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.
Гвоздяк 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.

Висновки. Позитивні результати застосування КСТ в клінічній практиці дають підстави рекомендувати включити її в комплексну реабілітаційну програму пацієнтів різних вікових та нозологічних груп.

Ключові слова: краніосакральна терапія, остеопатія.

Вступ. Краніосакральна терапія (КСТ) відноситься до альтернативної медицини і бере свій початок з остеопатії, основи якої були закладені ще в 1874 році остеопатом Ендрю Тейлор Стіллом (Andrew Taylor Still, 1828-1917).

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 та їх обговорення. Досить актуальними до цього часу при вивченні остеопатії є основні її постулати, які мають велике значення і для КСТ [2;7]:

- тіло людини розглядається як єдина взаємодіюча цілісність;

Базовим підходом при проведенні остеопатичного лікування є дотримання холістичних принципів. Поняття «холізм» походить від грецького слова holos - цілий, весь. Згідно з філософською концепцією холізму Земля і все живе, що її населяє, знаходиться у єдності та взаємодії. З холістичних позицій людина та її організм - неподільні і являють собою єдине ціле. "Людське тіло функціонує не в окремих частинах, а як гармонійне ціле" (Е.Т.Стілл). Оскільки організм єдине ціле, то його здоров'я – теж складає єдність [1;8;10]. Прикладом внутрішньої цілісності організму є гомеостаз. Гомеостаз (від.грец. homoios - подібний і stasis - нерухомість) - стан динамічної рівноваги внутрішнього середовища організму [12]. Він підтримується безперервною роботою основних систем організму (кровообігу, дихання, травлення, виділення), як цілісної системи, із виділенням у кров біологічно активних речовин, які забезпечують взаємодію між собою клітин, органів і систем. Центральне місце в регуляції функції органів і систем та підтримці гомеостазу в організмі належить нервовій системі (центральній і вегетативній). Тому основне завдання мануального терапевта, який використовує краніосакральні техніки, заключається в покращенні функціональних можливостей нервової системи в регуляції цілісності організму пацієнта, а це в свою чергу підтримає його здоров’я;

- організм має вроджену властивість до саморегуляції і самозцілення завдяки наявності складної системи балансу різних систем організму.

Кожна жива система несе в собі мудрість і здатність до самовідновлення. Якщо ж з яких-небудь причин тіло не в змозі це зробити, то задача КСТ полягає в тому, щоб створити передумови і терапевтичний простір для того, аби тіло відновило свої регуляторні функції.

- Структура і функція в організмі знаходяться в тісному взаємозв'язку. ”Структура керує функцією, а функція формує структуру” [7].

Завдяки уважному спостереженню мануального терапевта за структурами тіла він може отримати підказки щодо функцій організму. Працюючи зі структурами, лікар - остеопат впливає на функції організму. При відновленні функцій поступово відновлюється і структура.

- Поряд із вищенаведеними основними принципами остеопатії дуже важливим є ще один, а саме, значення для здоров’я фізіологічної рухливості всіх структурних одиниць тіла (фасції, м'язи, сухожилля, кістки). «Перший прояв життя – це рух».

Рухливість і рух означають життєздатність організму, а нерухомість, акінезія та застиглість, протирічать здоров'ю і самому життю. Остеопат обов'язково оцінює, крім стану структури, її рухливість. «Там де структура гармонічна, хвороба не може розвиватись» (Е.Т.Стілл). Також обов'язковою умовою нормального функціонування клітин, тканин, органів і всього організму в цілому є вільний рух крові, лімфи, цереброспінальної і міжтканинної рідини в людському тілі.

Отже, остеопатія і КСТ в своїх першоджерелах базуються на парадигмі саногенезу, тобто відновлення здоров'я, його ресурсів в організмі за рахунок покращення функціональних можливостей нервової системи, фізіологічної рухливості всіх структурних одиниць тіла (фасцій, м'язів, сухожилля, кісток) та активізації вроджених сил саморегуляції і самовідновлення.

Накопичений емпіричний досвід в остеопатії, за вікове існування цієї дисципліни, дивує своєю правотою і прозорливістю.

Це можна проілюструвати оглядовою статтею по остеопатії [6], де автори, спираючись на методологію доказовості (рандомізація, достатній об'єм вибірки, контрольні групи, плацебо – контроль, подвійний сліпий контроль), висвітлюють статистично значимі результати багатьох експериментальних та клінічних досліджень, які дають відповіді на цілий ряд питань, що стосуються як остеопатії, так і КСТ.

Більшість результатів досліджень, наведених нижче, пояснюють механізми дії, особливості впливу на організм людини та лікувальні ефекти остеопатії та КСТ[6]:

• рентгенологічні дослідження підтверджують рухомість кісток черепу, які викликані остеопатичним впливом: кути зсуву складали від 1,66 до 2,58°;

• ритмічні імпульси кісток черепу, які оцінюються остеопатом, синхронні із коливаннями швидкості артеріального кровотоку, відомими, як осциляції Траубе – Герінга-Майера;

• методом транскраніальної допплерографії встановлено зв'язок між податливістю краніальних тканин і характеристиками крово- і лімфовідтоку;

• остеопатичні маніпуляції можуть призвести до значного збільшення в крові концентрації NO, який має вазодилятаторну дію на судини;

• мануальний вплив підвищує варіабельність серцевого ритму, інколи для цього достатньо навіть одного сеансу;

• міофасціальна індукція змінює частоту серцевих скорочень в найближчі 20 хвилин;

• за допомогою допплеровської флуометрії було показано, що Первинний дихальний механізм має подібність до осциляцій Траубе – Герінга-Майера, особливо його низькоамплітудних компонент;

• остеопатичні маніпуляції через вплив на вегетативну нервову систему (ВНС) відновлюють регуляцію скорочень лімфатичних судин і покращують циркуляцію лімфи;

• остеопатичний вплив активує компоненти антиноцицептивної системи: навколоводопровідну сіру речовину, ендоканабіноїдну систему мозку і спадний ГАМК-ергічний гальмівний вплив, що спричиняє знеболюючий ефект.

Залишаються важливими і дискусійними в КСТ питання виникнення краніосакрального ритму (КСР), його об'єктивізації, тривалості сеансу, періодичності проведення та кількості сеансів на курс лікування. Ряд

наукових досліджень присвячено вивченню цих питань [5;9;16;21].

Ю.Є. Москаленко та співавт. [5] в своїх дослідженнях запропонували та підтвердили параклінічними методами гемо – ліквородинамічну концепцію виникнення повільнохвильових коливань в краніосакральній системі (КСС), а саме, КСР, яка складається із наступних положень:

- повільнохвильова періодична рухливість ліквору по дуральному мішку має в своїй основі коливання подібні коливанню тонусу судин мозку;
- коливання тонусу судин, в свою чергу, викликають ритмічні коливання внутрішньочерепного тиску, відтікання спинномозкової рідини (СМР) в дуральний мішок і артикулярну рухливість кісток черепу;
- все вищезгадане та наявність вздовж поперекового відділу хребта зв'язково - м'язових сполучень може бути джерелом періодичної опосередкованої рухливості крижів.

Об'єктивізацію гемо – ліквородинамічних змін у вивченні повільнохвильових процесів в КСС проводили за допомогою поєднання високочастотної електро – біоімпедансографії, транскраніальної допплерографії та фазово – контрастної ядерно магнітно резонансної томографії (ЯМРТ) [5].

Роль пульсацій в повільнохвильових переміщеннях СМР по КСС була підтверджена за допомогою фазово – контрастної ЯМРТ черепа і шийного переходу. СМР, яка витісняється із черепа, продовжуючи свій рух, може досягти люмбального відділу хребта через 2 – 3 серцевих цикли [5].

У вищезгаданій публікації наводиться також інша концепція пояснення виникнення КСР. Вона полягає у тому, що повільна рухливість кісток, яка є доведеним фактом, викликає «підтягування» дурального мішка, а це в свою чергу ініціює рух сакрального відділу хребта. Таке пояснення з точки зору біомеханічних позицій вбачається мало реальним, оскільки рухливість кісток черепа вимірюється долями міліметра і, якщо навіть відбувається «підтягування» дурального мішка, то воно дуже незначне і гаситься його розтягненням вздовж хребта.

В.Л. Андріанов та співавт. [9] для визначення оптимальної перерви між «сеансами» КСТ провели дослідження за допомогою суперпозиційного електромагнітного сканування. Авторами було відслідковано в динаміці 30-денний цикл накопичення і спаду енергії у хворих, які лікувались цим методом. Первісне накопичення енергії після сеансу КСТ досягає максимуму через 3-4 дні, на 7-8-й день відзначається її зниження, в подальшому спостерігається та ж періодичність. Таким чином, найбільш сприятливим для застосування КСТ є 7-8-й день після першого сеансу, а також кожний 7-8-й день протягом наступних 3 тижнів. Систематичні огляди [16;21], в яких авторами проведено аналіз рандомізованих і контрольованих досліджень, вказують на неоднозначність в методологічних підходах до застосування КСТ. В них описується різна тривалість сеансу, в залежності від використаних технік і нозології (від 10 до 60 хвилин) та різна періодичність проведення сеансів (коливається від 1 разу на місяць до 1-3 разів на тиждень). Авторами також відмічається відсутність єдиного підходу в оцінці ефективності КСТ. Все це вимагає продовжувати удосконалення методології клінічних досліджень у напрямку вивчення ефективності КСТ.

Отже, у питанні виникнення повільнохвильових коливань у КСС, а саме, КСР, орієнтуємось на ліквородинамічну концепцію, яка за допомогою

параклінічних методів досліджень найбільш повно пояснює відому остеопатам і краніосакральним терапевтам модель Первинного дихального механізму. Методологія застосування КСТ в клінічній практиці (тривалість і періодичність проведення сеансів) та оцінка її ефективності потребують подальшого вивчення і узагальнення.

На сьогодні в КСТ існує два основних практичних напрями: біомеханічний (структуральний) і біодинамічний (функціональний).

Перший напрям базується на моделі Первинного дихального механізму і орієнтований на м'які мануальні техніки (маніпуляції) зі структурами тіла такими як: фасції, м'язи, сухожилля, кістки [3;11;22;30]. Спочатку лікар, який пройшов підготовку на курсах з КСТ, діагностує обмеження рухомості тканин тіла (рестрикції), тобто виявляє зони тіла, де краніосакральний ритм значно послаблений, асиметричний або взагалі відсутній. Для звільнення від рестрикцій тканин тіла спеціаліст з КСТ застосовує такі техніки: робота з фасціями та краніосакральним ритмом, окципітальний реліз, «компресію», «декомпресію», «розкручення», «розгортання» тощо. Окремо працює із системою мембран (інтракраніальні, подовжені, поперечні). Особливу увагу приділяє стану черепних швів, венозних синусів мозку, техніці CV-4.

Після закінчення навчання на курсах тематичного удосконалення по вивченню КСТ на базі Національної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика наш випускник Деметер О.С. і співавт. (2005) провели клінічні дослідження, при застосуванні всіх вищезгаданих технік КСТ на амбулаторному та стаціонарному етапах реабілітації хворих із різною соматичною патологією. Встановлено, що у 292 (93,6±1,4%) пацієнтів спостерігалось поліпшення самопочуття та одужання ($p<0,05$).

Другий - орієнтований на біодинамічну модель системи людини, на внутрішні і зовнішні ресурси організму, на роботу із силами Первинного Дихання, силами Природи [4;14;18;29]. Біодинамічний підхід до краніосакральної роботи – підхід, який визнає вроджену життєздатність організму, здатність його до самозбереження, самовідновлення, прагнення до внутрішньої цілісності усіх функціональних систем. У біодинамічній краніосакральній роботі вважається, що здорове функціонування тіла визначається здатністю енергії (потенції) вільно переміщатись по всьому тілу. У вільному русі енергії по тілу знаходиться основний внутрішній план відновлення здоров'я, його здатність до самоорганізації біосистеми, який діє як потужний регулюючий принцип на клітинному рівні. Це об'єднує фізіологічне функціонування усіх систем організму. «Подібні поняття існують в багатьох традиційних медичних системах (китайська, аюрведична і тібетська), в яких основою лікування також є відновлення рівномірного розподілу життєвої сили (енергії) в організмі людини» [4].

Завдяки акцентам на активізації процесів саморегуляції, цілісному підході до сутності людини біодинамічний напрямок КСТ може бути потужним чинником в процесах гармонійного відновлення і розвитку вагітної жінки і дитини. Біодинамічна робота - це підтримка і, в разі потреби, допомога немовлятам практично одразу після народження. Це неодноразово доводили швейцарські фахівці (Р.Ціммерлі, І.Нуссбаум, К.Чіокареллі, У.Бауман, Р.Фіскаліні, Л.Фельман, Н.Койсген), які під час перебування в м. Києві, крім навчання лікарів, проводили практичні сеанси лікування на базі дитячих

клінік: неврологічного відділення 1-ї дитячої клінічної лікарні та відділення неонатології клініки ОХМАДИТ. Слід зауважити, що до краніосакральних терапевтів нерідко направляли найбільш тяжких, найменш перспективних з точки зору одужання маленьких пацієнтів, хворих на аутизм, ДЦП та інші захворювання. Швейцарські фахівці на практиці крок за кроком показували ефективність КСТ в роботі з немовлятами і дітьми. Уже зараз можна говорити про позитивний досвід застосування біодинамічної концепції КСТ в неонатології [23;27]. В публікаціях все більше повідомлень про те, що під час лікування КСТ недоношених дітей у них покращується руховий і психомоторний розвиток, збільшується вага тіла, скорочується тривалість їх перебування у стаціонарі [17;28].

Нами отримано позитивний досвід застосування КСТ (в основному її біодинамічний напрям) у супроводженні вагітності, в підготовці матері (і плода) до пологів на базі клінічного санаторію «Жовтень». Вивчались особливості впливу КСТ у воді на психоемоційний стан вагітних жінок. Цей метод отримав назву аквакраніосакральна терапія (АКСТ). АКСТ проводилась у басейні один раз на тиждень. Після підписання поінформованої згоди пацієнта на використання вищезгаданого методу вагітні отримали від одного до трьох сеансів на курс психоемоційної корекції. Було встановлено, що навіть після одного сеансу аквакраніосакральної терапії достовірно змінювались результати патопсихологічних тестів: покращились показники самопочуття, активності, настрою та знизились показники ситуаційної та персональної тривожності [13].

Кокранівський систематичний огляд показав можливість застосування КСТ для профілактики та лікування болю в поперековому відділі хребта і області таза при вагітності [25].

КСТ використовується переважно остеопатами, краніосакральними терапевтами та хіропрактиками. Ці спеціалісти рекомендують застосовувати КСТ для широкого спектру захворювань та патологічних станів, включаючи ушкодження в скронево-нижнєщелепному суглобі, головний біль напруження, мігрень, хронічний біль в спині та шиї, порушення, викликані стресом та надмірними фізичними навантаженнями, порушення руху та координації у дітей та немовлят (ДЦП), кишкові коліки у немовлят, струс головного та спинного мозку, хронічна втома, фіброміалгія, сколіоз, порушення центральної нервової системи, нездатність до навчання, зосередження на учбовому матеріалі, гіперактивність дітей, післятравматичний стресовий розлад, середній отит, безпліддя та багато інших [15;16;19;20;24;26].

Дані систематичного огляду [21] теж показують різноплановість застосування КСТ в клінічній практиці. Серед рандомізованих клінічних спостережень зустрічаються такі захворювання: фіброміалгія, депресія, латеральний епікондиліт, розсіяний склероз, деменція, порушення рухових функцій у дітей (ДЦП). В огляді зазначено, що після проведеного курсу лікування у пацієнтів із різною патологією при обстеженні в порівнянні із контрольною групою спостерігалась позитивна динаміка відновлення функцій організму:

• зменшилась інтенсивність болю, значно поліпшився сон і настрій у пацієнтів на фіброміалгію;

• зросла сила в м'язах при латеральному епікондиліті;

• покращилась функція ВНС у зв'язку з порушенням сечовидільної функції у пацієнтів на розсіяний склероз;

• зменшились прояви агресивної поведінки у пацієнтів з деменцією при хворобі Альцгеймера;

• покращились рухові можливості у дітей на ДЦП.

Негативного впливу КСТ на організм не показало жодне дослідження.

Висновки. Позитивні результати застосування КСТ в клінічній практиці, дають підстави рекомендувати включити її в комплексну реабілітаційну програму пацієнтів різних вікових та нозологічних груп.

Література

1. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А., Магльований А.В. Санологія (медичні аспекти валеології):підручник для лікарів-слухачів закладів (факультетів післядипломної освіти) /Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова, А.В.. Магльований. – Львів.: ПП Кварт, 2011.-303с.

2. Апледжер Дж.Е. Краниосакральная терапия. Что это? Как это работает? /Дж.Е.Апледжер, Р.Гроссинджер, Д.Эш, Д.Коэн. – СПб.:ИГ Весь, 2010.- 112с.

3. Гарольд И. Магун Остеопатия в краниальной области: / Гарольд И. Магун;пер. с англ. Г.М. Абелевой.- Санкт Петербург: ООО МЕРИДИАН-С, 2010.-336с.

4. Майкл Керн. Мудрость тела. Краниосакральный подход к здоров'ю. / Майкл Керн.- СПб.: Сударыня, 2006.- 290с.

5. Медленноволновые колебания в краниосакральном пространстве: гемо – ликвородинамическая концепция происхождения / Ю.Е. Москаленко, Т.И. Кравченко, Г.Б. Вайнштейн, П. Хальворсон, А.Фейлдинг, А.Мандара, А.А.Панов, В.Н.Семерня // Физиологический журн. России им.Сеченова.- 2008.-Т.94, №4.-С.441-447.

6. Мохов Д.Е., Марьянович А.Т. Доказательная остеопатия /Д.Е Мохов, А.Т.Марьянович //Мануальная терапия.-2012.-№4(48).-С.77-91.

7. Новосельцев С.В. Введение в остеопатию / С.В.Новосельцев. - СПб.: ООО Издательство ФОЛИАНТ, 2005.- 240 с.

8. Новосельцев С.В. Клиническая остеопатия. Рефлекторные техники / С.В.Новосельцев. - СПб.: ООО Издательство ФОЛИАНТ, 2013.- 352 с.

9. Остеопатия. Теоретические и клинические аспекты / В.Л.Андрианов, Н.И. Беспала, В.В.Бутуханов и др.; под ред. В.Л.Андрианова. - СПб., 2010.- 256 с.

10. Соловей И.Г. Остеопатия. Миофасциальные, краниосакральные, мышечно-энергетические и другие техники / И.Г.Соловей. - Минск: Харвест, 2010.-464с.

11. Торстон Лием. Практика краниосакральной остеопатии / Торстон Лием.-Санкт-Петербург: ООО МЕРЕДИАН-С, 2008.-510 с.

12. Физиология человека: в 3 т. /Й.Дудель, Й.Рюэгг, Р.Шмидт и др.; под ред. Р.Шмидта, Г. Тевса; пер. с англ. - М.: Мир, 2005. - Т.1. - 323 с.

13. Фёдоров С.Н. Аквакраниосакральная терапия – метод улучшения психо – эмоционального состояния беременных в условиях санаторія / С.Н. Фёдоров, В.Ю. Гламазда, Н.И. Владимирова, Е.В. Железко; под ред. Г.Н. Пономаренко // Современная курортология: проблемы, решения, перспективы: материалы VI Межд.научн. конгресса. - Спб, 2013.- С.197-198.

14. Becker R. E. The Stillness of Life: Stillness Press, 2000.-262 p.
15. Cuccia A. M., Caradonna C., Caradonna D. Manual Therapy of the Mandibular Accessory Ligaments for the Management of Temporomandibular Joint Disorders // J. Am. Osteopath. Assoc. - 2011. - V.111, N.2. - P.102-112.
16. Ernst E. Craniosacral therapy: a systematic review of the clinical evidence // Focus on Alternative and Complementary Therapies.- 2012. - V. 17 (4). - P. 197–201
17. Fucile S., Gisel E.G. Sensorimotor interventions improve growth and motor function in preterm infants // Neonatal Netw.- 2010.-V.29 (6).-P.359–366.
18. Fullford R. Puls des Lebens, Jolandos, 2005.
19. Gillespie B. R. Case Study in Otitis Media: The Corrective Aspect of Craniosacral Fascial Therapy // J. Allergy Ther.- 2014.- V. 5, I. 1. - P.1-3.
20. Haller H., Ostermann T., Romy L., Cramer H., Dobos G. Credibility of a comparative sham control intervention for Craniosacral Therapy in patients with chronic neck pain // Complementary Therapies in Medicine.- 2014.- V. 22, I. 6.-P. 1053–1059.
21. Jäkel A., Hauenschild F. A systematic review to evaluate the clinical benefits of craniosacral therapy // Complementary Therapies in Medicine.- 2012.-V.20.-P.456-465.
22. John E. Upledger, Jon D. Vredevoogd, Lehrbuch der CranioSacral Therapie. - HAUG, Heidelberg, 2000. - 446 s.
23. Juan A. Lomba, Craniosacrale Osteophatie in der Kinder- und Erwachsenpraxis. Eine neurophysiologische Technik. -PFLAUM, München, 2001. - 197 s.
24. Kramp M. E. Combined Manual Therapy Techniques for the Treatment of Women With Infertility: A Case Series // J.Am.Osteopath.Assoc. - 2012. - V.112, N.10. - P.680-684.
25. Liddle S.D, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2015. - Issue 9. - Art. No.: CD001139. DOI: 10.1002/14651858.CD001139.pub4.
26. Craniosacral therapy for migraine: a feasibility study / Mann J., Gaylord S., Faurot K., Suchindran C., Coeytaux R., Wilkinson L., Cobleand R., Curtis P. // BMC Complementary and Alternative Medicine. - 2012. - V.12(Suppl. 1). - P.111.
27. Möckel E., Mitha N., Handbuch der pädiatrischen Osteopathie; Urban &Fischer,Elsevier. - München, 2006. - 534 s.
28. General Movements in preterm infants undergoing craniosacral therapy: a randomised controlled pilot-trial / Raith W., Marschik P. B., Sommer C., Maurer-Fellbaum U., Amhofer C., Avian A., Löwenstein E., Soral S., Müller W., Einspieler Ch., Urlesberger B. // BMC Complementary and Alternative Medicine.- 2016.- V.16. - P.12-21
29. Sills F. Foundations in Craniosacral Biodynamics. The Breath of Life and Fundamental Skills. Volume One: Nort Atlantik Books, 2011.- 391p.
30. Sutherland W.G.The Cranial Bowl // J.Am.Osteopath. Assoc.-2000.-Vol., No.9.-P.568-573.

С.Н.Федоров, Л.Г.Зубрий

Краниосакральная терапия: история становления и развития, теоретические и практические аспекты. Сообщение 2

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

Введение. Краниосакральная терапия (КСТ) относится к альтернативной медицине и берёт своё начало с остеопатии. КСТ в своих первоисточниках базируется на парадигме саногенеза, а именно способности организма к самоорганизации, активизации врождённых сил саморегуляции и самовосстановления.
Цель. Проанализировать современное состояние взглядов на теоретические и практические аспекты применения краниосакральной терапии в клинической медицине и предложить её использование в комплексных реабилитационных программах.
Результаты. На основе литературных источников и личного опыта авторов в статье освещаются: основные постулаты остеопатии, которые актуальны при изучении КСТ; два направления в работе краниосакральных терапевтов; результаты клинических исследований. Подведена научная база под основные дискуссионные положения в изучении краниосакральной терапии, а именно: возникновение и наличие Первичного Дыхания (краниосакрального ритма), периодичность проведения и количество сеансов краниосакральной терапии.
Выводы. Положительные результаты применения КСТ в клинической практике дают основания рекомендовать включить её в комплексную реабилитационную программу пациентов различных возрастных и нозологических групп.
Ключевые слова: краниосакральная терапия, остеопатия.

S.Fedorov, L.Zubriy

Craniosacral therapy: history and development of theoretical and practical aspects. Now 2

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Craniosacral therapy (CST) belongs to alternative medicine and derives from ostheopathy. Primary sources of CST are based on a concept of sanogenesis, that is, the body's ability of self-organization, activizing inborn powers of self-regulation and self-restoration.
Objective. To analyze contemporary views onto theoretical and practical aspects of the use of CST in clinical practice and to suggest its use at complex rehabilitation programs.
Results. On the basis of literary sources and of personal experience of the authors, the article deals with: basic premises of osteopathy that are relevant to CST; two major trends in craniosacral therapy; results of clinical investigationss. Main arguable points in the study of craniosacral therapy are substantiated scientifically, namely the origin and existence of the Primary Breath (Craniosacral Rythm), periodicity and number of therapy sessions.
Conclusions. Positive results of CST in clinical practice give a possibility to recommend including it into comprehensive rehabilitation programs for patients of different age and nosologic groups.
Key words: craniosacral therapy, osteopathy.

Відомості про автора:
Федоров Сергій Миколайович - к.мед.н., доцент, доцент кафедри медичної реабілітації, фізіотерапії і спортивної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: 04112, м. Київ, вул.. Дорогожицька, 9. Київський міський клінічний шпиталь ІВВ війни.
Зубрій Людмила Григорівна - фізичний реабілітолог, координатор швейцарсько-українського проекту по вивченню краніосакральної терапії в Україні.