

*M.I. Nekhaienko*

## Current views on chronic disease of gastroduodenal area in adolescents

Shupyk National medical academy of postgraduate education

**Summary.** The article focuses on current issues relating to the progress of chronic gastroduodenitis in adolescents. Present knowledge of epidemiology, aetiology, pathogenesis, risk factors, early diagnosis, clinical picture, treatment of chronic gastroduodenitis is presented. The raised problem areas prove the urgency of the issue and necessity to solve it.

**Key words:** children, adolescents, chronic gastroduodenitis, candidiasis.

**Відомості про автора:**

*Нехасько Марія Іванівна* – асистент кафедри дитячих і підліткових захворювань НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Копилівська, 1/7, тел.: (044) 468-40-51.

УДК: 617.586.1-002.45

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2016

*С.І.Саволук<sup>1</sup>, М.М.Гвоздяк<sup>1</sup>, М.І.Музь<sup>2</sup>, М.М.Білан<sup>1</sup>*

## ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л. Шупика, м. Київ,

<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня №8, м. Київ

**Вступ.** Актуальною проблемою сучасної хірургії є ускладнення на стопах у хворих на цукровий діабет, що обумовлюють значне зниження якості та тривалості життя і є важливою медико-соціальною проблемою. Виникнення діабетичних виразок є найзначущим несприятливим прогностичним фактором у цих хворих. До 85% всіх ампутацій на нижніх кінцівках передують виразки стоп.

**Мета.** Ознайомити лікарів з методами профілактики виникнення діабетичних виразок стоп.

**Матеріали і методи.** В роботі виконано огляд світової літератури по проблемі профілактики виникнення діабетичних виразок.

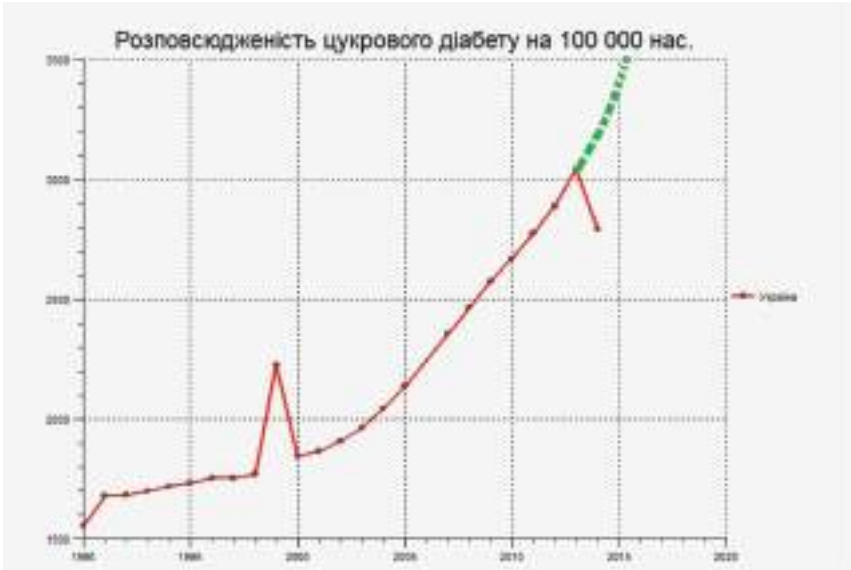
**Висновки.** Профілактика ускладнень зі сторони стопи у хворих на цукровий діабет (ЦД) має розпочинатися безпосередньо з моменту встановлення діагнозу. Оперативні втручання є не лише методами лікування ускладнень ЦД на стопах, але можуть слугувати і профілактичній меті. Отримані дані свідчать про наявність ефективних методів профілактики виникнення діабетичних виразок стоп.

**Ключові слова:** цукровий діабет, діабетична виразка стопи, профілактика

*«Майбутнє належить медицині профілактичній»*

*М.І. Пирогов*

**Вступ.** Значення цукрового діабету (ЦД) в структурі захворюваності українців важко переоцінити. Так, за даними офіційної статистики розповсюдженість ЦД за 2014 по Україні складає 2790 на 100 тис. населення, але якщо прослідкувати динаміку зростання цього показника, стає зрозумілим, що у випадку відсутності ефективних заходів протидії цьому захворюванню в найближчому майбутньому слід очікувати масштабну епідемію (рис.1).



**Рис. 1. Дані Державного закладу «Центр Медичної Статистики Міністерства охорони здоров'я України». Пунктирною лінією показано можлива динаміка розповсюдженості цукрового діабету в Україні**

Подібна ситуація спостерігається по усьому світу [22]. Так, у США 8.3% населення мають діагноз ЦД, в Австралії ця цифра складає 7%, у Великій Британії – 6.25%. Паралельно до зростання розповсюдженості самого захворювання буде зростати кількість його ускладнень, найбільш драматичним з яких є формування так званої діабетичної стопи.

За визначенням ВОЗ, діабетична стопа – це група синдромів, при яких нейропатія, ішемія та інфекційний процес призводять до пошкодження тканин, що призводить до утворення виразок та можливої ампутації. Це одне із найвартісніших ускладнень ЦД як для самого пацієнта та його сім'ї, так і для держави. Так, за даними IDF (Міжнародна федерація діабету) до 15% бюджету охорони здоров'я в розвинутих країнах витрачається на лікування проблем стопи пов'язаних з ЦД, в той час як у країнах, що розвиваються, ця цифра сягає 40%. До 70% ампутацій нижніх кінцівок по усьому світі виконується у людей, що страждають на ЦД, кожні 30 секунд в світі людина, хвора на діабет, втрачає кінцівку, ампутації нижніх кінцівок пов'язані із підвищенням смертності у хворих з ЦД. Післяопераційна летальність складає до 10%, 30% помирають протягом року і 50% протягом трьох років після операції, протягом п'яти років помирають 70% хворих [10]. Проте серед цієї сумної статистики є й обнадійливі цифри, за якими до 85% усіх ампутацій, виконаних с приводу діабету, можливо попередити [24]. Саме тому виявлення хворих, що знаходяться в групі ризику виникнення цих ускладнень, їх профілактика, та відповідне лікування, мають бути пріоритетними завданнями для лікарів різноманітних спеціальностей.

Огляд літератури. До 85% усіх ампутацій нижніх кінцівок передують виразки стоп, яким хворі або навіть лікарі не приділяли належної уваги, тому виявлення хворих із активною виразкою або станами, що їм передують, є найголовнішим компонентом у зменшенні соціально-економічних втрат від цього захворювання. Не усі пацієнти із ЦД знаходяться в групі ризику виникнення виразок. Спираючись на велику кількість ретроспективних та проспективних досліджень, були виявлені фактори, які сприяють виникненню діабетичних виразок [4]. До цих факторів відносяться діабетична нейропатія, деформація стопи, захворювання периферичних артерій, та наявність виразки в анамнезі. В залежності від наявності та поєднання цих факторів фахівцями Міжнародної Робочої Групи з Діабетичної Стопи були сформульовані рекомендації з періодичності огляду хворих на цукровий діабет у медичних закладах. Хворі без сенсорної нейропатії мають проходити цей огляд один раз на рік, при її наявності цей огляд має відбуватися один раз на шість місяців, поєднання сенсорної нейропатії з захворюванням периферичних артерій та/або з деформацією стоп – один раз на три місяці, наявність виразки в анамнезі – один раз на один-три місяці. Так за даними двох рандомізованих досліджень [8, 12], подібні регулярні спостереження достовірно знижують вірогідність виникнення першої в житті виразки стоп, проте, за даними іншого неопублікованого дослідження [21] подібних змін виявлено не було, але, позитивним моментом регулярного огляду подіатром стало те, що значно зменшилася частота виявлення глибоких та інфікованих виразок, а витрати на їх лікування склали лише 25% від вартості лікування хворих з діабетичними виразками, які не проходили профілактичного огляду у подіатра.

Інше дослідження [11], яке заслуговує особливої уваги, в зв'язку із простотою використаного методу та вираженими позитивними результатами має стати новим стандартом у догляді за хворими на ЦД. Воно полягало у щоденному вимірюванні у домашніх умовах температури шкіри на симетричних ділянках обох стоп за допомогою інфрачервоного термометру у хворих з виразкою в анамнезі, тобто в групі пацієнтів високого ризику. У випадку виявлення різниці температур більше ніж 2,2 °C хворому рекомендувалося негайно звернутися за медичною допомогою або повністю виключити фізичну активність до нормалізації температури шкіри стоп. Протягом 15 місяців, коли тривало дослідження в групі хворих, які вимірювали температуру, виразки стоп виникли у 8,5% в порівнянні з 29,3% в контрольній групі хворих.

Іншим аспектом профілактики виникнення виразок стоп є навчання хворих відносно суті хвороби та її можливим ускладненням, правилам догляду за стопами [5, 13, 19]. За результатами досліджень воно ефективне лише у випадку профілактики виникнення першої виразки, у випадках існуючої виразки в анамнезі – навчання пацієнтів не призводило до зменшення частоти рецидивів. Подібна ситуація спостерігається і у випадку використання спеціального ортопедичного взуття (спеціальні силіконові устілки, глибокий та широкий профіль взуття, наявність перекату на підшві) – воно ефективне лише для профілактики первинної діабетичної виразки стопи, якщо ж в анамнезі вже була виразка, ефект від цього взуття був значно меншим. Це ще раз підкреслює важливість профілактики ускладнень з боку нижніх кінцівок з перших днів встановлення діагнозу ЦД.

Враховуючи той факт, що, за сучасними даними, основним етіопатогенетичним фактором розвитку ускладнень стоп є нейропатія, логічним здаються спроби впливу на нього. Серед подібних спроб виділяються хірургічні операції, спрямовані на декомпресію нервових стовбурів на стопі. Подібні роботи проводяться протягом останніх двадцяти років, і накопичений об'єм даних дозволяє оцінювати результати вже з позиції доказової медицини, оперуючи достовірними показниками. Так, подібні роботи останніх років [3,15, 16, 17] показують суттєве зменшення виникнення як первинних, так і рецидивних виразок на стопах, що в свою чергу зменшує кількість ампутацій та звернень за медичною допомогою з приводу інфекцій стоп, зменшення болю, відновлення чутливості, та покращення ходи. Проте, ця методика має відношення лише до тих випадків, коли є клінічно доведене стиснення нерву в одному із чотирьох кістково-м'язових каналів в ділянці гомілково-ступневого суглобу, що складає від 23% до 59% усіх хворих на ЦД з невротатією. Головною клінічною ознакою стиснення нерву є позитивний симптом Тінеля – виникнення парестезій при перкусії місць проходження нерву.

Іншим варіантом хірургічної профілактики виразок на стопах є операція з подовження Ахіллового сухожилку [14]. Теоретичним обґрунтуванням цього методу є спроби збільшити амплітуду тильного згинання стопи, що в свою чергу призводить до зменшення навантаження на передні відділи стопи та зменшення травмування шкіри цієї ділянки. Так, після хірургічного втручання величина тильного згинання збільшується з 9° до 18°, піковий тиск зменшується з  $86 \pm 9 \text{ Н/см}^2$  до  $63 \pm 13 \text{ Н/см}^2$  протягом восьми тижнів після хірургічного втручання, частота виникнення рецидиву виразок в оперованих хворих зменшується до 15% в порівнянні з 59% в контрольній групі. Інші подібні дослідження теж підтверджують ці дані [6, 9].

В іншому дослідженні [7] порівнювалося консервативна лікування неускладненої діабетичної виразки (хірургічна обробка виразки, видалення гіперкератозу, регулярні перев'язки з використанням місцевих засобів, використання ортезів, спеціального взуття) з більш радикальним хірургічним підходом, що полягав у висіченні виразки, обробці або видаленні кісток в глибині виразки та зшиванні країв рани. Отримані данні свідчать про переваги більш активного хірургічного підходу, що проявляється у зменшенні часу загоєння виразки ( $128.9 \pm 86.60$  днів у контрольній групі проти  $46.73 \pm 38.94$  днів;  $p < 0.001$ ), частоти інфекційних ускладнень (12.5% проти 4.5%) та, що найголовніше, повторного виникнення виразок (3 випадки проти 8 у контрольній групі).

Роботи інших авторів також стверджують про переваги більш активної хірургічної тактики в лікуванні існуючих виразок стоп з метою профілактики їх подальшого рецидиву. Так, в роботі [18] достовірно підкреслюється важливість видалення кісткового сегменту, що лежав у дні виразки, що призводило до зменшення повторного виникнення виразки до 14% в порівнянні з 41% у групі консервативного лікування. Інші автори [2] проводили ще більш радикальні втручання, що полягали у видаленні усіх дистальних голівкоплеснових кісток, так звана панметатарзальна резекція, з метою лікування виразок стоп при цьому також спостерігалася тенденція до зменшення рецидивів виникнення виразок стоп. Дуже показовим в цьому плані є наступна робота [20], опублікована у 2014 році, в якій приводяться

випадки успішного лікування виразок стоп в ділянці голівки першої плеснової кістки за допомогою висічення виразки, формування ротатійного шкірного клаптя, виконанням панметатарзальної резекції та первинного закриття дефекту шкіри (рис.2 та рис.3).

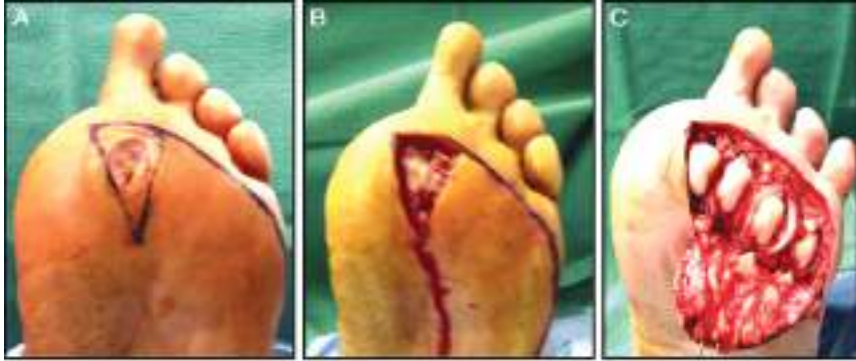


Рис. 2. А) Передопераційна картина, розмітка майбутнього ротатійного клаптя, В) Висічення виразки та С) Доступ до дистальних голівок плесневих кісток



Рис. 3. Післяопераційна картина: А) Рентгенологічні дані В) Шви накладені на операційну рану та С) Вигляд стопи через 3 місяці після операції

За словами авторів, дана методика дозволяла адекватно оцінити стан тканин в глибині виразки, виконати необхідну некректомію, досягнути швидкого первинного загоєння дефекту шкіри на стопі, і, що найголовніше, зменшити вірогідність виникнення повторної виразки.

Іншим цікавим методом, який на даний момент перебуває на стадії вивчення, є пересадка власної жирової тканини в підшовову ділянку стопи з метою відновлення її товщини. Дані про те, що атрофія жирової тканини в ділянці підшовової поверхні стопи може обумовлювати підвищення пікового тиску під час ходи відомі давно [1]. Відновлення жирового шару може призвести

до зменшення цього тиску, і, як наслідок, може сприяти зменшенню частоти розвитку виразок шкіри в цій ділянці у хворих на ЦД. Дане дослідження було розпочато в університеті Пітсбурга в травні 2015 року і має завершитися у 2018 році, коли будуть опубліковані його результати [23]. Проте вже зараз можна відмітити деякі позитивні моменти цього методу, а саме використання власної жирової тканини, і пов'язана з цим безпечність, малоінвазивність, вся процедура відбувається під місцевим знеболенням, його відносна простота. Якщо результати цього дослідження виявляться вдалим, в арсеналі лікарів з'явиться ще один метод профілактики ускладнень на стопі у хворих на ЦД.

**Висновки.** Профілактика ускладнень зі сторони стоп у хворих на ЦД має розпочинатися безпосередньо з моменту встановлення діагнозу. Як засвідчують дані, цю проблему легше попередити, ніж лікувати. Це потребує від лікаря наполегливості у роз'ясненні суті проблеми, навчання хворого догляду за стопами, підбором відповідного взуття, а також присвоєння групи ризику стосовно вірогідності виникнення ускладнень з подальшим вибором періодичності огляду у подіатра.

Оптимістичні дані отримані у дослідженні з вимірювання температури шкіри стоп в зв'язку зі своєю простотою, неінвазивністю, відсутністю потреби в звертанні до медичних закладів для періодичних оглядів, особливо для пацієнтів у сільській місцевості, дозволяють рекомендувати вже зараз цей метод до широкого застосування в медичній практиці. Більш того, держава має бути заінтересована у цьому, оскільки в перспективі це дозволить зменшити витрати на лікування хворих при виникненні у них виразок стоп.

Стосовно оперативних методів, які, безсумнівно, посідають важливу роль у лікуванні вже існуючих проблем стоп, слід акцентувати увагу на тому, що вони можуть виступати в ролі методів профілактики. Так, операції спрямовані на подовження Ахіллового сухожилку та декомпресію нервів призводять до зменшення частоти виникнення виразок в майбутньому.

Іншим аспектом використання хірургічного методу лікування є те, що радикалізм оперативних втручань при виразках стоп, у хворих на ЦД є більш дієвим у їх лікуванні та профілактиці їх подальшого виникнення в порівнянні із використанням всього арсеналу консервативних заходів (місцеве лікування виразок, спеціальне ортопедичне взуття, комплекс заходів по догляду за стопами).

### Література

1. Plantar soft-tissue thickness predicts high peak plantar pressure in the diabetic foot. / Abouaisha F., van Schie C.H., Armstrong D.G., Boulton A.J // J. Am. Podiatr Med. Assoc. - 2004 Jan-Feb. - № 94(1). – P.39-42.
2. Clinical efficacy of the pan metatarsal head resection as a curative procedure in patients with diabetes mellitus and neuropathic forefoot wounds. / Armstrong D.G., Fiorito J.L., Leykum B.J., Mills J.L. // Foot Ankle Spec. - 2012 Aug. -№ 5. – P. 235-240.
3. Aszmann O., Tassler P.L., Dellon A.L. Changing the natural history of diabetic neuropathy: incidence of ulcer/amputation in the contralateral limb of patients with a unilateral nerve decompression procedure. // Ann Plast Surg. — 2004 Dec. — Vol. 53. — P. 517—522.
4. Prediction of diabetic foot ulcer occurrence using commonly available clinical information: the Seattle Diabetic Foot Study./ Boyko E.J., Ahroni J.H.,

Cohen V., Nelson K.M., Heagerty P.J. // *Diabetes Care*. — 2006 Jun. — Vol. 29(6). — P. 1202-1207.

5. Reduction in foot ulcer incidence: relation to compliance with a prophylactic foot care program. / Calle-Pascual A., Duran A., Benedi A., Calvo M.I., Charro A., Diaz J.A., et al. // *Diabetes Care*. — 2001 Feb. — Vol. 24. — P. 405-407.

6. Forefoot ulcer recurrence following partial first ray amputation: the role of tendo-achilles lengthening. / Cunha M., Faul J., Steinberg J., Attinger C. // *J. Am. Podiatr Med. Assoc.* — 2010 Jan-Feb. — Vol. 100. — P. 80—82.

7. Feasibility and effectiveness of internal pedal amputation of phalanx or metatarsal head in diabetic patient with forefoot osteomyelitis. / Faglia E., Clerici G. Caminiti M., Curci V., Somalvico F. // *J. Foot Ankle Surg.* — 2012 Sep-Oct. — Vol. 51. — P. 593—598.

8. Evaluation of a multidisciplinary consultation of diabetic foot./ Hamonet J., Verdie-Kessler C., Daviet J.C., Denes E., Nguyen-Hoang C., Salle J.Y., et al. // *Ann. Phys. Rehabil. Med.* — 2010 Jun. — Vol. 53. — P. 306—318.

9. Achilles tendon lengthening, the panacea for plantar forefoot ulceration? / Holstein P., Lohmann M., Bitsch M., Jorgensen B. // *Diabetes Metab. Res* — 2004 May-Jun. — Vol. 20, Suppl 1. — S37—40.

10. International Consensus on the Diabetic Foot and Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot by the International Working Group on the Diabetic Foot / Consultative Section of the IDF. - 2007.

11. Preventing diabetic foot ulcer recurrence in high-risk patients: use of temperature monitoring as a self-assessment tool. / Lavery L.A., Higgins K.R., Lanctot D.R., Constantinides G.P., Zamorano R.G., Athanasiou K.A., et al. // *Diabetes Care*. — 2007 Jan. — Vol. 30(1). — P. 14—20.

12. Two-Year Foot Care Program for Minority Patients with Type 2 Diabetes Mellitus of Zhuang Tribe in Guangxi, China. / Liang R., Dai X., Zuojie L., Zhou A., Meijuan C. // *Canadian Journal of Diabetes*. — 2012. — Vol. 36. — P. 15-18.

13. Education for secondary prevention of foot ulcers in people with diabetes: a randomised controlled trial. / Lincoln N.B., Radford K.A., Game F.L., Jeffcoate W.J. // *Diabetologia*. — 2008 Nov. - Vol. 51. — P. 1954—1961.

14. Effect of Achilles tendon lengthening on neuropathic plantar ulcers. A randomized clinical trial. / Mueller M.J., Sinacore D.R., Hastings M.K., Strube M.J., Johnson J.E. // *J. Bone Joint. Surg. Am.* — 2003 Aug. — Vol 85-a. — P. 1436—1445.

15. Nickerson D.S., Rader A.J. Nerve decompression after diabetic foot ulceration may protect against recurrence: a 3-year controlled, prospective analysis. // *J. Am. Podiatr Med. Assoc.* — 2014 Jan-Feb. — Vol. 104. — P. 66—70.

16. Nickerson D.S., Rader A.J. Low long-term risk of foot ulcer recurrence after nerve decompression in a diabetes neuropathy cohort. // *J. Am. Podiatr Med. Assoc.* — 2013 Sep-Oct. — Vol. 103. — P. 380—386.

17. Nickerson D.S. Low recurrence rate of diabetic foot ulcer after nerve decompression. // *J. Am. Podiatr Med. Assoc* — 2010 Mar-Apr. - Vol. 100 — P. 111—115.

18. Conservative surgical approach versus non-surgical management for diabetic neuropathic foot ulcers: a randomized trial / Piaggese A., Schipani E., Campi F., Romanelli M., Baccetti F., Arvia C., et al. // *Diabet Med*. — 1998 May. — Vol. 15(5). — P. 412—417.

19. Effect of Intensive Nursing Education on the Prevention of Diabetic Foot Ulceration Among Patients with High-Risk Diabetic Foot: A Follow-Up Analysis. / Ren M., Yang C., Lin D.Z., Xiao H.S., Mai L.F., Guo Y.C., et al. // *Diabetes Technol Ther.* — 2014. — Vol.8. — P. 235—237.

20. Troy J. Boffeli, DPM, FACFAS, Ryan Reinking, DPM. Plantar Rotational Flap Technique for Panmetatarsal Head Resection and Transmetatarsal Amputation: A Revision Approach for Second Metatarsal Head Transfer Ulcers in Patient with Previous Partial First Ray Amputation // *The Journal of Foot & Ankle Surgery.* — 2014. — Vol. 53. — P. 96—100.

21. Van Putten M.A., Leffers P., Schreuder FHBM, Schaper N.C. The effectiveness of a preventive foot care program versus treatment as usual to reduce the number of ulcers in diabetic patients with polyneuropathy: a randomized controlled trial. Unpublished.

22. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030 / Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R., King H. // *Diabetes Care.* — 2004. — Vol. 27. — P. 1047—1053.

23. [https://www.idf.org/webdata/docs/background\\_info\\_AFR.pdf](https://www.idf.org/webdata/docs/background_info_AFR.pdf)

24. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02465333>

***С.И.Саволук, Н.Н.Гвоздяк, Н.И.Музь, М.Н.Билан***

## **Профилактика осложнений диабетической стопы**

**Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика, г. Киев,**

**Киевская городская больница №8, г. Киев**

**Вступление.** Актуальной проблемой современной хирургии считаются осложнения со стороны стоп у больных на сахарный диабет, которые обуславливают значительной снижением качества и продолжительности жизни и являются важной медико-социальной проблемой. Возникновение диабетических язв – важнейший неблагоприятный прогностический фактор у этих больных. До 85% всех ампутаций на нижних конечностях предшествует язвы на стопах.

**Цель.** Ознакомить врачей с методами профилактики возникновения диабетических язв на стопах.

**Материалы и методы.** В работе выполнен обзор мировой литературы по проблеме профилактики возникновения диабетических язв.

**Выводы.** Профилактика осложнений со стороны стоп у больных на СД должна начинаться непосредственно после постановки диагноза. Оперативные вмешательства являются не только методом лечения осложнений СД на стопах, но могут служить и профилактической цели. Полученные данные свидетельствуют о наличии эффективных методов профилактики возникновения диабетических язв на стопах.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, диабетическая язва стоп, профилактика.

***S.I. Savolyuk, M.M. Gvozdyak, N.I. Muz, M.M. Bilan***

## **Prevention of diabetic foot complications**

**Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,**

**Kyiv City Clinical Hospital No. 8**

**Introduction.** Diabetic foot ulcers complications in patients with diabetes mellitus cause considerable decline in life quality and lifetime and are considered to be  
Зб. наук. праць співробіт. НМАПО  
імені П.Л.Шупика 25/2016



actual problem of modern surgery and important medical and social problem. The development of diabetic ulcers is the major adverse predictive factor in these patients. Up to 85% of all lower extremities amputations are preceded by diabetic foot ulcers.

**Aim.** To introduce the methods of prevention of diabetic foot ulcer development to the doctors.

**Materials and methods.** The overview of the world literature on the issue of prevention of diabetic foot ulcers development is conducted in the paper.

**Conclusions.** Prevention of diabetic foot ulcer complications in patients with DM has to begin directly after determination of the diagnosis. Operative measures are not the only method of treatment of complications of DM on feet, but can also serve for the preventative purpose. The obtained data prove the availability of effective methods of prevention of diabetic foot ulcers development.

**Key words:** diabetes mellitus, diabetic foot ulcer, prevention.

### **Відомості про авторів:**

**Саволюк Сергій Іванович** – д. мед. н., доцент, завідувач кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: 03680 м. Київ, вул. Кондратюка, 8, Київська міська клінічна лікарня №8.

**Геоздяк Микола Миколайович** – к. мед. н., доцент кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика.

**Музь Микола Іванович** – к. мед. н., лікар-хірург КМКЛ №8. Адреса: 03680 м. Київ, вул. Кондратюка, 8, Київська міська клінічна лікарня №8.

**Білан Максим Миколайович** - клінічний ординатор кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика. Адреса: 03680 м. Київ, вул. Кондратюка, 8, Київська міська клінічна лікарня №8.

УДК 615.83:615.825

© С.М.ФЕДОРОВ, Л.Г.ЗУБРІЙ, 2016

*С.М.Федоров, Л.Г.Зубрій*

## КРАНІОСАКРАЛЬНА ТЕРАПІЯ: ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТКУ, ТЕОРЕТИЧНІ І ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ. ПОВІДОМЛЕННЯ 2

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Вступ.** Краніосакральна терапія (КСТ) відноситься до альтернативної медицини і бере свій початок з остеопатії. КСТ в своїх першоджерелах базується на парадигмі саногенезу, а саме здатності організму до самоорганізації, активізації вроджених сил саморегуляції і самовідновлення.

**Мета.** Проаналізувати сучасний стан поглядів на теоретичні і практичні аспекти застосування краніосакральної терапії в клінічній медицині та запропонувати її використання в комплексних реабілітаційних програмах.

**Результати.** На основі літературних джерел і особистого досвіду авторів в статті висвітлюються: основні постулати остеопатії, які є актуальними при вивченні КСТ; два напрями в роботі краніосакральних терапевтів; результати клінічних досліджень. Підведене наукове підґрунтя під основні дискусійні положення у вивченні краніосакральної терапії, а саме: виникнення та наявність Первинного Дихання (краніосакрального ритму), періодичність проведення та кількість сеансів краніосакральної терапії.