

## ОДИННАДЦАТАЯ ГЛАВА МАЛАЯ АСИММЕТРИЯ

Определения:

*Малая*<sup>1</sup> *асимметрия*<sup>2</sup> - особый вид ответной реакции организма на алгоритмированное, динамическое электроимпульсное СКЭНАР воздействие.

Малая асимметрия, как термин, не несет на себе словесного сочетания, а является физиологически функциональным определением.

### *Истории вопроса*

Термин появился 1993 году во время первой конференции «СКЭНАР терапия и СКЭНАР экспертиза» (Ревенко А.Н., Горфинкель Ю.В.). Это понятие было отнесено к отличительным особенностям среди реакции организма на СКЭНАР воздействие. Выработана единая трактовка и тактика при воздействии как в субъективно дозированном (ранее — «непрерывный», или «постоянный» - назван так Горфинкелем Ю. В.), так и в индивидуально дозированном режимах (назван Ревенко А.Н).

Начало же изучения вопроса относится к середине восьмидесятых годов прошлого века.

Особые проявления реакции были выявлены при применении новой техники воздействия в технологии СКЭНАР терапии — постоянное перемещение электрода в зоне воздействия (*непрерывные действия*). До этого электроимпульсное воздействие проводилось на каждую позицию по алгоритму времени или в ИДР (см. ниже). Такой зоной являлась обычно зона активной жалобы или проекция патологически измененного органа. При этом использовалось не хаотическое, а целенаправленное (векторное) перемещение электрода в зоне воздействия. *Постоянный* вектор обработки. Алгоритм взят из правил обработки зоны в ИДР.

Параметры воздействия были фиксированы (постоянны), режим индивидуально дозированного воздействия отключен, импульсы подавались *непрерывно* с фиксированной частотой. В сравнении: при воздействии в режиме ИДР импульсы подавались с модуляцией прерывисто.

Признаки непрерывности и постоянства легли в основу названия режима воздействия. Автором (Горфинкель Ю.В. 1987г. г.) он назван **«непрерывный»** или **«постоянный»**.

Результативность такого подхода была апробирована на пациентах, 1 являющих острые жалобы. Помощь оказывалась во время визита по вызову скорой и неотложной помощи, где Горфинкель Ю.В. работал "врачом выездной бригады. Базовой моделью была модель «ЭНС 03», прошедшая в 1985 - 1986 годах предварительные клинические испытания по решению Комитета по новой медицинской технике МЗ СССР, в клиниках Москвы и других городов.

---

<sup>1</sup> *Малая* - небольшая по размерам, по количеству; незначительная ничтожная.

<sup>2</sup> *Асимметрия* - отсутствие, нарушение симметрии; разница в однородной среде

### *Предыстория*

Было замечено (Горфинкель Ю.В. 1986-1990 г. г.), что при обработке зон в «постоянном» режиме, когда электрод плотно прилегая к поверхности кожи, плавно перемещался в зоне обработки, во время движения менялся характер звука. Часто, в особых зонах, звук приглушался и сопровождался необычной реакцией, названной «прилипание» (смотри соответствующую главу). На других участках обработки звук усиливался и даже «резонировал». Наблюдения показали, что есть зоны обработки, где над всей поверхностью, при перемещении электрода, звук константен и его характер не меняется. Горфинкель Ю.В. предложил использовать этот критерий («асимметрия звука») для выбора оптимальной зоны продолжения воздействия по правилу «малой достаточности».

### *Эксперименты*

#### Первые эксперименты

В экспериментах по разработке критериев применения индивидуально дозированного воздействия - ИДВ (Ревенко А.Н. 1985 - 1992 г. г.) обращалось внимание на тот факт, что после постановки электрода на кожу меняется в динамике характер «звучания» работы аппаратов СКЭНАР (ЭНС 03, СКЭНАР 033 и др.). На одних позициях звук усиливается, а на других становится глухим или совсем не воспринимается ухом оператора как звук. В этих случаях применить правило «малой достаточности» оказалось нецелесообразным, так как требовался подсчет позиций с изменением звука, что отнимает много внимания и затрудняет проведение экспертизы. К тому же эти позиции были разбросаны как «островки разного звука».

#### Результаты исследований критерия

Для выявления асимметрий звука при перемещении электрода по коже - скорость, вектор движения и степень прижатия его к кожи константы.

1. Изменение звука более редкий критерий, чем изменение окраски.
2. В большем проценте случаев обработки зон не выявляются асимметрии звука (или мало воспринимаются нашим ухом как разница).
3. Усиленный, громкий звук напоминает «хруст снега» под ногами.
4. Приглушение звука или его полное отсутствие часто сопровождается особым проявлением реакции на воздействие — «прилипанием». При движении электрода над кожей возникает ощущения задержки движения, электрод как бы прилипает, иногда его не удается сразу «сдвинуть с места» (см. соотв. раздел.).
5. Приглушение звука или даже его «провал» может и не сопровождаться «прилипанием»
6. Изменения звука (один из его вариантов) при обработке зоны может занимать меньшую площадь.

Результаты исследований позволили предположить, что в тех случаях, когда выявляется признак «малой асимметрии», необходимо к этому критерию применить соответствующее общее правило продолжения воздействия «принцип малой достаточности».

### *Контрольные исследования*

Были проведены контрольные исследования (Горфинкель Ю., Ревенко А.).

Отбирались вначале для исследования только те пациенты с различными корешковыми болевыми синдромами, у которых выявлялась только «асимметрия звука». Это оказалось достаточно сложно, так как в большем проценте случаев эти изменения сопровождались реакцией «прилипание». В ходе исследований отобраны для статистической обработки всего 15 случаев, когда на первой процедуре выявлялся только один критерий начальной реакции на воздействие — «асимметрия звука» в зоне, и поэтому можно было применить правило «малой асимметрии». До процедуры определялись нарушения статики и динамики отделов позвоночника, оценивалась степень болевого синдрома, и выявлялись симптомы корешковых выпадений (нарушение движения, изменение тонуса, нарушение рефлекторной деятельности, чаще уменьшение или выпадение соответствующего рефлекса).

Исследования показали однотипность ответных реакций на воздействие - при выделении зоны «малой асимметрии» и дальнейшем продолжении его только в этой зоне до обратной динамики признака. В случае исчезновения или выпадения звука добивались его усиления, а в случае усиления звука на малом участке добивались его уменьшения «звучности».

Во всех случаях получена положительная клиническая динамика - уменьшение болевых ощущений (оценивалось субъективно) увеличение порога болевой реакции, корректирование нарушенных корешковых функций и улучшение статико-кинетических показателей как позвоночника, так и конечностей. После воздействия менялось настроение и эмоциональное состояние пациентов.

**ВНИМАНИЕ!** Во время проведения опытов, так как удавалось изменить начальное звучание зоны «малой асимметрии», выработан алгоритм дополнительного контроля - повторное «прозванивание зоны», контроль выравнивания «характеристик звучания» **НАД ВСЕЙ ЗОНОЙ ОБРАБОТКИ**. Если такое наблюдалось, то повторное воздействие не проводилось, а если вновь выявлен критерий «малой асимметрии звука», воздействие повторялось над этой зоной.

В дальнейшем, при проведении повторных обработок начальной зоны на других сеансах, все реже выявлялись «асимметрии звука», частым повторением было сопутствующее проявление с «прилипанием». При обработке таких зон замечено, что при «восстановлении звука» в зоне обработки параллельно уменьшался и исчезал признак асимметрии - «прилипание».

#### *Выводы:*

**ВНИМАНИЕ.** Многократные наблюдения позволили сделать и еще один вывод — от изменения окраски не зависит изменение звука. Эти проявления могут как сопутствовать в зоне, так и «наслаиваться» друг на друга.

Общий вывод: для проведения экспертизы обработки зоны можно использовать критерий «малая асимметрия звука» для выбора оптимальности воздействия.

Сделан еще один вывод — нецелесообразно применение данного критерия в ИДР (индивидуально дозированный режим).

### *Терминология (исторический ракурс)*

До 1993 года Горфинкелем Ю.В. даны были следующие определения и понятия терминов:

- **вторичные факторы** - имеющиеся до обработки участки малой площади, отличающиеся от остальной кожной поверхности;
- **«Малая Асимметрия»** - локальные изменения только в зоне обработки, произошедшие во время обработки или в результате нее;
- **«последний штрих»** - отличия, возникающие в процессе обработки, вне ее зоны.

Еще ранее Ревенко А.Н. (1985 г.) определены были понятия **асимметрии** для воздействия в ИДР (индивидуально дозированный режим) и выработан алгоритм терапии. При этом обязательным компонентом было то, что электрод переставлялся в зоне константно (по одному вектору – «векторно»). В зоне электрод переставляли от позиции к позиции, с учетом векторов - сверху вниз и одновременно от левой руки (оператора) - к правой. В последующем это стало понятием **«генеральный вектор»**.

Воздействие проводилось в режиме достаточности до восстановления установочных характеристик модуляции на каждой позиции (модель аппарата ЭНС 03). Во время обработки определялись позиции, где наблюдалась различная болевая реакция, а после обработки некоторое время сохранялись локальные изменения окраски кожи в зоне обработки (или появлялись и вне зоны обработки).

К сожалению, на изменения окраски при воздействии или на разницу болевой реакции, как следствие асимметрии на воздействие, внимания не обращалось. Уделялось внимание только асимметрии времени обработки до исходных установочных характеристик модуляции.

В последующем автором (1989 г.) термин **асимметрия** использовался при классификации режимов (измененный рисунок заданного алгоритма воздействия) ответной реакции, в ИДР, на аппаратах серии «СКЭНАР 033». Названы как асимметрии режима *«воздействия-ответа»*. Три циклические, закономерно сменяющие друг друга (1, 2, 3). Два нециклических («расхлябанность» и «энергетическая дыра»). Подробнее смотрите в соответствующем разделе.

### *Современные понятия*

В дальнейшем введены новые понятия, отдельно для определений **«асимметрия»** и **«малая асимметрия»** в зоне обработки; изменены понятия вторичные факторы на **«первичные признаки»**, последний штрих на **«вторичные признаки»**. Введены понятия асимметрия и малая асимметрия для работы в ИДР (Горфинкель Ю.В., Ревенко А Н 1995 - 1997 г. г.).

Именно эти определения вошли во все инструкции и рекомендации по использованию аппаратов СКЭНАР.

К **первичным признакам** отнесены следующие отличия:

- изменение окраски кожного покрова,
- зуд,
- боль,

- рубцы,
- ранки,
- эрозии,
- пигментные пятна
- трофические нарушения.

К **вторичным признакам** отнесены следующие отличия:

- гиперемия либо бледность,
- зуд,
- очаговая боль либо другая актуальная жалоба,
- а также локализация болевого очага после обработки обширной зоны боли.

К **асимметриям** отнесены следующие изменения:

- окраски кожных покровов,
- ощущений пациента (болезненный или нечувствительный участок),
- изменение звука (при перемещении электрода по коже),
- «прилипание» (затрудненное передвижение электрода по поверхности кожи),
- изменения параметров аппарата при индивидуально дозированном воздействии.

**ВНИМАНИЕ.** Практические наработки позволили отнести к разделу «малая асимметрия» асимметрии малой площади и вторичные признаки.

#### *Клинические наблюдения*

Многолетние клинические наблюдения, с учетом результатов лечения с применением данной технологии, были сгруппированы и обработаны. Особенности приведены ниже.

Независимо от характера патологического процесса, при работе в зоне активной жалобы выявлены следующие отличительные реакции:

- выявлялся один признак асимметрии (прилипание, или изменение окраски, или изменение болевого порога);
- выявлялись несколько признаков асимметрии сразу в зоне обработки;
- выявлялись несколько признаков асимметрии, отличающихся количественно;
- выявлялись вторичные признаки;
- отсутствие проявлений (реакций) на воздействие.

Динамика общего состояния и локального статуса отмечалась во всех группах, кроме тех случаев, где отсутствовали ответные реакции на воздействие. Самая быстрая динамика наблюдалась, если в зоне выявлялись при воздействии сразу несколько признаков асимметрии, с количественным преобладанием одного из них.

При одиночных реакциях асимметрии, выраженной динамика была в случаях «прилипания». Чем более выраженной определялась степень признака и чем больше была площадь его проявления, тем эффективней был

результат процедуры и курса лечения в целом. Время, необходимое для нивелирования признака, не сказывалось на результате, следовательно, не являлось прогностическим признаком.

В некоторых случаях, на сеансах, наблюдалась смена одного признака другим.

В случаях, когда была слабая обратная реакция признака, признак вообще не изменялся или на последующих процедурах вновь проявлялся как стационарный (в том же месте и той же интенсивности), жалобы пациента на процедуру изменялись незначительно и требовалось в последующем большее количество процедур для достижения терапевтического результата.

В некоторых случаях пациенты переключали внимание, во время проведения процедуры, на вторичные признаки ощущений вне зоны обработки (чаще локальная боль, выраженный локальный зуд, изменения окраски), сообщая об этом оператору. Если ранее, в зоне обработки, пациенты не «чувствовали» асимметрию изменения окраски то как вторичный признак пациенты предъявляли активную жалобу («жжение», «печет», «горит огнем»). Это говорит о динамике эмоционального статуса и изменении вегетативно-висцеральных рефлексов. Обработку переносили на зону проявления вторичного признака. В этой группе больных также отмечена хорошая динамика клинических проявлений как на процедуре, так и на курсе. Особенно это было в группе с острыми локальными болевыми синдромами.

В некоторых случаях, после обработки зоны, наблюдалось изменение проявлений болевого очага по локализации, проводилась обработка зоны и вновь наблюдалась миграция болевого очага. Такая динамическая реакция в некоторых случаях проявлялась до 6-8 раз, что требовало дополнительной, новой обработки. Воздействия прекращались, если признак «стационарировался» по локализации или исчезал вообще.

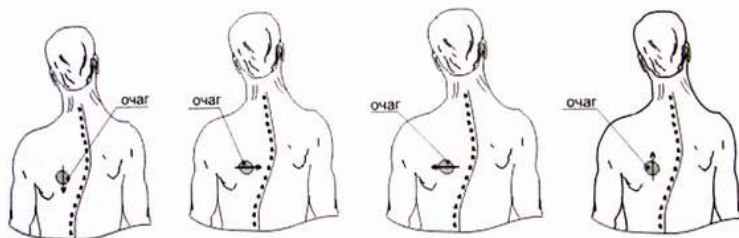
В некоторых случаях, после обработки признака асимметрии (например, «прилипание»), в зоне появлялся другой признак (например, краснота или бледность, иногда бледность на фоне красноты). В случаях асимметрии — «гиперемия», во время обработки появлялась бледность в зоне красноты или рядом с ней.

Было замечено, что обработка зоны проявления признака по четырем векторам быстрее приводила к обратной динамике признака (характерно для всех признаков). При этом порядок воздействия был аналогичен генеральному вектору (вначале сверху вниз, затем слева направо, потом все в обратном порядке...).

Часто признак «прилипание» сопровождался другим признаком - «изменение звука» (полное его отсутствие). При уменьшении степени прилипания появлялся и звук в зоне обработки.

При отсутствии проявлений, в указанных зонах, то при обработке симметричных зон или функционально противоположных (реципрокных) выявлялись признаки асимметрии.

Если первично, после обработки зоны, не выявлялись признаки асимметрии, то при дополнительной обработке зоны в режиме ИДВ определялись позиции асимметричные по болевому порогу и по изменению окраски.



Если был проведен выбор признака по характеристикам «малая асимметрия» и обрабатывалась локально только зона его проявления, то наблюдалась динамика и остальных признаков без дополнительного воздействия на них.

При обработке зоны в ИДР, на аппаратах ЭНС 03, выявлялись участки с максимальным нарушением установочных параметров, с минимальными нарушениями и когда сразу обрабатывалась программа модуляции. Во всех случаях больная динамика на воздействие отмечалась в тех случаях, когда выявлялись зоны со значительной временной асимметрией установочных параметров модуляции.

При обработке зоны в ИДР на аппаратах серии «СКЭНАР 03» определялись реакции (режимы). Выявлено пять разновидностей.

Лучшая ответная реакция у пациентов отмечалась, если в зоне обработки определялись несколько режимов.

#### ОБЩАЯ ТАКТИКА ОБРАБОТКИ ЗОНЫ В СДР

1. Установить параметры воздействия с учетом рекомендаций.
2. Обработать зону, выбранную для воздействия, с целью выявления асимметрий по общим правилам (см. соответствующий раздел).
3. Если определяется одна реакция ответа (асимметрии), необходимо оценить к какому признаку она относится.
  - 3.1 Если площадь отличительной реакции меньше остальной площади зоны обработки — это признак «малая асимметрия».
  - 3.2 Если площадь отличительной реакции больше остальной площади зоны обработки, то признаком «малой асимметрии» является участок зоны без изменений. (Зона отличительной реакции является, в этом случае, признаком асимметрии).
  - 3.3 *Внимание.* «Прилипание», как отличительная реакция всегда считается признаком «малой асимметрии», независимо от площади, по отношению к площади, обработанной зоны.
  - 3.4 Продолжается обработка только зоны «малой асимметрии». Применяется, при этом, обработка зоны по четырем векторам. Целью обработки является нивелирование выявленной отличительной реакции или значительная динамика характеристик признака «малой асимметрии».
4. Выявляется вектор оптимальной обработки, и дальнейшие воздействия проводятся только в этом векторе.
5. Если признак «малой асимметрии» - это участок без реакции, то он обрабатывается до соответствующей отличительной реакции «асимметрии».

6. Обязательно после получения результата от воздействия в зоне «малой асимметрии» вновь обрабатывать всю зону, подлежащую ранее воздействию.

6.1 При повторной обработке признаков «асимметрий» не выявлено, следует прекратить воздействовать в данной зоне.

6.2 Если при повторной обработке проявила себя та же реакция - «малой асимметрии» и с той же локализацией, следует прекратить воздействовать в данной зоне.

6.3 Если при повторной обработке выявлена другая отличительная реакция «асимметрии», то алгоритм для продолжения воздействия повторяется вновь.

7. Если в зоне обработки выявлено несколько отличительных реакций - «асимметрий», то необходимо провести выбор оптимальной «малой асимметрии». При этом учитывается количественный признак однородной асимметрии и качественное отграничение площади реакции, от окружающей поверхности зоны.

8. Если в зоне обработки не выявлено никакой отличительной реакции, принимаются следующие решения:

- Обработать симметричный участок на теле (определение, см. соответствующий раздел) с целью возможного выявления реакции на воздействие. При наличии таковой, продолжение алгоритма воздействия, приведенного выше (2-7).
- Обработать зону последовательно, в других векторах (см. соответствующий раздел). При выявлении реакции — продолжение алгоритма тоже.
- Обработать функционально противоположную (реципрокную) зону. При выявлении реакции - продолжение алгоритма тоже.
- Обработать повторно зону, на каждой позиции в ИДР или индивидуально — дозировано в модулированных режимах. При выявлении реакции «малой асимметрии» продолжение воздействия по пунктам 3.1 -4.1.

Внимание. Повторить обработку зоны в СДР.

9. Если выявленные признаки «малой асимметрии» не убедительны или количественны, то в режиме ИДВ определить показатели реакции на воздействие (начальный показатель реакции, доза) для выбора оптимального признака.

#### ВЫВОДЫ:

*Общий вывод:* «асимметрия» — функциональный показатель адекватности воздействия и выбора оптимальной зоны.

«малая асимметрия» — составная часть реакции «асимметрия» на воздействие, необходима для циклического завершения ответной реакции на воздействие с помощью специальных приемов.

**ВНИМАНИЕ.** В настоящее время термин используется и как принцип СКЭНАР технологии «МАЛАЯ АСИММЕТРИЯ» (см. *соответствующий раздел*).