

ЛОПАТКО В.И.
(Нижний Тагил)

СИНДРОМНЫЙ ПОДХОД В СКЭНАР-ТЕРАПИИ

Ценность СКЭНАР-технологии – в ее универсальности: воздействие для любого пациента практически не зависит от стадии и вида заболевания, производится по единым принципам. Задача такого воздействия – не борьба с конкретной болезнью, а активация защитных сил организма с последующей саморегуляцией патологически измененных функций. Поэтому СКЭНАР-терапевт слабо зависит от нозологического диагноза: характер воздействия, его последующая корректировка и оценка достигнутых результатов определяются динамикой жалоб пациента.

Соответственно, главное в СКЭНАР-технологии – жалобы пациента, а нозологический диагноз имеет второстепенное значение.

Однако, в докладах и публикуемых статьях картина обратная: на первое место ставится именно нозологический диагноз, а жалобы упоминаются вскользь. Получается, что для лечения пациента мы применяем одни принципы, а для рассказа об этом лечении – другие. Закономерный результат такого подхода – низкая информативность сообщений. Иными словами, лечить больных мы уже умеем, а вот связно рассказать об этом пока не в состоянии.

Сложившуюся ситуацию необходимо менять. Для этого требуется выработать единую форму описания клиники заболеваний, взяв за основу жалобы пациента; то есть все многообразие клинических проявлений объединить в ряд СКЭНАР - синдромов и использовать их параллельно с нозологическими диагнозами.

Что дает такое нововведение?

Во-первых, СКЭНАР-терапевты получат, образно говоря, "язык для общения", появится возможность адекватного описания лечебного процесса.

Во-вторых, станет удобнее вести медицинскую документацию (в частности, истории болезни), обобщать полученные результаты; это, в свою очередь, сделает более информативными статьи и доклады.

Ниже представлен вариант такого подхода.

Все синдромы разделены на 2 группы. К первой относятся синдромы, определяющие способ воздействия (режим, зону, методику), ко второй – помогающие выбрать конкретное место воздействия.

Первая группа состоит из шести синдромов. Три из них связаны с активной жалобой, еще три - с реакцией на лечение.

Разберем подробнее каждый из них.

1. Синдром активной жалобы - пациент предъявляет жалобу на

момент осмотра, т.е. "здесь и сейчас".

2. Синдром первичных признаков - активной жалобы на момент осмотра нет, однако при объективном исследовании мы можем выявить так называемые "первичные признаки" в зоне кожной проекции жалобы. Это могут быть болевые точки, участки измененного мышечного тонуса, локальные изменения на коже (высыпания, геморрагии, подкожные узелки и т.п.).

Синдромы активной жалобы и первичных признаков могут укладываться или не укладываться в рамки первого СКЭНАР-правила; это будет влиять на характер воздействия.

3. Синдром отсутствия активной жалобы – существует в нескольких вариантах:

- а) активная жалоба и первичные признаки на момент осмотра отсутствуют. Жалобы в этом случае носят пароксизмальный характер (диэнцефальные кризы, эпилептики) или возникают при определенных условиях – стрессе, физических нагрузках, нарушении диеты. Некоторые заболевания могут вообще не иметь клинических проявлений;
- б) жалобы у пациента есть, но они не имеют четкой локализации (общая слабость, нарушение памяти, расстройства сна и т.п.);
- в) у пациента имеется несколько жалоб и он не в состоянии выделить среди них главную (например, когда сразу болит несколько суставов).

Три оставшихся синдрома первой группы выявляются после проведенного СКЭНАР-воздействия: наличие динамики, ее отсутствие или отрицательная динамика.

4. Синдром положительной динамики.

Представлен несколькими вариантами:

- а) при работе с пациентом на коже выявлены зоны малой асимметрии, после воздействия на которые жалоба уменьшилась или полностью исчезла (примером может служить любой купированный болевой синдром);
- б) после обработки пациент из нескольких жалоб выделил одну главную, т.е. появился синдром активной жалобы (например, выделение максимально болезненного сустава при полиартрите);
- в) появились вторичные признаки - жалобы, которых не было ранее, кожные высыпания, зуд, локальные изменения мышечного тонуса, болезненные лимфоузлы и т.п. Вторичные признаки могут возникать как в зоне обработки, так и вне ее;

Примечание: варианты б) – выделение активной жалобы и в) – появление вторичных признаков – также могут укладываться или не укладываться в рамки первого СКЭНАР-правила.

г) после воздействия у пациента развивалось ложное "СКЭНАР-осложнение" (ложное обострение). Это может быть усиление болевого синдрома на фоне улучшения функции пораженного органа (например, усиление болей в суставе в сочетании с улучшением статико-динамических показателей).

5. Синдром отсутствия динамики.

Здесь также возможны несколько вариантов:

- а) жалобы пациента уменьшились или исчезли, однако при обработке зоны не было получено признаков малой асимметрии (в сознании пациента динамика есть, а на уровне физического тела ее нет);
- б) в зоне обработки получены признаки малой асимметрии, после обработки которых улучшилась функция пораженного органа (например, увеличился объем движений в позвоночнике), но сам пациент этих изменений не ощущает (нет динамики в сознании пациента);
- в) после проведенного воздействия состояние пациента никак не изменилось (у пациента нет динамики ни в сознании, ни на уровне физического тела).

6. Синдром отрицательной динамики – после СКЭНАР-воздействия возросла интенсивность жалобы. В качестве примера можно привести усиление болей после обработки прямой проекции жалобы при невралгии тройничного нерва, грыже межпозвоночного диска.

Перейдем к рассмотрению синдромов второй группы. Каждой из них подразумевает обработку конкретной зоны (или нескольких зон). Названия большинства синдромов данной группы образованы от названий органов или систем, при патологии которых эти зоны используются. Именно с данных зон мы начинаем поиск активных жалоб. Первичных признаков и зон малой асимметрии.

При работе следует помнить, что организм – это единая система. Поэтому при отсутствии требуемого эффекта после обработки выбранной зоны следует расширять площадь воздействия.

Перечень синдромов, определяющих зону СКЭНАР-воздействия:

- 1 Респираторный синдром.
- 2 Кардиальный синдром.
- 3 Гастроэнтерологический синдром.
- 4 Урологический синдром.
- 5 Гинекологический синдром.
- 6 Неврологический синдром:
 - а) с явлениями раздражения (невралгии);
 - б) с явлениями выпадения (неврологические дефекты).
- 7 Синдром эндокринных расстройств.
- 8 Синдром кожной патологии.

- 9 Синдром патологии сосудов конечностей.
- 10 Опорно-двигательный синдром.
- 11 Офтальмологический синдром.
- 12 Синдром расстройств слуха.
- 13 Отечный синдром.
- 14 Синдромы неотложной помощи:
 - а) клиническая смерть;
 - б) острая двигательная недостаточность;
 - в) острая сосудистая недостаточность;
 - г) острая почечная недостаточность;
 - д) травматический синдром (раны, ожоги, отморожения, синдром длительного сдавливания);
 - е) аллергический синдром;
 - ж) синдром интоксикации;
 - з) черепно-мозговой синдром;
 - и) гипертонический криз.

В данной статье вопросы тактики работы и конкретизации зон воздействия не освещаются подробно по двум причинам: во-первых, из-за того, что в статье представлен предварительный вариант классификации, который будет дополняться и уточняться; во-вторых, из-за большого объема информации, который невозможно изложить в короткой статье.