

ԳՆՈՒՂԻՆԱԿԱՆ ԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ  
 ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ 12ՄԱՏՆՑԱ ԱՂԻՔԻ ԽՈՑՑՈՒՄԻ  
 ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏ

Աշխատանքը նվիրված է ստամոքսի և 12 մատնյա աղիքի խոցային հիվանդությանը զուգակցված դոուդենալ անցանելիության խրոնիկական խանգարումների ախտորոշման հարցին: Գոուդենալ անցանելիության խրոնիկական խանգարումները ժամանակին հայտնաբերելու համար խորհուրդ է տրվում կատարել կոմպլեքսային գործիքային հետազոտություն, որտեղ առաջնակարգ դերը տրվում է բազմակողմանի իոնոմանոմետրիային:

G. M. PETROSSIAN

THE DIAGNOSIS OF THE DUODENAL PATENCY CHRONIC  
 DISTURBANCES, COMBINED WITH DUODENAL AND  
 GASTRIC ULCERS

The paper is devoted to the problem of the diagnosis of duodenal and gastric ulcers, combined with different forms of the duodenal patency chronic disturbances. For the timely revealance of the chronic disturbances it is recommended to use the complex instrumental observations, the main role belonging to multichannel ionomanometry.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Волколаков Я. Д., Стродс Я. Я., Поварс А. Я. и др. Актуальные вопросы сердечно-сосудистой и гастроэнтерологической хирургии: Сб. научн. тр., ч. II. Таллин, 1982, с. 153.
2. Даренская С. Д. Автореф. дис. канд. М., 1979, 23.
3. Нестеренко Ю. А., Гольдберг А. П., Шаповальянц С. Г. Хирургия, 1978, 10, с. 29.
4. Репин В. Н. Вестн. хир., 1980, 1, с. 39.

УДК 616.366—002.1

А. А. АЛАВЕРДЯН, В. Т. АПОЯН, А. С. МАЛАЯН

ИЗМЕНЕНИЕ СТРОМЫ И ПИГМЕНТАЦИИ РАДУЖНОЙ  
 ОБОЛОЧКИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ЖЕЛЧНОГО  
 ПУЗЫРЯ

Изучены локализация и характер изменений стромы и пигментации радужной оболочки глаз при патологии желчного пузыря. Установлено, что выявленные изменения характерны для хронического холецистита.

Распознавание топики болезней по радужной оболочке глаза в настоящее время успешно применяется в качестве вспомогательного параклинического метода, отличающегося экспрессивностью, доступностью и достаточно высокой информативностью [5—7, 11, 12, 14—16].

Относительно связи между пораженным органом и изменением архитектоники стромы, а также пигментации радужной оболочки наиболее вероятной можно считать гипотезу Е. С. Вельхова [7]. Согласно последней, афферентные сигналы от внутренних органов, помимо



блуждающего, симпатического и диафрагмального нервов, поступают к высшим структурам мозга по дорсальным столбам и спинно-таламическому пути. По этим топографически специализированным проводящим путям через соответствующие клетки и ядра тригемино-ретикулярного комплекса происходит непрерывная передача импульсов от внутренних органов и частей тела не только в мозговую кору, но и к экстерорецепторам.

В литературе имеются единичные исследования по иридодиагностике патологии желчного пузыря. Ряд вопросов этой диагностики, в частности, проекция органа и характер изменений на радужной оболочке нуждаются в уточнении.

В настоящее время известно более 20 схем проекционных зон радужной оболочки глаза, используемых в иридодиагностике. Несмотря на большое сходство в расположении важнейших зон проецирования, имеются расхождения в топографии отдельных деталей, однако эти различия незначительны и непринципиальны. Наиболее распространенными являются схемы Jensen [16] и Deck [12].

В своих исследованиях мы пользовались схемой Jensen, на которой достаточно подробно и точно отражены органы и системы человеческого тела, спроецированные на радужной оболочке глаза (рис. 1).

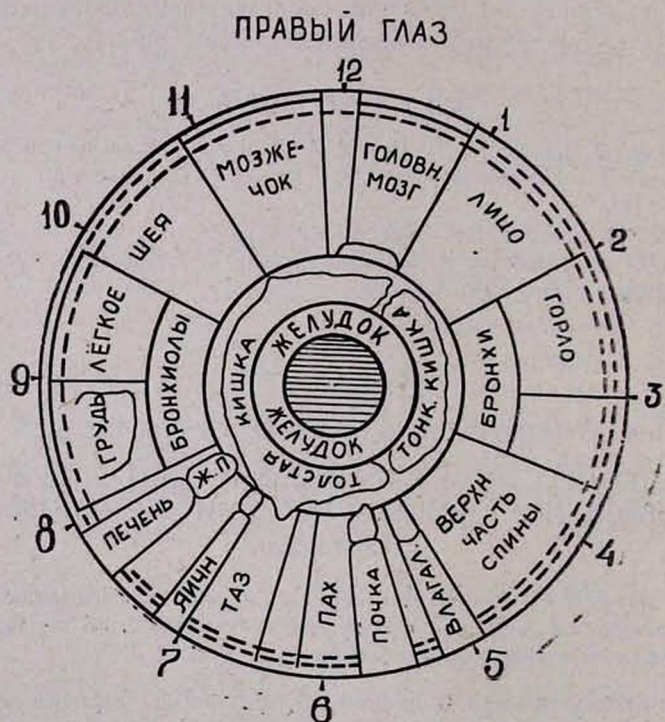


Рис. 1. Схема проекционных зон тела человека на радужной оболочке по Jensen (неполная).

Биомикроскопию и биофотографию радужной оболочки глаза человека проводили шелевой лампой с фотоприставкой фирмы «Карл Цейс»-211 (Йена, ГДР) и методу, предложенному Н. Б. Шульпиной.



[9] и Е. С. Вельховером [7]. Использовалась цветная позитивная пленка «Ogwo chrom UT-18» (ГДР).

Анализ состояния радужной оболочки, помимо иридокопии, проводили по полученным цветным слайдам с помощью двух проекционных аппаратов любых однотипных марок—«Свет», «Святязь» и др. в затемненной комнате. На экране одновременно проецировали два глаза. Экран устанавливали от аппарата на таком расстоянии, чтобы диаметр радужки составлял 45 см. При иридокопии и анализе иридограмм обращали внимание на пять параметров лакуны: размер, глубину, форму, цвет и локализацию, а также однородность, равенство и плотность волокон радужной оболочки правого и левого глаза.

В качестве контроля были обследованы 250 практически здоровых студентов медицинского института и медучилища, прошедших профилактический диспансерный осмотр в возрасте от 17 до 27 лет.

В терапевтическом и хирургическом отделениях Республиканской клинической больницы было обследовано 157 больных с холециститом и 11 больных с постхолецистэктомическим синдромом, из коих 48 мужчин и 120 женщин. Возраст больных колебался от 20 до 70 лет. Выделены 5 возрастных групп: I—от 20 до 29 лет—40 больных, II—от 30 до 39 лет—29, III—от 40 до 49 лет—33, IV—от 50 до 59 лет—34, V—от 60 до 69 лет—32 больных.

Берификация диагноза проводилась по клиническим, рентгенологическим, сонографическим данным и по данным оперативного вмешательства и патанатомического и гистологического исследований.

Для исключения заболеваний и аномалий самой радужной оболочки глаза иридограммы исследовались окулистом. Полученные результаты обрабатывались статистически, достоверность средних показателей определялась по критерию Стьюдента.

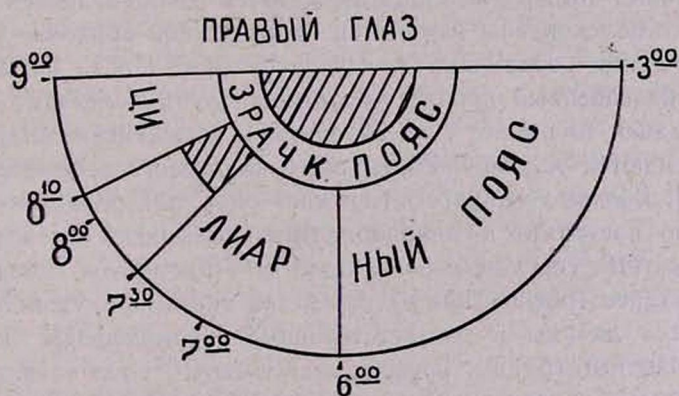


Рис. 2. Топография проекционной зоны желчного пузыря на радужной оболочке (заштрихованная часть сегмента  $7^{\circ}30' - 8^{\circ}10'$ ).

Клинико-иридологических исследованиями было установлено, что двумя наиболее характерными локальными признаками холецистита являются изменения архитектоники стромы в виде лакуны и пигментные изменения, располагающиеся в правой радужной оболочке снаружи от автономного кольца в секторе  $7^{\circ}30' - 8^{\circ}10'$  по циферблату (зона раздела между двумя поясами радужки—зрачковым и цилиар-



ным, являясь проекцией автономной нервной системы, носит название автономного кольца, рис. 2).

Иридологически острые воспалительные процессы характеризуются набуханием и расщеплением радиальных волокон радужки, нарушается строгая линейность трабекул, они становятся волнистыми, спиралевидными, местами расслоенными [7, 11, 12, 15, 16]. У кареглазых волнистые трабекулы депигментируются.

Изменений, характерных для острых воспалительных процессов, в указанном секторе ( $7^{30}$ — $8^{10}$ ) радужной оболочки больных не обнаружено. Подобные изменения были выявлены у пятерых из контрольной группы, однако без клинических проявлений, характерных для острого холецистита.

У 168 больных, обследованных нами, на радужной оболочке выявлены изменения, характерные для хронического холецистита, в том числе калькулезного, при этом патологические знаки в проекционной зоне радужной оболочки встречались в среднем в 5,5 раза чаще, чем в контрольной группе, составляя соответственно 88,1 и 16% ( $88 \pm 4,99$  и  $16 \pm 4,58$ ;  $P < 0,001$ ). Наши данные по зонам совпадают с литературными [7, 11, 12, 16].

Иридологически хроническое воспаление характеризуется постепенным увеличением размеров лагун как в ширину, так и в глубину [7, 11, 12, 13, 15, 16]. При этом лагуны теряют свою первоначальную многоугольную форму, округляются, окрашиваясь в интенсивно-темный цвет вследствие повышения содержания пигмента. Нами были выявлены разнообразные по форме лагуны: щелевидные, ланцетообразные, ромбовидные, листообразные. Иногда встречались и овальные, а также округленные лагуны, свидетельствующие часто о наличии камней в желчном пузыре, что подтверждается данным Jensen [16].

Чем же обусловлены изменения на радужной оболочке у больных при хроническом воспалении желчного пузыря? По Е. С. Вельховеру [7], если болезненный процесс затягивается и переходит в хроническую стадию, то вместе с ослаблением и истощением защитных сил в сраге меняются условия работы всего кольцевого рефлекторного аппарата [1]. Болевые импульсы (прежней силы или ослабленные), продолжающие поступать к меланобластам, вызывают перевозбуждение и спазм местных сосудов, в результате чего наступают гипоксия и несколько позднее трофические расстройства тканей радужки. При этом формируются лагуны и соответствующие хроматофоры концентрируются в плотные группы, превращаясь в своего рода «заплатки» или функционально недейательные гиперпигментированные пятна. Благодаря им перекрывается ход световым импульсам, т. е. осуществляется избирательная защитная реакция организма, направленная на предохранение заболевшего органа от одного из наиболее активных раздражителей внешней среды—света.

Таким образом, глубокие лагуны как дефекты радужной оболочки всегда указывают на органическое поражение двух рефлекторно связанных отделов: участка радужной оболочки и «корреспондирующего» с ним органа.



Следует отметить, что при обследовании больных с постхолецистэктомическим синдромом на радужной оболочке были выявлены такие же изменения, как и при хроническом холецистите. Это подтверждает, что указанные изменения со временем не исчезают. Такого же мнения придерживаются и большинство иридологов [7, 11, 12, 15, 16 и др.].

Таким образом, при наличии патологических знаков на радужной оболочке, характерных для хронического процесса, и при появлении клинической картины болезни нужно говорить об обострении уже имеющегося хронического холецистита. А если та же картина выявляется у практически здоровых лиц, у которых отсутствуют жалобы, свойственные воспалению желчного пузыря, то надо полагать, что болезнь протекает в скрытой форме. В этой связи интересны наблюдения Анд и Дарп [10], обследовавших 4 тысячи здоровых людей. Они установили, что только 10% из них могут быть признаны клинически здоровыми, в то время как 30% явно больны, а 60% имеют скрыто протекающие заболевания.

Наличие лакуны на радужной оболочке у практически здоровых лиц дает повод для размышления—нет ли связи между наследственностью и наличием лакуны? Большинство иридологов [7, 11, 12, 15, 16] утверждают, что архитектура радужной оболочки передается ребенку по наследству, причем если цилиарный пояс наследуется от отца, то зрачковый пояс—от матери, и наоборот. А если у обоих родителей имеются патологические знаки в той же проекционной зоне, то у ребенка на радужке тоже появляется патологический знак, причем риск заболевания увеличивается.

Диск с сотр. [14] 36 лет изучали связь между наследственностью и архитектурой радужной оболочки. На материале 80000 наблюдений они установили, что лишь в 20% случаев лакуны появляются в связи с заболеваниями, а в 80% случаев они наследственно передаются. В таких случаях лакуны располагаются поверхностно и не похожи на те, которые наблюдаются при острых и хронических процессах. При этом говорят не о передаче болезни по наследству (не считая генетические заболевания), а о наследственной предрасположенности к данному заболеванию. Болезнь развивается скрыто или явно в том случае, если организм подвергается действию неблагоприятных внешних факторов (стресс, простуда, перенапряжение, воздействие химикатов, инфекция). Этим и наследственная предрасположенность отличается от генетических заболеваний [2, 3, 4, 8 и др.].

Иридологически воспаление в желчном пузыре примерно в 70% случаев сопровождалось поражением других органов, в частности желудочно-кишечного тракта (хронические гепатит, гастрит, дуоденит, панкреатит, колит или их комбинации), что подтвердилось клиническими исследованиями.

Исходя из вышеизложенного можно утверждать, что параклинический метод как метод экспресс-диагностики может быть с успехом применен в комплексе диагностических исследований как в стационарах, так и в поликлиниках с целью распознавания топика патологического очага.



ԱԶՔԻ ԾԻԱԾԱՆԱԹԱՂԱՆԹԻ ՀԵՆՔԻ ԵՎ ՊԻԳՄԵՆՏԱՑԻԱՑԻ  
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆԸ ԼԵՂԱՊԱՐԿԻ ԲՈՐԲՈՔՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Հետազոտվել են լեղապարկի բորբոքումով 168 հիվանդ, որոնցից 11-ը լեղապարկի հետվիրահատական սինդրոմով: Պարզվել է, որ աջ աչքի ծիածանաթաղանթի 7<sup>30</sup> 8<sup>10</sup>-ի միջև ընկած հատվածում (ըստ ժամաթվահարթակի), ավտոնոմ օղին կից, լեղապարկի պրոյեկցիոն դաշտում առկա է ծիածանաթաղանթի հենքի կառուցվածքի դեֆեկտ՝ լակունայի, կրիպտայի ձևով, ինչպես նաև պիգմենտացիայի փոփոխություն: Ընդ որում լեղապարկի բորբոքումով հիվանդների մոտ ծիածանաթաղանթի դեֆեկտը նշված հատվածում 5,5 անգամ ավելի հաճախ է հանդիպում, քան առողջ կոնտրոլ խմբում:

A. A. ALAVERDIAN, V. T. APOYAN, S. S. MALAYAN

THE CHANGES OF STROMA AND THE EYE IRIS  
PIGMENTATION IN GALLBLADDER INFLAMMATION

The changes of the stroma and eye iris pigmentation have been investigated in patients with gallbladder inflammation.

There are revealed certain changes, which are peculiar to chronic cholecystitis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Анохин П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М., 1968.
2. Бочков Н. П. Генетика и медицина. Итоги XIV международного генетического конгресса. М., 1979, с. 89.
3. Бочков Н. П., Захаров А. Ф., Иванов В. И. Медицинская генетика (руководство для врачей). М., 1984.
4. Варганян М. Е., Снежневский А. В. Вестн. АМН СССР, 1976, 7, с. 76.
5. Вельховер Е. С. Основы клинической рефлексологии. М., 1984.
6. Вельховер Е. С., Ромашов Ф. Н., Алексеева А. Н. Иридодиагностика (учебное пособие). М., 1981.
7. Вельховер Е. С., Шульпина Н. Б., Алиева З. А., Ромашов Ф. Н. Основы иридо-диагностики. Баку, 1982.
8. Давиденкова Е. Ф., Либерман И. С. Клиническая генетика. Л., 1975.
9. Шульпина Н. Б. Шелевая лампа и ее применение. М., 1966.
10. Audi et Dann, Цит. по кн.: Illich I. Limite to medicine, Medical Nemeside. The expropriation of health. London, Boyars, 1976, 277.
11. Bourdiol R. J. Traite d'irido-diagnostic. Maisonneuve, 1975.
12. Deck J. Grundlagen der Irisdiagnostik. Deck, Ettlingen, 1965.
13. Deck J. Illustrierte Zeichenlehre. Anhang zum Lehrbuch: Grundlagen der Irisdiag-nostik, 1975.
14. Deck J. Differenzierung der Iriszeichen. Ettlingen, 1980.
15. Jausas G. Traite pratique d'iridologie medicale. Dangles, Paris, 1983.
16. Jensen B. The science and practice of iridology. Escondto, California, 1964, 1985.