pm 0,5$ Monaten erreichen.

Während der Therapie wurde keine Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Kinder und keine Nebenwirkungen beobachtet. Nachdem man alle Kinder während eines Jahres beobachtet hatte, wurde ein zufriedenstellender Gesundheitszustand festgestellt, Verschlimmerungen der AD hat man nicht registriert.

Schlussfolgerungen

1. Craniosacral Therapie sollte bei der Behandlung von Dermatitis bei Kindern ab Säuglingsalter angewandt werden.
2. Die Wirksamkeit der Craniosacral Therapie bei der komplexen Behandlung von Dermatitis bei Kindern im Alter von 2 Monaten bis 3 Jahre ist mit 96% aller Fälle sehr hoch. Bei 80% sehr gut, bei 12% gut und bei 4% der Kinder zufriedenstellend.
3. Die Aufnahme von der CST in den Therapiekomplex der atopischen Dermatitis verkürzt die Zeit der medikamentösen Behandlung je nach Schweregrad der Krankheit im Durchschnitt von 0,5 bis 1,25 Monate.
4. Die Craniosacral Therapie ist für alle Patienten jeglichen Alters sehr gut verträglich, sie hat keine Nebenwirkungen und ermöglicht, die Remission in einigen unkurierbaren Fällen von atopischer Dermatitis (24 %) durch die Verbesserung der Effizienz der Grundtherapie zu erreichen.
5. Es wurde festgestellt, dass die Wirkung der Craniosacral Therapie, zusätzlich zur Hauptbehandlung und den prophylaktischen Kursen der Basistherapie, eine Verbesserung der klinischen Struktur der atopischen Dermatitis bei Kindern verursachte.

Schlusswort

Die exakte Ausführung der Techniken der CST mit ihrer Systematik und Ganzheit und die Wirkung auf den Körper garantieren eine viel höhere Behandlungseffektivität bei Kindern mit AD. Das gewonnene Wissen erlaubt uns, diese Methode für einen breiten Einsatz in der pädiatrischen Praxis zu empfehlen.

Literaturliste

1. Besch L. W. Atopische Dermatitis bei Kinder: Einfache Antworten auf schwierige Fragen // Medizinische Zeitung «Gesundheit der Ukraine». – 2009. – № 24/1. – S. 21–23.
2. Lasyza O.I., Lasyza T.S., Nedelska S.M. Die Allergologie der Kindheit. – K.: Buch plus, 2004. – 367 S.
3. Ohotnikowa E.N. «Allergischer Marsch»: Die Verbindung der Generationen und die Eskalation einer Allergie bei Kindern (Vortrag) // Zeitgenössische Pädiatrie. – 2008. – № 4 (21). – S. 190–197.
4. Rewjakina W. A. Die atopische Dermatitis bei Kinder. Komplizierte Formen // Behandelnder Arzt. – 2009. – № 6. – S. 21–27.
5. Diagnostik und Therapie der atopischen Dermatitis. Standards für Diagnose und Therapie. – K., 2002.
6. The Treatment of Facial Atopic Dermatitis in Children who are Intolerant of, or Dependent on, Topical Corticosteroids: a Randomized, Controlled Clinical Trial / P. H. Hoeger et al. // The British Journal of Dermatology. – 2009. – №160 (2). – P. 415–422.
7. Snegowa N.F., Jurasowa A.C., Iljina N.I. Studium der klinischen Sicherheit und Wirksamkeit von verschiedenen Arzneiformen der Arzneimittel Advantan (Methylprednisolonaceponat) bei der Behandlung von atopischen Dermatitis bei Kinder // Das Bulletin für Dermatologie und Venerologie. – 2002. – № 1. – S. 50–52.
8. Korotkij N. G., Taganov A.W., Tihomirov A.A. Ergebnisse einer multizentrischen Studie ohne Vergleichsgruppe über die Wirksamkeit von vier Arzneiformen des Advantans bei Kindern mit atopischer Dermatitis // Das Bulletin für Dermatologie und Venerologie. – 2002. – № 1. – S. 39–42.