

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ИРИДОДИАГНОСТИКИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Иридология как новое направление в медицине, несмотря на свою давнюю историю, в последнее время получает признание научной и широкой врачебной общественности [4, 5,9]. Начавшись с частного аспекта - иридодиагностики, она вобрала в себя и дала развитие целому ряду новых методов: скрининг- иридодиагностике, иридогенетике, иридофототерапии и др. В настоящее время имеются все предпосылки для нового направления в иридологии - судебной или криминалистической иридодиагностики.

Использование иридодиагностики с целью индивидуализации и идентификации личности в криминалистической литературе отсутствует. Тем не менее, в данной работе мы попытались найти общие и основополагающие критерии оценки иридогенетических проявлений для идентификации личности в судебно-медицинской практике.

Как известно, радужка является самым неповторимым, среди всех других структур организма, отражателем врождённых недостаточностей или особенностей, закреплённых в генетике [3,4,5, 8]. Считается доказанным, что во всём мире невозможно найти двух людей с абсолютно одинаковыми лицами. Это особенно верно по отношению к глазам, так как радужка каждого человека совершенно неповторима. Она настолько индивидуальна, что могла бы предложить неоценимую услугу криминалистике и судебной- «тёмно-коричневого» цветов. Светлых тонов было мало.

даже, свойственных ей врождённых и приобретённых изменений во внутренних органах и наличия при жизни болезней [1,2,3,5,8,10].

Целью исследования явилось изучение изменений на радужке глаз умерших скоропостижно для разработки судебно-медицинских иридологических идентификационных карт.

Материал и методы: Материалами для исследования послужили посмертные исследования радужек глаз у 136 трупов лиц, умерших скоропостижно от различных заболеваний.

Иридодиагностика включает в себя исследования радужки глаза визуально и с помощью различных осветительных приборов. То же самое мы использовали при исследовании трупного материала: иридоскопию и фотси-рафирование радужки. С этой целью применялись щелевые лампы отечественного производства - ШД-56, ШДТ и ШД-56М. Для освещения радужки применяли наиболее простой метод освещения - прямое фокальное.

Результаты и обсуждение: Из бесконечного множества структурных комбинаций радужки, охватывающих конституциональные особенности человека, удаётся выделить несколько простейших типов, всего их мы различаем пять (табл. I).

7,3%. Указанный тип радужки характерен для лиц с ослабленной конституцией и склонностью к давлению и заболеваниям [3,4,5].

Таблица!

Частота встречаемости различных типов радужки у людей с различным цветом глаз (по Е.С.Вельковер; 1992)

Цвет глаз	Кол-во обследованных	Типы радужки				
		радиальный	радиально-гомогенный	гомогенный	лакунарный	лакунарно-волнистый
Голубой	450	5,6	78,0	1,7	8,7	6,0
Синий	174	6,1	66,9	—	17,0	10,0
Серый	222	4,9	81,6	—	8,2	5,3
Светло-коричневый	275	0,4	44,4	46,0	5,1	4,1
Коричневый	196	1,2	12,0	83,8	2,1	0,9
Тёмно-коричневый	150			88,0	7,8	4,2

У одних людей радужка имеет вид раскрытого веера, составленного из тонких, чётко подогнанных волокон - трабекул. Этот тип называется радиальным. У людей со светлыми глазами он встречается, в среднем, в 10 раз чаще, чем у темноглазых [3, 4, 5]. В наших наблюдениях преобладали радужки «коричневого» и Радиальный тип радужки в исследуемых нами случаях составил, в среднем, 4,8±0,6%.

У второго типа радужки вид радиально идущих и несколько утолщённых трабекул. Это так называемый нейрогенный тип конституции, для которого характерны астено-невротические проявления и склонность к спазмам [3,4, 5, 8]. В наших наблюдениях он встречался наиболее часто (46,8%).

Третий тип радужки - радиально-гомогенный, характеризуется сочетанием радиального рисунка в зрачковом поясе с плотным, гомогенно окрашенным цилиарным кругом. Наблюдался этот тип почти исключительно в судебно-медицинской практике для идентификации личности и,

ключительно у темноглазых (26,2%).

Четвёртый тип радужки - радиально-лакунарный! - представлен в виде истончённой стромы с распадающимися на островки лакунами, занимают до 30% поверхности радужки. Данный тип радужки в исследуемых нами случаях встречался с частотой!

Пятый тип радужки - лакунарный, характеризуется тонкой, местами разорванной стромой с хаотическим рисунком трабекул и большим количеством кун. Это наиболее слабый тип радужки, свидетельствующий о выраженной врождённой неполноценности многих органов и систем. Встречается у светлых людей в 2 раза чаще, чем у темноглазых [3,4,5]. В наших наблюдениях этот тип отмечался у 4,9% из 136.

Наряду с архитектоникой или типом радужки я

определения индивидуальных свойств человека большое значение в иридологии придаётся определению плотности радужных структур. Принято считать, что, чем чище и плотнее радужка глаза, тем здоровее и крепче организм [3,4,5,8].

Анализ результатов наших исследований показал, что у трупов лиц, умерших скоропостижно, радужки глаз имели наименьшую плотность в тех случаях, когда отмечались заболевания, приведшие к смерти в более молодом возрасте (от 30 до 50 лет). Трупы лиц, умерших в более преклонном возрасте (от 50 и выше) имели радужки с более плотной структурой.

Интересную информацию в плане морфогенеза представляют различия рельефа радужки. Изучение рельефа даёт нам данные о защитных и резервных возможностях человека.

Наиболее полная информация о том или ином признаке для идентификации личности может быть получена при комплексном изучении вопроса. Относится это и к оценке генетических особенностей человека. О конституции индивидуума мы предлагаем судить не по одному или двум знакам, а по целому ряду важнейших признаков, оцениваемых по 10-и балльной системе (табл. 2).

Таблица 2
Десятибалльная система оценки конституциональных особенностей человека (по Е.С. Верховеру, 1992)

Признак	Оценка	Знак	Оценка	Знак	Итого...
1	2	3	4	5	6
Плотность радужки	1 или 2	+	3-6	—	
Рельеф	1	+	2-7	—	
Деформация зрачка	нет	+	есть	—	
Зашлакованность автономного кольца	нет	+	есть	—	
Разрыв и деформация	нет	+	есть	—	
Пигментные пятна	нет	+	есть	—	
Токсические пятна	нет	+	есть	—	
Адаптационные кольца	нет	+	есть	—	
Лимфатический розарий	нет	+	есть	—	
Дистрофический ободок	нет	+	есть	—	
Оценка					

Хорошие морфогенетические признаки оцениваются знаком (+), плохие - ■ (-). При выведении итоговой оценки, которая может колебаться от 0 до 10 баллов, принимаются в расчёт только положительные знаки.

В идеальном варианте, при наличии 10 положительных признаков, конституция человека может быть оценена в 10 баллов. Однако такие лица встречаются крайне редко. Также редко наблюдаются лица с конституцией, оцененной в 0-1 балл.

По нашим наблюдениям у трупов лиц, умерших скоропостижно от различных заболеваний (в основном от сердечно-сосудистых), средняя конституция была оценена в $4,6 \pm 0,3$ балла.

При исследовании трупов неизвестных лиц особое значение приобретает определение возраста. В этом отношении определённую помощь эксперту могут оказать знания по иридодиагностике. Кроме того, да же по одному признаку, такому как пигментные пятна на радужке глаза, можно судить не только о возрасте исследуемого, но и о перенесённых им и имеющихся заболеваниях. Так, большинство иридологов отмечают, что у здоровых людей, особенно в детском и юношеском возрасте, радужка выглядит чистой и прозрачной. Считается твёрдо установленным, что чем здоровее организм, тем чище, одноцветнее и плотнее радужка глаза. У больных и людей пожилого возраста она становится более тусклой, иногда грязноватой, как правило, многоцветной, с отдельными пигментными пятнами и полями.

По нашим наблюдениям, в которых трупы лиц, умерших скоропостижно, были разделены по возрастным критериям на 4 группы - 25-35 лет, 35-45, 45-55 и выше 55, число пигментных пятен на радужке с воз-

растом значительно увеличивалось. Кроме того, количество и распространённость пигментных пятен были прямо пропорциональны наличию хронических заболеваний.

По-видимому, причиной возникновения пигментных пятен является болезненный процесс, а с возрастом, когда происходит «кумуляция» болезней, число пятен в большей части случаев увеличивается.

Таким образом, хотя иридодиагностика является молодой областью медицины, она имеет очень древние корни. Опыт древних врачей в «глазной диагностике», включающий анализ глаза в целом и ряд характеристик радужной оболочки для определения конституции человека, его наследственных достоинств и недостатков, а также некоторых нарушений в организме, до сих пор успешно используется в восточной и европейской медицине.

Уникальные возможности иридодиагностики в выявлении наследственных дефектов, возраста, индивидуальных свойств организма, а также распознавании различных хронических заболеваний, с большим успехом могут быть использованы в судебно-медицинской и криминалистической практике.

Выводы

Радужка является объективным отражателем врождённых и приобретённых патологий организма человека.

Иридодиагностика, как и дактилоскопия, может оказать неоценимую помощь судебно-медицинскому эксперту при решении вопроса идентификации и индивидуализации личности.

Судебная иридология является одним из перспективных направлений криминалистики и судебной медицины.

Литература

к. Агажетов А.Е. Новые данные из опыта практической ириодиагностики. //Иринолог: Сборник материалов Всесоюзной ассоциации иридологов. - М., 1990. - № 2. - С. 16-18. 2. Алексеев В.Ф. Роль ириодиагностики в выявлении заболеваний органов пищеварения и контроле за диспансеризацией. //I Всероссийский съезд научного общества гастроэнтерологов. - Свердловск, 1983. -С. 110-111. 3. Вельховер Е.С., Шульгина Н.Б., Алиева З.А., Ромашов Ф.Н. Ириодиагностика. - М.: Медицина, 1988. 4. Вельховер Е.С. Введение в ириологию. - М.: Медицина, 1991. 5. Вельховер Е.С. Клиническая ириодиагностика. -М.: Орбита. 1992.-432 с. 6. Джексон-Мейн П. Ириодиагностика для всех! -М.: РОСМЭН. 2006.- 128 с. 7. Захаров Ю.А. Практическая ириодиагностика. - М.: Колос, 2007 - 120 с. 8. Мюллер-Маккерг И. Диагностика заболеваний по радужной оболочке глаза. - М.: Мир книги, 2007. - 136 с. 9. Пау Г. Ириодиагностика. - М.: Микко, 2011. - 144 с. 10. Schmidt R.F., Thews G Физиология человека. /Том 2. Органы чувств. /Пер. с английского. -М.: Мир, 1985. - С. 90-151.

*Караматуллаева З.Э.,
Самибаева У.Х.,
Шукуров Ф.*

ТЕРАПИЯ ПОДДЕРЖКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Определение понятия «диарея». Диарея представляет собой выделение жидкого и водянистого стула, как правило, не менее трех раз в течение 24 часов. Острые диареи - поли-этиологическая группа инфекционных заболеваний, сопровождающаяся интоксикацией и нарушением моторики желудочно-кишечного тракта с развитием частого жидкого стула, обезвоживания и в ряде случаев рвоты.

Согласно рекомендациям ВОЗ, по патогенезу диареи условно подразделяют на секреторные (водянистые) инвазивные (кровянистые) и персистирующие (диареи свыше двух недель).

В настоящее время выделены особые формы диарей: диарея путешественников, диарея у мужчин гомосексуалистов, диарея у больных с СПИД, антибиотико-ассоциированная диарея, синдром избыточного роста бактерий. В медицине всегда происходят изменения связанных с патоморфозом заболеваний, развитием новых и совершенствованием существующих методов диагностики, разработкой новых лекарственных препаратов. Нередко происходит изменение тактики лечения различных болезней, а именно переход от «щадящего» к агрессивной терапии и наоборот. Все это определяется необходимостью подбора оптимальных способов лечения конкретной нозологии в соответствующий отрезок времени. Возникают предпосылки к возврату «лояльных» по отношению к микроорганизму и его микрофлоре методов лечения. Ведь одним из важнейших принципов лечения большого является принцип минимального неблагоприятного воздействия на организм человека. Другая не менее важная сторона вопроса этиотропной терапии состоит в том, что использование новых противобактериальных средств, возможно, имеет риск искусственного клонирования штаммов возбудителей, несущих факторы резистентности к этиотропным препаратам, которые определяют тяжесть болезни. Конечной целью лечения любого инфекционного заболевания является ликвидация возбудителя и патологического процесса с минимальными негативными воздействиями на макроорганизм. При этом макроорганизм не должен утратить в результате лечения то ценное, что он имел до болезни, а напротив приобрести.

Все вышесказанное подчеркивает актуальность совершенствования патогенетической терапии инфекционных диарей у детей.

В соответствии с общими принципами лечения инфекционных болезней программа комплексной терапии диарей включает несколько основных

направлений:

1. Коррекция водно-электролитных нарушений. 2. Коррекция ферментативной недостаточности. 3. Коррекция моторно-секреторных нарушений ЖКТ. 4. Коррекция нарушений кишечной микрофлоры. 5. Усиление репаративных процессов в слизистой оболочке. 6. Энтеросорбция. Первым и основным направлением патогенетической терапии является дезинтоксикационная терапия, целью которой является удаление токсинов возбудителя из организма ребенка. Начало острых кишечных инфекций, сопровождающихся синдромом диареи связан с попаданием возбудителя в ЖКТ и действием его факторов патогенности. Противобактериальные препараты ликвидируют интоксикацию опосредованно, путем уничтожения возбудителя и прекращения продукции токсинов. Одновременно побочно наступает угнетение роста нормальной кишечной микрофлоры со всеми вытекающими из этого неблагоприятными последствиями. Микрофлора ЖКТ преимущественно в толстой кишке находится в симбиозе с хозяином и выполняет ряд функций. Каждый человек имеет свою характерную отличительную микрофлору состав которой относительно постоянный в течение времени. В то же время микрофлора у разных людей очень вариабельна. Кишечная микрофлора формируется в течение первых двух лет жизни, под влиянием комплекса факторов, наиболее значительными из которых является вид родоразрешения, характер внешней среды, уровень гигиены. Бифидобактерии составляют большую часть микрофлоры кишечника, позволяя уменьшить рост болезнетворных бактерий в организме. Бактерии этого типа участвуют в синтезе различных витаминов, никотиновой и фолиевой кислоты, способствуют усвоению кальция и витамина D. Лакто- и бифидобактерии содержатся в желудке не в таком большом количестве, а располагаются в ротовой полости и некоторых других отделах