

- Опубликовано в:** Рефлексотерапия №3, 2005. с. 49-51.
- Автор(ы):** Миненко И.А.  
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,  
кафедра нелекарственных методов лечения и  
клинической физиологии
- Название статьи:** СКЭНАР-терапия в комплексном  
нелекарственном лечении стресса
- Ключевые слова:** стресс, нелекарственное лечение, СКЭНАР-терапия,  
гомеопатия
- Аннотация:** Результаты исследования, описанного в статье, демонстрируют эффективность использования сочетания нелекарственных методов при лечении последствий стрессовых расстройств различного генеза. СКЭНАР-терапия + психотерапия являются одним из таких сочетаний (эффективность 73,1%) и заслуживают занимать достойное место при лечении стресса.

## СКЭНАР-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ НЕЛЕКАРСТВЕННОМ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССА

Учитывая социально-психологическую ситуацию, сложившуюся в России и во всем мире в последние годы: неуклонный рост числа террористических актов, вооруженных конфликтов, техногенных и природных катастроф, увеличение преступности и развивающиеся вследствие этого у массы людей состояния психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации, проблема стрессовых расстройств несомненно актуальна и заслуживает пристального внимания.

Проблема стресса и коррекции здоровья лиц, подвергшихся стрессам различного происхождения, является одной из актуальных проблем современной медицины. В данной работе предпринята попытка коррекции здоровья пациентов с разным генезом стрессовых расстройств (СР) различными комбинациями методов нелекарственной Терапии. В исследованиях участвовали пациенты с СР различного генеза: бойцы отряда ОМОН МВД России, неоднократно принимавшие участие в служебно-боевом применении на территории Чеченской республики; представители лётных профессий (строевые лётчики, штурманы, борттехники) принимавшие участие в локальных военных конфликтах; женщины, подвергшиеся физическому насилию; сотрудники ФСБ РФ (мужчины и женщины).

Для удобства анализа и сравнения эффективности терапии, в зависимости от применяемых методов, пациенты с разным генезом СР были разделены методом рандомизации на подгруппы. Пациенты в подгруппах различались между собой только методами нелекарственного воздействия, причем, психотерапия явилась облигатной составляющей во всех подгруппах (как лечебных, так и контрольных).

**Целью настоящего исследования** явилась разработка универсальной схемы нелекарственной терапии последствий стрессовых расстройств (СР) различного генеза.

### Материалы и методы

Клинико-диагностическая оценка психопатологических феноменов осуществлялась на основе Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10, раздел F 43), адаптированной для использования в России и DSM-III.

В соответствии с целью и для выполнения поставленных задач, для исследования были отобраны пациенты, которые подверглись стрессовому воздействию различного генеза:

- бойцы отряда ОМОН МВД России, неоднократно принимавшие участие в

служебно-боевом применении на территории Чеченской республики, численностью 137 человек, (все испытуемые лица мужского пола, возраст от 18 до 37 лет);

- представители лётных профессий (строевые лётчики, штурманы, бортехники) принимавшие участие в локальных военных конфликтах, 124 человека, (все испытуемые лица мужского пола, возраст от 25 до 44 лет);
- сотрудники Федеральной службы безопасности РФ 80 человек (мужчины — 32 чел. в возрасте от 22 до 51 лет, женщины — 48 чел. в возрасте от 25 до 56 лет);
- женщины, подвергшиеся физическому насилию, 74 человека (возраст от 14 до 62 лет).

При изучении личностных показателей, особенностей психического и соматического состояний, наряду с клинической беседой использовался ряд психодиагностических тестов, основными из которых являлись: стандартизованный метод исследования личности - СМИЛ, тест цветовых выборов Люшера, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Кроме вышеперечисленных психодиагностических методик в целях оценки эффективности лечения, была применена методика САН (самочувствие, активность, настроение).

Использовался комплекс вегетативных показателей: ЧСС (частота сердечных сокращений), Аде (систолическое артериальное давление), Адд (диастолическое артериальное давление), ЧД (частота дыхания).

После перенесенного стресса при пальпации обнаруживается наличие миофасциальных триггерных точек, которые могут находиться в активном или пассивном состоянии. В современной литературе под миофасциальной триггерной точкой (ТТ) понимают гиперраздражимую область в уплотненном тяжё скелетной мышцы или фасции. Активная триггерная точка всегда болезненна, она располагается в прощупываемом пучке мышечных волокон, предупреждает дальнейшее растяжение мышцы. Триггерные точки могут обуславливать развитие отраженных болей в зонах, характерных для пораженной мышцы. Латентные триггерные точки вызывают боль только при пальпации. При пальпации триггерной точки отмечается вздрагивание больного. Для каждой мышцы существует самостоятельный синдром миофасциальной боли с определенной картиной отражения боли. Обычно больной точно помнит, какое движение или действие вызвало появление болей. Вовлеченные мышцы имеют ограниченный объем движений. Клинические проявления миофасциального синдрома рассчитывались количественно по показателю миофасциального синдрома (ПМФС) (Якупов РА, 2001):

$$ПМФС = \sum_1^n \frac{\sum_1^i (МФБ + ОМФБ + ПМФБ) / I + ТМ + НМ}{3} / N,$$

Где

I — количество миофасциальных триггерных точек для одной мышцы,

N — количество пораженных мышц,

МФБ — миофасциальная болезненность (0—3 балла),

ОМФБ - отраженная МФБ (0-3 балла),

ПМФБ — продолжительность МФБ (0—3 балла),

ТМ — трофика мышц (0—3 балла),

НМ — напряжение мышц (0—3 балла).

В соответствии с поставленными задачами, клиничко-экспериментальное исследование проводилось поэтапно, в соответствии с созданным алгоритмом обследования и реабилитации лиц, перенесших СР различного генеза.

**1-й этап.** Психофизиологическое исследование с целью выделения лиц, требующих функциональной коррекции временно утраченного благополучия организма, связанного с СР.

**2-й этап.** Клинико-лабораторное обследование в лечебных и клинико-физиологических отделениях.

**3-й этап.** Формирование клинико-реабилитационных групп.

**4-й этап.** Восстановительное лечение.

**5-й этап.** Оценка эффективности реабилитации.

Комплекс обследования проводился трижды.

- первое обследование проводилось с целью установления индивидуально-типологических особенностей, определения фонового состояния и формирования лечебно-реабилитационных мероприятий;
- второе — с целью определения адекватности и своевременной коррекции проводимого лечения на 11-12 день;
- третье — с целью оценки эффективности проведенного лечения.

#### **Основные жалобы, предъявляемые испытуемыми на момент обследования:**

1. Повышенная истощаемость — 404 чел.(97,3%);
2. Снижение умственной и физической работоспособности - 401 чел.(96,6%);
3. Психосоматические проявления: колебания АД; головные боли, кардио-, мио- и гастралгии и др. - 396 чел.(95,4%);
4. Повышенная раздражительность - 378 чел.(91,1%);
5. Снижение уровня естественных влечений — 352 чел.(84,8%);
6. Расстройства сна - 317 чел.(76,4%);
7. Реминисценции — 283 чел.(68,2%);
8. Метеолабильность — 270 чел.(65%);
9. Синестопатии — 253 чел.(60,9%);
10. Гипергидроз — 239 чел.(57,6%).
11. Повышенная настороженность— 228 чел.(54,9%);
12. Нарушения терморегуляции — 211 чел.(50,8%).

Для удобства анализа и сравнения эффективности терапии, в зависимости от применяемых методов, пациенты с разным генезом СР, были разделены методом рандомизации на подгруппы.

В каждой группе образовалось от 3 до 5 подгрупп по 24-28 человек, одна из которых (в каждой группе) явилась контрольной. Пациенты в подгруппах различались между собой только методами нелекарственного воздействия. Причем, психотерапия явилась облигатной составляющей во всех подгруппах (как лечебных, так и контрольных).

#### **Для нелекарственной коррекции были использованы следующие методы:**

- гомеопатическая биопунктура — ГБ;
- иглорефлексотерапия — ИРТ;
- мануальная терапия — МТ;
- конституциональная гомеопатия — КГ;
- психотерапия;
- СКЭНАР-терапия.

## **Результаты и обсуждение**

Проведенное исследование позволило установить, что наиболее часто стрессовые расстройства возникают у женщин, переживших изнасилование (4 группа), они встречались в 91,4% случаев.

Следующая группа по частоте проявлений СР — женщины — сотрудницы ФСБ, профессиональная деятельность которых связана с постоянным физическим и эмоциональным перенапряжением и выполнением специальных служебных заданий (3

группа) — 64,0% (48 из 75 обследованных).

Мужчины 3 группы подвержены СР меньше, чем женщины — 37,2% (32 из 86 обследованных).

У военнослужащих внутренних войск ОМОН МВД России (1 группа), неоднократно находившихся в зоне боевых действий на территории Чеченской республики проявления СР обнаружены у 54,8%.

Наименее подвержены СР по результатам наших исследований, оказались представители лётных профессий (2 группа) — 36,5% (124 из 340 обследованных).

Проведенная нелекарственной коррекции СР позволила добиться существенных изменений клинической картины. Это выразилось в: снижении утомляемости, раздражительности, уменьшении реминисценций, нормализации сна, снижении метеолабильности, внутренней зажатости, уменьшении склонности к колебаниям АД, исчезновении головных болей, мио-, кардио- и гастроалгий, повышении уровня естественных влечений.

При анализе тетраполярной реографии до лечения гиперкинетический тип гемодинамики имел место у 47% пациентов, эукинетический тип у 25%, гипокинетический тип у 28% пациентов.

После лечения методами гомеопатической биопунктуры в сочетании с ЭЭГ-БОС соотношения преобладающего типа гемодинамики изменилось: гиперкинетический тип у 25%, эукинетический тип 56%, гипокинетический тип 19%.

В ходе нелекарственного лечения наблюдалось достоверное повышение мощности альфа — ритма до 61 -,26% от исходного 45,93, что является индикатором улучшения психоэмоционального состояния и снижение бета — ритма до 27,62% от исходного 36,54%.

Более того, реабилитационные мероприятия благоприятно отразились на психологическом статусе лиц, перенесших СР различного генеза. В результате изучения личностных характеристик (СМИЛ) всех испытуемых были выявлены три усредненных типа личностных профилей, которые изменились в результате нелекарственной коррекции СР. Анализируя личностные профили СМИЛ после лечения, можно отметить тенденцию к снижению высоты усредненного профиля почти по всем (в большей степени по 1, 2, 7 шкалам). Положительная динамика отмечена у всех пациентов, что может свидетельствовать о проявлении психологически значимых положительных эффектов от применения нелекарственной терапии СР различного генеза.

По данным теста Люшера и САН во всех группах испытуемых после лечения имеется тенденция к стабилизации эмоциональной устойчивости, снижению уровня стресса, повышается работоспособность, достоверно повышаются показатели активности на 34,5%, самочувствия на 35,7%, настроения на 37,8%.

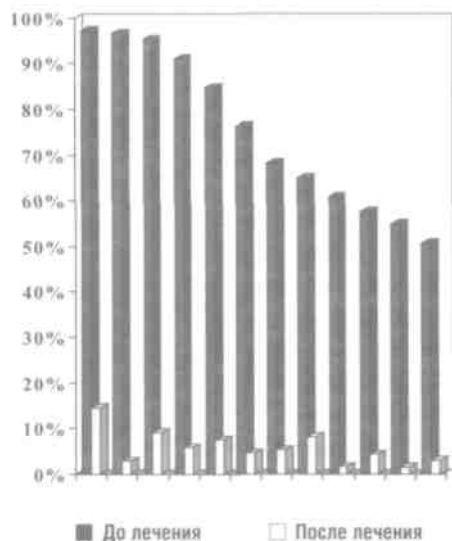
Сравнение клинической эффективности различных схем лечения стрессовых расстройств различного генеза выявило наиболее эффективные схемы нелекарственного лечения:

- гомеопатическая биопунктура в сочетании с психотерапией (эффективность 94,7%),
- БОС терапия в сочетании с психотерапией (эффективность 81,3%),
- конституциональная гомеопатия в сочетании с психотерапией (эффективность 78,9%),
- СКЭНАР терапия в сочетании с психотерапией (эффективность 73,1%),
- мануальная терапия в сочетании с психотерапией (эффективность 65,8%).

Наиболее значимые изменения САН, ПМФС и редукция жалоб произошли в подгруппах, в которых применялась гомеопатическая биопунктура.

Динамика жалоб под влиянием гомеопатической биопунктуры представлена на графике.

## Динамика жалоб



1. Повышенная истощаемость;
2. Снижение умственной и физической работоспособности;
3. Психосоматические проявления: колебания АД; головные боли, кардио-, мио- и гастралгии, и др
4. Повышенная раздражительность;
5. Снижение уровня естественных влечений;
6. Расстройства сна;
7. Реминисценции;
8. Метеолабильность;
9. Синестопатии;
10. Гипергидроз;
11. Повышенная настороженность;
12. Нарушения терморегуляции.

Высокая эффективность лечебного воздействия сочетания гомеопатической биопунктуры и психотерапии во всех группах испытуемых (эффективность до 94,7%) позволила определить это сочетание как универсальную схему для коррекции здоровья при СР различного генеза.

Сущность способа заключается в том, что у больного при помощи пальпации, выявляются клинически актуальные триггерные точки, расположенные в заинтересованных миофасциальных структурах.

Кинестетическое исследование позволяет выделить в толще локально напряженного участка мышцы ядро диаметром 1,5—3 мм, обладающее острой болезненностью, которая значительно менее выражена в нескольких миллиметрах от его границы.

Предварительно обнаруженная с помощью пальпации ТТ фиксируется между большим и указательным пальцами, в нее вводится инъекционная игла со шприцем. Точность попадания контролируется субъективными ощущениями больного. Для этого производят несколько поисковых движений, перемещая иглу под различными углами наклона и на различную глубину, пока у больного не возникнут субъективные ощущения в виде распираания, ломоты или жжения в месте прокола. Наличие предвиденных ощущений является обязательным и свидетельствует о том, что игла находится в непосредственной близости от нервного окончания. Затем в ТТ медленно вводится 2 мл гомеопатического препарата (*Cerebrum*, *Ovarium* или *Testis compositum* в зависимости от зоны воздействия). В результате проводимой процедуры наблюдается купирование болевого синдрома и релаксации мышечных групп. При этом нет необходимости воздействовать на все выявленные ТТ. Достаточно лишь инактивировать ТТ в наиболее доступных экстеро- и проприо-цептивных рефлексогенных зонах (например: наружная поверхность плеча, поясничная и межлопаточная область, задняя поверхность голени, нижне-наружная поверхность бедра, верхне-наружный квадрант ягодицы и т.д.). На рисунке представлены наиболее распространенные точки введения гомеопатических средств.

Методика применения СКЭНАР-терапии. состояла в следующем. Воздействие осуществлялось на шейно-воротниковую зону. Особое внимание уделялось местам «прилипания», зонам повышенной болевой чувствительности, а также зонам, отличающимся от остальной поверхности кожи (как до, так и после воздействия). Указанные места (зоны асимметрии) подвергались дополнительной обработке (примерно 1 мин). Общее время обработки составляло в среднем 20 мин.

## Выводы

Проведенное исследование продемонстрировало, что использованные сочетания нелекарственных методов оказались эффективными при лечении последствий СР различного генеза (катамнез от 1 до 3 лет).

Способ лечения миофасциальных болевых синдромов путем инактивации болезненных триггерных точек введением в них гомеопатических препаратов доступен каждому пациенту, т.к. не требует особых навыков врача, проводящего лечение, а количество процедур составляет 5—7 сеансов.

Преимущества СКЭНАР-терапии определяет её простота, доступность, неинвазивность, экономическая целесообразность. Имеются предпосылки повышения эффективности СКЭНАР-терапии при коррекции стрессовых расстройств, что требует дальнейших исследований.

