

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ

ПУБЛИКАЦИЯ 2. КОРРЕЛЯЦИЯ ИРИДОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАКОВ ПАТОЛОГИИ
В ПРОЕКЦИОННОЙ ЗОНЕ ПЕЧЕНИ СО СТЕПЕНЬЮ МИОПИИ
И СКОРОСТЬЮ ЕЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ

О.А. Данилюк

Городская детская поликлиника №3 (Московская область, г. Мытищи)

Ophthalmological methods of research in traditional medicine

PART 2: CORRELATION OF SIGNS OF PATHOLOGY ON IRIS IN THE PROJECTION AREA
OF THE LIVER WITH THE DEGREE OF MYOPIA AND THE SPEED OF ITS PROGRESSION

O.A. Danilyuk

City children's polyclinic №3 (Mytisch, Russia)

РЕЗЮМЕ

Анализ иридологических знаков патологии в проекционной зоне печени на радужке детей и подростков, состоящих на диспансерном учете по миопии, и дополнительные обследования (консультация гастроэнтеролога и УЗИ) подтвердили корреляцию между состоянием печени и степенью, скоростью прогрессирования и окончательными показателями близорукости. Проведение ежеквартальных курсов желчегонных сборов из лекарственных растений таким детям привело к некоторому снижению среднегодового роста близорукости.

Ключевые слова: иридодиагностика, прогрессирование близорукости, печень, дисплазия соединительной ткани, миопия, фитотерапия, желчегонные травы.

RESUME

Analysis of signs of pathology in the projection area of the liver on the iris of children and teenagers under dispensary observation for myopia and additional inspections (consultation of gastroenterologist, cardiologist and ultrasound examination) confirmed correlation between the state of liver and degree and speed of progress and final levels of myopia. Quarterly courses of choleretic medicinal plants resulted in some reduction in the average annual increase of myopia.

Keywords: iridology, myopia, the progression of myopia, liver, connective tissue dysplasia, herbal medicine, choleretic medicinal plants.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Последние десятилетия во всем мире отмечается постоянный рост числа пациентов с близорукостью, особенно средней и высокой степени. Эффективность существующих методов профилактики и лечения недостаточна.

В основе миопии, как проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ), лежит системный, генетически предопределенный, прогрессивный процесс, основанный на дефектах биосинтеза компонентов соединительной ткани [1].

Дисплазия соединительной ткани – это генетически обусловленная полиорганная и полисистемная патология. Нарушения в работе каждого органа опосредованно влияют на функциональное состояние и возможности остальных органов. Согласно канонам восточ-

ной медицины, органом, предопределяющим состояние глаз, является печень [9]. Не зря в Тибете глаз называли «цветком печени». Это описано в знаменитой книге по офтальмологии – «Инь хай цзин вэй» (Сущность Серебряного моря, XIII в.). Под «серебряным морем» подразумеваются глаза. Они являются «квинт-эссенцией пяти цзан-органов и шести фу-органов». Нарушение функций внутренних органов могут привести к ухудшению состояния глаз и к их заболеваниям.

С точки зрения восточной медицины, заболевания глаз обычно вызываются дефицитом крови в печени, ее повреждением, анемией. Перегрузка печени токсинами препятствует протеканию здоровой крови через печень, а кровь от печени «увлажняет и кормит» глаза. Хорошим примером является тот факт, что по-

бочным эффектом очищения печени является улучшение зрения. Хронические проблемы с глазами обычно бывают связаны с «недостатком крови» в печени.

Углубленное изучение маркеров патологии на радужной оболочке глаз в проекционной зоне печени, УЗИ печени и консультация гастроэнтеролога позволяют уточнить характер нарушения в ее работе [7].

В случае выявления патологии гепатобилиарной системы назначались курсы фитотерапии. Это позволяло нормализовать нарушенную функцию печени и «запустить» состояние повышенной неспецифической сопротивляемости (Лазарев Н.В. 1959), оказывающее гармонизирующее воздействие на весь организм, в том числе и на процесс формирования соединительной ткани.

Дефекты в системе соединительной ткани накапливаются по мере роста и развития организма. Согласно национальным рекомендациям Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани (2016), подростковый возраст является критическим периодом, когда отмечается максимальный прирост количества признаков дисморфогенеза соединительной ткани. Во многом это предопределяется влиянием половых гормонов на метаболизм соединительной ткани [6]. Быстрый, скачкообразный рост организма на фоне гормональной перестройки создает для этого самую благоприятную обстановку. Особенно быстрое прогрессирование ДСТ (миопия, сколиоз) отмечается у девушек. Под действием женских половых гормонов происходит преждевременное созревание фибробластов и разрушение части клеток с продукцией легкорастворимого, эластичного коллагена.

Чем большее число признаков ДСТ имеется у конкретного пациента, чем раньше они проявляются, тем достовернее диагноз ДСТ, и хуже прогноз [2]. Поэтому так важно максимально раннее выявление малых аномалий, пороков развития и фенотипических признаков ДСТ [4]. Это требует поиска методов наиболее раннего выявления этой патологии среди больших контингентов и возможности выделения групп риска для проведения активной профилактики и лечения. В связи с этим так важна параллельная и скоординированная работа хирурга, ортопеда, окулиста и кардиолога. Профилактические мероприятия стоит

начинать до наступления предпубертатного периода и проводить на протяжении всего времени полового созревания.

Цель исследования: выявить наличие корреляции иридологических знаков патологии в проекционной зоне печени со степенью миопии и скоростью ее прогрессирования.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить и отселектировать характер иридологических знаков патологии в проекционной зоне печени у детей и подростков, состоящих на диспансерном учете по миопии, соответственно для каждой степени близорукости. Провести параллель с результатами клинического обследования педиатром и гастроэнтерологом, а также заключениями УЗИ печени. Сравнить годовой градиент прироста близорукости в экспериментальной группе, получавшей печеночные фитосборы раз в квартал, и в контрольной группе, проводившей только традиционный медикаментозный курс.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Достоверным и информативным методом для скрининга больших контингентов подростков является иридодиагностика – методика выявления врожденных и приобретенных заболеваний организма по изменению структуры и цветотона стромы радужной оболочки глаза. Для уточнения генетически предопределенного, семейного характера дисплазии соединительной ткани, проводился также иридологический осмотр и опрос родителей подростков.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Особое внимание при проведении иридологического осмотра уделялось изучению проекционной зоны печени. Для изучения корреляции иридологической картины в проекционной зоне печени с различными степенями миопии изучалась иридологическая картина радужек детей и подростков, а также их родителей.

Было осмотрено 282 человека: миопия слабой степени – 193 человека, миопия средней степени – 58 человек, миопия высокой степени – 31 человек. Средний возраст – 9,4 года, мальчики составили 47,3 %.

Функциональные знаки в проекции печени (секторальное разволокнение трабекул, «дорожки» из высветленных или извитых трабекул, колористическое выделение зоны, выбухание автономного кольца в зону печени)

составили 88,4 %. При слабой степени миопии они встречались в 38,3 %, при средней – 33,1 %, при высокой степени – 28,6 % (рис. 1).

Наличие маркеров функциональных нарушений в проекционной зоне печени указывает на снижение ее резервных возможностей и способности адекватно реагировать на неблагоприятные воздействия и нагрузки, поэтому требует пристального внимания за ее работой, а при появлении жалоб – проведения соответствующего лечения.

Маркеры генетической семейной органной слабости (лакуны, ячейки, соты) в проекционной зоне печени выявлялись у 86,9 % детей и подростков с высокой степенью миопии, у 52,5 % – при средней степени миопии и в 34,4 % – при миопии слабой степени (рис. 2).

Наличие на радужке генетически детерминированных знаков органной слабости печени у трети пациентов с миопией средней степени и у половины пациентов с миопией высокой степени предопределяет наличие в организме предпосылок для более грубых метаболических нарушений и, соответственно, более быстрого прогрессирования близорукости. Поэтому в комплексной профилактике и лечении близорукости по праву должны присутствовать растительные препараты, улучшающие функцию печени, например, шрот расторопши, и метаболики (кудесан).

Интересно отметить, что при миопии высокой и средней степени симптом «цветка пе-

чени» – наличие на радужке симметричных микролакун, расположенных на одной линии в проекции печени и глаза, встречалось в 9 случаях, а при миопии слабой степени, невзирая на существенно большее количество осматриваемых, только в трех. Причем, у последних прогрессирование близорукости было заметно более быстрым, чем у их сверстников этого же возраста.

Функциональные знаки патологии выявлены у 48 % всех осматриваемых, генетические маркеры выявлены у 46 человек.

Из числа осматриваемых детей и подростков 25,3 % отмечали периодические боли в животе, у 8,2 % периодически отмечалась склонность к запорам, у 6,4 % у основания языка имелся желтый налет. На учете гастроэнтеролога по поводу хронического гастродуоденита состоит 16 детей, ДЖВП – 31. В анамнезе у 24 детей были случаи функциональных нарушений ЖКТ. По результатам проведенного после иридодиагностики УЗИ (46 человек) у всех выявлена патология – дискинезия желчевыводящих путей, перегиб желчного пузыря, утолщение стенок желчного пузыря.

Осмотр ортопеда выявил у 64 % осматриваемых патологию связочного аппарата позвоночника (сколиоз, сутулость), у 7 детей – деформацию грудной клетки. В анамнезе у 6 детей отмечалась дисплазия тазобедренных суставов. У четверых детей выявлен нефроптоз, у 21 подростка при проведении ЭХО-кардиографии установлен диагноз – пролапс митрального клапана. Вся выявленная патология относится к проявлениям дисплазии соединительной ткани.

Осмотрено 34 взрослых из числа родителей детей, состоящих на диспансерном учете по поводу миопии слабой степени, 23 – миопии средней степени и 29 – миопии высокой степени. Из них в первой группе имеют близорукость 11 человек, во второй – 9, в третьей – 15, что составило в первой группе 32,3 %, во второй группе – 39,1 %, в третьей группе – 51,7 %. Функциональные знаки патологии в первой группе были выявлены у 15 человек (44 %), генетические – у 6 (17,6 %), жалобы на состояние печени отмечались у 5 (14,7 %). Во второй группе функциональные знаки выявлены у 8 человек, что составило 34,7 %, а генетические – у 11 (47,8 %). В третьей – число функциональных знаков составило 9 (31,3 %), а генетических – 16 (55,2 %). Данные этого исследования подтвердили, что увеличение ко-

■ Миопия слабой степени ■ Миопия средней степени ■ Миопия высокой степени

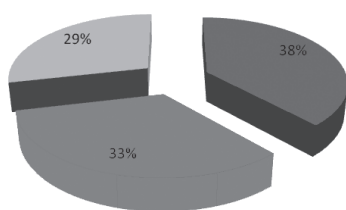


Рис. 1. Функциональные знаки в проекции печени.

■ Миопия слабой степени ■ Миопия средней степени ■ Миопия высокой степени

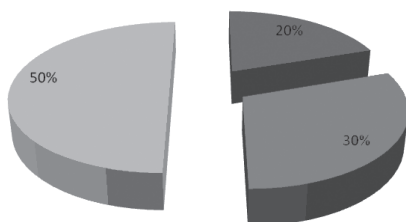


Рис. 2. Маркеры генетической органной слабости.

личества генетически значимых иридологических маркеров патологии в проекционной зоне печени соответствует наличию более высоких степеней близорукости у пациентов.

Была выбрана группа из 30 подростков с миопией: 15 человек с миопией слабой степени, 15 человек с миопией средней степени, из них 22 девушки и 8 юношей. Средний возраст составил 12,3 года. В контрольную группу вошли 30 подростков с аналогичной структурой миопии – 20 девушек и 10 юношей. Средний возраст составил 13,3 года. В экспериментальной группе средние показатели степени близорукости, уточненные в условиях циклоплегии, составили 2,8 диоптрий. В контрольной – 2,2 диоптрий. В экспериментальной группе осенью, зимой и весной проводились трехнедельные курсы желчегонных сборов, подбираемые в соответствии с жалобами и выявленной патологией. Все подростки обеих групп получали традиционный медикаментозный курс (ирифрин 2,5 % в конце каждого учебного полугодия, тауфон 4 % по месяцу раз в полгода, препараты кальция с витамином Д весной и осенью и лютеин-комплекс раз в год). В конце учебного года всем детям была проведена повторная циклоплегия для уточнения рефракции. В экспериментальной группе неизменные цифры определялись у 39 % подростков, в контрольной группе – у 33 %. Средний прирост показателей рефракции в контрольной группе составил 1,3 диоптрий, в экспериментальной – 0,6 диоптрий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наличие иридологических знаков патологии в проекционной зоне печени и результаты инструментальных и клинических исследований подтверждают наличие у значительной части детей и подростков (от трети до половины) с миопией различной степени выраженности нарушений в работе печени, коррелирующих со степенью близорукости. Наличие генетических маркеров патологии в проекции печени как у подростков, так и у взрослых, предопределяет склонность к более быстрому прогрессированию близорукости и заметно более высоким цифрам окончательных показателей рефракции. Проведение курсового фитотерапевтического лечения, направленного на улучшение функции печени, способствует замедлению роста близорукости.

ВЫВОДЫ

1. Иридодиагностика является достоверным

и информативным методом скрининга. Целесообразно внедрение этого метода в практику муниципальных учреждений здравоохранения.

2. Наличие у детей и подростков миопии требует обязательного углубленного исследования функций печени: многопланового обследования с привлечением узких специалистов для выявления малых аномалий, пороков развития и фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани.

3. Добавление к традиционному медикаментозному курсу терапии близорукости индивидуально подобранных желчегонных сборов позволяет замедлить рост миопии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Steimann B., Royce P. M., Superti-Furga A. Connective tissue and its heritable disorders: molecular, genetic and medical aspects. – New York: Wiley-Liss, 1992. – P.350–408.
2. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей. – СПб.: ЭЛБИ, 2009. – 714 с.
3. Национальные рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – Т.11. – №1.
4. Нечаева Г.И., Викторова И.А., Громова О.А., Вершинина М.В., Яковлев В.М., Торшин И.Ю. с соавт. Дисплазии соединительной ткани у детей и подростков. Инновационные стационар-сберегающие технологии диагностики и лечения в педиатрии. – М., 2010.
5. Сидорович О.В., Горемыкин В.И., Елизарова С.Ю. и др. Особенности развития и течения заболеваний, ассоциированных с дисплазией соединительной ткани, у детей пубертатного возраста. – Саратов. науч.-мед. журн., 2011, 1(7). – С.123–126.
6. Серов В.В., Шехтер А.Б. Соединительная ткань (функциональная морфология и общая патология). – М.: Медицина, 1981. – С.312.
7. Данилюк О.А. Практическая иридодиагностика и фитотерапия. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 608 с.
8. «Чжуд-ши» – памятник средневековой тибетской культуры / Пер. с тиб. – Новосибирск: Наука. Сиб. Отделение, 1988. – 349 с.
9. Халмурад Упур, Начатой В.Г. Секреты китайской медицины: Очерки. – М.: Быстрина, 1992. – 203 с.
10. Чойжинимаева С. Тибетская медицина: единство тела, разума и духа. О болезнях ветра, желчи и слизи. – СПб.: Питер, 2015 – 224 с.

Адрес автора

К.м.н. Данилюк О.А., врач высшей категории
ГБУЗ МО «МГДП №3», г. Мытищи, ул. Семашко,
дом 41
o.daniluk@gmail.com