

ИРИДОДИАГНОСТИКА КАК СКРИНИНГ МЕТОД В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

И.Ю. Краснопеева, Т.П. Сизых

(Иркутский государственный медицинский университет - ректор акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра госпитальной терапии - зав. проф. Т.П. Сизых)

Резюме: В работе рассмотрены возможности определения сопротивляемости, адаптационных и регенераторных способностей организма по радужке, а также даны различные точки зрения при интерпретации возникающих структурных изменений радужки.

В последнее десятилетие в нашей стране стал применяться один из параклинических методов исследования - иридодиагностика. В ее становлении можно выделить 3 периода. Первый возник более 3000 лет назад в Индии, Китае, Египте, Тибете. В это время изменения на радужке при различных заболеваниях описаны в трактатах Гиппократов,

Филострата, Ел Акса. Второй период относится к концу 19 века, и возрождение иридодиагностики произошло благодаря работам J. Peczeli и N. Liljeguist. Третий этап начинается с 50-х годов нашего века, когда были созданы специализированные центры по изучению иридодиагностики во Франции, Чехословакии, Германии, США, СССР.

Длительное время иридодиагностика как наука незаслуженно отвергалась многими специалистами. Этому способствовало отсутствие конкретной научной теории, объясняющей возникновение изменений на радужке. Но за последние десятилетия наметился положительный сдвиг в отношении ее практического внедрения. Среди широко применяющихся параклинических неспецифических методов исследования она заняла особое место как метод высоко информативный, простой, доступный, совершенно безопасный.

Иридодиагностика возникла в глубокой древности и насчитывает более чем 3000-летнюю историю. Это подтверждается археологическими находками древних папирусов в Индии и Китае, наскальными изображениями радужки в пещерах Малой Азии. Описание радужки и изменения в ней при различных заболеваниях встречаются и в трактатах Гиппократов, Филострата в древнем Египте. Но слава первого иридодиагностов принадлежит знаменитому жрецу фараона Тутанхамона Ел Аксу. Он оставил 2 папируса длиной 50 и шириной 1.5 метра с описанием диагностики по радужке. Считается, что благодаря

этому жрецу иридодиагностика распространилась в Вавилон, Тибет, Индокитай. Он первый ввел цветное фотографирование ириса с помощью специальных металлических пластин, которые на 4 минуты подносились к глазу больного на расстояние 2 см, затем обрабатывались какой-то жидкостью и снова подносились к глазу на 30 секунд. После этого изображение ириса на пластине становилось цветным и сохранялось в течение тысячелетий. Секрет их химической обработки, к сожалению, утерян. Такие пластины с ярким цветным изображением глаз найдены в усыпальнице Тутанхамона. По ним стало известно, что правитель Египта был очень больным человеком.

В тибетской медицине ведущие специалисты, обладатели звания «пандиты», могли по зрачку определить поражение внутренних органов.

На длительное время иридодиагностика среди врачей была незаслуженно забыта. В конце 19 века, благодаря работам J. Peczeli и N. Liljeguist, иридодиагностика получила распространение на западе.

J. Peczeli составил карту, в которой каждому органу соответствовал определенный сегмент на радужке, т.е. он впервые в мире создал схему проекционных зон радужки. За это его считают основоположником иридодиагностики. В 1980 г. J. Peczeli издал книгу «Открытие в области природы и искусство лечения». Нервные окончания радужки образованы симпатическим, парасимпатическим и тройничным нервами. Эти нервы имеют связь с висцеральными центрами головного мозга, а через них с внутренними органами. Поэтому J. Peczeli первый пришел к выводу, что идущая через радужку световая энергия служит для активации всей внутренней среды организма.

N. Liljeguist дополнил схему J. Peczeli, указав в ней место расположения желудка и кишечника, прямой кишки, легких. Кроме этого, он вновь

ввел в иридодиагностику забытый цветовой анализ радужки.

С 50-х годов нашего века начинается новое возрождение иридодиагностики. Во Франции, Чехословакии, Германии, США, Канаде, Японии имеются специализированные центры по изучению иридодиагностики. В Американском противораковом центре Бетесте иридография используется для дифференциальной диагностики врожденных и приобретенных доброкачественных опухолей.

Большой вклад в развитие науки внесли Е.С. Вельховер, Р.Ф. Ромашев, Р.С. Пичхадзе, В.В. Кривенко, П. Димков, L. Vannier, A. Maubach, J. Angere, F. Vida, I. Deck, R. Bourdiol, B. Jensen, P. Thiel.

Особенно хочется выделить работы J. Deck, R. Schnabel и B. Jensen. Так, директор института фундаментальных исследований в области иридологии из г. Этлингене (ФРГ) J. Deck совместно с F. Popp высказал предположение, на основе эффекта митогенетического излучения А.Г. Гурвича (1923, 1935), что адаптационно-трофические знаки радужки являются голографией когерентных полей излучения. Его сорокалетний труд в области иридологии обобщен в 2-х монографиях: «Основы иридодиагностики» (1965) и «Дифференциальная диагностика» (1980).

Немецкий ученый R. Schnabel (1959) изучил тополабильные знаки, которые могут быть приобретенными и врожденными, увеличиваться при прогрессировании заболевания и исчезать при выздоровлении. Он описал 90 видов пигмента, 60 разновидностей волокнистых структур, 30 форм лакун, 28 вариантов внутренней гетерохромии и 14 видов адаптационных колец.

Учебником для многих специалистов запада стала многократно переизданная монография B. Jensen «Наука и практика иридологии» (1982). С 1951 г. им создана международная ассоциация иридологов.

За это время появилось около 30 схем, в которых авторы уточняли, дополняли «отражение» тех или иных органов на радужной оболочке глаза. При составлении схемы любой из авторов ориентировался на свои многолетние наблюдения. Прежде чем указать на схеме место расположения «больного» органа, многократно проверял его отражение на радужке, подтверждая изменение функции органа клиникой и инструментальными методами. В своем большинстве эти схемы подразделяются на немецко-американскую школу с вертикальным расположением тела человека на радужке (J. Deck, 1954; J. Angerer, 1957; B. Jensen, 1964; Е.С. Вельховер, 1988; рис. 1) и новофранцузскую с эмбриологическим проецированием тела (R. Bourdiol, 1975; G. Jausas, 1983; рис. 2). При вертикальном расположении - в верхней части находится проекция головного мозга, в центре - желудка и кишечника, а внизу - нижних конечностей. В новофранцузской школе проекция тела человека на радужку напоминает расположение эмбриона в

полости матки. Вертикальное проецирование органов можно объяснить ранним гастроло-сегментарным периодом эмбрионального развития путей и центров иридо-диэнцефального проецирования. Новофранцузская школа основывается на более позднем периоде эмбрионального развития. Все эти схемы подразделяются еще на 3 группы: графические, схематические и смешанные. В картах изображения локализации проекционных зон органов во многом совпадают, однако, в топографии отдельных органов наблюдаются и расхождения. Наиболее часто в иридодиагностике используются схемы Е.С. Вельховера, F. Vida и J. Deck, B. Jensen, A. Gastro, J. Angerer, J. Jausas, K. Gunter (В.И. Боришполец, И.Ф. Борисенко, 1990; А.Е. Лагутина, М.П. Терентьева, 1990). При этом у правшей проекция органов на радужке гомолатеральная, а у левшей - гетеролатеральная (т.е. правая половина тела отражается на левой радужке, а левая половина на правой). Зона самой радужки на всех картах имеет топографическое деление радиальное и кольцевое. Радиальное используется в зоне цилиарного пояса и представляет из себя радиально расположенные зоны. Для кольцевого деления применяются как анатомические образования радужки, так и условно выделенные между ними зоны, всего их 9. Для более быстрого определения расположения органов в клинической иридодиагностике используется циферблатная шкала, а в компьютерной - угловая.

В Советском Союзе впервые с 1967 г. иридодиагностикой стали заниматься Е.С. Вельховер и Ф.Н. Ромашев. Практически все иридологи страны являются их учениками или учениками их учеников.

Первая монография советских ученых Е.С. Вельховера, Н.Б. Шульпиной, З.Е. Алексеевой, Ф.Н. Ромашева «Основы иридодиагностики» вышла в свет в 1982 г.. Под руководством Ф.Н. Ромашева, Е.С. Вельховера в 1983 г. Р.М. Пичхадзе была защищена первая диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Сравнительная оценка клинико-инструментальных и иридологических методов обследования в хирургической клинике при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки.» В течение 4-х лет автором в условиях стационара обследовано 303 больных с патологией желудка и 12-перстной кишки, 50 практически здоровых лиц и 460 рабочих различных промышленных предприятий. Данные иридоскопии, иридографии верифицировались с общепринятыми клинико-инструментальными методами исследования, включая и гистологическое исследование биопсийного материала, полученного при ФГС.

Проведенные исследования позволили определить общие и частные закономерности, наступающие в экстерорецепторах радужки глаза. На основе сопоставления клинико-инструментальных исследований с данными иридографии в диссертации Р.С. Пичхадзе указаны изменения, возникающие в радужке у больных с гастрита-

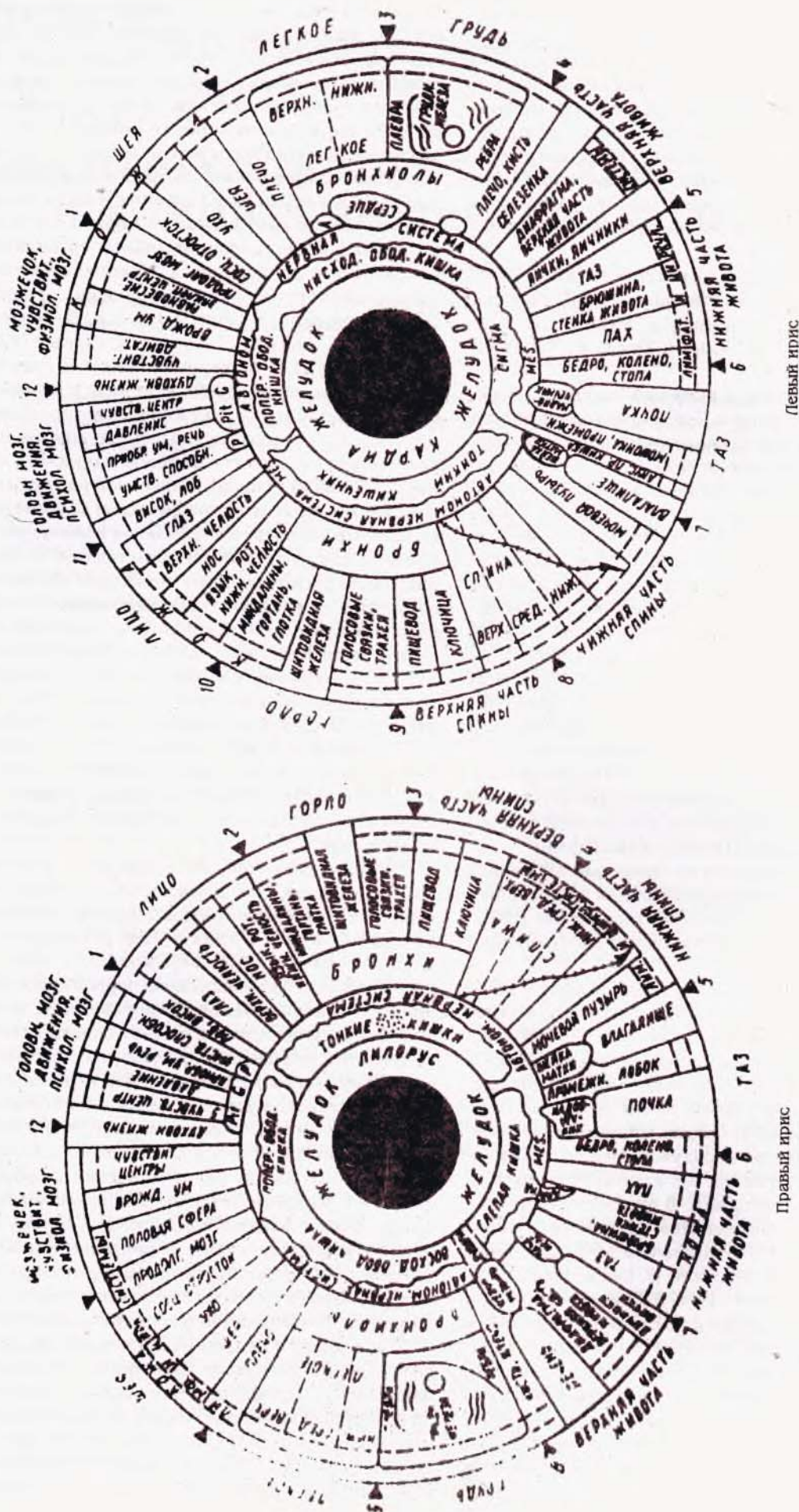
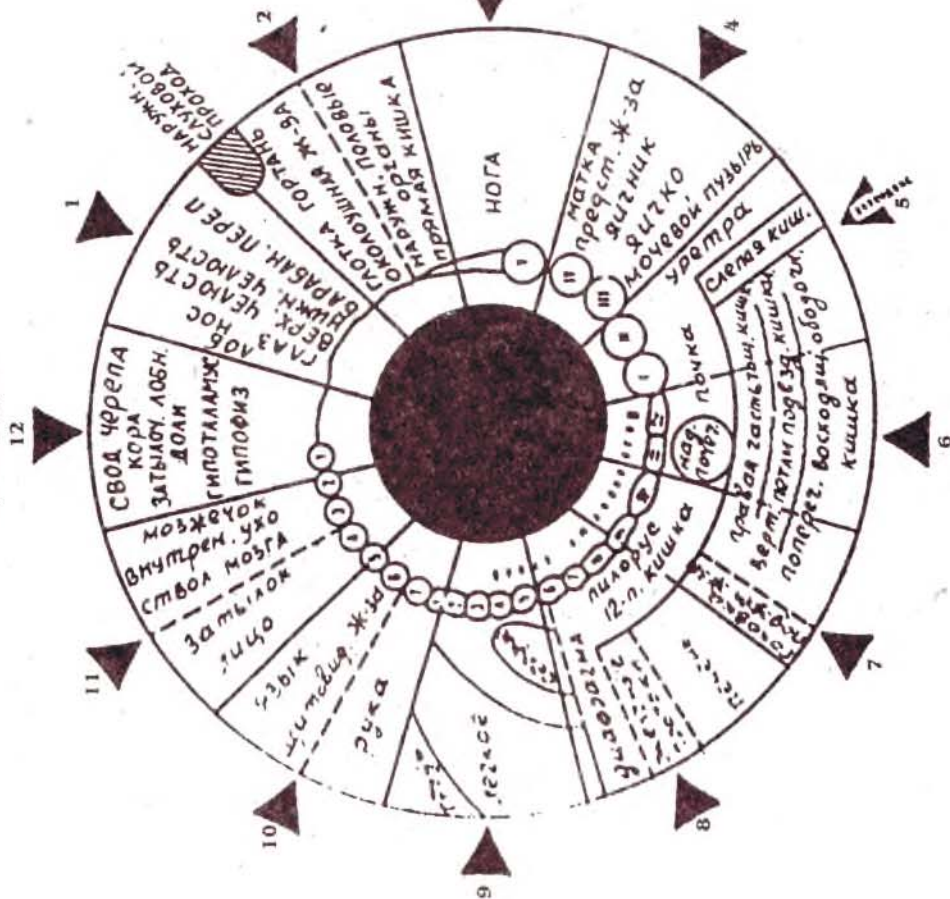


Рис. 1. Схема проекционных зон тела человека на радужке по В. Jensen.

Правая радужка



Левая радужка

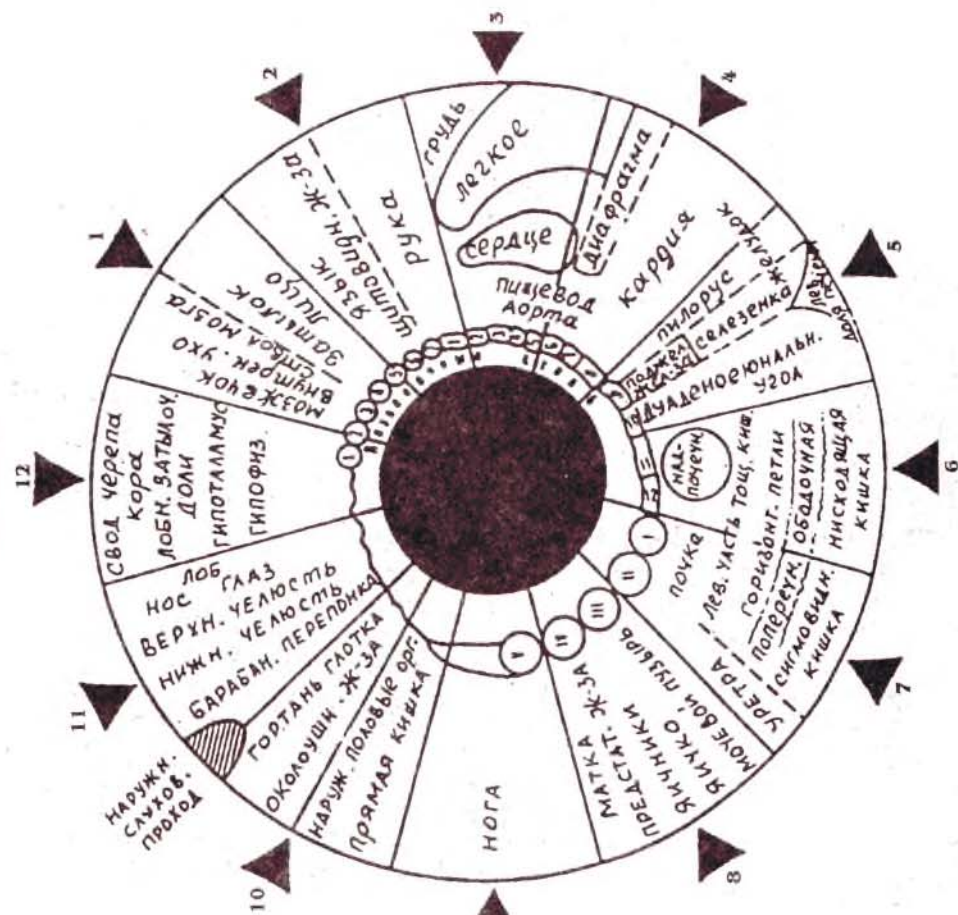


Рис.2. Схема проекционных зон тела человека на радужке по R. Bourdiol.

ми, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, полипозом, раком желудка.

Широкое распространение в нашей стране иридодиагностика получила в последнее десятилетие. Следует отметить, что в этот период вышло в свет несколько монографий: Ф.Н. Ромашева с соавт., 1986; В.В. Кривенко, Г.П. Потебня, 1988; В.В. Коновалова, А.А. Антонова, 1990; Н.Б. Шульпиной, 1990; М.С. Абрамова, 1990; Е.С. Вельхова, А.А. Ананина, 1991; О.В. Петенко, Н.И. Гречишниковой, 1991; Е.С. Вельхова, 1992.

Среди них обращает на себя внимание монография М.С. Абрамова, в которой автор впервые раскрывает работу компьютерных систем в иридодиагностике, показывает ее преимущества, перспективы перед обычной иридоскопией и иридографией. Указывает на сложности в создании компьютерных систем.

Особо следует отметить последнюю монографию Е.С. Вельхова, в которой обобщены данные, полученные в основном научном центре страны по иридологии, созданном им и Ф.Н. Ромашевым 19 лет назад в Университете дружбы народов им. П. Лумумбы при медицинском факультете. Как он пишет, за этот период здесь изучены новые функции глаза (фотоэнергетическая, светозащитная, терморегулирующая и цитолитическая), сама радужная оболочка рассматривается как выдвинутый вперед диэнцефальный экран головного мозга, воспринимающий и преформирующий световой поток извне и импульсный поток изнутри организма. В лаборатории разработана оценка состояния систем ассимиляции и диссимиляции, скрининг-диагностика гастритов, холециститов, гепатитов, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, мочекаменной болезни. Предложена новая доклиническая экспресс-диагностика язвенной деформации луковицы дуоденума, portalной гипертензии при циррозах печени, закупорки лоханки и мочеточника при мочекаменной болезни, ишемии мозга при окклюзии брахиоцефальных сосудов, недостаточности кардиального сфинктера пищевода при рефлюкс-эзофагите.

Под руководством Е.С. Вельхова совместно с сотрудниками ЦНПО «Комета» создан компьютерный иридодиагностический комплекс «ИРИС».

В Москве существует и второй центр иридодиагностики под руководством Н.Б. Шульпиной. Совместно с А.А. Антоновым и др. здесь подготовлено большое количество врачей-иридологов для практического здравоохранения.

В 1979 году в Киевском институте проблем онкологии им. Р.Е. Кавецкого создана лаборатория иридодиагностики, возглавляемая В.В. Кривенко. Сотрудники этой лаборатории занимаются изучением радужки при фитотерапии, ведут поиск симптомов на радужке при онкологических заболеваниях, воздействии радиации.

В настоящее время в иридологии несколько научных направлений: иридопография, ири-

додиагностика, иридогенетика, компьютерная иридодиагностика и иридофототерапия.

Основным методом иридодиагностических исследований являются: осмотр радужки с помощью щелевых ламп различных типов (иридоскопия) и фиксация результатов иридоскопии на фотопленку (иридофотография), на видеопленку (иридовидеография). Сочетание иридоскопии с иридофотографией повышает качество обследования больного, документирует результаты диагностики, позволяет проводить динамическое наблюдение, выявлять ранние проявления патологического процесса.

В последние годы широкое применение в иридодиагностике получили компьютеры. Создание компьютерных систем в иридологии имеет много технических и методологических трудностей. С технической стороны надо использовать системы ТВ высокой четкости, а современные 625-строчечные телевидеокамеры этому не соответствуют и для полной информации о радужке необходимо трехмерное изображение, которого в ТВ-системах нет. Еще отрицательным моментом является огромный массив информации, который должна обработать ЭВМ. Большую трудность представляет отсутствие одной универсальной иридологической схемы, а также индивидуальное формирование нервных путей у каждого человека, в связи с чем орган имеет не точное, а статистически вероятное место нахождения (например, у правой и у левой). Необходимо учитывать, что возникновение иридознаков может происходить не за счет патологии органа, а быть связано, во-первых, с патологией проводящих нервных путей и, во-вторых, по типу отраженных рефлекторных связей (например, лакуна в зоне проекции левой руки при стенокардии).

Среди первых разработок по использованию вычислительной техники для иридодиагностики в нашей стране следует выделить разработанную в 1985 г. под руководством В.Г. Бондур с соавт. в лаборатории Университета дружбы народов им. П. Лумумбы диалоговую микропроцессорную вычислительную систему. На протяжении нескольких лет творческой работы этой группы с коллективом иридологов, возглавляемым Е.С. Вельховым, создан компьютерный иридодиагностический комплекс «ИРИС». Прибор позволяет выявлять ранние проявления патологии органов и систем с использованием различных схем проекционных зон радужки, измерять геометрические и энергетические характеристики интересующих иридологических знаков, выявлять наследственный статус, реактивность и сопротивляемость организма, онконастороженность, определять темпы старения. Существуют и другие программы, иридодиагностические комплексы, разработанные в разных лабораториях и научных центрах страны. Они имеют меньшую программную обеспеченность, чем «ИРИС», но менее дорогостоящи и поэтому более доступны для практического здравоохранения.

ния. Время обследования пациента при использовании ЭВМ занимает от 3-5 минут до 30. Преимущество компьютерной иридодиагностики обусловлено высокой точностью и производительностью, большими возможностями по выявлению новых экстерорецептивных симптомов и наблюдением радужки в динамике, длительным хранением данных и проверкой гипотез при формировании решений.

В иридодиагностике при осмотре радужки необходимо обращать внимание на такие характеристики, как цвет глаз, тип радужки, форму зрачка, толщину пигментной каймы, зашлакованность, токсические пятна и т.д.

Цвет глаз у человека зависит от количества и распределения клеток-хроматофоров, которые вырабатывают меланин. По степени продуцирования меланина они подразделяются на слабые, средние и сильные меланинопродуценты. От концентрации меланина зависит светозащитная функция радужки. Поэтому у лиц с голубыми радужками (тонкий слой меланоцитов), защитная функция радужки на воздействие света меньше, чем у кареглазых. Меланины обладают свойствами стабильных радикалов и участвуют в переносе электронов. За счет этого они предохраняют человека от поступления ультрафиолетовых лучей, ионизирующего и электромагнитного излучения (Е.Л. Рубан, С.П. Лях, 1970; Е.С. Вельховер, В.Ф. Ананин, 1990; М. Piattelli et al., 1963). Меланоциты содержат фоторецепторный аппарат (Е.С. Вельховер, 1988). В связи с чем радужка выполняет и фотоэнергетическую функцию. Она регулирует энергетический потенциал зон ретикулярной формации по двум каналам: ретинальному и иридальному. По ретинальному каналу это происходит, в основном, за счет изменения диаметра зрачка, а по иридальному - фоторецепторами радужки. При различной пигментной системе одинаковый по силе источник света вызывает в коре головного мозга у светлоглазых лиц более сильный активизирующий эффект, чем у темноглазых. Это распределение по цвету радужки коррелирует и с функционированием ферментных систем человека, направленных на расщепление и выведение лекарственных веществ из организма (О.В. Петенко, Н.И. Гречишникова, 1991). Работами М. Миллодота (1976), Е.С. Вельховера с соавт. (1982), L. Harris et al. (1971) доказано, что для достижения лечебного эффекта доза лекарств у сильных меланинопродуцентов должна быть выше, чем у средних, и в 1.5-2 раза больше, чем у слабых меланинопродуцентов. Кроме этого, меланоциты выполняют цитотоксическую функцию радужки. Меланин защищает глаз от инфекции. По данным А.Е. Каплан и А.М. Малковой (1979), осложнения инфекцией при травмах карих глаз у больных встречается в 7 раз реже, чем у пострадавших с серыми и голубыми глазами. Меланопротеиды радужки обладают противоопухолевой активностью и увеличивают выживаемость организма при изменении содержания

кислорода в атмосфере, защищают белки и ферменты от деградации, а ткани пигментного эпителия - от действия продуктов перекисного окисления липидов.

Радужка отражает врожденные недостатки, закрепленные в генотипе. Считается, что она несет информацию о дефектах до четвертого поколения включительно. По результатам многочисленных обследований R. Bourdiol (1975) выявил, что правый глаз мужчин несет отцовский генотип, а левый - материнский. У женщин наоборот. По мнению Е.С. Вельховера (1992) передача локальных знаков радужки от родителей составляет 50%. Тип радужки наследуется от родителей, но никто из иридологов не видел у родственников двух абсолютно одинаковых радужек, даже у близнецов. Радужка каждого человека имеет свои неповторимые особенности.

В иридологии наследственность характеризует врожденную степень жизнеспособности, сопротивляемости, адаптационные и регенеративные возможности организма (Е.С. Вельховер с соавт., 1988; В. Jensen, 1970). Показателем, определяющим наследственность в иридологии, является плотность радужки. В нашей стране пользуются, в основном, двумя классификациями плотности. По одной классификации выделяют пять типов радужки: радиальный, радиально-волнистый, радиально-гомогенный, радиально-лакунарный и лакунарный. Радиальный тип радужки имеет вид раскрытого веера, трабекулы одинаковые, как бы подогнаны одна к другой. Но встречается он крайне редко. Из него выделяют радиально-волнистый тип, при котором наблюдается небольшая извитость радиальных трабекул. Эти два типа являются признаками хорошей конституции и крепкого здоровья. Третий тип радужки - радиально-гомогенный. При нем в зрачковом поясе наблюдается радиальная исчерченность, а в цилиарном - плотное гомогенное, густо пигментированное, бархатистое окрашивание. Этот тип радужки также говорит о хорошей конституции и встречается у здоровых людей. Четвертый тип радужки - радиально-лакунарный. Он характеризуется неплотной стромой с рассеянными листовидными лакунами, занимающими до 30% площади радужки. Иногда лакуны могут быть заменены хаотичным рисунком трабекул, которые как бы напоминают лакуны. Данный тип радужки характерен для лиц с ослабленной конституцией, склонностью к дисфункциям и переходу острых заболеваний в хронические. Пятый тип радужки - лакунарный - представляет собой местами разорванную строму с лакунами, занимающими больше 30% площади радужки. Такая радужка свидетельствует о врожденной неполноценности многих органов. Ее обладатели люди болезненные, острые заболевания у них трудно поддаются лечению и почти всегда переходят в хронические.

По мнению В.В. Коновалова, А.А. Антонова (1990), эта классификация имеет два недостатка. Она не выделяет отдельно слабопигментирован-

ванную радужку, а гомогенный тип встречается крайне редко. Поэтому В.В. Коновалов и А.А. Антонов рекомендуют пользоваться классификацией В. Jensen (1964). В ней выделено 6 степеней плотности, которые объединены в три типа конституции. Сильный тип конституции включает в себя радужку первой и второй плотности. При первой степени плотности строма радужки очень плотная, поверхность гомогенная, гладкая, из-за плотного прилегания трабекул не видно их радиального расположения. При второй степени плотности строма радужки плотная, но в ней видны трабекулы. Ее обладатели имеют хорошую наследственность и устойчивость к заболеваниям и неблагоприятным условиям внешней среды. Средний тип конституции обусловлен радужкой 3 и 4 степени плотности. Для 3 степени характерна извитость, растянутость трабекул. При 4 степени плотности - трабекулы истончены, между ними наблюдаются щели. При данной конституции нормальное функционирование всех органов и систем организма возможно только при соблюдении всех мер профилактики. Однако острые заболевания уже часто переходят в хронические. Слабый тип конституции встречается при пятой и шестой степени плотности. Для пятой и шестой степени плотности характерна радужка с множеством углублений и ямок, часто напоминающих большие незамкнутые лакуны. Ее обладатели имеют плохую наследственность, они трудно адаптируются к неблагоприятным условиям жизни и труда, острые заболевания у них переходят в хронические.

Существует и другая классификация, предложенная J. Deck еще в 1965 г. Она отражает структурно-механические, морфологические и физиологические данные. Эта классификация включает в себя 16 вариантов. Ее применение на профосмотрах возможно только при исследовании больных с помощью электронно-вычислительных комплексов при изображении радужки на телеэкране. В нашей стране преимущественно используется первая и вторая классификации.

Информацию о морфогенезе несет в себе рельеф радужки. По мнению G. Jausas (1974) существует 7 разновидностей рельефа: нормальный, мискообразный, уплощенно-латеральный, кратерообразный, закругленно-утолщенный, плоский и локально-деформированный. Каждый из этих рельефов отражает определенное состояние организма. Так, нормальный рельеф свидетельствует о сбалансированности жизненных сил, хорошем прогнозе при заболеваниях, а локально-деформированный - о наличии хронической болезни.

Зрачки человека отражают состояние нервной системы и внутренних органов, реактивность, уровень болевых ощущений. Величина зрачка зависит от освещения, возраста, эмоционального состояния, усталости. При осмотре часто встречается анизокория, которая бывает

физиологической и патологической. Первая в норме у практически здоровых наблюдается в 19%, а разница в диаметре при слабом освещении не превышает 0,8 мм. Во втором случае она может быть признаком патологии нервной системы и внутренних органов (при поражении верхушки легкого, печени, почек, аппендикса). При патологии органов увеличение зрачка возникает за счет рефлекторного воздействия на пограничный симпатический ствол. На деформацию зрачков и ее значение в иридодиагностике впервые обратил внимание R. Schnabel (1959). Деформация зрачка встречается при местных заболеваниях радужки, патологии периферических нервов и внутренних органов.

Большое значение в иридодиагностике уделяется автономному кольцу - зоне раздела зрачкового и цилиарного пояса. Он является индикатором всех висцеральных систем, определяет состояние симпатической и парасимпатической нервной системы. Его втяжение или выбухание в какой-то зоне указывает на наличие патологии органа, расположенного в этом секторе. С целью изучения феномена локального выпячивания в области сердца Е.С. Вельховер (1992) обследовал группу лиц с дилатацией полостей сердца. Им выделено 4 степени деформации автономного кольца. При этом выявлено, что легкая степень деформации соответствует компенсаторной гипертрофии миокарда, средняя - начальным проявлениям дилатации, грубая - выраженной дилатации. Разрыв автономного кольца соответствовал формированию аневризмы сердца. Нарушение формы автономного кольца происходит при возникновении патологии в органе за счет усиленного потока импульсов, действующих на часть радужки, и выявляющего дисгармонию симпатических и парасимпатических мышц глаза. Поэтому выбухание автономного кольца происходит за счет гипофункции ограниченного участка сфинктера зрачка (зона желудка или кишечника) или при гиперфункции ограниченного участка дилатора (зона проекции органов - печень, почки и т.д.).

Описанные в литературе разрывы автономного кольца, по мнению Е.С. Вельховера (1992), возникают при необратимых процессах в вегетативной нервной системе. По данным В.В. Коновалова и А.А. Антонова (1990) разрыв автономного кольца означает очень грубую патологию со стороны соответствующего органа. С автономным кольцом связано и понятие «зашлакованность» организма, что свидетельствует о трофических нарушениях в данной зоне радужки, дисфункции автономной нервной системы, особенно ее симпатического отдела. Различают 3 степени зашлакованности автономного кольца. По данным Е.С. Вельховера (1992) при обследовании большого количества лиц у практически здоровых зашлакованность первой и второй степени встретилась в 34% случаев. По его мнению такие люди нуждаются в дообследовании.

Специфическим, чисто иридологическим термином является и название «нервные кольца и дуги». В офтальмологии их называют адаптационные кольца или кольца сокращения. Они представляют собой дугообразные или кольцеобразные углубления в строме радужки, которые чаще локализуются в цилиарном поясе, очень редко в зрачковом. Их возникновение зависит от состояния нервной системы и дилатора зрачка. По мнению В. Jensen (1970) они образуются при возбуждении или спазме органа, психическом возбуждении человека, воспалении или медикаментозной перегрузке, изменении метаболических процессов. Нервные кольца встречаются у здоровых от 1-3, но наличие 4-6 и более характерно для упадка защитных сил и тяжелого состояния организма. Неполные нервные кольца-дуги указывают на поражение органа, в зоне проекции которого они расположены. Их начальная часть более светлая, чем конечная. Начало дуги и соответствует больному органу, в проекции которого она расположена, а конец дуги - органу, заинтересованному «по ходу дуги». Так, у женщин дуга, начинающаяся в зоне яичников и заканчивающаяся в проекции плевры, клинически проявляется дисфункцией яичников и связанными с этим изменениями в молочных железах. Нервные дуги у онкобольных имеют, по мнению Е.С. Вельхова (1992), патогномичный вид. Они едва различимые, нитевидные, «тающие». Концентрические замкнутые кольца у раковых больных почти не встречаются.

Внутренний край радужки, называемый зрачковой каймой, представляет собой самый мощный пигментный слой. Он обеспечивает регуляцию светового потока. По конфигурации зрачковой каймы различают 6 типов: равномерно-утолщенная, равномерно-зернистая, ореолоподобная, неравномерно утолщенная, неравномерно зернистая и тонкая. Две первых характерны для здоровых людей, а остальные формы чаще встречаются у больных. Толщина пигментной каймы характеризует состояние иммунитета, адаптационно-защитные возможности организма и баланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (Е.С. Вельхов с соавт., 1988; О.В. Петенко, Н.И. Гречишников, 1991). Уменьшение толщины пигментной каймы указывает на снижение иммунитета, адаптационных реакций и преобладание тонуса симпатической нервной системы. По данным Е.С. Вельхова (1992), если толщину пигментной каймы у здоровых принять за 100%, то при холецистите ее размеры составят - 72%, при хроническом лейкозе - 63%, при раке 4 ст. она может не определяться вообще.

Большое значение в ириодиагностике играют лакуны. Они указывают на органическое поражение органа, в зоне которого она находится, определяют стадию воспалительного процесса и тяжесть наследственного дефекта. Но клиническая значимость размера лакун может быть раз-

лична в зависимости от их локализации. Так, маленькая лакуна в зоне проекции мозга соответствует более тяжелой патологии, чем большая лакуна в проекции мышц спины. При одинаковой интенсивности и обширности процесса в органе у лиц с сильной конституцией лакуны будут меньше размером, чем у лиц со слабой конституцией. Кроме этого, оценка размера патологического процесса по величине лакуны должна проводиться относительно площади пораженного органа. Наличие лакуны в том или ином органе указывает на его функциональную недостаточность, проявления которой возможны иногда лишь после перенесенной инфекции, травмы, старения и т.д. По изменениям, происходящим в лакуне можно судить о стадии процесса в органе. Во время острого воспаления наблюдается высветление и набухание трабекул, увеличивается их длина и поперечный размер, лакуна остроугольной формы, автономное кольцо либо вытяннуто (у лиц со слабым типом конституции), либо выбухает (при сильном типе). Эта стадия длится от нескольких дней до недели. При нарастании острого воспалительного процесса, который длится до недели - глубина лакуны нарастает. При стадии подострого воспалительного процесса в органе трабекулы начинают восстанавливать цвет, уменьшается их белесоватая окраска, лакуны не углубляются, по их краям или на дне появляются пигменты. Автономное кольцо деформируется в сторону, противоположную зоне патологического очага. Эта стадия колеблется от двух до 6 недель. Для стадии хронического воспаления характерно исчезновение набухания трабекул, лакуны становятся округлыми, вокруг лакуны и в ней увеличивается количество пигмента. При обострении хронического процесса в органе появляются более мелкие и глубокие лакуны. При хронических не рецидивирующих процессах трабекулы восстанавливают свой цвет, лакуна округлая, около лакуны не бывает «дорожки» из мелкозернистого пигмента. При стадии окончания патологического процесса в органе без образования рубца цвет трабекул вокруг лакуны восстанавливается, исчезают пигментные пятна, лакуны заполняются исходным пигментом. При выздоровлении с образованием рубцовых изменений в органе по краям и на дне лакуны трабекулы навсегда остаются белесоватыми, исчезают пигментные пятна на дне и вокруг, деформация автономного кольца уменьшается, но никогда не проходит полностью.

Образование токсических пятен на радужке происходит при аутоинтоксикации в связи с избытком или плохим выделением из организма экзогенных или эндогенных токсинов (М.С. Абрамов, 1990; J. Deck, 1965). По мнению О.В. Петенко, Н.И. Гречишниковой (1991), они возникают и при токсическом поражении вегетативной иннервации в соответствующих органах. Зарождение токсических пятен, по данным В.В. Кривенко, Г.П. Потебня (1988), обусловлено

оседанием на радужке циркулирующих в крови токсических веществ. По мнению Е.С. Вельхова с соавт. (1988), природа токсических пятен до конца не решена. Вероятно, в их происхождении играют роль не только эндотоксические и внешнесредовые, но и генетические и другие факторы.

В отличие от токсических пятен, пигментные указывают на наличие патологических очагов в организме и больше выражены при заболеваниях, протекающих с выраженным болевым синдромом.

Дистрофический ободок располагается у корня радужки. Он возникает при накоплении в организме продуктов распада, шлаков. Он образуется во всех случаях интоксикации, длительного медикаментозного лечения. Выраженность дистрофического ободка прямо пропорциональна степени интоксикации (М.С. Абрамова, 1990). Черный и компактный дистрофический ободок образуется при накоплении во внутренних органах большого количества токсических веществ. Если он возникает в проекции одного органа, значит, в нем содержатся шлаки, токсические вещества. При тяжелых токсических состояниях ободок темнеет, расширяется, и в нем появляются белые вкрапления. Возникновение дистрофического ободка очень часто сопровождается кожную патологию. П. Димков (1977) указывает на наличие врожденных дистрофических ободков. Такие дети имеют пониженную сопротивляемость организма и обычно в первые два года жизни у них высокая вероятность возникновения какого-либо кожного заболевания.

Лимфатическая система проецируется на радужке в цилиарном поясе, кнутри от зоны кожи. Даже незначительное изменение функции лимфатической системы вызывает на радужке образование лимфатического розария. Его появление характеризует нарушение обмена веществ, понижение антиоксидантной функции лимфатической системы, снижение сопротивляемости организма и предрасположенность к онкологическим заболеваниям. При онкологических процессах лимфатический розарий отличается от других заболеваний. Он становится грязно-серого или желтого цвета, сливного характера.

В данной лекции мы не можем подробно осветить многие вопросы ириодиагностики и поэтому переходим к изложению результатов, получаемых при обследованиях.

Иридологи обоснованно считают, что ириодиагностика представляет большую ценность как скрининг-тест при массовых обследованиях населения в поликлиниках, на промышленных предприятиях для выявления общих заболеваний. Впервые ириодиагностику в профосмотрах начал применять в нашей стране Е.С. Вельховер (1972-1988), затем В.Ф. Алексеев (1983). В настоящее время для профосмотров она используется многими врачами. По сообщениям различных авторов, результаты топической иридо-

диагностики совпадают с традиционными методами исследования при различных формах патологии от 81.2 до 96.5%, а чувствительность и специфичность соответственно составляет от 81.3 до 97% и 60 - 96.3%. Причем и в поликлиниках с хорошо поставленной ежегодной диспансеризацией населения при использовании на профосмотрах ириодиагностики количество вновь диагностированных заболеваний увеличивается в 1.5-3 раза.

Имеются сообщения о применении метода для оценки конституциональных особенностей и профпригодности при поступлении на работу у лиц, находящихся в неблагоприятных условиях труда. В 1990 году В.Г. Дейнега с соавт. предложили применять ириодиагностику как дополнительный метод для профотбора и профосмотра на основе оценки конституциональных особенностей человека. Они при математической обработке результатов методом последовательной статистической процедуры Вальда получили, что диагностический вес признаков колебался от +3 до -3, а их информативность по коэффициенту Джефриса-Кульбака от 11.6 до 5.3. В связи с чем они проверили, а затем рекомендовали использовать для оценки профпригодности: плотность радужки, форму зрачковой каймы, форму зрачка и автономного кольца, лимфатический розарий, дистрофический ободок, лакуны, токсические пятна, кольцо натрия, пигментные пятна, не основные цвета радужки. При наборе 13 баллов и выше обследуемому выдается заключение об очень хорошей конституции, крепком здоровье и возможности выполнять любую чрезмерную профессиональную нагрузку, от 9-12 - о хорошей конституции и профессиональной пригодности к выполнению тяжелой физической и умственной работы, от 5 до 8 - об удовлетворительной конституции, ограниченной пригодности к выполнению работ в неблагоприятных условиях и от 0 до 5 - плохой конституции и непригодности к работе с неблагоприятными производственными факторами. Оценка от 0 до 1 свидетельствует о необходимости медицинской и профессиональной реабилитации. Сопоставление иридологических данных с результатами традиционных методов совпало в 92±2.8% случаев.

Подобные исследования, но с введением еще дополнительных характеристик, в 1990 г. провел и Ф.З. Галимуллин, который предложил и доказал целесообразность использования оценки конституциональных особенностей человека при отборе лиц для работы в экстремальных условиях. Он апробировал методику в военизированных горноспасательных частях Печерского бассейна. Для оценки конституции он применил следующие характеристики: тип и плотность радужки, ее рельеф, зрачковую кайму, форму автономного кольца, наличие или отсутствие гетерохромии, деформации зрачка, анизокории, зашлакованности и разрыва автономного кольца, пигментные и токсические пятна, адаптации

онные кольца, лимфатический розарий, дистрофический ободок. Каждый из этих признаков оценивается от 0 до 1-2-3 баллов (в зависимости от степени выраженности проявлений). При получении суммарной оценки, равной 21-23 баллам, можно говорить о сильной конституции больного, 18-20 - повышенной, 15-17 - средней и 12-14 - слабой. В течение 3-х лет проводилось наблюдение за состоянием здоровья этих рабочих. Была выявлена прямая зависимость заболеваемости от конституции, определенной иридологическим путем. Так, люди с высоким иридологическим статусом по числу дней нетрудоспособности болеют в 20 раз реже, чем со сниженным. От внедрения Ф.З. Галимуллин на шахтах ПО «Воркутауголь» метода иридодиагностики при профосмотре экономический эффект составил 1 миллион 87 тысяч рублей в год (в ценах 1990 г.).

Таким образом, применение метода иридодиагностики при проведении предварительного медицинского осмотра, особенно поступающих работать на предприятия с вредными условиями труда, позволяет значительно снизить заболеваемость в последующем.

Впервые об использовании иридодиагностики для выявления профессиональных интоксикаций во время проведения периодических медицинских осмотров на промышленном предприятии сообщается в работах И.Ю. Краснопеевой (1990).

Литература

1. Абрамов М.С. Иридодиагностика с компьютером. - Ташкент: Изд-во им. Ибн Сины, 1990. - 192 с.
2. Алексеев В.Ф. Роль иридодиагностики в выявлении заболеваний органов пищеварения и контроле за диспансеризацией // I Всероссийский съезд научного общества гастроэнтерологов. - Свердловск, 1983. - С. 110-111.
3. Боришполец В.И., Борисенко И.Ф. О некоторых вопросах практической иридодиагностики // Иридолог: Сборник материалов Всесоюзной ассоциации иридологов. - 1990. - № 4. - С. 51-56.
4. Вельховер Е.С., Шульпина Н.Б., Алиева З.А. и др. Основы иридодиагностики. - Баку: Азернешр, 1982. - 188 с.
5. Вельховер Е.С., Шульпина Н.Б., Алиева З.А. и др. Иридодиагностика. - М.: Медицина, 1988. - 240 с.
6. Вельховер Е.С., Ананин В.Ф. Введение в иридологию. Пупиллодиагностика. - М.: УДН, 1991. - 211 с.
7. Вельховер Е.С. Клиническая иридология. - М.: Орбита, 1992. - 432 с.
8. Галимуллин Ф.З. Оценка конституциональных особенностей обследуемого с применением методики иридодиагностики // Иридолог: Сборник материалов Всесоюзной ассоциации иридологов. - 1990. - № 2. - С. 6-14.
9. Гурвич А.А. Митогенетическое изучение биологических систем как показатель регулирующего взаимодействия молекулярного и клеточного уровней // Успехи совр. биологии. - 1986. - Т. 101, № 3. - С. 390-397.
10. Дейнега В.Г., Видищев О.П., Дейнега И.В., Шальман Г.И. Оценка профпригодности по ведущим иридологическим признакам // Иридолог: Сборник материалов Всесоюзной ассоциации иридологов. - 1990. - № 2. - С. 5-6.

В соответствии с приказом МЗ в предварительных и периодических медицинских осмотрах принимают участие узкие специалисты, задействованы инструментальные и лабораторные методы исследования, что делает их дорогостоящими. Несмотря на это, при них часто не выявляются заболевания в начальной стадии, предрасположенность к тому или иному процессу. В отличие от этого, иридодиагностика позволяет одному специалисту оценить состояние всех органов и систем, а в дальнейшем целенаправленно проводить обследование и лечение.

Большое количество показателей, характеризующих состояние здоровья человека, свидетельствует о ценности, положительной значимости, этого широко доступного в наших условиях метода исследования и говорит о необходимости более быстрого и широкого внедрения иридодиагностики в практическое здравоохранение.

THE IMPORTANCE OF IRIDODIAGNOSTICS AS A SCREENING METHOD IN THE CLINICS OF INTERNAL DISEASES

I.Yu. Krasnopeeva, T.P. Sizykh

(Irkutsk State Medical University)

The possibilities of the definition of resistance, adaptatory and regenerative abilities of an organism by the iris are considered in this paper. Different views of the interpretation of structural changes of the iris are also taken into consideration.

11. Димков П.И. Очнадиагноза. - София, 1977. - 382 с.
12. Каплан А.Е., Малкова Л.М. Пигмент радужной оболочки глаза как фактор противомикробного иммунитета // Вестн. офтальм. - 1979. - № 5. - С. 31-34.
13. Коновалов В.В., Антонов А.А. Практическая иридология. - М., 1990. - 88 с.
14. Краснопеева И.Ю. Динамические возможности иридодиагностики в выявлении ранней стадии хронической ртутной интоксикации // К конференции изобретателей и рационализаторов: Тезисы. - Иркутск, 1990. - С. 56-57.
15. Краснопеева И.Ю. Возможности применения иридодиагностики для выявления профессиональных интоксикаций // Иридолог: Сборник материалов Всесоюзной ассоциации иридологов. - 1990. - № 1. - С. 11-14.
16. Кривенко В.В., Потенба Г.П., Лисовенко Г.С., Сядко Т.А. Нетрадиционные методы диагностики и терапии. - Киев: Наукова думка, 1990. - 344 с.
17. Лагутина Л.Е., Терентьева М.П. Использование иридодиагностики как перспективного скрининг-метода в диспансеризации детского населения с целью выявления латентной патологии почек // Материалы I Всесоюзной конференции иридологов. - М., 1990. - С. 35-39.
18. Миллодот М. О чем говорит цвет глаз // Техника молодежи. - 1976. - № 2. - С. 23-26.
19. Петенко О.В., Гречишников Н.И. Практическое пособие по иридодиагностике. Часть 1. Общая иридодиагностика. - Душанбе: Ирфон, 1991. - 295 с.
20. Ромашев Ф.Н., Вельховер Е.С., Пичхадзе Р.С. Иридодиагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. - М.: УДН, 1986. - 80 с.
21. Рубан Е.А., Лях С.П. Биологическая функция меланина клеток и предполагаемые механизмы ее

- обеспечения// Известия АН СССР, Сер. биология. - 1970. - № 5. - С. 719-724.
22. Шульпина Н.Б. Пропедевтика иридодиагностики. Пособие для врачей. - М., 1990. - 118 с.
23. Bourdiol R.J. Traite d'iridi-diagnostic. - Maisonneuve, 1975. - P. 3-17.
24. Deak J. Differenzierung der iriszeichen. - Ettlingen, 1980. - № 2. - P. 34-35.
25. Harris I.S., Galin M.A. Effect of ocular pigmentation on hypotensive response to pilocarpine// Amer. J. Ophthal. - 1971. - Vol. 72. - № 5. - P. 923-925.
26. Jensen B. Iridology. The science and practice in the healing arts. - Escondido, 1982. - Vol. 2. - 580 p.
27. Jausas L. L'iridologie renove. - Paris, 1983. - 255 p.
28. Peczei J. Premier schema de L'iris par Peczei// Extrait du Homoeopathische Monatsbladet, 1886. - P. 4.
29. Piattelli M., Fattorusso E., Magno S., Nicolaus R. The stricture of melanin's and melanogenesis III// Tetrahedron. - 1963. - Vol. 19. - P. 2061-2062.
30. Schnabel R. Iridoscopie. Anleitung Krausheiten und deren Veranlagung aus der menschlichen Iris zu erkennen. - Verlag-Vlm: Arkana Verl. - 1959. - 188 s.
-