

Евгений  
ВЕЛЬХОВЕР

Борис  
ВЕРШИНИН

ТАЙЦЫЕ

ЗНАКИ

ЛИЦА



ББК 28.701

В 28

Ведяхов Е., Беринини В.

В 28 — Тайна лица. М.: Логос-Пресс, 2002. — 320 с.

011

ISBN 5-820-00157-5

Еще с древности — это ватиканы физиогномики — умение видеть форму лица и читать в ней подобно зритель, отражая в нем черты характера человека. Портрет — фактическое сочетание признаков, а не идеальное изображение. Если бы Ватиканы Ведяхова и Беринини — это физиогномика, то мы бы видели множество признаков, которые в обычных условиях при взгляде на человека не были бы заметны. Представительное изображение человека — это не только мимика, походка, поведение, но и сочетание признаков, которые даже предугадываются по внешнему виду. Ватиканы Ведяхова и Беринини — это физиогномика. А что это такое, вы узнаете!

Можно сказать, что физиогномика — это искусство читать лицо человека. Это искусство, которое позволяет узнать человека по его внешнему виду. Это искусство, которое позволяет узнать человека по его внешнему виду. Это искусство, которое позволяет узнать человека по его внешнему виду.

ББК 28.701

ISBN 5-820-00157-5

011

Продвигаясь от первичного кирпичика мироздания к еще более простейшему кирпичику, аналитическое знание подошло в конечном счете к неожиданной бездне: к человеку!

*А. Сент-Экзюпери*

## От авторов

Физиогномика как наука о лице, открытая великим Аристотелем и вобравшая в себя бесценный опыт и мудрость древних цивилизаций, пройдя сквозь столетия, вышла на финишную прямую XX в. в неопределенно-двойственном, растерянном состоянии, напоминающем состояние курсистки перед дверью грозной экзаменационной комиссии. И пока еще не ясно, что решат облеченные властью экзаменаторы: увидят ли в физиогномике Золушку или отнесутся к ней как к прогрессирующему научному направлению... Мы, колеблясь, выбираем вторую точку зрения.

История показывает, что человеческое общество, окружающая и социальная среда, национальные традиции, государственные институты и устои, оказывая огромное влияние на психосматику и эмоциональный фон человека, формируют статическую и динамическую архитектуру лица, так называемый индивидуальный портрет.

Анатомо-физиологически лицо человека работает по законам головного мозга, где сосредоточены сигналы внутренней среды и внешнего мира. На сравнительно небольшом участке тела сконцентрированы все виды рецептивных приборов — от простейшей кожной чувствительности до высококодифференцированной оптической системы, способных к восприятию и переработке разнообразной тактильной, вкусовой, обонятельной, слуховой и зрительной информации.

С древних времен люди стремились по различным внешним признакам определить внутреннее состояние человека. Особым уважением пользовались жрецы и лекари, умеющие в результате «чтения» лица определять черты характера и болезни людей.

5000 лет назад греческий мыслитель Гермес Тризмегист высказал гениальный тезис: «Что внутри, то и снаружи».

Последователи великого грека полагали, что тело не лжет, оно подобно зеркалу отражает лишь фактическое положение вещей. Сейчас, развивая и совершенствуя эту мысль, мы можем смело говорить, что наружные покровы человека представляют собой гигантскую сигнальную систему, состоя-

щую из множества информационных и адаптационно-душевных знаков, позволяющих расшифровывать и корректировать обнаруженные болезненные явления. Не каждый врач способен по внешнему виду, мимике, походке и комплексу информационных знаков тела оценить особенности характера и возможные недуги человека. Для того чтобы постичь это искусство, необходимы желание, глубокие знания и постоянно накапливаемый опыт физиогномиста.

Все эти и ряд других вопросов последовательно, от простого к сложному, изложены в настоящем издании. Существующая по физиогномике литература обычно предназначена для ограниченного круга людей, главным образом для врачей и психологов. Мы решили отказаться от такого привычного читательского адреса и, упростив излагаемые данные, сделать книгу доступной каждому заинтересованному читателю.

В узком смысле физиогномика есть изучение выражений лица и общего физического облика человека, в широком — это учение о внешних проявлениях и признаках наблюдаемых явлений в целостном организме.

Материалы, включенные в книгу, составленную из 9 глав, мы рассматриваем с широких физиогномических позиций, так как, помимо лейтмотивной линии — учения о лице, в них излагаются вопросы типологии человека, евгеники, соционики, проекционной экстерорецепции и элементы рефлекторной диагностики и терапии.

Знания о лице как наиболее совершенной и одухотворенной части человеческого организма есть источник ценнейшей информации о нравственных, эмоциональных, интеллектуальных и физикальных особенностях любой личности. Обладать подобного рода источником желательно каждому культурному и любознательному читателю, будь то учитель, криминалист, дипломат, студент или домашняя хозяйка.

## Глава I

### КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

С давних времен лицо человека (как, кстати, и морда животных) играло важную роль в «считывании» информации и определении внутривидового веса и индивидуальных намерений. Занесенные в «портрет» лица выражения беспокойства, голода, полового влечения, страха перед угрозой, удовольствия от еды и другие появились как выражение инстинкта самосохранения или приобретались в процессе борьбы за выживание. В историческом аспекте объем генетической, биологической и психологической информации, запечатлеваемый на лице человека, непрерывно возрастал по мере расширения сферы человеческой деятельности, особенно в связи с освоением сигнально-речевой функции и совершенствованием физической, эмоциональной и интеллектуальной деятельности.

Истоки познания человечеством объективных законов природы и общества уходят к древним культурам народов Азии и Средиземноморья. Врачи Древнего Востока считали, что живой организм находится в неразрывном взаимодействии с окружающей средой, что он воспринимает влияния среды через наружные покровы и так называемые «окна тела» — глаза, уши, нос, рот. В свою очередь, «окна тела» находятся в зависимости от внутренних органов. В этих представлениях скрыто одно из гениальных предвидений наших безвестных предков, которые за много столетий до Чарльза Белла (1826) указывали на существование кольцевых рефлекторных связей в организме.

Изучая состояние лица и «окон тела», народные лекари и врачи пытались распознать различные заболевания. Так, по их данным, изменение зрения чаще всего отмечалось при болезни печени, слуха — при болезни почек, обоняния — при патологии легких, вкуса — при болезни желудка и кишок.

На протяжении многих столетий лица людей изучались, изображались, украшались, уродовались. Изображения головы человека, в частности лица, сохранились в наскальных рисунках, скульптурных творениях и памятниках древнего и античного искусства.

Выдающийся философ и ученый Аристотель (384 — 322 до н. э.) (рис. 1), сын придворного врача царя Македонии Аминты II, получил блестящее образование. Наиболее емко об Аристотеле высказался Ф. Энгельс, назвав его



Рис. 1. Родоначальник физиогномики Аристотель

«самой уникальной головой» среди древних. Главная его уникальность состояла в универсальности научных знаний, необыкновенной широте интересов в области практически всех наук своего времени: логики, физики, биологии, географии, философии, этики, истории и политики.

Он был одним из пионеров в создании очень любопытного и во многом наивного (с современной точки зрения) учения о статике и кинетике лица, названного позднее *физиогномикой*. Аристотель писал, что «искусство физиогномиста требует тонкой наблюдательности и глубокого ума, умения анализировать и помощи Всевышнего — да прославится имя Его. И тот, кто хочет чистым светочем знания обогатить свой ум, должен изучать основы учения физиогномистов». Сторонники его знаменитой школы-рощи Ликей вблизи Афин считали, что общее выражение и некоторые черты лица характеризуют определенный тип людей и по ним можно распознать характер человека, оценить его умственные способности и одаренность.

Последователи Аристотеля рассматривали признаки и подходы троякого рода.

1. Сравнивая внешность человека с видом и поведением животных, не трудно заметить их некоторое сходство. Этими признаками пользуются европейские и особенно часто восточные физиогномисты. В 1586 г. в Италии вышло первое издание книги по физиогномике, в которой авторы попытались найти типологическое соответствие между обликом человека и внешним видом животного.

2. Можно установить сходство между отдельным человеком и представителями различных рас и народностей — эфиопов, индийцев, хеттов и др. Проанализировав признаки разных народов, не трудно определить его характер.

3. Сравнивая лицо человека в различном состоянии (спокойное, испуганное, страстное) и учитывая отдельные признаки, можно без риска впасть в ошибку утверждать, что данный человек по натуре вспыльчив, труслив, похотлив и т. д.

Однако, по данным ряда историков, до Аристотеля физиогномикой занимался Пифагор, которого некоторые ученые и считают ее родоначальником.

Последовательными проводниками физиогномики были крупные ученые Древней Греции и Древнего Рима: выдающиеся врачи Квинтилиан, Гален, Цельс; крупные мыслители Цицерон, Плиний Младший и др. Римский врач Гален (II в.) расценивал физиогномические знания как «возможные и полезные», однако обоснований для такого вывода не приводил.

Большой популярностью на Древнем Востоке пользовалась кийяфа — искусство бедуинов, умеющих читать как открытую книгу не только тайны пустыни, но и секреты человеческого лица. Так, человек, по обличью схожий со львом, объявлялся отважным, милосердным, гордым и терпеливым; похожий на леопарда — хвастливым, злопамятным и вероломным. Высокий лоб свидетельствовал о глупости, залысины — о низости духа, узкий лоб — о ловкости движений. Глаза средней величины говорили об уме и хорошем характере, неподвижный взор — о скудоумии, рассеянный взор — о ветрености и непостоянстве. Огромное значение бедуины придавали родинкам. В средние века склонные к «науке» богатые арабы выбирали на рынке рабов, опираясь на эти и многие другие физиогномические принципы.

Рассуждая об истинной и ложной сути физиогномики, Абдул-Баха приводит любопытную притчу о молодом ученом-физиогномисте, который 6 лет прилежно изучал в Египте науку о выражениях лица. Успешно сдав экзамены и оседлав коня, радостный и гордый возвращался молодой человек на родину. Полученные знания позволяли ему видеть явные и скрытые черты характера каждого встречного. Особенно его поразило лицо одного незнакомца, в котором он прочитал, что тот жаден, завистлив, ревнив и беспощаден. Молодой физиогномист был поражен, когда незнакомец с добродушной улыбкой стал приглашать его в дом в качестве почетного гостя. Противоречие усвоенного и увиденного не только взволновало молодого человека, но и пробудило в нем сомнения в верности египетской школы физиогномистов. В течение трех дней хозяин изысканно и любезно услаждал ученого гостя всевозможными яствами и кальяном. Однако при расставании лицо хозяина вновь обрело злобное выражение, а счет, врученный «почетному» гостю, оказался непомерно высоким. Пришлось отдать все деньги, костюм и коня в придачу. Очищенный до нитки, молодой физиогномист отправился в путь, славя Аллаха и своих учителей за то, что годы обучения в египетской школе не были потрачены даром.

Во все времена находились блистательные врачи-диагносты, которые с успехом использовали физиогномические знания. У больного они оценивали все: цвет кожи, выражение глаз, запах изо рта, вздувшиеся сосуды и многие другие признаки, с помощью которых определяли суть болезни, ее длительность и даже прогноз. Знаменитый и не лишенный амбиций доктор Пти, врач Людовика XV, славился мгновенными предсказаниями хода болезни по внешнему виду больного. Однажды он встретил на улице полнокровного человека и, увидев, что тому угрожает кровоизлияние в мозг, сказал: «Дружище, поспешите к себе домой и попросите пустить себе кровь, иначе к утру вы ум-

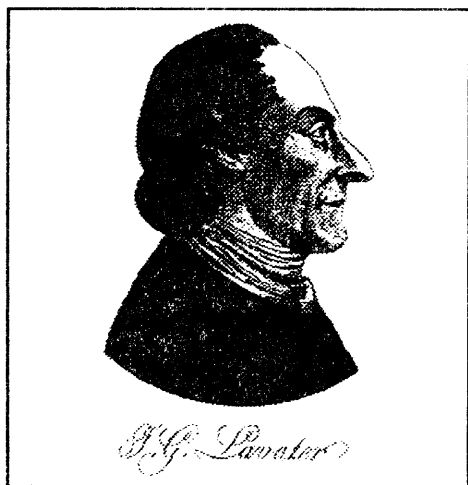


Рис. 2. Автопортрет и автограф выдающегося физиогномиста Иоганна Гаспара Лафатера

рете. Даю вам совет бесплатно. Я — первый королевский врач».

Однако как раньше, так и сейчас есть врачи, которые в своих диагнозах и прогнозах постоянно ошибаются. Можно не сомневаться, что неудачливые врачи — это прежде всего плохие физиогномисты.

В средние века отдельные взгляды физиогномистов разделяли и в той или иной мере совершенствовали Ибн Сина (980 — 1037) и ряд ведущих алхимиков, в эпоху Возрождения — И. Скотт и Леонардо да Винчи (1452 — 1519), в XVI — XVIII столетиях — английский философ Ф. Бэкон и непревзойденный физиогномист всех времен швейцарский священник, поэт и художник Иоганн Гаспар Лафатер (1741 — 1801).

Характерное, орлиноподобное лицо самого Лафатера излучало утонченный ум, холодную сдержанность, достоинство и необычайную прозорливость (рис. 2). Он опубликовал четырехтомный труд «Физиогномические фрагменты» (1775 — 1778), обусловивший новый подход к физиогномике. И. Лафатер писал, что «лица настолько же доступны чтению, насколько это присуще книгам, разница лишь в том, что они прочитываются в короткое время и меньше обманывают нас».

Значительную часть свободного времени Лафатер посвящал изучению лиц своих сограждан и делал тщательные зарисовки их портретов. Приведем его физиогномические характеристики трех субъектов.

Первый субъект (рис. 3): «Выражение данного лица говорит о самовлюбленности, доходящей до педантизма; этот еще не старый, полный жизненных сил человек очень

самонадеян. Если самолюбие его по какой-либо причине задето, он всегда дает отпор обидчику. Вместе с тем этот человек не лишен здравого смысла и подчас обладает верными суждениями. Форма лба в данном случае ничего не говорит о характере, но глаза, рот и ноздри обличают педанта».



Рис. 4. Лицо второго субъекта, описанное И. Лафатером



Рис. 5. Лицо третьего субъекта, описанное И. Лафатером

Второй субъект (рис. 4): «Черты данного лица говорят о суровости; морщины вокруг глаз, особенно те, которые находятся у основания носа, морщины, идущие от углов губ к носу, выделяющие переднюю часть лица, — все свидетельствует о характере суровом, лишенном какой-либо чувствительности. Выдающийся подбородок говорит об энергичности, а форма лба — холодном, вдумчивом характере. Меланхолический темперамент доминирует».

Третий субъект (рис. 5): «Напрасно вы стараетесь найти на этом лице хоть каплю открытости. Слегка выступающий подбородок и маленькие хитрые глазки говорят о недостатке искренности у этого человека. Рот, уголки которого слегка опущены, плотно сжатые губы никак не свидетельствуют в пользу доброты, а, наоборот, являются признаком сварливой недоброжелательности. Итак, перед нами лицо хитрого старика, обманщика, скупердяя, твердость его характера доходит до упрямства. У таких людей обычно живая походка, но говорят они медленно и очень осторожно, так как недоверчивость — основная черта их характера».



Рис. 3. Лицо первого субъекта, описанное И. Лафатером

Своей популярностью Лафатер затмил императоров и королей. На его выступления и физиогномические сеансы съезжались из Европы и других стран. К нему стремились больные, дети и влюбленные. Нередко ему присылали портреты, слепки и маски. Лафатером восторгались, его превозносили, но одновременно и побаивались. Избегал с ним встречи его блистательный современник, авантюрист и чародей граф Калиостро, о котором ходили слухи, что ему 350 лет и он может превращать железо в золото.

Лафатер был талантливым исследователем и неутомимым тружеником, обладавшим логическим мышлением и необыкновенной интуицией. К сторонникам учения Лафатера относился великий Гете, испытывавший к нему дружеские чувства и помогавший в сочинениях по физиогномике.

Несомненный интерес вызывает сделанное Лафатером описание лица Гете (рис. 6): «Его разум всегда пронизан теплым чувством, а чувства всегда ярко освещены разумом. Обратите внимание на форму этого теплого лба, на этот быстрый, пронзительный, влюбленный и подвижный

глаз, не очень глубоко сидящий под изогнутыми веками, на выразительный нос, на этот, по существу, очень поэтический переход к верхней губе, на мужественный подбородок и открытое крепкое ухо. Да найдется ли человек, который не видел бы, что это гений!»

Одним из многочисленных приверженцев Лафатера был и наш соотечественник писатель и историк Н.М. Карамзин. Не вполне последовательно разделял взгляды Лафатера австрийский врач Ф. Галль, создатель *френологии* — учения о связи психических особенностей человека с формой его черепа. Результаты своих исследований он впервые опубликовал в 1805 г. Сторонники френологии утверждали, что по форме и местонахождению выпуклостей и вдавлений на черепе можно определить характер, наклонности и умственные способности человека. С помощью специальных измерений они определяли «шишки способностей» к музыке, поэзии и живописи, «бугры» честолюбия, скупости и т. д.

Большой вклад в развитие френологии внес выдающийся русский антрополог профессор М.М. Герасимов (1907 — 1970), создавший оригинальный

метод объективного воссоздания лица по черепу. Им восстановлена галерея портретов ряда исторических личностей, в частности таких, как сын князя Юрия Долгорукого князь Андрей Боголюбский, отличавшийся непреклонным горделивым характером, высоким чувством справедливости, и знамени-



Рис. 6. Лицо И. Гете, описанное И. Лафатером



Рис. 7. Лицо князя Андрея Боголюбского, воссозданное по черепу М.М. Герасимовым



Рис. 8. Лицо адмирала Ф.Ушакова, воссозданное по черепу М.М. Герасимовым

тый флотоводец адмирал Ф.Ф. Ушаков, сильный и красивый человек, обладавший большим умом, бесстрашием и благородством (рис. 7, 8).

Широкое распространение в 60-х гг. XIX в. получили труды френологов. Известный психиатр и криминалист, профессор Туринского университета Чезаре Ломброзо (1835 — 1909) (рис. 9), базируясь на френологических данных и собственных исследованиях 4 тысяч преступников, развил ряд концепций, основные положения которых сводятся к следующему:

- существует особый тип прирожденного преступника;
- причины преступлений заложены в самой личности человека, и потому для отыскания корней преступности необходимо всестороннее биологическое исследование личности преступника;
- внешняя среда играет некоторую провоцирующую роль в качестве «социальных раздражителей» для формирования преступного поведения.

Для обоснования своих положений Ломброзо проводил антропометрические измерения преступников, клинические исследования различных душевных болезней. Он высказал мысль о том, что преступники не только отличаются



Рис. 9. Основатель биокриминалистики  
Чезаре Ломброзо

присущие отдельным категориям преступников: вора́м, убийца́м, насильни́кам и др. В книге «Человек преступный» (1876) он пишет, что «убийцы — большей частью брахицефалы с мощными челюстями, длинными ушами и стекловидными глазами, воры — долихоцефалы с маленькими глазами» и т. д.



Рис. 10. Фотография жестокого преступника

ся по внешнему виду от нормальных людей, но и несут в себе рудиментарные признаки первобытного человека. Внешними проявлениями этих признаков служат так называемые стигматы преступности: неправильное строение черепа, асимметрия лица, притупленная чувствительность, неспособность краснеть, склонность к татуировке и т. д. Аномалии в психике выражаются в мстительности, тщеславии, гордости, слабости рассудка, неразвитости нравственных чувств, особенностях речи и даже особом письме, напоминающем иероглифы древних.

Руководствуясь этими признаками, Ломброзо признал возможным не только устанавливать тип преступного человека вообще, но и различать черты, присущие отдельным категориям преступников: вора́м, убийца́м, насильни́кам и др. В книге «Человек преступный» (1876) он пишет, что «убийцы — большей частью брахицефалы с мощными челюстями, длинными ушами и стекловидными глазами, воры — долихоцефалы с маленькими глазами» и т. д.

В качестве примера приведем фотографию одного из грозных особо жестоких преступников (рис. 10), который совершил несколько садистских убийств и изнасилований. Лица царственных правителей — тиранов Тимура, Мироншаха и Ивана Грозного (рис. 11) кажутся «железными», но не отвратительными по сравнению с низменно-животной физиономией и омерзительным взглядом этого человека.

Ближайший ученик и последователь Ломброзо Э. Ферри писал: «В мире преступников не существует единого и общего типа, а скорее несколько антропо-психологических преступных типов...

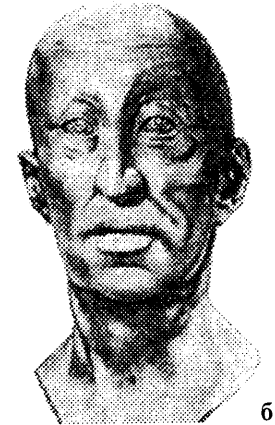


Рис. 11. Портреты Тамерлана (а), Мироншаха (б) и Ивана Грозного (в), воссозданные М.М. Герасимовым

Существует пять главных типов преступников:

1. Прирожденный преступник. Человек этого типа склонен к совершению преступления вследствие наследственности, особого вида эпилептического невроза.
2. Преступник вследствие безумия — страдает до или во время совершения преступления какой-либо клинической формой умственного расстройства.
3. Преступник из страсти — представляет довольно нормальную личность, которая под влиянием сильного психического возбуждения совершает преступление; побудителем может быть страсть индивидуального или социального характера: несчастная любовь, оскорбленная честь, родительское чувство, политический идеал и т. п.

4. Случайный преступник — страдает какой-либо заметной психофизиологической ненормальностью.

Совершение им преступления обуславливается влиянием социальных отношений и условий, в которых он родился, живет и действует.

5. Привычный преступник. К этому типу относятся те «случайные» преступники, которых развратило тюремное заключение; их преследует и суд, и общественное предубеждение после того, как они впервые навлекли на себя кару, по большей части в юности. Вследствие своей заброшенности или нравственного упадка собственной семьи в дальнейшем они неотвратно совершают все новые преступления и, благодаря нелепому уголовному законодательству всех стран, превращаются в рецидивистов».

Со временем взгляды Ломброзо претерпели эволюцию. Первоначально считая преступление явлением биологического характера, позже он стал признавать и его социальную обусловленность. Если в ранее опубликованной книге «Человек преступный» представлена система признаков, характеризующих только прирожденного преступника, то в более позднем труде «Преступление, причины, средства борьбы» (1899) Ломброзо рассматривал факторы преступности, разделив их на 16 групп. По сути, это была классификация, включавшая физические, биопсихологические и социальные факторы, которая была принята уголовно-социологической школой.

Рассматривая уголовное дело как отрасль физиологии и патологии, Ломброзо впервые переносит уголовное законодательство из области нравственных понятий в область социальных и естественных наук о человеке. Ломброзо по праву считают родоначальником возникновения антропологической школы уголовного права, а его биосоциологическую теорию — основой биокриминалистики.

С 50-х гг. нашего столетия в криминалистике при розыске преступников, скрывающихся от органов дознания, следствия и суда или уклоняющихся от наказания, широко применяют составление словесного портрета — описания внешности человека по специальным правилам с помощью унифицированных терминов и обозначений. Правильно составленный словесный портрет позволяет выделить разыскиваемое лицо из многих похожих и обеспечивает возможность его опознания.

Главная роль в словесном портрете отводится описанию особенностей лица, но обязательно характеризуется полностью внешний вид человека. При этом указываются как статические признаки, определяемые в покое (рост, телосложение, детали строения лица, особые приметы и др.), так и динамические (голос, походка, особенности мимики и др.).

Составленные (синтетические) портреты и фотороботы изготавливает эксперт-криминалист с помощью идентификационного комплекса рисунков (ИКР) различных лиц методом компоновки (рис. 12). Возможности ИКР-портрета ограничены. С его помощью нельзя воспроизвести лицо вполоборота, передать мимику, выражение глаз, ироническую усмешку, улыбку. Для

		ПРОФИЛЬ		ФАС										
ЛОБ	НАКЛОН	ВЫСОТА		ШИРИНА										
		СКОшенный	ВЕРТИКАЛЬНЫЙ	М	Б	М	Б							
		НАКЛОННЫЙ												
НОС	КОНТУР СПИНКИ	НАКЛОН ОСНОВАНИЯ		ШИРИНА										
		ВОГнутый	ВЫПуклый	ПРИподнятый	ОПУщенный	М	Б							
		ПРЯмой	ВОЛнистый	ГОРизонтальный										
ГУБЫ	ВЫСТУПАНИЕ	ВЫСОТА (верхней губы)		ШИРИНА										
		ВЕРХнее	ОБЩее	НИЖнее	М	Б	М	Б						
ПОДБОРОДОК	НАКЛОН	ВЫСОТА		ШИРИНА										
		СК	ВЕРТ	ВЫСТупающий	М	Б	М	Б						
УХО	Сережка	КОНТУР		ПРИКРЕПЛЕНИЕ		ОТТОПЫРЕННОСТЬ								
		СК	ПРЯмоугольный	ПР-СК	ЗАКругленный	Сливное	БОРоздчатое	ОТделенное	ВЕРХ	ЗАД	НИЗ	ОБЩ		
	Противокозелок	КОНТУР		НАКЛОН		ЦВЕТ ГЛАЗ								
ВОГ		ПР	ВЫП	СК	ГОР	Голубые - 1	Серые - 1	Желтые - 2	Оранжевые - 3	Светло-карие - 4	Карие - 5	Темно-карие - 6	Черные - 7	
Контур	КОНТУР		ЦВЕТ ВОЛОС		РОСТ									
	Треугольный	ПР	Овальный	КРУглый	Белокурые - 1	Светло-русые - 2	Русые - 3	Темно-русые - 4	Черные - 5	Седые - 7	Лысый	Рыжие - 6	Малый - М	Средний - —
						ОСОБЫЕ ПРИМЕТЫ								

Рис. 12. Идентификационный комплекс рисунков для составления синтетического портрета



4. Случайный преступник — страдает какой-либо заметной психофизиологической ненормальностью.

Совершение им преступления обуславливается влиянием социальных отношений и условий, в которых он родился, живет и действует.

5. Привычный преступник. К этому типу относятся те «случайные» преступники, которых развратило тюремное заключение; их преследует и суд, и общественное предубеждение после того, как они впервые навлекли на себя кару, по большей части в юности. Вследствие своей заброшенности или нравственного упадка собственной семьи в дальнейшем они неотвратимо совершают все новые преступления и, благодаря нелепому уголовному законодательству всех стран, превращаются в рецидивистов».

Со временем взгляды Ломброзо претерпели эволюцию. Первоначально считая преступление явлением биологического характера, позже он стал признавать и его социальную обусловленность. Если в ранее опубликованной книге «Человек преступный» представлена система признаков, характеризующих только прирожденного преступника, то в более позднем труде «Преступление, причины, средства борьбы» (1899) Ломброзо рассматривал факторы преступности, разделив их на 16 групп. По сути, это была классификация, включавшая физические, биопсихологические и социальные факторы, которая была принята уголовно-социологической школой.

Рассматривая уголовное дело как отрасль физиологии и патологии, Ломброзо впервые переносит уголовное законодательство из области нравственных понятий в область социальных и естественных наук о человеке. Ломброзо по праву считают родоначальником возникновения антропологической школы уголовного права, а его биосоциологическую теорию — основой биокриминалистики.

С 50-х гг. нашего столетия в криминалистике при розыске преступников, скрывающихся от органов дознания, следствия и суда или уклоняющихся от наказания, широко применяют составление словесного портрета — описания внешности человека по специальным правилам с помощью унифицированных терминов и обозначений. Правильно составленный словесный портрет позволяет выделить разыскиваемое лицо из многих похожих и обеспечивает возможность его опознания.

Главная роль в словесном портрете отводится описанию особенностей лица, но обязательно характеризуется полностью внешний вид человека. При этом указываются как статические признаки, определяемые в покое (рост, телосложение, детали строения лица, особые приметы и др.), так и динамические (голос, походка, особенности мимики и др.).

Составленные (синтетические) портреты и фотороботы изготавливает эксперт-криминалист с помощью идентификационного комплекса рисунков (ИКР) различных лиц методом компоновки (рис. 12). Возможности ИКР-портрета ограничены. С его помощью нельзя воспроизвести лицо вполоборота, передать мимику, выражение глаз, ироническую усмешку, улыбку. Для

		ПРОФИЛЬ		ФАС					
ЛОБ	НАКЛОН	 СКОшенный НАКлонный ВЕРТикальный		 М - Б		 М - Б			
		НОС	 ВОГнутый ПРЯмой ВЫПуклый ВОЛнистый		 НАКЛОН ОСНОВАНИЯ ПРИподнятый ГОРизонтальный ОПУщенный		 М - Б		
			ГУБЫ	 ВЕРХнее ОБШее НИЖнее		 М - Б		 М - Б	
				ПОДБОРОДОК	 СК ВЕРТ ВЫСТупающий		 М - Б		 М - Б
УХО	Срежка				 СК ПРямоугольный ПР-СК ЗАКругленный		 СЛивное ОТделенное БОРоздчатое		 ВЕРХ ЗАД НИЗ ОБШ
		Противоклолек			 ВОГ ПР ВЫП		 СК ГОР		 ЦВЕТ ГЛАЗ Голубые - 1 Серые - 1 Желтые - 2 Оранжевые - 3 Светло-карие - 4 Карие - 5 Темно-карие - 6 Черные - 7
			Контур		 Треугольный ПР Овальный КРуглый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Рыжие - 6 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 РОСТ Малый - М Средний - Б Большой - Б
		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый			
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	
				 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый		 ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый	

художника-криминалиста все эти «мелочи» не проблема. С помощью генно-геронтологического (возрастного) портрета он может «вычислить», каким этот человек был десять лет назад, каким станет через двадцать: как будет улыбаться, где появятся морщины и даже как отрастут усы. Рисованные портреты художники выполняют со слов лиц, хорошо знающих облик разыскиваемого человека.

Существует старинное поверье, согласно которому характер человека в значительной степени может быть определен и по его гастрономическим привязанностям. По данным болгарского еженедельника «Орбита», научные исследования последних лет подтвердили истинность многовекового народного поверья. Было доказано, что эгоисты больше всего любят кислую пищу; скряги — пресную; люди, склонные к самопожертвованию и сентиментальности, — сладкую; творческие и трудолюбивые люди — соленую.

Научный подход к изучению соотношения между внешними чертами лица и некоторыми внутренними свойствами личности углубили работы П. Кампера о лицевом угле, исследования Ч. Белла, изложенные в трактате «Анатомия и философия выражений» (1806), Ч. Дарвина «О выражении ощущений» (1872), Н.А. Белова «Физиология типов».

Наряду с западной развивалась и восточная физиогномика, родиной которой по праву считается Древний Китай. Особенно большое развитие искусство чтения лица получило в Японии, где и сегодня пользуется широкой популярностью в различных сферах искусства, в первую очередь в живописи, театре, производстве масок.

Что же такое физиогномика — искусство, учение или наука? Что она может? К признакам смелости, например, сирийский мыслитель Абуль-Фарадж относил продолговатое лицо, жесткие волосы, глубоко сидящие глаза и большой лоб. Так ли это на самом деле, сказать нелегко. По заключению самих физиогномистов, указанные признаки не всегда соответствуют особенностям человека, так как мимика бесконечно разнообразнее «наиполнейшего перечня» выражений лица. Вот почему главный смысл физиогномики вчерашнего дня, относящейся скорее к искусству, чем к науке, состоит в умении наблюдать, делать выводы, сопереживать. Эти качества и сегодня должны быть присущи каждому врачу.

Физиогномику XX в. вряд ли следует относить к искусству и чувству озарения. Анатомо-топографические, рефлексологические и клинко-физиологические исследования ряда ученых выделили область лица из сферы эмпирики и созерцания в сферу аналитико-синтетических расчетов и обобщений, что, несомненно, способствует формированию научной физиогномики и ее двух главных разделов — фациокраниальной психологии и медицины.

В развитие этой мысли небезынтересно проанализировать тайну туринской плащаницы и тех научных дискуссий, которые ведутся вокруг нее. Непонятными остаются два кардинальных вопроса: 1) каким образом появилось изображение лика божества на погребальном полотне, в которое, по преда-

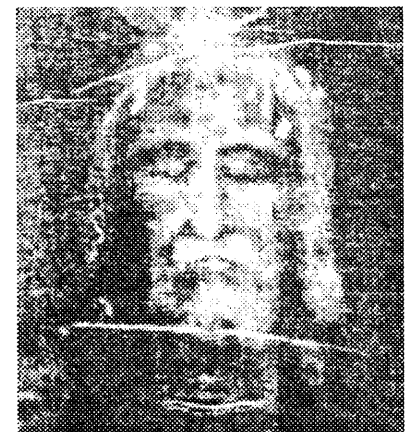
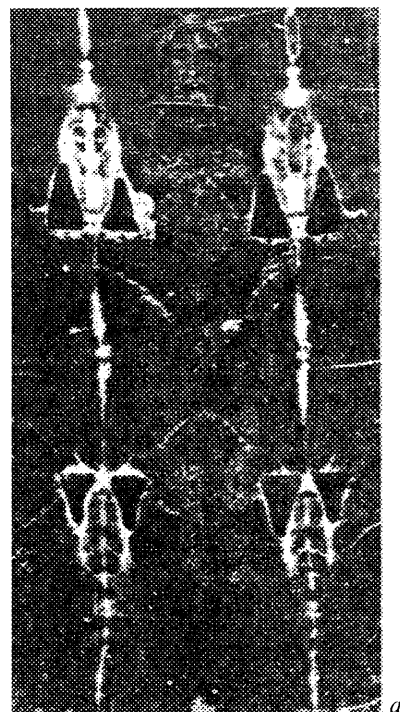


Рис. 13. Негативное изображение тела (а) и лика (б) Христа, полученное с туринской плащаницы

нию, было завернуто тело умерщвленного Иисуса Христа, и 2) и почему это изображение негативное (рис. 13).

К осознанию такого рода таинств приближается современная наука, рассматривающая организм как открытую систему, обменивающуюся с окружающей средой веществом, информацией и энергией. Характерной чертой этой системы является общий энергетический гомеостаз. Причем энергетическая константа и ее световая составляющая существуют за счет поступления в организм световых потоков, их утилизации и выброса избытка в окружающую среду. Новейшие исследования показывают, что окружающая физическую оболочку человека аура состоит из тонкой сети не расшифрованных пока излучений, которые могут быть сфотографированы в поле сверхвысокой частоты (эффект Кирлиана) и еще более точно в микролептонном потоке, возбуждаемом ультрафиолетовым облучением. Аура, или квантовая голограмма, наблюдаемая ясновидящими и регистрируемая на цветных фотографиях, зависит от степени духовного развития субъекта. Таким образом, каждый человек носит при себе мерило своих духовных достижений, свой истинный паспорт. Аура недалекого человека состоит из серых, бесцветных, нередко грубых и



Рис. 14. Изображение лица Христа, обработанное с помощью компьютера

темных красок, которыми выражаются его примитивные страсти и эмоции. Аура высокомыслящего и духовно развитого человека, наоборот, отличается светоносным излучением вокруг лица и головы. Лицо его приобретает особый блеск и сияет всеми цветами радуги в виде своеобразного нимба. Об этом сохранилось немало свидетельств в летописях и изображениях жития святых.

С помощью компьютера американские исследователи туринской плащаницы воссоздали живое лицо Христа (рис. 14), совершив тем самым беспрецедентное научное чудо.

Ученые предполагают, что тысячами носителями живого лица Христа в плащанице могла быть либо светоносная материя, состоящая из упорядоченных частиц — кварков и глюонных полей, либо исчезнувшие из материи молекулы воды, способные к бессрочному хранению памяти. Последнее подтверждается работами Г.Н. Шангина-Березовского (1981) и других ученых, доказавших, что вода,

содержащая биологически активные вещества в «сумасшедше» малых концентрациях ( $10^{-6}$ ), обладает уникальной памятью и возможностью переноса информации.

Исторический экскурс был бы неполным без рассмотрения иридодиагностического метода — своего рода кульминации в физиогномике. Говоря об этом относительно новом методе, необходимо иметь в виду, что возник он давно, более 3 тысяч лет назад, и что истоки его уходят корнями в прошлое древних культур Китая, Индии, Египта и Вавилона. Пройдя сквозь века тернистым путем поиска, находок и заблуждений, так называемое глазное прорицание постепенно преобразовалось в метод глазной диагностики.

Начало XX столетия, совпавшее с первыми публикациями основоположников иридодиагностики блестящего венгерского врача Игнаца Пекцели (рис. 15) и всесторонне просвещенного шведского пастора Нильса Лильеквиста (рис. 16), характеризовалось широким клиническим изучением и распространением метода в странах Западной Европы, а позднее в США, Канаде, Аргентине, Австралии и Японии. Первоначально изучением радужных знаков при



Рис. 15. Основоложник структурного направления иридодиагностики  
И. Пекцели

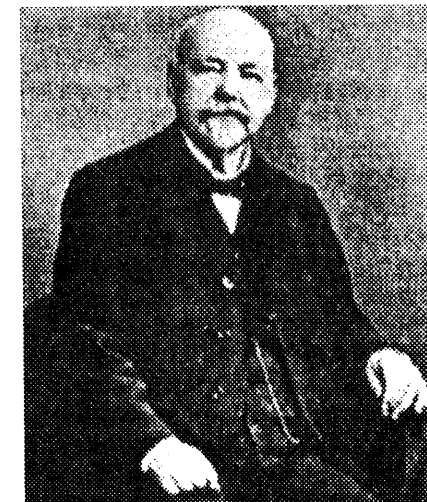


Рис. 16. Основоложник хроматического направления иридодиагностики  
Н. Лильеквист

патологии занимались не только врачи, но и энтузиасты-автодидакты. Это был период созерцательной и эмпирической иридодиагностики, просуществовавшей до 60-х гг. XX века. Затем наступил своеобразный иридологический ренессанс, выразившийся в дальнейшем продвижении метода в другие страны и пробуждении к нему врачебного и научного интереса.

Были созданы отдельные школы и центры, в том числе Калифорнийский центр во главе с известным иридологом доктором Б. Йенсенем, Институт фундаментальных исследований в области иридологии в Германии, руководимый до 1990 г. доктором И. Декком. В качестве специального предмета иридодиагностика была введена в программу некоторых медицинских колледжей и семинаров в США, ФРГ и Франции. Во многих странах Запада работают общества и секции иридологов.

20 лет назад Е.С. Вельховер и Ф.Н. Ромашов создали отдел клинических исследований ЦНИЛ при медицинском факультете Российского университета дружбы народов, в состав которого вошла лаборатория иридодиагностики. В отделе изучаются новые функции глаза, связанные с меланопигментными образованиями радужки. К ним отнесены фотоэнергетическая, светозащитная, терморегуляционная и цитолізосомная функции. Радужная оболочка рассматривается как выдвинутый вперед диэнцефальный экран головного мозга, специализированный на восприятие и преформацию светового потока извне и импульсного потока изнутри организма.

Сотрудниками отдела разработаны и апробированы в клинике критерии иридологической оценки состояния систем ассимиляции и диссимиляции, скрининг-диагностики гастритов, холециститов, гепатитов, язвенной болезни желудка, мочекаменной болезни и некоторых других заболеваний. Выявлены новые способы доклинической экспресс-диагностики язвенной деформации луковицы дуоденума, портальной гипертензии при циррозах печени, ишемии мозговой ткани при окклюзиях брахиоцефальных сосудов, недостаточности кардиального сфинктера пищевода при рефлюкс-эзофагите и др. Доказана на практике высокая эффективность иридодиагностики в установлении скрыто протекающих заболеваний при массовых профилактических осмотрах в поликлинике (70—96%) и выявлении новых заболеваний в хорошо работающих диспансерах (18—29 %).

На основе накопленного опыта и банка иридодиагностических данных впервые в мире разработаны алгоритмы и программа для автоматизированной оценки церебровисцеральной конституции человека. Данная компьютерная программа позволяет оценивать в баллах и процентах наследственную каневую неполноценность, аномалии общего развития организма, аномалии развития вегетативных центров, врожденную работоспособность, уровень аллергизации, предрасположенность к долголетию, врожденную слабость важнейших систем организма, адекватность состояния здоровья индивида месту его проживания.

За последние три года в отделе клинических исследований Российского университета дружбы народов совместно с Главным вычислительным центром Минздрава России (В.Ф. Ананин и др.) созданы и апробированы методы электронной и компьютерной пупилло- и мигалографии, с помощью которых можно оценивать уровень старт-рефлексов и состояние парасимпатического и симпатического вегетативных центров.

Входящая на порог официального доверия, но не стремящаяся к паблисити иридодиагностика принципиально отличается от общепринятых методов распознавания болезней. Об этом свидетельствуют такие характерные черты иридодиагностики, как высокая информативность и раннее обнаружение многих патологических процессов.

Результаты проведенных работ показали, что силами квалифицированных врачей-иридодиагностов метод может быть внедрен в различные сферы практического здравоохранения в качестве скрининг-иридодиагностики — при массовых профилактических и диспансерных осмотрах населения; всеобъемлющей оценки состояния здоровья — в отборочных медицинских комиссиях; топики-диагностического метода — в деятельности стационаров и диагностических центров; экспресс-индикатора наследственной патологии — в медико-генетических кабинетах и консультациях.

О последней области применения следует сказать особо, поскольку диэнцефальный «радужный» экран является своеобразным регистратором и аккумулятором генетических стигм человека, составленных из достоинств и де-

фектов цепочки его предков. В этом мы видим будущее метода. Причем в противоположность клинической медицине, ставящей целью детерминирование начала заболевания, иридодиагностика осуществляет всестороннюю индикацию унаследованных исходных ситуаций, с помощью которых можно определить жизненный тонус, а также характер и «расписание» возможных болезней.

Систематическое исследование человеческого лица и всех его атрибутов, по утверждению академика В.В. Куприянова и Г.В. Стовичека (1988), проводится в настоящее время по многим направлениям.

*Анатомическое направление.* Анатомы изучают строение лица человека, форму, пропорции, контуры, композицию, соразмерности, рельеф; определяют половые, возрастные, конституциональные отличия в строении лица, создают фундамент для понимания законов его структурной организации.

*Антропологическое направление.* Задачей его является расшифровка этнических особенностей строения лица и его выразительности, а также развитие лица в антропогенезе (М.М. Герасимов, 1949).

*Эволюционное направление.* Изучение эволюционных процессов живой природы позволяет установить, что выразительность лица имеет свою историю, уходя корнями в мир инстинктивных рефлекторных реакций человека.

*Генетическое направление.* Целью генетических исследований служит определение наследственной преемственности строения и выразительности лица, влияние на геном фенотипических факторов.

Это направление тесно связано с *евгеникой* — наукой, изучающей позитивные и негативные факторы врожденных качеств расы и отдельно взятого человека. На рождение евгеники (вторая половина XIX в.) большое влияние оказали работы Ф. Гальтона и Г. Менделя.

Вначале евгенисты собирали исторические данные и обобщали их. Знаменитая Семирамида, например, приказывала кастрировать всех слабых и больных мужчин, проводя «экспериментальную селекцию». Спартанцы сбрасывали в пропасть тщедушных и больных младенцев. Первобытные обряды инициации в кулачных боях проверяли способность юношей к выживанию.

Позднее евгеника оставила негуманные методы и перешла в разряд современной науки. Ее главной целью стало создание генетическим путем здоровья, интеллекта и процветания любой нации и народа. По данным американских и французских ученых, коэффициент умственного развития под воздействием внешней среды увеличивается на 12 пунктов, под влиянием генетических факторов — на 15. Большие успехи получены в лечении наследственных заболеваний методами генной терапии. К ним относится выделение гена опухоли-некротизирующего фактора белка (ОНФ) в борьбе с некротизирующей меланомой, гена аденозиндезаминазы (АДА) в борьбе с врожденным иммунодефицитом, гена кистозного фиброза (КФ) в

ликвидации грозного заболевания, при котором больные живут не более 30—40 лет.

Евгеника тесно связана с глобальными проблемами эволюции — экологическими, экономическими и социальными. Появление во внешней среде большого количества разнообразных химических мутагенов, утончение озонового слоя, сильнейшая деформация биополя Земли ведут к дальнейшему наступательному действию мутаций. В современном мире человек испытывает огромные стрессовые нагрузки и психоэмоциональные напряжения из-за возрастающих сложностей социальной жизни и роста технологических достижений, которые наносят непоправимый ущерб генофонду человечества.

Отрицательное качество жизни оказывает влияние на всю структуру человека, проявляясь уродствами, болезнями, специфическими типами внешности и врожденными пороками развития в физической сфере; психическими отклонениями, дурными свойствами характера, порочными наклонностями, низменными инстинктами и болезненными пристрастиями — в психической сфере. В итоге эмбриональная смертность человека в ряде стран мира достигла 50% и более, что очень красноречиво говорит о генетической деградации и безуспешности евгенических проектов.

Если быть более внимательным и чутким к природе, то без труда можно заметить, как исчезают с Земли альбиносы, редуют в северных широтах когда-то распространенные ряды людей с соломенным и рыжеватым цветом волос. Происходит поступательное, никем не регистрируемое потемнение одуванчиков, стрекоз, беловежских зубров и других обитателей планеты. Доказательством правдоподобности такой точки зрения могут служить наши наблюдения по оценке пигментации в двух группах с разницей рождения в 33 года. Анализ проведенных исследований показал, что у лиц, родившихся на 1/3 века позже, темная окраска глаз встречалась на 17% чаще.

Указанные факты нуждаются в серьезном осмыслении, поскольку за ними просматриваются неблагоприятные экологические перемены, связанные с усилением разрушительных процессов в биосфере, и как ответ на них — повышение антирадиационной пигментной защиты человека.

Необходимо быстрее реабилитировать евгенику как науку и попытаться наладить хотя бы евгенический контроль на уровне вступающих в брак и молодых супружеских пар. Весомый вклад в осуществление этой идеи может сыграть автоматизированная иридологическая система «Наследственный статус человека», дающая балльную оценку функционирующим органам и организму в целом (Е.С. Вельховер, 1990).

*Физиологическое направление.* Задача его — выявление особенностей роста, развития и механизмов подвижности и выразительности лица, а также влияния на функции лица нервной и эндокринной регуляции.

*Психологическое направление* предусматривает определение зависимости выражений лица от эмоциональных и интеллектуальных нагрузок. Оценка строится на произвольных и непроизвольных мимических реакциях.

*Клиническое направление*, наиболее сложное и практически ценное, развивается многими специалистами: невропатологами, терапевтами, окулистами, стоматологами, дерматологами, косметологами, отоларингологами и др. По лицу можно судить о состоянии здоровья, сопротивляемости организма и многих заболеваниях, диагностированных по комплексу фациокраниальных патологических симптомов. Представляет большой интерес терминологическая классификация различных типов и видов лиц больных, на которых мы остановимся ниже.

## Глава II

### АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦА

Лицо представляет собой передний отдел головы человека, ограниченный сверху краем волосяного покрова головы, снизу — углами и нижним краем нижней челюсти, с боков — краями ветвей нижней челюсти и основанием ушных раковин. На лице локализируются начальные звенья пяти органов чувств: зрительного (глаза), слухового (уши), обонятельного (нос), вкусового (язык) и кожно-тактильного (кожа лица) анализаторов.

Наиболее характерная дифференциация лиц человека связана с принадлежностью его к одной из трех основных рас: европеоидной, монголоидной и негроидной (рис. 16.1). При этом имеет значение не только цвет кожи, волос и глаз, но и различные формы и пропорции лица головы. Согласно антропометрическим данным расовые различия людей сформировались в результате длительного воздействия географических, климатических, этнографических условий и зафиксировались генетически в линиях потомков. Несомненно, что устойчивые расовые признаки подвержены изменениям в связи с миграцией населения и значительным распространением смешанных браков.

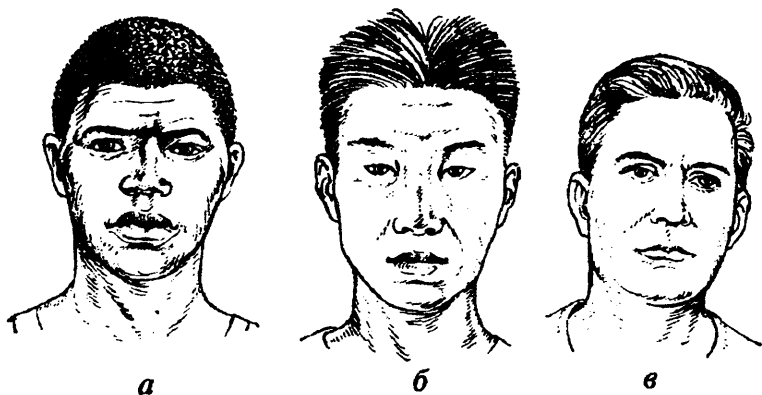


Рис. 16.1. Характерные черты лица у представителей трех основных рас:

а — негроидная, б — монголоидная, в — европеоидная

С топографо-анатомической точки зрения голова подразделяется на мозговую и лицевую отделы. Мозговой отдел имеет бедный внешний рельеф и равномерно выпуклую форму свода черепа. Лицевой отдел головы, напротив, отличается богатым рельефом.

С учетом конституциональных особенностей человека выделяют три формы головы (рис. 17):

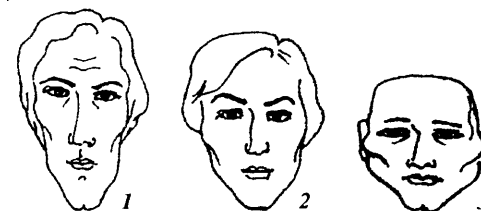


Рис. 17. Три основные формы головы:

1 — долихоцефальная; 2 — мезоцефальная; 3 — брахицефальная

1) долихоцефальная длинноголовость, характеризующаяся значительным преобладанием ее продольных размеров над поперечными;

2) мезоцефальная среднеголовость, характеризующаяся средним соотношением ее поперечного и продольного диаметров;

3) брахицефальная короткоголовость, характеризующаяся относительно большим поперечным диаметром головы.

Соответственно различают 5 основных форм лицевого отдела головы: овальную, треугольную, квадратную, прямоугольную, ромбовидную (рис. 18).

Овальная (круглая) форма лица характерна для мягких и спокойных людей, все остальные — для более резких, угловатых и импульсивных.

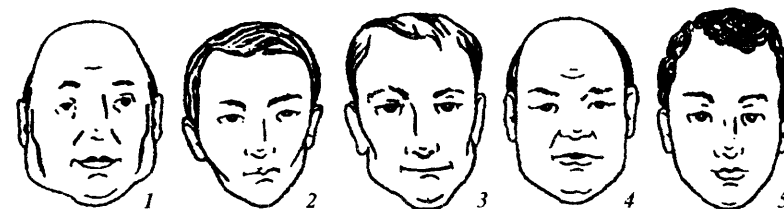


Рис. 18. Пять основных форм лицевого отдела головы:

1 — овальная (круглая); 2 — треугольная; 3 — квадратная; 4 — прямоугольная; 5 — ромбовидная

Существует наиболее простой вариант деления лица на три равных по высоте этажа: верхний (от волосистого края до линии бровей), средний (от линии бровей до линии ноздрей) и нижний (от линии ноздрей до края подбор-

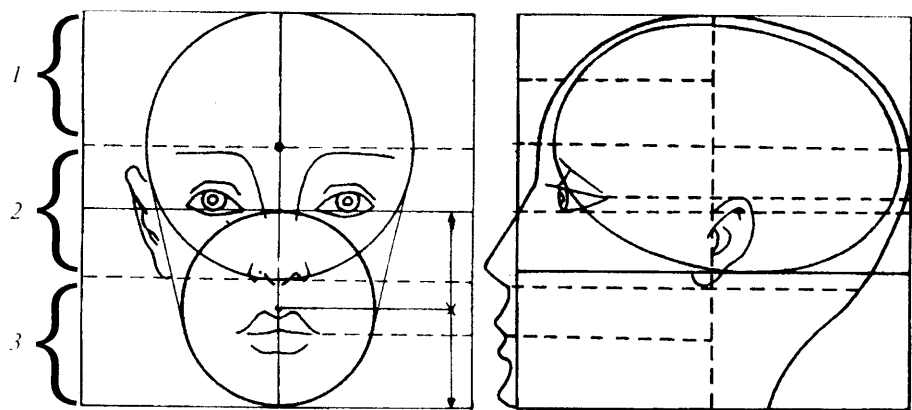


Рис. 19. Пропорции лица: верхний (1), средний (2) и нижний (3) лицевые этажи

родка). Такое деление лица считается основополагающим, и любое отклонение от равенства этажей воспринимается как генетические или клинические сдвиги (рис. 19).

Уменьшение высоты нижнего (ротоподбородочного) этажа связано с возрастными особенностями и отмечается у большинства эмбрионов и старых людей.

Для удобства чтения японцы лицо человека условно делят горизонтальными линиями также на три зоны: верхнюю, среднюю и нижнюю.

Верхняя зона — это в основном лобная часть, наглядно отражающая весь жизненный путь человека. По этой зоне получают информацию за период жизни от 15 до 30 лет, а также в глубокой старости. Правильная форма и здоровый цвет кожи лба свидетельствуют о прекрасном состоянии тела и духа.

Средняя зона — от бровей до кончика носа — представляет жизненный путь от 35 до 50 лет. Гармоничная сбалансированность этой зоны свидетельствует об уравновешенности психики.

Нижняя зона — от кончика носа до подбородка — дает информацию о периоде жизни с 51 до 77 лет и в более преклонном возрасте. Правильные формы этой зоны говорят об уравновешенности характера.

Как видно, методика чтения лица в Японии основана на раскодировке четко обозначенных позиций. Любая из них относится к определенному возрасту и связана со специфическими линиями поведения.

Классическая анатомия делит лицо на несколько топографических областей: лобная (1), глазничная (2), носовая (3), подглазничная (4), ротовая (5), подбородочная (6), щечная (7), околоушно-жевательная (8), скуловая (9), височная (10) (рис. 21).

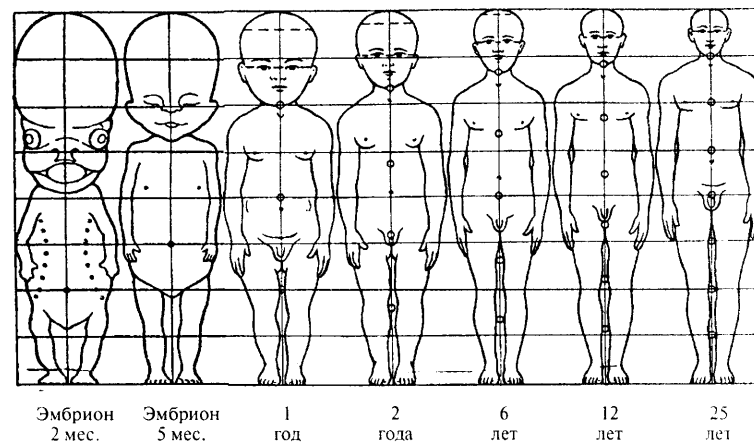


Рис. 20. Возрастные изменения пропорций головы и лица относительно общей длины тела

Имеются возрастные, половые и расовые различия лица. По мере развития и роста заметно изменяются пропорции головы и лица относительно общей длины тела (рис. 20).

Аналогичные изменения можно наблюдать в соотношении пропорций черепа в различные возрастные периоды (рис. 22).

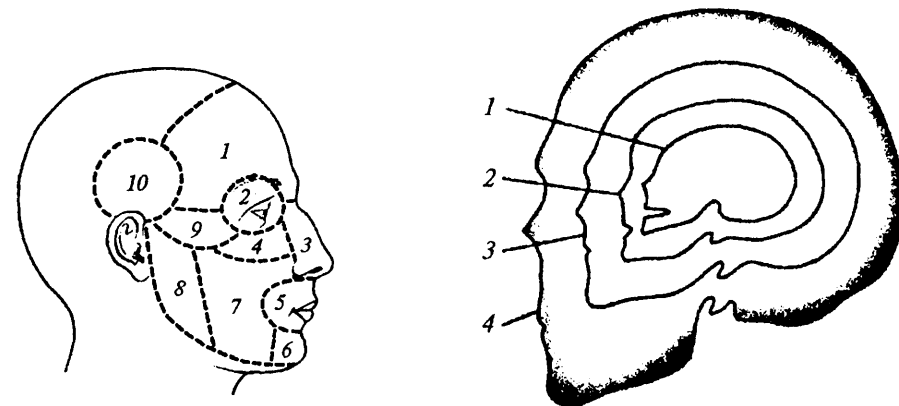


Рис. 21. Анатомические области лица человека

Рис. 22. Соотношение пропорций черепа у эмбриона пяти месяцев (1), новорожденного (2), ребенка одного года (3) и взрослого (4)

Расчеты показывают, что голова женщины на 20% меньше и в целом изящней головы мужчины. Лоб у большинства женщин отвесный, бугры и гребни не выступают, челюсти сравнительно тоньше, глабеллярные возвышения и надбровные дуги не выражены. Характерной чертой женского лица являются маленькие ушные раковины и мягко очерченный подбородок.

Было бы неправильным считать симметрию лица неперенным условием его красоты. Смещение наследственных черт не может не отразиться на лице

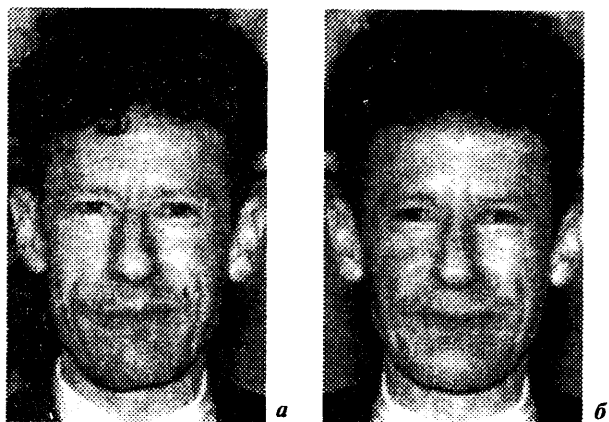


Рис. 23. Асимметричное лицо певца Л. Ловета (а) и его искусственный вариант симметричного лица (компьютерное построение лица из двух левых половин) (б)

ребенка. Для оценки красоты лица важна совокупность признаков и небольшая асимметрия, присущая лицевой области всех людей без исключения и вовсе не умаляющая достоинств портрета. Даже скульптурные изображения лиц Аполлона Бельведерского и Венеры Милосской не имеют полной билатеральной симметрии. Не отличаются строгой симметричностью лица непревзойденных по красоте и очарованию женщин Людмилы Чурсиной и Элизабет Тейлор.

На рис. 23, а изображено умеренно асимметричное лицо певца Л. Ловета. Настоящее лицо этого человека отличается искривленным носом, опущенным краем рта и нижней границей подбородка справа, несимметричностью волосистой линии головы, глазных осей и носогубных складок. Компьютерное изображение лица Л. Ловета, составленное из двух левых половин лица, нивелирует указанные выше различия, демонстрирует искусственно симметричный его вариант (рис. 23, б). И как знать, какой из этих вариантов лучше; с ответом мы не стали бы спешить...

Среди морфологических асимметрий лица отклонение носа вправо выражено у правой и влево — у левой; причем правая половина лица у боль-

шинства людей больше левой (К. Барделебен, 1909; Е. Кофф, 1981). Из криминалистики известно, что правый тип имеет более высокую и узкую правую часть и более широкую и низкую левую; левый тип характеризуется обратными соотношениями. Привычное поднятие брови чаще осуществляется на узкой половине, «кривая» (на одной половине лица) улыбка — на широкой половине. По данным О.В. Лобзина (1968), разжевывание пищи, если все зубы здоровы, лучше происходит на функционально доминирующей стороне.

Несимметричными у любого человека являются также полушария головного мозга. Различные способы обнаружения новой информации связывают в последние годы с преимущественной работой правого и левого полуша-

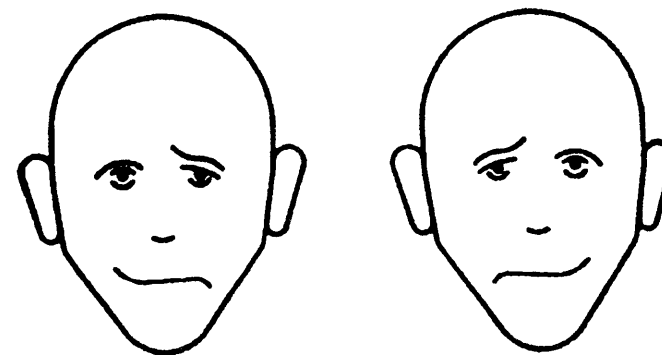


Рис. 24. Тест Дж. Джейна на выявление полушарной асимметрии

рий. Чтобы узнать, какое полушарие мозга доминирует в мышлении и поведении человека, следует провести глубокие нейрофизиологические, психоаналитические исследования. Кроме того, можно воспользоваться лицевым экспресс-тестом Дж. Джейна, выполняя который испытуемый должен указать, какое из двух лиц кажется ему более веселым и довольным (рис. 24): если левое лицо, то доминирует правое полушарие, если правое — то левое полушарие. При этом врачу-исследователю необходимо знать, какие функции присущи тому или другому полушарию.

Для правополушарных признаков характерны:

- чувственное восприятие информации, поступающей из внешней и внутренней среды организма и обработка ее в реальном времени и пространстве. Непосредственная связь с окружающим миром;
- эпизодическая, контекстная, произвольная память, выражающаяся в быстром узнавании и упорядочивании информации о прошлом;
- распределенное внимание;
- динамическая логика и интуитивное образное мышление;
- личная значимость и превалирование подсознания.



Левополушарным признакам свойственны:

- логическое восприятие и установление мысленных связей между фактами и обстоятельствами, находящимися в далеких отношениях. Опосредованная связь с внешней средой;
- семантическая классифицированная произвольная память, допускающая большие вариации воспроизведения и экстраполяции, на основе чего может строиться прогноз на будущее;
- концентрированное внимание;
- формальная логика и дискурсивное понятийное мышление;
- социальная значимость и ассоциативный тип сознания.

Основы циклопической галереи физиогномики строятся на сложнейшем анатомо-физиологическом базисе лица: костных, мышечно-сухожильных, сосудистых, нервно-ганглионарных, рецепторных, лимфатических, пигментных структурах. Особую, эффекторную роль играют краниофациальные мышцы, подразделяемые на три группы: мимические, жевательные и мышцы внутренних органов (мягкого нёба, языка, глаза и среднего уха).

Установлено, что мимика любого индивида формируется по гено- и фенотипическому варианту. На нее влияют не только наследственность, но и воспитание, взаимодействие с окружающей средой, разнообразные связи с трудовой деятельностью. По-видимому, мимическое соответствие психического статуса человека не является твердо закрепленным. Оно может трансформироваться под влиянием воспитания, в результате тренировки и сложившихся традиций, отсюда высокомерная амимия аристократов, сосредоточенно-мускульное лицо кузнеца, опущенно-безвольное лицо погонщика осла, вежливо-лукавое лицо экзаменатора, пронизывающее лицо следователя, серьезно-сострадательное лицо врача и т. д.

Есть множество жизненных обстоятельств, в которых владение механизмом мимики играет значительную роль. Искусство оратора оценивается по выразительности слов и жестов, с помощью которых до аудитории доводятся его мысли и чувства.

В отдельных случаях нелегко различить искусственную и естественную мимику. Искусственная мимика играет существенную роль в работе артистов, официантов, продавцов, стюардесс, манекенщиц и людей других профессий.

В житейском плане жесты и мимика подчинены условностям и нормам, принятым в обществе. Они становятся элементами ритуала.

Мимический облик обусловлен также этнографическими нормами. Одним народам свойственна открытая улыбка и контактность, другим — скрытая улыбка и замкнутость. На выражение лица и его мимические оттенки влияют обычаи, закономерности общения и способы передачи информации, свойственные уроженцам одной области или местности. Исключение составляют экспрессии, вызываемые глубокими переживаниями, такими, как боль, печаль, гнев, радость, испуг и т. д., свойственные всем людям и совершающиеся по законам природы в результате мобилизации одних и тех же механиз-

мов. Однако и в этих случаях стереотипов нет, а отмечаются различные оттенки и варианты.

Подводя итоги краткого анатомического экскурса, следует подчеркнуть, что длительные экспрессии неизменно приводят к устойчивым изменениям черт лица. По утверждению Ч. Белла (1806), активно действующие мимические мышцы характеризуются лабильностью, готовностью к сокращениям. Тем самым создается определенная тяга мышц, действующих в направлении наиболее задействованных сокращений и расслаблений эффекторных групп (рис. 25). При редком использовании определенных мышечных групп наблюдаются характерные структурные (атонические) изменения тканей лица, которые могут и должны служить объектом для аналитического заключения физиогномиста.

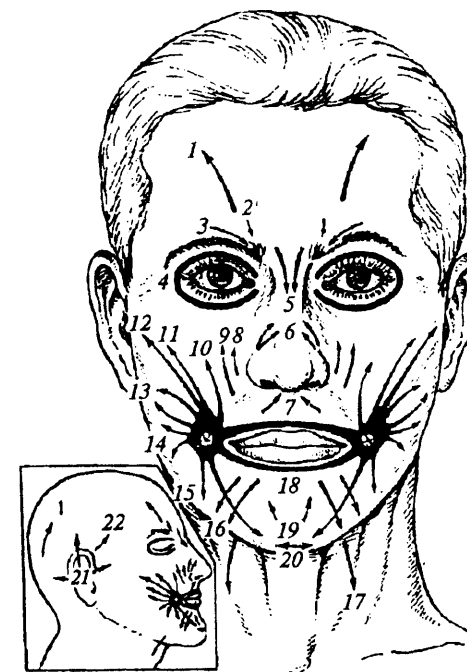


Рис. 25. Направление тяги мимических мышц (схема):

- 1 — при натяжении кожи лба и поднятии бровей; 2, 3 — при опускании и сморщивании бровей; 4 — при зажмуривании глаз; 5 — при образовании поперечной складки надпереносья; 6 — при раздувании ноздрей; 7 — при опускании перегородки носа; 8, 9 — при поднятии верхней губы; 10 — 13 — при поднятии угла рта и растягивании ротовой щели; 14, 15 — при опускании угла рта; 16 — при опускании нижней губы; 17, 18 — при натягивании кожи нижней части лица; 19, 20 — при изменении рельефа подбородка; 21, 22 — при движении ушной раковины

обуславливающие в норме все жизненно важные функции в организме. На основе этих начал Аюрведа и формирует три типа конституции (табл. 1).

Таблица 1

## Глава III

# КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ И СОЦИОНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА

Понятие о физиогномике было бы неполным без изучения конституциональных типов, наиболее информативными слагаемыми которых является лицо человека. Под конституцией человека понимается совокупность морфологических, физиологических, психических и патологических особенностей организма, сложившихся на основе генетических и приобретенных свойств и определяющих его реакции на внутренние и внешние факторы нагрузки. Конституция человека динамична, имеет заданный ритм и непрерывную тенденцию изменяться под влиянием возраста, внешней среды и уровня сознания человека. Она тесно связана с иммунной системой, сопротивляемостью и предрасположенностью организма к определенным заболеваниям.

Известный немецкий психиатр Э. Кречмер писал: «Лицо — это визитная карточка общей индивидуальной конституции». На нем, как в зеркале, отражаются общее состояние и реакции организма; здоровье и гармония или душевные и соматические страдания; эмоциональные перепады, интеллектуальное напряжение и вся глубина внутреннего мира. Опытный врач за короткое время изучения лица больного, связывая разрозненные признаки в единую картину и представляя скрытые за ними истинные процессы, может поставить правильный диагноз.

Рассмотрим основные исследования по типологии человека, акцентируя внимание читателя на наиболее важных конституциональных типах.

Первая попытка классификации психофизиологических типов людей уходит в глубину тысячелетий и отражена в трактатах древнеиндийской медицинской системы Аюрведы (*санскр.* наука о долголетию). Аюрведические постулаты свидетельствуют, что в основе всего сущего лежат пять вечных первоэлементов: земля, вода, воздух, огонь, эфир. Различные комбинации их создают и человеческий организм, и всю Вселенную.

Согласно Аюрведе, повсюду в природе находятся три гипотетические гунны — свет, страсть и темнота, различные сочетания которых обеспечивают психическую неоднородность людей. Физиологическим эквивалентом трех гунн являются «три доши» — ветер (Вата), желчь (Питта), слизь (Капха),

Три чистых типа конституции по Аюрведе

Признак конституции Преобладание элементов	Вата конституция (ветер) Эфир + воздух	Питта конституция (желчь) Огонь + вода	Капха конституция (слизь) Вода + земля
Телосложение	Астеническое	Атлетическое	Пикническое
Масса тела	Малая	Средняя	Чрезмерная
Кожа	Сухая, грубая, холодная	Мягкая, теплая, маслянистая	Мягкая, толстая, бледная
Ногти	Грубые и хрупкие	Мягкие, розовые и нежные	Плотные и крепкие
Волосы	Сухие, редкие, вьющиеся	Мягкие, маслянистые и тонкие	Густые, маслянистые, мягкие, волнистые
Глаза	Маленькие, бесстрастные. Конъюктива сухая, мутная. Ресницы тонкие	Проницательные, острые Конъюктива влажная, красноватая	Большие, привлекательные. Склеры белые. Ресницы густые
Аппетит	Изменчивый	Хороший	Медленно возникающий, но устойчивый
Вкусовые склонности	Сладкое, кислое, соленое	Сладкое, горькое, вяжущее	Острое, горькое, вяжущее
Физическая активность	Очень активны, но легко устают	Умеренно активны	Апатичны, но выносливы
Пульс	Нитевидный, слабый, «движение змеи»	Умеренный, скачущий, как «лягушка»	Широкий, медленный, «движение лебедя»
Речь	Быстрая	Острая, язвительная	Медленная, монотонная
Психологическая характеристика	Беспокойный, деятельный, нерешительный, непредсказуемый	Агрессивный, интеллигентный, раздражительный, завистливый, честолюбивый	Спокойный, заторможенный, терпеливый, со склонностью к жадности и привязчивости
Качество сна	Короткий и прерывистый	Средней положительности	Продолжительный и глубокий

Психоморфологическая классификация людей представлена и в астрологии. Специалисты в данной области считают, что если учесть дату и час рождения человека, положение Солнца, Луны и всех планет в этот момент, то число вариантов (психотипов) превзойдет когда-либо живших и ныне живущих на Земле людей. Наиболее общие, механические подходы отражают хорошо известные классификационные типажи: древесный гороскоп друидов; восточный гороскоп, связанный с животными-покровителями; зодиакальный гороскоп. В гороскопе каждого человека имеется планета, оказывающая доминирующее влияние на его характер, наклонности, а также морфологию лица, что позволило составить астрологическую (планетарную) классификацию человеческих типов. Приведем несколько типажей из этой отошедшей в историю классификации.



Рис. 26. Тип Марса

Тип Марса (рис. 26) характеризуется высоким покатым лбом, выраженными надбровными дугами, острыми, глубоко сидящими глазами, «орлиным носом», выступающим подбородком.

Лица этого типа сильные, властные и одаренные, обладают большой жизненной силой, энергией, смелостью, талантом руководителя и очень активного спортсмена. Отличаются агрессивностью, оптимизмом, честолюбием, быстротой реакции, склонностью к преувеличениям и отсутствием такта.

Тип Марса атлетичен, все тело его покрыто волосами, имеет сильный аппетит и отличное пищеварение. Пока марсианцы молоды, они бездумно разбрасывают свои силы и не берегут сил своих возлюбленных. Спят мало, сжигают много энергии, но быстро восстанавливаются. Женщины-марсианки мужеподобны, повелевают не только женщинами, но и мужчинами. У тех и других улавливается большая интеллектуализация энергии.

Марсов тип одевается корректно, но не изысканно. Лучше всего он чувствует себя в униформе. Элегантный костюм, даже если он вышел из рук хорошего мастера, теряет свой вид, если его надевает марсианец.

Темперамент холерический.

Уязвимые места: кора головного мозга, корковая часть надпочечников, голова, грудь, мужские половые органы, органы выделения.

Болезни: инфекционные заболевания, гипертония, внутренние кровоизлияния, головные боли, заболевания мочевого пузыря, ожоги, порезы, ушибы.

Предпочитаемые цвета: красный, карминный.

Тип Сатурна (рис. 27) отличается вертикально вытянутым лицом, узкими, темными, бесстрастными глазами, длинным, с приплюснутым кончиком носа, черными волосами.

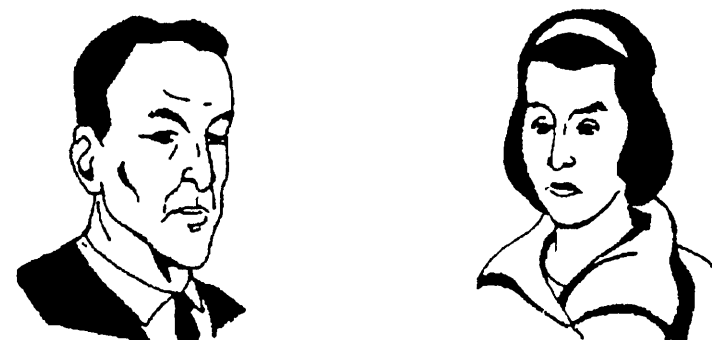


Рис. 27. Тип Сатурна

Тип Сатурна хил по форме. Он является вырождением целой цепи поколений, проводивших сидячий образ жизни. У него расстроенное пищеварение, мускулы ослаблены. Кожа нередко субъектеричная. Сатурн интеллигентен. Здоровый образ жизни его не интересует. Сатурнианец больше любит труд под светом лампочки, чем работу посреди поля, его мускулы не годны для физической работы. По сути дела, это пессимист, закрытый в самом себе. Сатурнианка — не кокетка, и внешность ее не очень привлекательна. И нравится она себе не чаще, чем один раз в год. Интересно отметить, что лысых сатурнианцев не бывает.

Лица этого типа упрямы, выносливы, скрытны, замкнуты; обладают стабильностью и педантизмом. Обычно это великолепные работники, очень надежные спортсмены, способные и честолюбивые администраторы. Их называют рабами условий с очень сильным чувством справедливости.

Темперамент меланхолический.

Уязвимые места: кожа, суставы и сухожилия, селезенка, органы слуха, зубы.

Болезни: ревматизм, заболевания позвоночника, кожи, зубов; туберкулез, переломы, ушибы; пониженная температура, гипоземотивность.

Предпочитаемые цвета: черный, белый, коричневый, холодные тона.

*Тип Венеры* (рис. 28) характеризуется привлекательной внешностью, гладким овальным лицом, высоким лбом, большими сияющими карими глазами, мягким носом и щеками с ямочками, чувственными губами.

Лица этого типа вялые, малоэнергичные и уравновешенные; обладают легким характером и ясным умом. Отличаются неуверенностью в себе, возвышенными стремлениями, большой чувственностью и страстью к удовольствиям. Склонны уходить от ответственности.



Рис. 28. Тип Венеры

Венера — специфически женский тип. Это образ красивой женщины: груди ее хорошо развиты и сформированы, бедра, ягодицы, бока широкие, волосы на лобке густые. Мужской венерин тип имеет очень женственный облик. У него плоские линии и плохая мускулатура. Плечи очень толстые, таз широкий. Пекторальные мышцы покрыты жиром и выглядят как женские груди. Венерианка отличается кокетливостью, интуицией, всеми признаками неделовой женщины. Венерианец — мягок, нерешителен, изнежен, сентиментален. Он не создан руководить и повелевать. Ему больше подходит быть продавцом в модном магазине.

Темперамент сангвинический.

Уязвимые места: тимус, солнечное сплетение, некоторые части половой системы, почки, поясничная область, крестец.

Болезни: заболевания кожи, диабет, импотенция (фригидность).

Предпочитаемые цвета: небесно-голубой, бледно-зеленый, лимонный, розовый.

*Тип Меркурия* (рис. 29) наделен тонким удлиненным лицом, несколько выпуклым, высоким лбом, узковатыми, полными удивления глазами, тонкими губами и острым «ищущим» носом.

Лица этого типа прямые, бесхитростные и простые в обращении; обладают изобретательным умом, любовью к естественным наукам и влечением ко всему непонятному и загадочному. Обычно это истинные ученые и изобретатели, не лишенные тщеславия, лести и даже лжи.



Рис. 29. Тип Меркурия

Меркурианец способен на многое, но не обладает достаточной энергией, организаторскими способностями и устойчивостью, чтобы добиться реальных результатов. Интересы его не так широки, как у солнечного типа. Совесть его при известных условиях более гибкая. Меркурианка приятна, в меру интеллигентна, в любви рассудочна.

Темперамент холерический.

Уязвимые места: верхушки легких, нервная система, руки.

Болезни: заболевания мозга, недомогания, заикание, простудные заболевания.

Предпочитаемые цвета: темно-серый; цвета, зависящие от настроения.

*Тип Луны* (рис. 30) характеризуется круглым бледным лицом, большими серыми глазами, курносый носом, белокурыми или русыми волосами.

Лица этого типа отличаются впечатлительностью, безвольностью, медлительностью, непостоянством и ленью. О таких говорят: «мягкий, симпатичный человек, приятный в общении и не очень полезный в делах».

Лунный тип более округлый, чем юпитерианский. У него круглое все: лицо, шея, плечи, бока, бедра и икры. Лунный тип никогда не имел мускулов. Французские физиогномисты рассматривают его как постоянный неизменный детский тип — оставшийся лимфатичным и во взрослом возрасте. Лунный тип женщин не уродлив, среди них встречаются даже кинозвезды. В мужчинах этот тип не интересен, потому что округленность линий означает недостаток энергии, врожденную бесхарактерность, большую



Рис. 30. Тип Луны

склонность к пассивности, к распушенной беззаботной жизни и мечтательности.

Темперамент флегматический.

Уязвимые места: пищевод, желудок, лимфатическая система, женские половые органы, зрение.

Болезни: эндокринные нарушения, дефекты зрения, катары, аритмия, неврозы, заболевания женской половой сферы, язва желудка, аллергии.

Предпочитаемые цвета: белый, бледно-голубой, серебристый.

Тип Солнца (рис. 31) наделен большой круглой головой, сидящей на плечах прямо и гордо, лоб хорошо развит, от переносицы вверх тянутся две характерные короткие морщинки, большие выразительные глаза, нос правильный, несколько согнутый.

Лица этого типа отличаются твердой, упорной волей, холодным, благородным характером, хорошими умственными способностями. Это устрем-



Рис. 31. Тип Солнца

ленные натуры с тенденцией к неукротимому господству, одаренные прямой и искренностью. В особых условиях подвержены лести и деспотизму.

Солнечный тип, и в первую очередь это касается мужчин, внешне наиболее пластичен, аристократичен и красив среди других типов. Солнечный тип называют магнетичным человеком, *par excellence*. В самих его манерах есть нечто авторитетное. Когда он входит в какое-нибудь собрание, все на него смотрят, умолкают и слушают. Его энергия обильна, но спокойна и сдержанна, дисциплинирована разумом.

Интеллектуальный характер солнечного типа проявляется в предприятиях индустрии, в банковских делах, искусстве. Солнечный тип женщины эквивалентен солнечному типу мужчины. Она интеллигентна и способна руководить. Единственное, чего ей не хватает, — это женственности.

Темперамент сангвинический.

Уязвимые места: передняя доля гипофиза, зрение.

Болезни: заболевания сердца, селезенки, глаз, лихорадка, обмороки.

Предпочитаемые цвета: оранжевый, желтый.

Тип Юнпера (рис. 32) характеризуется мясисто-крупными чертами лица, светлыми волосами, высоким лбом, узким сверху и расширяющимся к вискам; большими навыкате глазами, объемистым носом, толстыми губами, мясисто-большими скулами и щеками.

Лица этого типа обладают твердой, неутомимой волей, громадной энергией, предприимчивостью и инициативой, колоссальной смелостью и отвагой. Отличаются высокими организаторскими способностями и свойством подчинять своей воле многих. Как правило, это честные, правдивые, веселого нрава и всеми любимые люди. Они формируют наибольшее количество чемпионов и рекордсменов в спорте.

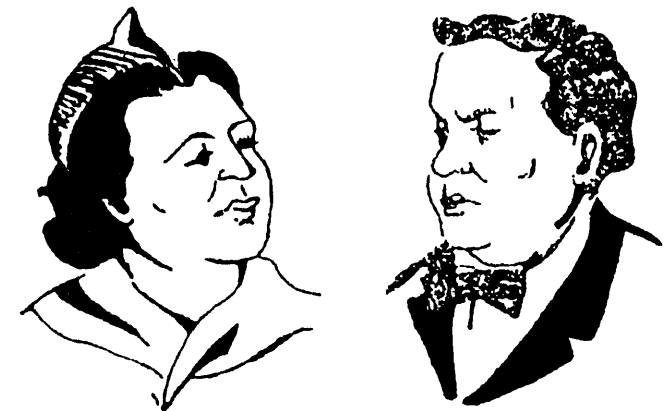


Рис. 32. Тип Юнпера

Юпитерианцы, которые произошли от квадратных типов, имеют мощную костную систему. Они родились с сильной мускулатурой, которую сохраняют всю жизнь. Юпитерианцы, которые происходят от овальных типов, имеют тонкую костную структуру, но и они толстеют, как и первые.

Юпитерианец ведет себя как настоящий «буржуа» — предпочитает сидеть в тапочках возле камина, вместо того чтобы отдалиться усиленной деятельностью. Чаще всего они интеллигентны, веселы и, как правило, обладают красивой остроумной речью. Без сомнения, юпитерианец самый желанный тип руководителя. Он не расположен к деятельной работе, с которой может справиться секретарь или любой сотрудник. Юпитерианка имеет те же качества «буржуа». Она хорошая и добрая мать, любит свой дом и близких. Вполне может стать во главе группы, состоящей из средних по способностям интеллигентов.

Темперамент сангвинический.

Уязвимые места: задняя доля гипофиза, печень, ноги.

Болезни: апоплексия, ацидоз, заболевания печени, ангина.

Предпочитаемые цвета: пурпурный, некоторые оттенки красного, фиолетовый, иногда темно-синий.

В V в. до н.э. греческий философ Эмпедокл развил учение о четырех вечных и неизменных стихиях — «корнях» всего сущего (огонь, воздух, земля и вода). В те же времена великий Гиппократ провозгласил, что различные смещения этих стихий дают различного типа «соки» (жидкости) в организме. Это были гипотетические соки — кровь (*лат.* сангвис), желтая желчь (*лат.* холе), черная желчь (*лат.* меланхоле), слизь (*лат.* флегма). По преобладающему

Таблица 2

Основные черты типов темперамента

Основные черты	Темперамент			
	сангвинический	холерический	флегматический	меланхолический
Тип ВНД	Сильный, уравновешенный, подвижный	Сильный, неуравновешенный	Сильный, уравновешенный, инертный	Слабый
Реактивность	Повышенная	Высокая	Незначительная	Малая
Сенситивность	Пониженная	Малая	Пониженная	Высокая, болезненная
Направленность	Экстраверт	Экстраверт	Интроверт	Интроверт
Эмоции	Выдержан, пластичен	Несдержан, вспыльчив	Невозмутим, спокоен, терпелив	Эмотивен, обидчив, плаксив
Мимика	Живая и выразительная, быстро говорит и громко смеется	Избыточная мимика и жестикация	Бедная и невыразительная, медленно говорит	Бедная и невыразительная, говорит и плачет тихо



Рис. 33. Четыре основных темперамента человека — в юмористическом изображении Х. Бидструпа

соку были выделены соответствующие темпераменты: сангвинический, холерический, меланхолический, флегматический. Понятие «темперамент» имело широкий смысл и отражало сущность человека в соматическом и психическом плане.

Темпераментология развивалась и дополнялась исследованиями Аристотеля, Кл. Галена и других ученых. Большой вклад в нее внес И.П. Павлов, выделивший четыре типа высшей нервной деятельности (по силе, равнове-

шенности и подвижности возбудительного и тормозного процессов) и показавший зависимость темперамента от типа центральной нервной системы (ЦНС). Современные психофизиологи считают, что структура основных свойств нервной системы сложнее, а число комбинаций гораздо больше, однако четыре типа темперамента как наиболее обобщенные могут быть использованы для изучения индивидуальности человека (табл. 2).

В яркой юмористической манере известный датский художник-сатирик Х. Бидstrup изобразил эмоционально-мимические реакции различных людей — представителей четырех темпераментов — на житейский эпизод с невольной «пострадавшей» шляпой (рис. 33). Реакции сангвника (а) характеризовались пониманием и добродушием, холерика (б) — мгновенностью и агрессивностью, флегматика (в) — невозмутимостью и спокойствием, меланхолика (г) — безысходностью и плачем.

В классической антропологии существует общепризнанная, всем известная и неопровержимая классификация человека по расам, основанная на морфометрических особенностях и связанная с единством проживания и определенной областью распространения. Выделяются три основные группы рас: негроидная, европеоидная и монголоидная. Признаками отличия рас являются цвет кожи, глаз, волос, форма черепа, пропорции лица, длина тела и т. д. Эти различия сформировались в результате географических, климатических, этнографических условий; они закреплены генетически и передаются по наследству. Основные, большие, группы рас делятся на малые группы. В качестве примера приведем классификацию Вердена, имеющую клинко-диагностическое значение. Автор различает четыре европейских морфопсихологических типа людей (рис. 34).

*Нордический тип* — высокого роста, блондин, долихоцефал, светлоглазый, по характеру циклотимик. Склонен к заболеваниям легких, в частности туберкулезу легких.

*Лотарингский тип* — среднего роста, блондин, брахицефал, светлоглазый, по характеру лабильный и упрямый. Склонен к простудным заболеваниям.

*Альпийский тип* — высокого роста, брюнет, долихоцефал, темноглазый, по характеру индифферентен, но способен в особых ситуациях к жестокости и мстительности. Склонен к заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

*Средиземноморский тип* — низкого роста, брюнет, брахицефал, темноглазый, по характеру общителен, предприимчив, деятелен. Склонен к метаболическим нарушениям, диабету, подагре и т. д.

Гомеопаты полагают, что представителям нордического и лотарингского типов, т. е. блондинам со светлыми глазами и белой кожей, показаны такие гомеопатические средства, как *Actea racemosa*, *Belladonna*, *Calcium carbonicum*, *Drosera rotundifolia*, *Dulcamara solanum*, *Hepar sulfuris*, *Graphitis*, *Pulsatilla pratensis*, *Spongia tosta*, *Sulfur* и др. Представителям альпийского и

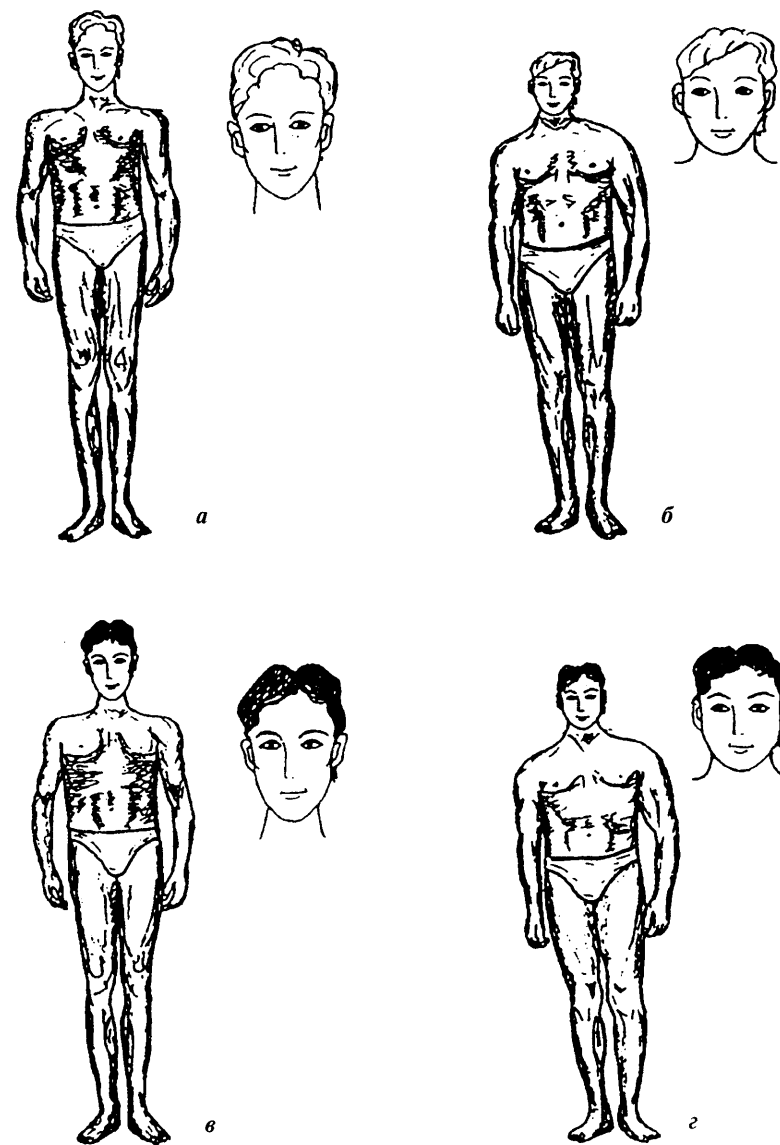


Рис. 34. Классификация человеческих типов по Вердену:  
а — нордический; б — лотарингский; в — альпийский; г — средиземноморский

Основные конституциональные группы в гомеопатии

средиземноморского типов, или брюнетам с темными глазами и смуглой кожей, рекомендуются *Acidum nitricum*, *Aconitum nappeilis*, *Aurum metallicum*, *Kali carbonicum*, *Bryonia alba*, *Causticum*, *Ignatia amara*, *Iodum*, *Nux vomica*, *Serpia officinalis* и др.

Объяснять такого рода рекомендации можно на основе новейших исследований, связанных с оценкой конкретных ферментных и пигментных систем организма.

Наблюдения и исследования конституциональных типов проводил Авиценна (980—1037), который в «Каноне врачебной науки» писал: «Тебе должно знать, что каждый отдельный человек предрасположен к определенной натуре (конституции), присущей ему лично; редко бывает или совсем невозможно, что кто-нибудь другой имел одинаковую с ним натуру».

Учения ятрохимиков (кислые и щелочные соки организма) и ятрофизиков (напряжение или расслабление мышечных волокон); исследования швейцарского врача и ученого Парацельса (1493 — 1541) об элементах (соль, сера, ртуть), сочетание которых определяет состояние здоровья человека, а также его метод лечения — «симпатия» («сходное с болью») оказали определенное влияние на подход к конституции. Немецкий врач С. Ганеман (1755 — 1843), развивая эти идеи и метод эксперимента Ф. Бэкона (1561 — 1626), стал основоположником *гомеопатии* — нового направления в медицине. В основу гомеопатии лег принцип «подобное лечится и излечивается подобным», при этом применяются мельчайшие дозы веществ, которые в больших дозах могут вызвать явления, подобные признакам данного заболевания.

В современном понимании гомеопатия — это регулирующая терапия, цель которой — воздействовать на процессы саморегуляции с помощью минимальных доз лекарств, подобранных строго индивидуально, с учетом реакции больного. Гомеопатия ставит целью активизировать самоизлечение, адаптировать организм, повысить его общую сопротивляемость. Под действующим началом гомеопатического лекарства понимают информационно-энергетическое поле со свойствами голограммы, а точкой приложения — информационно-энергетическое поле организма; в результате резонанса возбуждается деятельность главных физиологических центров регуляции. Управлять саморегуляцией организма можно только с учетом исходного состояния каждого больного. Поэтому понятие конституции в гомеопатии отождествляют с понятием индивидуальности, что дает возможность назначения индивидуальной терапии, ориентированной на конкретного больного (табл. 3).

В настоящее время известны несколько классификаций, основанных на совокупности функционально-морфологических признаков, а также зависящих от состояния отдельных систем организма. А.С. Вирениус (1904) выделял типы людей по развитию отдельных тканей организма — эпителиальный, мускульный, соединительнотканый, нервный; В.Н. Шевкуненко (1935) на анатомической основе — долихоморфный, брахиморфный, мезоморфный; М.В. Черноруцкий (1925) — астенический, нормостенический, гиперстени-

Три основных типа конституции по С.Ганеману (1810)	Псора	Сикоз	Люэс
Три хронических патологических симптомокомплекса О. Жульян и М. Аффен (1984)	Дисиммуноз — иммунное генетическое расстройство	Дисметаболизм — нарушение сбалансированного обмена веществ	Дисморфогенез — патологические изменения структурных генетических конструкций
Три группы диатезов	Экссудативно-катаральный (ЭКД)	Лимфатико-гипопластический (ЛГД)	Нервно-артрический (НАД)
Соматические реакции	Функциональная слабость, гипотрофия, гипотония; принцип — дефицит (функциональные нарушения)	Гормональные нарушения, ведущие к отложениям и разрастаниям; гипертрофия, гипертония	Повреждения с изъязвлением и разрушением, дистрофия, дистония; принцип — деструкция
Характер	Слабый, скупой, застенчивый, малодушный	Хвастливый, назойливый, самоуверенный, предприимчивый	Нервозный, склонный к ненависти и разрушениям
Лицо	Бледное, землистого оттенка, с сухой и угреватой кожей	Серое, блестящее. Кожа утолщенная, с грубыми порами. Нос красный, с массой сосудистых прожилок	Грязновато-серое, с жирной кожей, запавшими глазами и медными пятнами на щеках. Возможны папиломы.
Глаза	Веки воспалены	Ресницы маленькие, редкие	Брови и ресницы неравномерные
Губы	Красные	—	Утолщенные
Волосы	Ломкие, рано седеющие	—	Сухие или жирные

ческий; А.А. Богомолец (1926) по состоянию соединительной ткани — астенический (преобладание тонкой и нежной ткани), фиброзный (с плотной волокнистой тканью), пастозный (с рыхлой тканью), липоматозный (с преобладанием жировой ткани). В оценке конституции Эппингер (1910) различал ваготоников и симпатикотоников; Брайнт (1915) по особенностям питания — всеядных, плотоядных и растительноядных; Берман учитывал гормональные факторы — тимоцентрические, тиреоидные, адренальные, питуитарные и гонадоцентрические типы.

Французские исследователи Ростан (1826), а затем Сиго (1914) различали четыре основных типа телосложения.



*Дигестивный тип — пищеварительный* (рис. 35, а). Люди этого типа обладают широкой грудной клеткой с тупым эпигастральным углом, выпуклым животом, короткой шеей с сильно развитым жировым слоем. Лицо имеет форму пирамиды, с основанием, расположенным внизу. Лоб узкий и небольшой; глаза маленькие; нос незначительно развит; рот большой; челюсти мощные.

*Респираторный тип — дыхательный* (рис. 35, б) — отличается удлиненной грудной клеткой с острым эпигастральным углом, слабо развитой мускулатурой, узкой и длинной шеей, выступающим кадыком. Лицо ромбовидной или шестиугольной формы, с укороченной и узкой нижней частью, сильно развитым носом, орбиты глаз расположены на значительном расстоянии друг от друга.

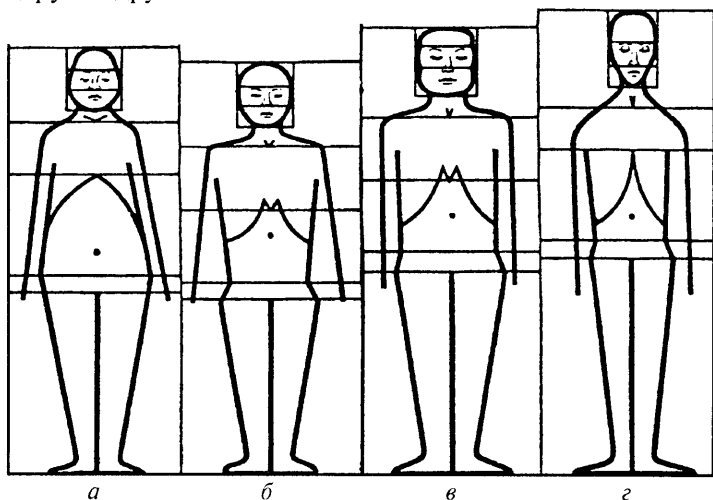


Рис. 35. Типы телосложения и формы лица по Сиге:

а — дигестивный; б — респираторный; в — мышечный; г — церебральный

*Мышечный тип* (рис. 35, в). Лица данного типа обладают хорошо развитой мускулатурой, широкой шеей. Лицо квадратной или прямоугольной формы, лоб средний; нос средней высоты и ширины, умеренно выступающий.

*Церебральный тип* (рис. 35, г) характеризуется наличием большого черепа, тонкой фигурой, короткими конечностями и шеей, слабо развитыми мышцами. Лицо напоминает пирамиду с вершиной, направленной вниз. Лоб высокий и широкий; глаза большие; нос средний или небольшой.

Огромный вклад в развитие конституциологии внес немецкий психиатр и психолог Э. Кречмер (1888 — 1964). В своей известной книге «Строение тела и характер» он писал: «Так же как едва уловимый симптом Бабинского, представляющий внешний признак, может вскрыть тончайшие изменения ЦНС,

так каждый сантиметр объема кисти и каждый градус угла изгиба челюсти может явиться показателем конституциональной формулы исследуемого. Ни один волосок на голове и ни один вариант кончика носа не может быть безразличным для врача».

Э. Кречмер обратил внимание на то, что больные шизофренией в 66% случаев отличаются астеническим телосложением, а маниодепрессивные больные в 67% случаев — пикническим телосложением. Работая в психиатрической клинике, автор показал зависимость между телосложением и тенденциями психического облика человека. Он выделял три главных типа строения тела.

*Пикнический тип* (рис. 36, а) наделен средним ростом, плотной фигурой, хорошо развитой грудной клеткой, выступающим жирным животом, нежной структурой опорно-двигательного аппарата, короткими конечностями; имеет склонность к ожирению. Череп большой, круглый, широкий. Лицо пятиугольной, щитовидной или круглой формы. Нос средней величины, с прямой или вогнутой спинкой, скорее широкий, но не приплюснутый, кончик носа мясистый, толстый, ноздри широко развернуты. Глаза маленькие и глубоко посаженные. Лоб широкий, выпуклый. В целом лицо гармоничное. Брови средней величины, борода окладистая, волосы мягкие, слегка вьются. Люди пикнического типа имеют склонность к образованию «полированной» лысины. Кожа лица мягкая, жировой слой обильный. На лице видны небольшие сосуды, телеангиоэктазии. Предрасположен к заболеваниям обмена веществ, ожирению, диабету, атеросклерозу, инсультам, повышению артериального давления, ревматическим расстройствам, маниакально-депрессивному психозу.

Психологически Э. Кречмер относил пикников к циклотимному типу и разделял их на три модификации:

- 1) гипоманический (веселый, живой, предприимчивый, общительный, добросердечный);
- 2) практический (реалист, активный, горячий; преобладающее настроение — между манией и депрессией);
- 3) депрессивный (тихий, спокойный, впечатлительный, хмурый, тугодум, заботливый, общительный с потребностью в понимании).

*Астенический тип* (рис. 36, б) — стройный, худой, тонкий, с узкими плечами; сухими тонкомышечными руками; длинной, узкой, плоской грудной клеткой, на которой можно пересчитать ребра, острым эпигастральным углом, плоским, лишенным жира животом. Череп короткий, низкий, средней ширины, но оптически голова высокая за счет длинного и узкого лица. Нос узкий, тонкий, заостренный и длинный, кончик носа не вздернут, но несколько вытянут, спинка носа прямая или несколько изогнута. Лоб покатый, «уходящий» назад. Несоответствие между слишком длинным носом и гипоплазией нижней челюсти, возникает «угловой профиль». Волосы очень густые, брови широкие. Растительность на бороде

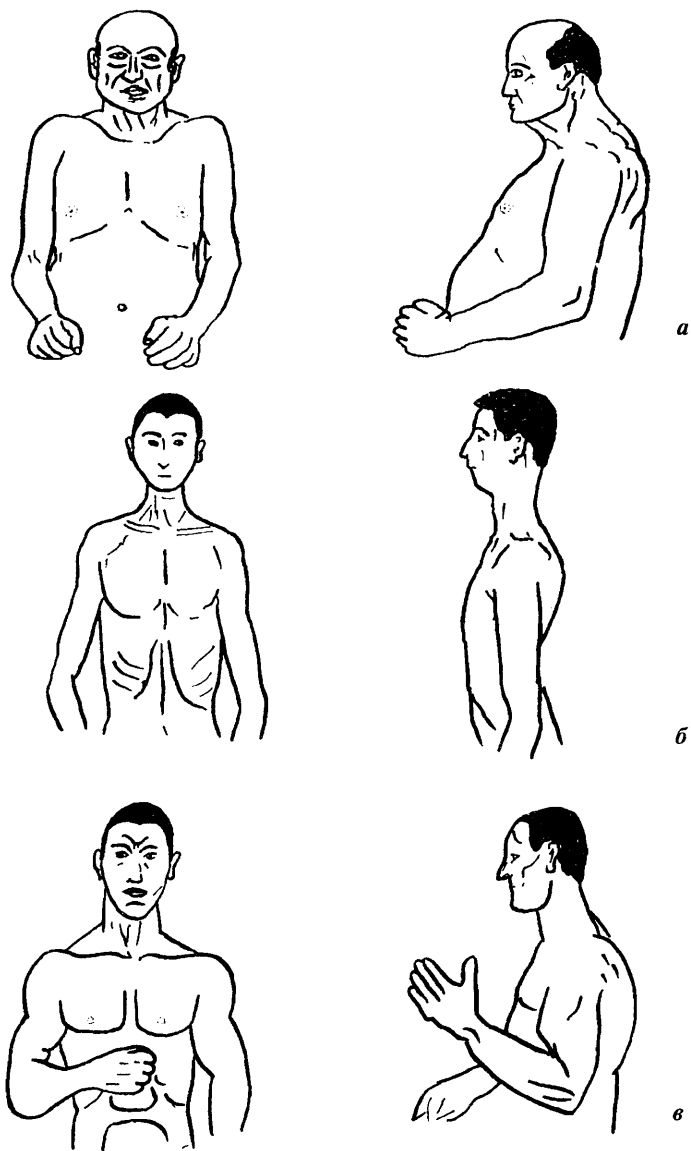


Рис. 36. Типы телосложения и формы лица по Э. Кречмеру:  
а — пикнический; б — астенический; в — атлетический

слабо развита. Кожа на лице бледная, тонкая, очень дряблая, легкий цианоз губ. Предрасположен к преждевременному старению, туберкулезу, шизофреническому психозу.

Психологически Э. Кречмер относил астеников к шизотимному типу и делил их на три группы:

а) гиперестетический (чрезмерно чувствительный, тактичный, деликатный, с тонким пониманием эстетической формы);

б) шизотимный средний (холодно-энергичный, последовательный, систематический, аристократичный);

в) анестетический (равнодушно-холодный, педантичный, бесчувственный по отношению к людям, иногда даже тупой).

*Атлетический тип* (рис. 36, в) обладает сильно развитым скелетом и мускулатурой. Среднего или высокого роста, с особенно широкими и выступающими плечами, статной грудной клеткой, упругим животом. Череп высокий, узкий, средней длины, плотный. Лицо имеет форму вытянутого яйца. Высокий подбородок сдвинут книзу, челюсти массивные. Кожа лица толстая, жесткая, подкожно-жировой слой умеренный. Цвет лица в состоянии аффекта темно-красный. Предрасположен к эпилептиформным реакциям.

Атлетический тип Э. Кречмер понимал как наиболее гармоничный в физическом и психическом отношении.

Помимо основных Э. Кречмер выделил диспластический тип, в который входят ряд небольших групп людей с редким и странным телосложением и морфологией лица. К ним относятся евнухи, инфанты, лица, страдающие сильным ожирением, индивидуумы с уродливым и малым ростом, астенические эпилептики и дегенераты-преступники.

С криминогенной точки зрения Э. Кречмер находил, что для пикников-циклотимиков характерно совершение преступлений под влиянием непреодолимых чувств, реализуемых с хитростью и обманом. Такого рода субъекты редко становятся рецидивистами.

Для атлетов-эпилептотимиков характерны тяжкие преступления — убийства, изнасилования и т. д. Причем среди этих субъектов достаточно много рецидивистов.

Американский исследователь Бин в 1923 г. впервые предложил трехполюсную классификацию соответственно трем зародышевым листкам.

Разрабатывая эту идею, У. Шелдон в 1940 г. создал интересную типологическую систему. Исследуя фотографии 4000 гарвардских студентов, сфотографированных в трех положениях (анфас, профиль, вид сзади), путем сложной семиступенчатой оценки У. Шелдон получил три основные морфологические формы: эндоморфную, мезоморфную и эктоморфную. Очень сложным путем в течение года, каждую неделю, изучая на студентах и анализируя 50 психологических признаков, он получил три основные психологические структуры, соответствующие соматотипам: висцеротония, соматотония и церебротония (табл. 4).

Известный психофизиогномист К. Хутер (1957) считал, что уже в эмбрионе формируются три основных типа человека: 1) естественной упитанности; 2) преобладания двигательной тенденции; 3) доминирования чувствительно-

Типологическая система У. Шелдона

Таблица 4

Соматическая структура		
Эндоморфизм	Мезоморфизм	Эктоморфизм
Округлый череп, органы пищеварения хорошо развиты, массивны, телесная структура относительно слабая и неразвитая	Квадратный череп, соматическая структура хорошо развита, кости, мышцы, соединительная ткань и вся фигура очень тяжелая	Вытянутый череп, развита нервная система, хрупкость и изящество всего тела, слабо развиты внутренности и соматическая структура
Психическая структура		
Висцеротония	Соматотония	Церебротония
Свобода в осанке и движении, медленная реакция, любовь к еде, глубокий сон, экстравертность, потребность в контактах и стремление к согласию; доминирует радость	Решительная осанка и энергичные движения, любовь к физкультуре, смелость, соматотоническая экстравертность, желание господствовать	Заторможенная осанка и движения, сдержанность, но слишком быстрая реактивность, потребность в одиночестве, социофобия, прерывистый сон

сти и восприимчивости. К. Хутер утверждал, что «форма тела человека есть зеркало его сущности».

Аналогичные идеи разрабатывались В. Шлайном (1944) в его так называемой биологической конституциональной психологии. Он выделял в человеке три основные системы: переработки энергии, движения и переработки информации, но считал, что одна из них является доминирующей уже в эмбрионе, в зависимости от того, какой из трех зародышевых листков развивается сильнее. Позвоночный столб, формирующийся из среднего зародышевого листка, является физическим воплощением моторного принципа. Внутренние органы, образующиеся из внутреннего зародышевого листка, предназначены для обмена веществ и олицетворяют собой эластичный принцип. Мозг и нервная система, формирующиеся из наружного зародышевого листка, являются воплощением дифференциального принципа. В. Шлайн утверждал, что один из этих принципов, как правило, доминирует в деятельности человека, предопределяя особенности его конституции.

В. Арнет дополнил указанную типологию, введя в нее символику в виде характерной фигуры и выделил основные цвета, которым тот или иной тип отдает предпочтение. Так, для моторного типа (■) излюбленным цветом ока-

зался красный, возбуждающий и стимулирующий физическую деятельность; для эластичного типа (●) — синий, успокаивающий человека и благоприятствующий установлению контактов; для дифференциального типа (▼) — желтый, вызывающий оптимизм и надежды. Определенный вклад в классификацию В. Арнета внесла цветовая типология М. Люшера (1977) и работы Г. Аммельбурга (1985). Наряду с основными они вычленили три промежуточных типа: дифференциально-моторный (оранжевый цвет), эластично-моторный (фиолетовый цвет) и дифференциально-эластичный (зеленый цвет). Ниже приведены краткие характеристики каждого типа.

**Моторный (красный) тип.** Мощный скелет и сильно развитая мускулатура делают возможным реализовать свои планы. Это человек-практик, он не привязан к прошлому, не думает о будущем, но связан с настоящим. У него ясное, предметно-практическое восприятие мира. Чем больше сопротивление людей, тем сильнее возрастает его воля. В делах он полагается только на свою силу и умение противостоять внешним воздействиям. Агрессивен, признает только еще более сильную волю. Почерк чаще всего угловат и неуклюж. Болезни связаны с практической деятельностью.

**Эластичный (синий) тип.** Превалируют вегетативная нервная система и секреторная функция пищеварительного аппарата, формирующие психосоматическую сферу данного типа. Это общительные и миролюбивые люди со слабой волей, очень эмоциональные и склонные к созерцательности и конформизму. В общении с другими людьми любезны и предупредительны, всегда готовы пойти на компромисс. Живут опытом прошлого, являются хранителями традиций и хорошими семьянинами. Почерк округлый и мягкий. Имеют склонность к полноте, наслаждению, сентиментальности и болтливости. Болезни связаны с нарушением обмена веществ.

**Дифференциальный (желтый) тип.** Напряжен, замкнут, не любит бросаться в глаза. Очень чувствителен, чутко реагирует на малейший намек. Мышление абстрактное, конструктивное, рациональное; склонен к теоретическим рассуждениям и критическому анализу информации, эмоциональная жизнь управляется разумом. Воля интенсивная и зависит от цели. Вся энергия и мысли направлены на будущее. Характерны нервные и психические заболевания.

**Эластично-дифференциальный (зеленый) тип.** Люди этого типа — фантазеры, склонные к образному мышлению. Они являются генераторами новых идей, как правило, без воплощения и реализации их на практике. Интуитивность мышления и постоянная разбросанность мешают доводить задуманное до конца. Эти люди нуждаются в социальной защите.

**Дифференциально-моторный (оранжевый) тип.** Такие люди отличаются способностью к абстрактно-логическим, аналитическим методам исследования и основанной на этом практической деятельности. У них превалируют разум, твердая и холодная воля, сдержанные эмоции. Они хорошие финансисты, организаторы производства и науки.

*Моторно-эластичный тип* характеризуется мощной волей, опирающейся на эмоциональную энергию. Это духовные вожди и реформаторы, способные воодушевлять и направлять деятельность других людей.

Анализируя рассмотренную галерею конституциональных типов, следует отметить преемственность и общую схожесть характеристик различных авторов. Идентичная оценка градации людей прослеживается в работах Э. Кречмера, Сиго, Шелдона, К. Хутера, В. Шлайна, М.В. Черноруцкого, Арнета с разной полнотой и расставленными акцентами (физикальными, психологическими, антропометрическими, эмбриологическими), описавших три основных и несколько промежуточных типов человека:

- астеники, или церебротоники, с доминантой абстрактного мышления и чувствительности, излюбленно желтым цветом и склонностью к преждевременному старению, туберкулезу, нервным болезням и шизофрении;
- атлеты, или соматотоники, с превалированием моторной деятельности, излюбленно красным цветом и склонностью к эпилептоидным реакциям;
- пикники, или висцероники, с преобладанием пищеварительной функции, излюбленно синим цветом и склонностью к ожирению, подагре, диабету, атеросклерозу, инсультам, гипертонии, ревматизму, маниакально-депрессивному психозу.

В приведенном материале есть и противоречивые точки зрения. Так, к циклотимикам Верден относит высоких и худощавых людей (нордический тип), Э. Кречмер, наоборот, — низких и полных (пикнический тип).

Помимо рассмотренных выше психофизиологических и генетических факторов на формирование конституции отдельно взятого человека или популяции людей в целом большое влияние оказывает историческое смешение рас и наций, пар и семей, связанное с глобальными и региональными космогеологическими и социологическими процессами — непрекращающимися войнами, миграциями, морально-этическими устоями и т. п.

Интересное обстоятельство, воздействующее на конституцию человека, подмечено психологами, изучающими не очень популярные проблемы евгеники. Оно связано с подсознательным влечением определенной части людей (как правило, аналитического склада) к половому и жизненному выбору людей с противоположными чертами характера и внешнего вида. Высокому и худому нравятся низкие и полные, брюнетам — блондинки, кареглазым — голубоглазые, молчаливым и робким — разговорчивые и общительные, неполноценным — здоровые и т. д. В этом инстинктивном выборе скрыт величайший смысл одного из законов природы, постулирующего индивидуальное и внутривидовое стремление живых организмов к непрерывному процессу совершенства и гармонии.

Большие перспективы в познании человека и его конституциональных типов несет в себе новое научное направление — *соционика*. Возникшая на сты-

ке психологии и информатики, она помогает людям гармонизировать отношения в семье, на работе, в кругу знакомых, в составе корабельных и космических экипажей и т. д.

Соционика явилась дальнейшим развитием учения К.Г. Юнга (1875 — 1961) о восьми психологических типах человека. Важнейшей особенностью соционики является то, что типы людей она подразделяет по принципу «от психологических черт к соматическим чертам», в то время как большинство других авторов основывают типологические классификации на принципе «от соматических черт к психологическим чертам».

Как создать дееспособный коллектив, где бы и работа спорилась и люди не уставали друг от друга? Как сформировать группу интеллектуалов, которые не подавляют, а стимулируют себя к творчеству? Как научить супругов, родителей и друзей раскрывать в ближнем сильные стороны личности и не замечать слабые? Как разрешать конфликты без нравственных и энергетических потерь? Как научить людей излечивать друг друга одним лишь присутствием? На все эти вопросы дает ответы (точные или весьма приблизительные) молодая соционическая наука.

Литовский ученый А. Аугустинавичюте нашла 16 интERTипных отношений людей, основанных на взаимодействии психологических функций и информационно-энергетической связи с другими людьми. Эти психологические типы формируют социон — минимальное человеческое сообщество, потенциально владеющее всеми способностями, талантами и профессиями, данными людям. Внешность, мимика и жесты людей одного типа имеют много похожего. Соционики говорят, что у каждого из 16 типов есть свое «лицо».

Они различают людей по психологическим и клиническим признакам; каждому из указанных типов присвоены широко известные имена и фамилии (рис. 37).

Идентификация социотипов проводится с помощью специальных тестов, визуально-аналитическим путем (Аушра и др.) и методом экстрасенсорики. Последний разработан С. Гиндиным и заключается в «считывании» локальной биоэнергетики человека.

Посмотрите на условный профиль человека (рис. 38), разделенный на 8 уровней. Это 8 чакр, взятых из древнетибетского атласа; 9-я чакра — Сахарара, энергетически связывающая человека с космосом, расположена над теменем на верхней границе ауры, охватывающей человеческое тело. Остальные 8 чакр располагаются непосредственно на теле человека.

Проекционно они связаны с различными нервными сплетениями, эндокринными железами, внутренними органами и координируют их работу. Считается, что чакры являются проводниками, через которые организм питается тонкой космической энергией. Обычно у нормального человека чакры закрыты либо пропускают слабый светоэнергетический поток, необходимый для номинального существования личности. С помощью йоги эти центры



Рис. 37. Шестнадцать соционических типов людей в фотографическом изображении

могут открываться сверху вниз и снизу вверх в зависимости от применяемых йогических или духовных методов.

Соционики обнаружили, что у каждого социотипа резко усилена энергетика одной из чакр, а остальные как бы приглушены. Поэтому, «видя» энер-

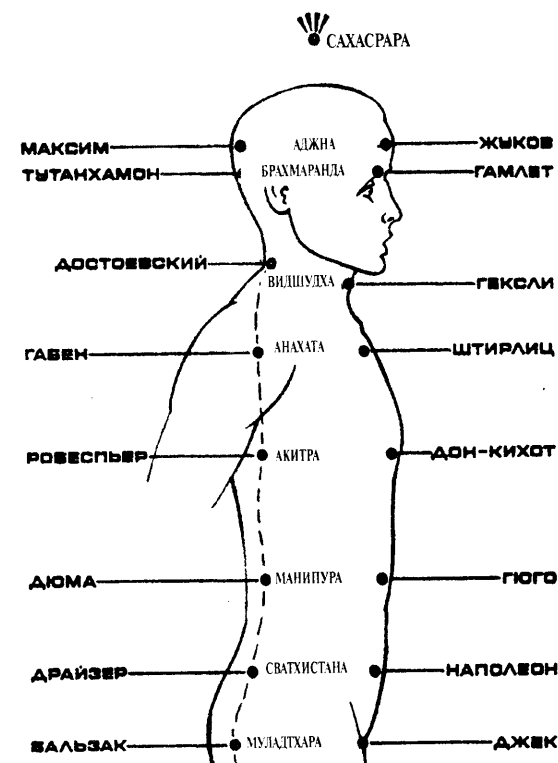


Рис. 38. Связь соционических типов с проекциями древне tibетских чакр

гетический свих на том или ином уровне, исследователь тотчас определяет, к какому типу относится человек.

Экстрасенсы могут проделывать то же, проведя ладонью или маятником (рамкой) вдоль тела человека. После серии тренировок этому может научиться большинство желающих — необходимо прислушаться к своим ощущениям и научиться различать, где большой энерготок. При этом следует иметь в виду, что у всех экстрасенсов энергия выходит из чакр на передней части тела, у интровертов — на задней. Следует оговориться, что метод биоэнергетического тестирования может подвести, если объектом исследования является йог или экстрасенс, поскольку все чакры у них натренированы и «энергосвих» не так очевиден, как у большинства.

Даже без подключения чувствительности может помочь обычная наблюдательность. Активная чакра, как правило, отражается на рельефе человека, а значит, на его внешности.

Рассмотрим характеристики 16 социотипов по ходу чакр сверху вниз (рис. 39—54).

*Тип Жуков* (рис. 39) — С. Королев, В. Маяковский, Н. Мордюкова, А. Лебедь, С. Федоров. Сенсорно-логический экстраверт. Активна передняя аджна (лобная чакра, «третий глаз»).

Основные признаки: массивный лоб с крупными буграми, волевой рот и квадратный подбородок. Характерна привычка стоять, наклонив голову вперед. Одеваются неброско, однако встречаются любители «авангарда». Часто это основательные, крепко сложенные люди. Женщины-жуковы могут быть элегантными, но непременно волевыми. Во время диалога, прежде чем ответить, жуков ненадолго сосредоточивается, чтобы осмыслить информацию и дать нужный ответ.

Из-за мощного энерготока через лобную аджну возникает сильное напряжение в позвоночном столбе. Жуковы наиболее часто болеют спондилезом и остеохондрозом позвоночника.

*Тип Максим* (рис. 40) — С. Дали, А. Делон, А. Карпов, Л. Филатов. Логико-сенсорный интроверт. Активна задняя аджна.

Основные признаки: выступающие скулы, придающие лицам восточный вид. Мужчины охотно носят усы. Лицо спокойное, без эмоций. Во всем облике ощущается основательность: голова, как правило, поворачивается вместе с туловищем; в теменно-затылочной области вместо ямочки, как у всех, определяется небольшое возвышение в форме дыни. В общении мягки, обходительны. Дома сохраняют строгий порядок и очень не любят, чтобы кто-то прикасался к их вещам. Имеют склонность к занятиям спортом.

Могут болеть различными заболе-



Рис. 39. Тип Жуков



Рис. 40. Тип Максим



Рис. 41. Тип Гамлет

рышной для него ситуации может стать скованным со скошенно-изучающими глазами, обращенными в сторону зрителей. Представителями этого психотипа являются многие артисты.

Подвержены заболеваниям уха, горла, носа — ринитам, гайморитам, отитам, а также шейному остеохондрозу и болезням глаз.

*Тип Есенин* (рис. 42) — Н. Бухарин, Ю. Гагарин, Е. Мартынов, И. Смоктуновский. Интуитивно-этический интроверт. Активна задняя брахмаранда.

Основные признаки: врожденная элегантность и грациозность. Доминирует деликатность и воспитанность. В незнакомой обстановке очень мягок и учтив, но может быть мнительным и тревожен, о чем свидетельствуют извиняющийся вид и застенчивая улыбка. В кругу близких людей может повести себя капризно и даже развязно.

Для людей этого типа характерны заболевания центральной нервной системы.



Рис. 42. Тип Есенин



Рис. 43. Тип Гексли



Рис. 44. Тип Достоевский

*Тип Гексли* (рис. 43) — М. Боярский, Р. Быков, Г. Каспаров, Э. Рязанов, В. Чапаев. Интуитивно-этический экстраверт. Активна передняя вид-шутха (горловая чakra).

**Основные признаки:** человек с веселыми игривыми глазами. Женщины этого типа любят яркие украшения, иногда их отличают по полным, «африканским» губам и широко поставленным выпуклым глазам. Гексли — душа любой компании. Он легко создает вокруг себя круг добрых знакомых и друзей, формируя в нем мягкие, ненавязчивые отношения.

Типичны болезни горла и легких.

*Тип Достоевский* (рис. 44) — М. Монро, Ю. Соломин, А. Солженицын, К. Паустовский. Этико-интуитивный интроверт. Активна задняя вид-шутха.

**Основные признаки:** бесстрастное лицо; взгляд, обращенный внутрь себя. Достоевский не замечает, что происходит вокруг; боязлив, не уверен в себе. Если ему что-то не нравится, может уйти в сторону и молча переживать. Терпит многие обиды. Не склонен ссориться, считая, что несправедливость следует переносить и что худой мир лучше любой доброй ссоры.

Для людей этого типа характерны болезни горла и легких.

*Тип Штирлиц* (рис. 45) — Р. Зорге, У. Отт, Р. Рейган, А. Собчак, В. Тихонов. Логико-сенсорный экстраверт. Активна передняя анахата (сердечная чakra).

**Основные признаки:** подтянутый, спортивный, с прямой горделивой осанкой. Движения хорошо скоординированы, однако несколько ско-



Рис. 45. Тип Штирлиц



Рис. 46. Тип Габен

ванны. Штирлицы честны, вежливы и воспитанны; аккуратны в работе. Предпочитают классический стиль в одежде. Способны к вспышкам гнева, особенно в тех случаях, когда их поучают некомпетентные люди.

Типичны болезни легких и бронхов. Нередки хронические ангины и запоры.

*Тип Габен* (рис. 46) — А. Кристи, Э. Пьеха, Ж. Сименон, И. Владимиров. Сенсорно-логический интроверт. Активна задняя анахата.

**Основные признаки:** массивное телосложение, тенденция к сутулости. Походка пружинистая, слегка вразвалку. В одежде предпочитает спортивно-элегантный стиль. В общении сдержан, холоден, лишен эмоций. Отличается упорством и скептицизмом. Любит комфорт.

Страдает теми же заболеваниями, что и штирлицы.

*Тип Дон-Кихот* (рис. 47) — А. Абдулов, А. Суворов, К. Циолковский, А. Эйнштейн.



Рис. 47. Тип Дон-Кихот

Интуитивно-логический экстраверт. Активна передняя акитра (эпигастральная чakra).

Основные признаки: внешний вид и взгляд напоминают большого ребенка в ожидании подарка. Черты лица чаще мелкие. Иногда ходит, выдвинув голову и бедра вперед. Постоянно увлечен новыми идеями и делами. Обладает чутьем ко всему новому и загадочному. Одновременно интересуется многими проблемами и изысканиями. Большой любитель размышлять и строить планы.

Характерны болезни желудочно-кишечного тракта и сердца.

*Тип Робеспьер* (рис. 48) — Н. Амосов, Ф. Дзержинский, С. Рахманинов, А. Чехов. Логико-интуитивный интроверт. Активна задняя акитра.

Основные признаки: астенический склад лица и фигуры, нередко удлиненный нос. Подчеркнутая неброскость и в то же время строгость в одежде. Манера поведения мягкая, сдержанная и отчужденная. В отдельных случаях на первый план выступают резкость и категоричность. В поступках руководствуется высокими нравственными нормами. Стремится во всем найти логику, построить теорию, систему, модель. При этом детали и факты его почти не интересуют.

Подвержен стрессам и сердечным заболеваниям.

*Тип Гюго* (рис. 49) — А. Жирардо, М. Неелова, С. Орджоникидзе, Ж. Филипп. Этико-сенсорный экстраверт. Активна передняя манипура (пупочная чakra).

Основные признаки: отличается приветливым взглядом и прекрасным настроением. Очень доброжелателен и коммуникабелен, любит делать подарки. Считает, что хорошее настроение необходимо поддерживать



Рис. 48. Тип Робеспьер



Рис. 49. Тип Гюго

и передавать другим, плохое — скрывать, так как испортить человеку настроение — то же, что его обокрасть. Просматривается вполне реальный живот, что не связано с ожирением. Последнее приводит порой к парадоксам: многие обычно стройные женщины-гюго безуспешно изводят себя всевозможными диетами и доводят до скелетоподобного состояния, а «подушка» на животе не исчезает.

Для людей этого типа характерны гепатит, холецистит, панкреатит, эрозивный колит.

*Тип Дюма* (рис. 50) — Л. Броневой, А. Меншиков, О. Табаков, Н. Хрущев. Сенсорно-этический интроверт. Активна задняя манипура.

Основные признаки: полная фигура с неопределенной талией. Лицо мягкое, округлое. Одевается со вкусом, порой изысканно. Очень дружелюбен и контактен, однако никому не навязывает своего общения. Независим в поведении, радуется жизни и наслаждениям.

Типичны те же болезни, что и у гюго. Любит вечерние и ночные развлечения.

*Тип Наполеон* (рис. 51) — М. Горбачев, А. Пушкин, А. Пугачева, Э. Тейлор. Сенсорно-этический экстраверт. Активна передняя сватхистана (надлобковая чakra).

Основные признаки: победоносный взгляд, круглое лицо, короткий или «орлиный» нос. Фигура коренастая, со склонностью к полноте. Люди этого типа большие оптимисты, живут со вкусом, очень деятельны, напористы, иногда дерзки. Любят модную и эффектную одежду. Женщи-



Рис. 50. Тип Дюма



Рис. 51. Тип Наполеон



ны предпочитают сочные и яркие цвета.

Характерны болезни почек и гениталий. Женщинам-наполеонам необходимо посещать гинеколога один раз в два месяца.

*Тип Драйзер* (рис. 52) — Л. Брежнев, И. Ильинский, С. Ротару, И. Тургенев. Этико-сенсорный интроверт. Активна задняя сватхистана.

Основные признаки: привлекательная внешность. Открытое мужественное лицо у мужчин; прозрачные, «русалочки» глаза у женщин. Держит людей на далекой дистанции в общении, хотя внешне кажется очень доступным. Редко бывает откровенен даже с близкими знакомыми. В компании драйзер любит прислониться спиной к шкафу или двери и не садится, сколько бы его ни уговаривали.

Люди этого типа страдают поясничным остеохондрозом, заболеваниями почек.

*Тип Джек* (рис. 53) — Р. Вуд, Дж. Кеннеди, Л. Ландау, А. Ширвиндт, С. Эйзенштейн. Логико-интуитивный экстраверт. Активна передняя муладтхара (промежностная чакра).

Основные признаки: мужественный, прямоугольный овал лица, открытый оптимистический взгляд человека, обладающего физическими и сексуальными достоинствами. Фигура подтянутая, энергичная. Любитель походов и путешествий. Среди людей опасных профессий: каскадеров, оперуполномоченных — много представителей этого социотипа. Неразборчив в тонкостях моды, поэтому подолгу может носить одну и ту же одежду. Женщины не всегда способны подобрать подходящие украшения и косметику.

Это самый здоровый тип. В больницах джеков почти нет, зато их много на спортивных площадках.



Рис. 52. Тип Драйзер\*



Рис. 53. Тип Джек

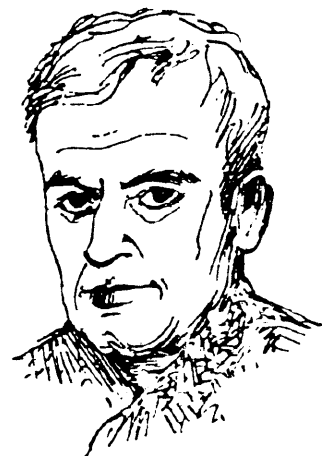


Рис. 54. Тип Бальзак

*Тип Бальзак* (рис. 54) — Ю. Андропов, Д. Банионис, Н. Крупская, М. Кутузов. Интуитивно-логический интроверт. Активна задняя муладтхара.

Основные признаки: фигура тяжелая, грузная, нередко «отключенный» зад. Внешне ленив, движения замедленны. Вид хмурый, недовольный. Мало обращает внимания на свой облик и одежду. В общении деликатен и обходителен, хотя при ущемлении своих интересов может быть агрессивен. Нередко впадает в меланхолию. Склонен к прогнозированию, чаще пессимистического толка.

Обычно это практически здоровые люди, но очень мнительные, так как чрезмерно беспокоятся о своем здоровье. В больницах немало бальзаков во

всех отделениях, где они ежедневно «умирают» или, по меньшей мере, донимают соседей по палате подробными рассказами о своих болезнях.

На основании многочисленных исследований, специалисты-соционики пришли к выводу о том, что в зоне активной чакры расположены наиболее уязвимые органы. Они установили, что в гинекологических отделениях лежат в основном наполеоны, в неврологических (с поражением периферической нервной системы) — жуковы, в гастроэнтерологических — дон-кихоты, дюма, гюго, робеспьеры, в офтальмологических — гамлеты и т. д.

Что же представляют собой наши больницы? Увы, это психологически «душегубки» независимо от условий содержания и квалификации медицинского персонала. Обратимся к данным по биоэнергетике.

Активность чакр подчиняется синусоидальной закономерности, т. е. она взаимоусиливается через одну чакру, например у жукова, гексли, дон-кихота и наполеона или у есенина, габена, дюма и бальзака. Эти четверки (кроме названных есть еще две) Г. Рейнин называет малыми группами или «букетами», с характерной для них соматической акцентуацией. Таким образом, попадая в «букет», люди осуществляют между собой сумму биоэнергетического обмена, в результате чего болезни усиливаются. Указанное обстоятельство необходимо учитывать при госпитализации больных и распределении их по палатам.

Помимо четырех «букетов» социона, существуют восемь групп здоровья. Так, пара полной противоположности джек-робеспьер составляет одну группу здоровья с такими антиподами, как штирлиц и максим, другую —

парой полной противоположности гамлет-достоевский. Аналогично и у других пар.

Приведем результаты одного эксперимента. За стол посадили двух гипертоников — Гюго и Достоевского и двух гипотоников — Гамлета и Драйзера. Пока медсестра измеряла у них давление, врач, извинившись, покинул пациентов, попросив их поговорить на вольные темы и поделиться анекдотами. Конечно, больные не знали, что их распределили по социотипам, и не заметили, что напротив каждого гипотоника сидит гипертоник. Гюго и Гамлет как типичные экстраверты взяли инициативу в свои руки. Разболтавшись, больные перестали замечать, что давление им измеряют каждые 5 мин., что врач задерживается. Лекарств испытуемые не получали, да и беседа с врачом не состоялась. Через 2 ч все четверо встали с нормальным давлением (120/70 мм рт. ст.), продолжая интересную беседу.

Анализируя краткие данные о новом соционическом направлении в психологии и медицине, мы можем сказать, что соционика напоминает призму, преломляющую свет, идущий от всех явлений жизни, в которых участвует человек. На привычные и экстраординарные вещи специалисты по соционике смотрят иначе, зная психологический аспект сложившихся вокруг них отношений. С их точки зрения, наиболее гениальные художественные произведения гармонично укладываются в систему соционики, а все герои книг и фильмов расшифровываются по особой аналитико-синтетической шкале, которую можно назвать открытой дверью в будущую биоэнергетическую медицину.

## Глава IV

### ИНФОРМАЦИОННЫЕ ЗНАКИ ЛИЦА

Согласно учению западных и восточных исследователей физиогномики и других смежных направлений древности, по отпечаткам на теле человека можно определить судьбу, возможности и защитные силы любого индивида. Учение складывалось из четырех частей: исследование отпечатков на лице — *физиогномика*, знаков на руках — *хирология*, выпуклостей на черепе — *френология*, родинок и прочих отпечатков на теле — *морфоскопия*.

Главное и наиболее информативное — это физиогномика. Она изучает лицо человека, включая уши. Едва ли она может быть названа истинной наукой, скорее всего, это система знаний.

По лицу можно определить, кто за человек перед вами и каково его предназначение. При анализе лица в первую очередь обращают внимание на глаза, рот, а также на кармический показатель — уши. Последние указывают на глубинную суть организма.

Согласно учению древних, тело человека вертикальной линией делится на две равные части: правую и левую. Условно говоря, они симметричны, хотя в действительности это не совсем верно. Наиболее часто выявляется асимметрия сторон — важнейший показатель для анализа. Правая и левая половины соотносятся с двумя полюсами: «+» и «-», добрым и злым, теплым и холодным и т. д. Причем по качеству они различны для мужчин и женщин: что хорошо для мужчин — плохо для женщин, и наоборот.

Правая половина тела у всех людей соотносится с Солнцем, которое управляет мужским полом, для которого она является «доброй», положительно заряженной стороной (хотя и наблюдается некоторая феминизация мужчин).

Левая половина соотносится с Луной, которая управляет женским началом. Поэтому для женщин левая половина тела является «доброй», положительно заряженной, и информация, получаемая от нее, гармонична для женщин и дисгармонична для мужчин. Деление на правую и левую половины равноценно как для лица, так и для тела и рук.

По данным кармической астрологии, лицо любого человека состоит из 7 частей (каждая из которых соответствует одной из 7 планет), известных древним. Каждая из планет соответствует определенному психическому состоя-

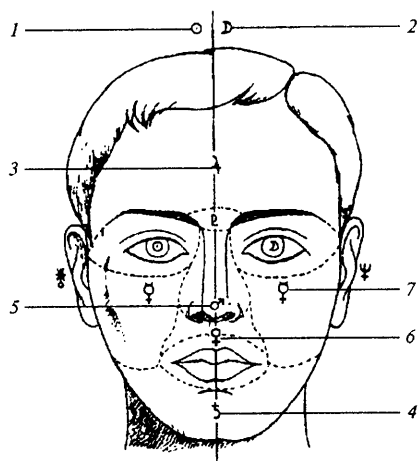


Рис. 55. Зоны лица у мужчин по данным кармической астрологии:

1 — правый глаз (Солнце); 2 — левый глаз (Луна); 3 — лоб (Юпитер); 4 — подбородок (Сатурн); 5 — нос (Марс); 6 — рот (Венера); 7 — скулы (Меркурий)

нию человека, управляет им. Рассмотрим указанные части лица и их астрологическую трактовку (рис. 55).

Глаза не случайно названы зеркалом души; их строение указывает на восприятие и отдачу энергии человеком, а также связи с окружающими людьми и их биополями. Глаза отражают творческие начинания человека, по ним определяют духовные начала индивида — что он несет людям и миру. По строению лба можно сказать, на какие авторитеты настроен человек. Лоб раскрывает связи индивида с религией, философией, идеологией, нравственностью и моралью, которым он будет подчиняться. Очень важной стороной при этом является линия лба — линия роста волос. Подбородок является показателем стойкости, выдержки и концентрации. Нос — показатель воли и активности. Рот — показатель чувственности, мягкости, податливости, любви, дружбы и т. д. Это эмоциональный мир человека. Скулам приписывают вечно живые и подвижные связи вестника богов. По ним определяется степень коммуникабельности, восприятие внешней информации, обмен мнениями, идеями. Некоторые астрологи по скулам выявляют степень интеллектуальности, хотя это не всегда корректно.

В древности врачеватели рассматривали человека как часть Великого Целого — Вселенной и называли его Микрокосмом. Человек выступал как неотъемлемая частичка Единого Живого Организма Мироздания. В качестве примера древних эзотерических знаний приведем диаграмму микрокосма физического человека, взятую из третьего тома книги «Тайная доктрина» Е.П. Блаватской (рис. 55.1).

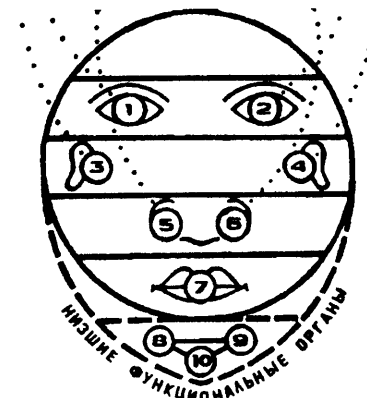


Рис. 55.1. Микрокосм физического человека и его 10 отверстий, или центров деятельности:

1 — (Буддхи) Правый глаз, 2 — (Манас) Левый глаз, 3 — (Нижний Манас) Правое ухо, 4 — (Кама Рупа) Левое ухо, 5 — (Жизненный Принцип) Правая ноздря, 6 — (Жизненный носитель) Левая ноздря, 7 — (Орган Творящего Логоса) Рот, 8, 9, 10 — это Нижняя Тройка, имеющая непосредственную связь с Высшей Атмической Тριάдой или частью Вселенской Души с ее тремя аспектами (творящим, сохраняющим и разрушающим); злоупотребление соответственными функциями является наиболее страшным из кармических грехов — у христиан это грех против Святого Духа

Искусство «чтения» лица — процесс индивидуальный, во многом зависящий от интеллекта, интуиции и накопленного опыта конкретного исследователя. Обратимся к образцам портретов людей, приведенных известным арабским физиогномистом древности Абуль-Фараджем в «Книге занимательных историй». Вот эти признаки.

**Сильный, смелый человек:** слегка продолговатое лицо, глубоко сидящие глаза, большой лоб, «орлиный» нос, жесткие волосы, густые брови, узкие губы.

**Трусливый, слабый человек:** круглое лицо, мягкие волосы, редкие брови, синие или белесоватые глаза, толстые губы.

**Любитель мудрости:** красивое лицо, светящиеся силой глаза, тонкие губы.

**Глупый человек:** круглое лицо, выпуклые бесцветные глаза, смотрящие сверху вниз, широкий нос, толстые губы или толстая верхняя губа, прикрывающая нижнюю.

**Ловкий человек:** глубоко сидящие глаза, маленькие уши.

**Медлительный человек:** толстый кончик носа, большие уши.

**Бездельник:** задранный кверху кончик носа.

**Вялый и равнодушный к женщинам человек:** мясистый затылок, круглый лоб, зеленоватые глаза или слезящиеся навывкате глаза, нос картошкой.

**Тиран:** маленькие глазки, длинные ресницы, высокий лоб, широкий рот, кудрявые волосы или лысина.

**Услужливый человек:** лоб, заросший волосами.

*Женщина, способная к измене:* заостренная кверху голова, круглое лицо, курчавые волосы, очень широкие зрачки, маленький нос.

«Чтение» лица осуществляется двумя способами: 1) путем наблюдения со стороны; 2) в процессе беседы. Второй способ более информативен, а потому и предпочтительнее.

В обоих случаях сначала определяют форму лица. Выше приведены 9 форм лицевого отдела головы, часть из которых проанализирована психологически.

По данным физиогномистов, продолговатое лицо, близкое по форме к прямоугольнику, имеет примерно такую же ширину, как ширина подбородка. Это так называемый аристократический тип, свидетельствующий об интеллекте, чувствительности и уравновешенности. Нередко человек с подобной формой лица расчетлив и рассудителен. Говорят, что такие люди обладают организаторскими способностями и ярко выраженной устремленностью к цели.

Японские физиогномисты утверждают, что большинство императоров их страны имели указанную форму лица.

Круглая форма лица ассоциируется в Японии с добродушием, мягкостью и миролюбием. Нередко люди, имеющие круглую форму лица, являются гурманами, любят комфорт, хорошую компанию и не стремятся к славе. Вместе с тем людям такого рода не чуждо честолюбие. Если же у человека с круглой формой лица высокая переносица, горящие глаза и выступающие скулы, его считают целеустремленным. Из таких людей, по мнению физиогномистов, получаются лидеры и полководцы.

Квадратная форма лица обычно принадлежит мужественному, суровому и часто бессердечному типу. Такие люди, как правило, тугодумы, грубы и настойчивы. Наиболее характерной чертой их облика является решительность. В общении они откровенны и прямолинейны. Люди с квадратной формой лица обладают неутомимой жаждой успеха. Из них получают хорошие исполнители, хотя сами они неотступно тянутся к лидерству. Женщины с такой формой лица отличаются стремлением к лидерству.

Для треугольного лица характерны высокий и широкий лоб, выступающие скулы, небольшой, но костистый нос, глубоко посаженные глаза, малый по размеру и слегка выпяченный вперед подбородок. В зоне между скулами и подбородком на таком лице мало плоти. Считается, что человек (мужчина или женщина) с подобным лицом обладает высокой чувствительностью и одаренностью. Вместе с тем в характере человека с треугольным лицом японцы отмечают признаки хитрости и неуживчивости. Такие люди, по мнению физиогномистов, не склонны к привязанности и преданности. Говорят, что среди шпионов и изменников больше всего людей с треугольной формой лица.

Описаны люди с треугольным, или «птичьим лицом», недоразвитием нижней челюсти, в связи с чем средняя часть лица резко выступает вперед (рис. 56). На фотографиях таких лиц в профиль контуры вписываются в форму треугольника, вершиной которого является кончик носа.



Рис. 56. «Птичье лицо»

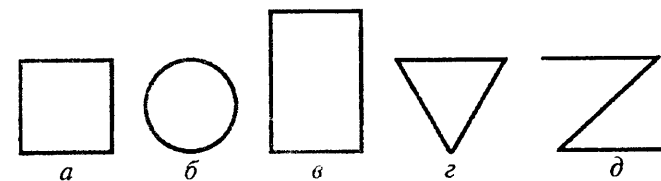


Рис. 57. Фигуры для психологического тестирования:

а — квадрат; б — круг; в — прямоугольник; г — треугольник; д — зигзаг

ры (прямоугольник, круг, квадрат и т. д.), напоминающие форму их собственного лица (рис. 57). В данных случаях как бы срабатывает система обратных, морфо-психологических, связей организма. Рассмотрим некоторые из них.

Симпатия, проявленная испытуемым к прямоугольнику, по аналогии с прямоугольной (продолговатой) формой лица, говорит о пылливой, любознательной, смелой и целеустремленной натуре.

Выбор испытуемым круга — круглая форма лица — свидетельствует о доброжелательности, высокой чувствительности и развитой эмпатии — способности сочувствовать и сопереживать,

Симпатия, проявленная испытуемым к квадрату — квадратная форма лица, — говорит о трудолюбии, упорстве и методичности решительного человека и высококлассного специалиста.

Выбор испытуемым треугольника — треугольная форма лица —

свидетельствует о честолюбии, властности, стремлении к лидерству и противоборству.

Симпатия, проявленная к зигзагу, не имеющему физиогномического аналога, говорит об очень возбудимой, восторженной и интеллектуально развитой личности, способной увлечь и повести за собой многих людей.

Кроме того, люди могут отличаться друг от друга величиной головы и лица. Большие размеры головы и лобной части лица, называемые макроцефалией, очень часто наблюдаются при гидроцефалии (повышение внутричерепного давления) с отсутствием или наличием сопутствующих психических нарушений (рис. 58). Лицо больного с малыми размерами головы, или микроцефалией, часто несет черты умственного недоразвития мозга — олигофрении (рис. 59). Существует третья разновидность тяжелого генетического нарушения — анэнцефалия, характеризующаяся полным отсутствием головного мозга (рис. 60). Анэнцефалы рождаются мертвыми или живут не более 10 дней.

Значительные изменения величины и формы головы происходят при краниостенозе, или преждевременном заращении швов черепа. При этом ограничение объема черепной полости вызывает общие и очаговые симптомы компрессии мозга. Этиология преждевременного стеноза костей черепа в настоящее время недостаточно изучена. Определены четыре варианта формирования черепа при данной патологии (рис. 61):

1. Скафоцефалия (ладьевидный череп) — раннее окостенение стреловидного шва придает черепу характерную килевидную форму (рис. 61, а).



Рис. 58. Макроцефалия



Рис. 59. Микроцефалия



Рис. 60. Анэнцефалия

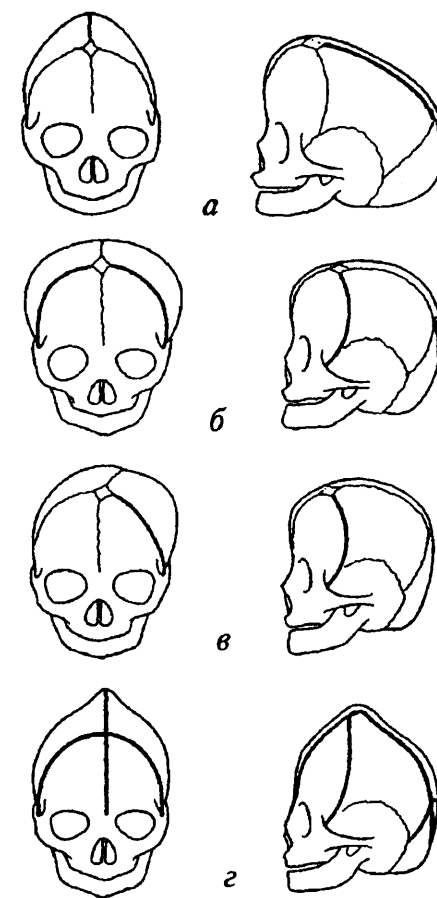


Рис. 61. Различные формы черепа при краниостенозе (сросшиеся швы обозначены жирной линией):

а — скафоцефалия; б — брахицефалия; в — плагиоцефалия; г — акроцефалия

2. Брахицефалия (короткоголовость) — широкий череп с уплощенной задней частью при раннем заращении венечного шва (рис. 61, б).

3. Плагиоцефалия (косой череп) — асимметрию черепа может вызвать одностороннее преждевременное заращение коронарного шва (рис. 61, в), чаще при постоянном укладывании ребенка на один бок, особенно при рахите. Череп на стороне привычной укладки уплощен, а на противоположной — выбухает. Отмечается асимметрия лица.

4. Акроцефалия (башенный череп) — высокий череп конической формы

возникает вследствие преждевременного зарращения всех швов. При этом череп дольше растет вверх в области большого родничка (рис. 61, г).

Развитие мозга во всех случаях дискрании значительно ограничивается.

По данным физиогномистов, большая некрасивая голова говорит о дурном нраве и скверных наклонностях, чересчур большая голова указывает на ленивого, бесстыдного и сомнительного человека. Сильно развитый затылок свидетельствует о хорошей памяти, физической силе, уме и храбрости, сильно выпуклый лоб — о недостатке ума, памяти и доброты.

Несоразмерно малая голова присуща глупому, слабому и лживому человеку; маленькая, втянутая в плечи голова — завистливому, льстивому и нечистоплотному человеку; маленькая, с длинной шейей голова — слабому, злому и порочному. Голова, пропорциональная с прочими частями тела, свидетельствует о великодушии, правдивости, мудрости и верности; заостренная голова — о преступных наклонностях и тщеславии.

Голова, откинутаая назад, свойственна тщеславным людям, наклоненная вперед — интеллектуальным.

Заслуживают внимания сведения о волосах.

Белые волосы говорят о холодной, слабой и боязливой натуре, рыжие — о храброй и коварной, русые — о справедливой и здоровой, черные — об упрямой и непостоянной натуре, кудрявые — о влюбчивой, густые и жесткие — о дикой и упрямой, редкие и тонкие — о дурной, лукавой и злобной, мягкие — о боязливой и добродушной.

Седые волосы являются результатом депигментации и избыточного потребления животной пищи. Седые люди склонны к мозговым кровоизлияниям, сердечным приступам, ревматизму и артриту.

Выпадение волос — знак чрезмерного потребления витамина С, но может свидетельствовать об импотенции. Если волосы редеют ото лба, это говорит о слабости сердца и большом потреблении сахара и жидкости, включая фруктовые соки, напитки, молоко, алкоголь. Если выпадение волос начинается с темени, то это говорит о вспыльчивости, гиперсексуальности и избыточном потреблении животной пищи.

Своеобразно протекает андрогенная алопеция у молодых людей, у которых поредение волос, начавшись в лобной и теменной областях, постепенно сближаясь, разрастается в одну большую зону (рис. 62). Считается, что течение и объем андрогенной алопеции как у мужчин, так и у женщин весьма индивидуальны и зависят от генетического кода и возраста больных. По-видимому, немалую роль в развитии такого рода патологии играют нарушения метаболизма в сосудистой и пигментной системах организма.

В коже нет ни одного волоса без сальных желез, выводные протоки ко-

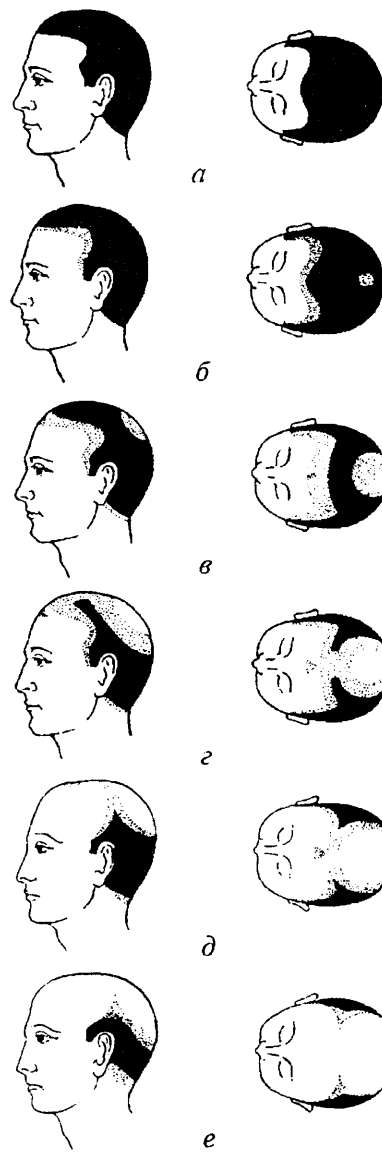


Рис. 62. Течение андрогенной алопеции:

а — нормальная граница роста волос;  
 степени алопеции:  
 б — I, в — II, г — III, д — IV, е — V

торых открываются в волосяной фолликул. Выделяемое ими кожное сало смазывает кожу и волосы, придает им эластичность и предохраняет от влаги, высушивания, механических и других вредных воздействий.

Волосы растут в среднем по 0,3—0,5 мм в сутки, успевая удлиниться за месяц на 1—1,5 см. Значительно быстрее растут волосы бороды, очень медленно бровей. Некоторые исследователи считают, что один и тот же волос растет в течение всей жизни. Это неверно. Продолжительность их роста ограничена и подвержена существенным колебаниям не только у различных людей, но и у одного и того же человека в разные периоды его жизни. Продолжительность роста волоса на голове в молодости — от 6 до 10 лет; в пожилом возрасте — в 2—3 раза меньше. Продолжительность роста ресниц всего 3—4 месяца.

Зимой и летом с кожи головы ежедневно выпадает 30—40 волосинок, осенью и весной немного больше. Это нормальное физиологическое явление. Общее количество волос на голове достигает у блондинов около 150 000, у брюнетов — 100 000 и у рыжих — 50 000. Волосы человека выполняют защитную, осязательную и сигнальную функции. Кроме того, волосы являются украшением головы, но только в тех случаях, если они хорошо растут, не чрезмерно жирные или сухие, не покрыты перхотью и красиво причесаны.

Общеизвестно, что от густоты и пигментированности волосяного по-

кровя зависит светозащитная функция головы. Предохранение области головы от пагубных ультрафиолетовых излучений слабо выражено у светловолосых, а также у седовласых и лысых людей, и, наоборот, наиболее выраженная световая защита головы отмечается у лиц с темными волосами. Особенно заботливо отнесся Демиург к жителям знойного африканского континента, наделив их черными, кустистыми, кудрявыми волосами, очень напоминающими мохеровую шапочку из меланина. Она не только задерживает ультрафиолетовые лучи, но и хорошо вентилируется.

В последнее время с помощью спектроскопического и радиоиммунного методов исследования волос производят полное описание привычек, диеты, содержания микроэлементов и токсинов, получают наследственную информацию.

По волосам определяют, имеет ли владелец дело с наркотиками, и если имеет, то в течение какого времени их использует и в качестве кого — потребителя или торговца. По характеру распределения отдельных микроэлементов в волосах алкоголиков можно установить время начала и прекращения приема спиртных напитков.

Биофизик Т. Торибара из университета в Рочестере обнаружил, что из всех микроэлементов наиболее выраженный дефицит в волосах алкоголиков отмечается по цинку. Особенно отчетливо это фиксируется в случаях, когда алкоголик попадает, например, в тюрьму и полностью лишается спиртного.

Из волосяной луковицы и в меньшей степени из ствола волоса можно выделить ДНК и получить наследственно-информационные данные, свойственные конкретному человеку. Осуществляется это методом геной дактилоскопии, которая все шире применяется на практике для установления отцовства, личности потерпевших и преступников, идентификации сильно изуродованных трупов, медицинского прогнозирования.

Сегодня наши волосы накапливают сведения о разрастающемся экологическом кризисе — тотальной токсикации, уменьшении содержания озона в атмосфере и т. д. Волосы могут составить археологическую летопись нашего времени для потомков.

Интересен исторический факт, связанный с причиной смерти Наполеона Бонапарта на острове Св. Елены в мае 1821 г. Вещественным наследием императора была прядь волос, состриженная камердинером у умершего Наполеона и переданная затем членам его семьи. Обнаруженный в этих волосах мышьяк послужил источником версии об отравлении императора тюремщиками. Проведенные исследования опровергли подобную версию, так как было доказано, что очень малые дозы летучего триметилмышьяка проникли в волосы Наполеона с отсыревших зеленых обоев, содержавших мышьяковистые красители. Расчеты показали, что такие малые дозы мышьяка не могли послужить причиной смерти великого французского императора.

Большое значение лицу в оценке личности, напряжении ее силы и воли,

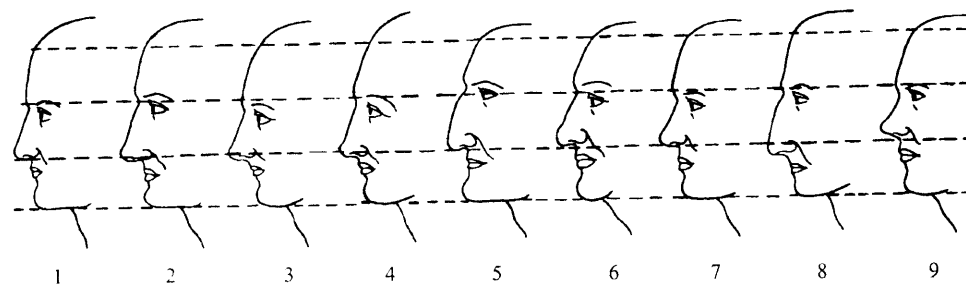


Рис. 63. Варианты соотношений частей лица по К. Хутеру

противоречия между благородием, с одной стороны, и низменными инстинктами, с другой, придавали многие ведущие физиогномисты. Интересные исследования в этом направлении провел в начале XX в. К. Хутер, развивший учение о пропорциях лица, по которым можно судить о склонности к самодисциплине и самовоспитанию, к сознательному или неосознанному образу жизни.

Лицо человека К. Хутер разделил на три основные части: 1) лоб, величина и форма которого определяют мыслительную деятельность и реальное понимание жизни; 2) среднюю часть, отражающую степень чувствительности, душевную глубину и внутреннее содержание; 3) нижнюю часть, несущую представление об энергии человека, его любви к наслаждениям и низменным инстинктам, стремление к выгоде и удовлетворению.

К. Хутер различает 9 вариантов соотношений частей лица, по которым можно определять характер и темперамент человека.

1, 2, 3 и 4-й профили свойственны гармоничным творческим натурам. Они гарантируют идеальный жизненный прогресс и счастливое развитие; это самая позитивная группа лиц. 5-й и 6-й профили характерны для элементарных личностей, сильных в деятельности, покое и наслаждении. Они ориентированы на реальную жизнь и хорошо чувствуют себя в обществе. 7-й профиль занимает промежуточное положение между двумя указанными группами. 8-й и 9-й профили принадлежат интеллектуально одаренным, твердым и критичным людям, действующим скорее отрицательно и не всегда предсказуемо. Рассмотрим подробнее обозначенные 9 вариантов (рис. 63).

1 - й вариант. Лоб, средняя и нижняя части лица одинаковой высоты:  $v = c = n$ . Человек с таким лицом обладает гармоническим равновесием между физиологией и эмоционально-интеллектуальной сферой. Активность, стремление к наслаждению и чувство радости связаны у него с мыслительной функцией. Ему присущи правдолюбие, жизнерадостность и любовь к труду. Он сердечен, непринужден, но сдержан, оживлен и общителен; отличается развитым чувством собственного достоинства.

2 - й вариант. Лоб и нижняя часть лица равны, а средняя часть несколько длиннее:  $(в = н) < с$ . Длинный нос не ведет к дисгармонии форм, поскольку они достаточно утонченны и отличаются чуткостью и благородством. Такой человек представительен, обладает выдержкой и талантом, формирующим в целом гармонично-благородную сущность.

3 - й вариант. Лоб высокий, средняя и нижняя части лица маленькие:  $в > (с = н)$ . Это человек мысли и чувств. Он прост и скромен, обладает интуицией, нежен в чувствах, склонен к бескорыстию, самоотречению и жертвенности, верен своему идеалу. Активность и жажда наслаждений у такого человека отстают, а психическая глубина сочетается с честностью.

4 - й вариант. Лоб длиннее, чем нос, а нос длиннее, чем нижняя челюсть:  $в > с > н$ . Человека с такими пропорциями характеризует высокий дух, который разумно регулирует чувства и инстинкты и при этом служит возвышенным жизненным идеалам.

5 - й вариант. Лоб маленький, средняя и нижняя части лица больше:  $в < (с = н)$ . Это грубый и импульсивный человек, сила и воля которого преобладают над чувствами и разумом. Он проявляет смелость и пылливость, обладает агрессивностью и большой силой убеждения, склонен к безрассудству, очень взыскателен к себе.

6 - й вариант. Лоб короткий, средняя часть лица несколько длиннее, нижняя часть еще длиннее:  $в < с < н$ . Массивная и мягкая нижняя часть лица говорит о жажде наслаждений. Вся мыслительная и умственная деятельность такого человека ориентирована на это. Он практичен, консервативен во взглядах, не склонен к перемене мест. У него нет духовных и эмоциональных взлетов. Его трудно расшевелить, но если это удастся, то так же трудно его и остановить.

7 - й вариант. Лоб и нижняя часть лица большие, а нос маленький:  $(в = н) > с$ . Это высокоинтеллектуальный человек, стремящийся при этом к удовольствиям. Он добродушен, мягкосердечен и впечатлителен. Ему свойственны душевное тепло, эмоциональное сопереживание и трудности в карьере.

8 - й вариант. Лоб и средняя часть лица короткая:  $(в = с) < н$ . Это волевой человек с острым и холодным интеллектом, добивающийся большего, чем позволяют его физические способности. Он не признает нежностей, строг и педантичен. Наряду с выдающимися способностями проявляет отрицательные склонности.

9 - й вариант. Лоб и нижняя часть лица длинные, нос слишком маленький и курносый:  $(в = н) > с$ . Разум и чувства у этого человека сильны и расходуются необузданно. Он агрессивен, нагл и вспыльчив, обладает пробивной силой и внутренне анархичен. В работе отсутствуют дисциплина и терпение. Обладая высоким интеллектом, он достаточно ехиден и остро критичен, но сам не может устранить недостатки и создать что-то лучшее.

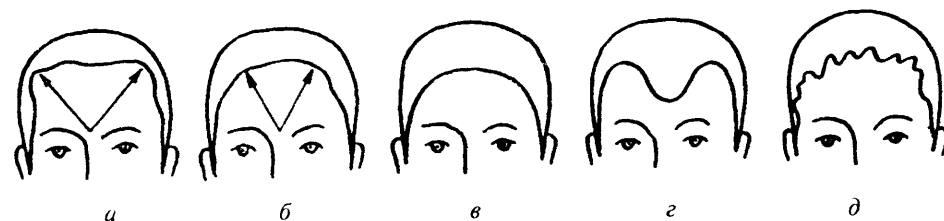


Рис. 64. Формы верхнего околотоволосного края лба

Объектом изучения в физиогномике являются не только величина, но и форма лба, точнее, его верхний околотоволосной край (рис. 64).

Широкая верхняя сторона лба (рис. 64, а) характеризует практичного, делового и общительного человека, больше интересующегося служебными делами, чем домом и семьей.

Узкая верхняя сторона лба (рис. 64, б) говорит о возможности семейных неурядиц. Дугообразная верхняя сторона лба (рис. 64, в) свидетельствует о независимом характере.

М-образная верхняя сторона лба (рис. 64, г) свойственна лицам творческого труда, особенно артистам и художникам, мало заботящимся о завтрашнем дне.

Ломаная линия волос (рис. 64, д) напоминает о трудном детстве.

Психологические оценки в физиогномике даются по величине и форме скуловой области (рис. 65).

Выпуклые скулы под наружным углом глаза (рис. 65, а) свидетельствуют о стремлении к защищенности. Это яркий признак «любви к каменным стенам». Если такой человек занимает государственный пост, он будет уделять большое внимание национальной обороне.

Выпуклость арки скуловой кости — (рис. 65, б) подтверждает склонность к знахарству, медицине и состраданию.

Локальная выпуклость скулы непосредственно под глазом (рис. 65, в) говорит о бдительности и осторожности. Наиболее свойственна индусам. Такая форма скуловой области чаще встречается у нянь, сторожей и физиков.

Щеки физиогномисты представляют следующим образом:

- полные — признак лени и пьянства;
- отделившиеся — признак болтливости и лжи;
- красные — признак ярости и пьянства;
- волосистые — признак глупости и наглости.

По величине и форме подбородки различаются следующим образом (рис. 66):



- подтянутый вверх центр подбородка с симметричным расположением под резцами (рис. 66, а) говорит о склонности к супружеской жизни и стремлении иметь в лице супруга (супруги) похожего на себя человека; типичный признак супружеской верности;
- подбородок, разделенный вертикальной линией на «две дольки» (рис. 66, б) свидетельствует о желании быть любимым;
- широкий, приближающийся к квадратному подбородок (рис. 66, в) чаще встречается у женщин; говорит о стремлении удовлетворить желание противоположного пола; обладательницы таких подбородков склонны выходить замуж за ущербного мужчину;
- массивный, выступающий вперед подбородок (рис. 66, г) — признак мужества, болезненной чувствительности, ревности и склонности к насилию и яростной любви;
- заостренный книзу подбородок (рис. 66, д) наиболее часто встречается у женщин с пухлыми, чувственными губами; говорит о склонности к ласке и пылкой любви;
- заостренный вперед подбородок (рис. 66, е) доказывает стремление к интимной близости;
- уплощенно-удлиненный подбородок (рис. 66, ж) говорит о своеволии и упрямстве;
- утолщенность подбородка под нижней губой (рис. 66, з) — свидетельство ревности и нетерпимости к чужой красоте и успеху.

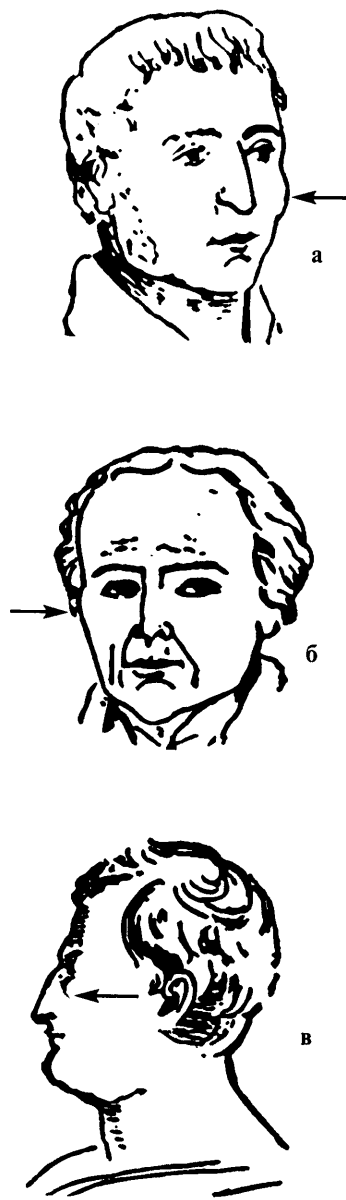


Рис. 65. Формы скуловой области

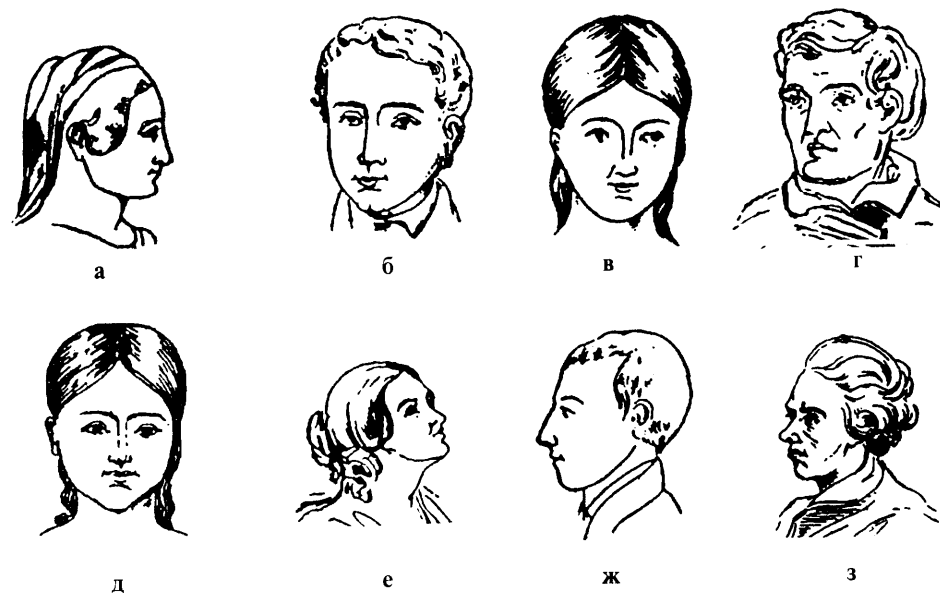


Рис. 66. Формы подбородка

наука считала бред, галлюцинации, неправильное поведение и т. п. Психиатры многих стран, определяющие душевные болезни как процессуальные и неизлечимые, шаблонно применяют психотропные средства, психотерапию и изоляцию, не получая успешных результатов у подавляющего большинства психически больных.

Фундаментальной причиной такого ряда заболеваний, по мнению Г.М. Назлояна, является отчужденность, или аутизм, на который до него не обращали внимания. Автор нашел, что нет ни одного душевнобольного, у которого было бы правильное представление о своем лице. Оно либо обедненное, либо извращенное. В каждом из нас сидит двойник. Однако здоровый человек в зеркале видит себя, каков он в жизни, больной видит совсем другое. Смысл уникального лечения Г.М. Назлояна заключается в перевоспитании превратного понимания своего лица психически больным. Он лепит скульптурный портрет больного, постепенно приучая последнего к правильному восприятию своего лица в скульптурном и зеркальном изображении. При достижении этой цели больной полностью избавляется от психических нарушений. Наступает выздоровление (рис. 67).

Большое значение в работе физиогномиста имеет исследование кожи лица и других участков тела обнаженного человека. При осмотре следует обращать внимание на цвет кожи, ее влажность и пигментные включения.

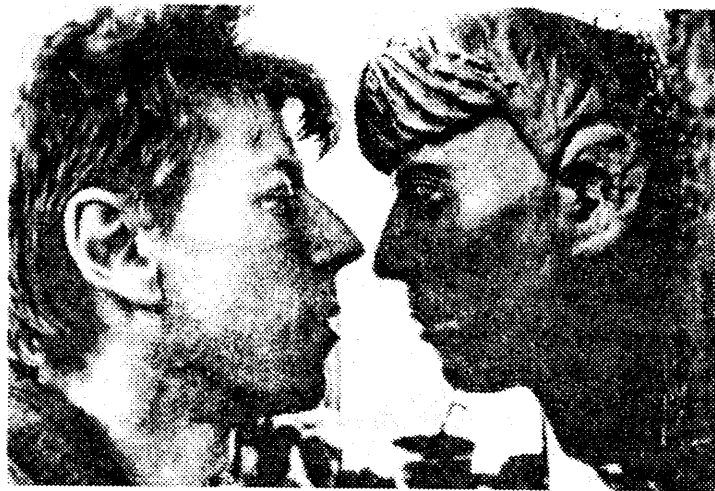


Рис. 67. Два случая сеансов скульптурной психотерапии по Г. Назляну (слева — пациенты, справа — скульптурные изображения их лиц)

Цвет кожи лица. Оценку окраски кожи лучше всего производить при рассеянном дневном свете.

**Бледность кожи** наблюдается при анемии, после обильных кровопотерь, при тяжелых инфекционных заболеваниях, злокачественных опухолях, хро-

нических отравлениях. Бледность кожи без анемии отмечается при бедности и глубокой локализации сосудистого рисунка, пониженной прозрачности верхних слоев кожи у людей, страдающих заболеваниями почек (из-за сдавления сосудов отечной жидкостью), а также в состоянии коллапса, тошноты, рвоты, страха, гнева и т. д.

**Краснота кожи** отмечается у лиц с полицитемией (повышенным содержанием гемоглобина и эритроцитов в крови), лихорадкой, туберкулезом (чаще точный румянец), дерматитом, розей, флегмоной; отравлением алкоголем, опиумом, морфином, атропином. Красный цвет кожи лица с видимой сетью расширенных сосудов может встречаться у людей, постоянно подверженных действию солнца и ветра (моряки, охотники, геологи), а также у длительно злоупотребляющих алкоголем. Временное покраснение кожи лица наблюдается при психических возбуждениях (гнев, волнение, стыд), а также после приема горячих и углекислых ванн, при введении никотиновой кислоты амилнитрита. Покраснение кожи между носом и скулой свидетельствует о дефиците магния в организме.

**Синюшность кожи** (цианоз) встречается при болезнях легких (бронхит, пневмония, пневмосклероз, отек легкого, сужение легочной артерии), врожденных пороках и сердечной недостаточности.

Цианоз в начальных стадиях заболеваний регистрируется прежде всего на губах, кончике носа, кончиках ушей и под ногтями. Это связано с тем, что в этих местах кожа наиболее тонкая, поэтому кровь здесь лучше всего просвечивается. В дальнейшем синюшная окраска распространяется на большие участки кожи и в тяжелых случаях может захватить всю кожу, оставаясь, однако, наиболее интенсивной на лице.

**Желтушность кожи** наблюдается при накоплении в тканях и крови билирубина. Желтушная окраска в первую очередь обнаруживается на склере, нёбце и слизистых оболочках губ, позднее на коже лица и других участках тела. Для раннего выявления ее на губах лучше всего давлением пальцев выжать кровь из капилляров слизистой нижней губы, после чего желтая окраска становится хорошо заметной. Оценку желтушности следует проводить при естественном дневном свете.

Различают механическую, паренхиматозную и гемолитическую желтуху (рис. 68, цв. вкл.).

**Механическая желтуха** (рис. 68, а, цв. вкл.) характеризуется зелено-желтым цветом, а при длительном течении — черновато-бронзовым цветом. Сопровождается выраженным зудом кожи, обесцвечиванием кала и потемнением мочи. Обусловлена нарушением оттока желчи из желчных протоков вследствие желчно-каменной болезни, стриктуры или рака фатерова сосочка, опухоли головки поджелудочной железы и т. д.

**Паренхиматозная желтуха** (рис. 68, б, цв. вкл.), отличающаяся шафранно-желтым красноватым цветом («красная желтуха»), сопровождается умеренным зудом кожи. Обусловлена поражением гепатоцитов вследствие

острого вирусного или хронического агрессивного гепатитов, лептоспироза, сепсиса, отравления гепатотоксическими ядами и т. д.

Гемолитическая желтуха (рис. 68, в, цв. вкл.) характеризуется лимонно-желтым цветом кожи; при этом возможны анемия, увеличение селезенки, склонность к камнеобразованию. Различают: 1) гемолитическую болезнь новорожденных, которая появляется на 12-й день после родов и обусловлена иммунологическим конфликтом между матерью и плодом из-за несовместимости по эритроцитарным антигенам, 2) наследственный микросфероцитоз доминантного типа, проявляющийся в любом возрасте в связи с врожденным дефектом мембранных структур эритроцитов.

Желтушная окраска кожи в легкой степени может наблюдаться у пожилых людей, хронических алкоголиков, кахектичных и онкологических больных.

Очень важную роль в различении истинной (билирубиновой) и ложной (экзогенной) желтухи играет осмотр склер. Известно, что работа с тринитротолуолом и пикриновой кислотой, длительный прием акрихина, риванола и каротина, употребление в большом количестве моркови, мандаринов и апельсинов может вызвать незначительную желтушность кожи. Однако окрашивания склер при этом никогда не происходит. Образно говоря, склера для человека позволяет точно различать истинную (желтую) опасность от ложной (белой).

*Влажность кожи.* Одной из важнейших функций кожи является потоотделение, обеспечивающее постоянство внутренней среды (температура тела, водный и солевой баланс), а также влажность или сухость кожи. На 1 см<sup>2</sup> кожных покровов приходится до 330 потовых желез, а в области ладоней и подошв — до 500 и более. В обычных условиях кожа выделяет за сутки 650 г влаги, 10 г углекислоты и некоторое количество солей, микроэлементов и токсических продуктов. Максимально (при усиленном потоотделении и при тяжелых заболеваниях) за 1 ч может выделиться от 1 до 3,5 л пота, что эквивалентно отдаче 2500—8750 кДж тепла (И. Хауликэ, 1978).

Повышенная влажность кожи, или гипергидроз, у здоровых людей наблюдается в жару, при обильном питье, после тяжелой мышечной работы, при стрессах и переживаниях (страх, тревога, ожидание).

Усиленное потоотделение при патологии отмечается при ревматическом полиартрите, столбняке, бруцеллезе, туберкулезе легких (ночные выпоты), тяжелых эндокардитах, сепсисе, стенокардии и инфаркте миокарда, базедовой болезни и неврастении (особенно волосистой части головы и ладоней).

Ненормальная сухость кожи возможна при поносах, рвоте, сужении пищевода и привратника желудка, сахарном диабете, несхарном мочеизнурении, гипотиреозе (микседеме), опухолях желудка, а также при угнетении потовых желез вследствие интоксикации.

*Пигментные и другие отпечатки на коже.* По древнеиндийскому учению, отпечатки на коже несут определенную информацию о качестве событий, которые могут ожидать человека.

Различают ряд знаков: неизменные — родинки (возвышения над кожей; родинки темного цвета связаны с Сатурном, темно-красного цвета — с Юпитером), пигментные пятна разного цвета (белые и золотистые связаны с Венерой, красные — с Марсом). К преходящим знакам относятся бородавки, пятна от ушибов, разрывы и трещины кожи, полосы, ямки; все они являются указателями каких-либо событий.

Самыми угрожающими знаками на коже служат темные родинки и пигментные пятна. Причем наиболее тяжелое предзнаменование приобретают знаки в форме паука, звезды и особенно креста.

Самыми благоприятными фигурами считаются треугольники, круги и овалы. Треугольник всегда понимался как знак качественной перестройки. Треугольник на месте «третьего глаза» является очень серьезным мистическим символом, предупреждающим, что такому человеку нельзя грешить. Это показатель избранности.

Обнаружение любого знака на благоприятной половине тела (правой для мужчин и женщин-левшей) является хорошим прогностическим признаком. Любой знак на неблагоприятной половине тела (левой для мужчин и правой для женщин-правшей) свидетельствует о плохом прогнозе в судьбе и здоровье.

Небезынтересно отметить, что если благоприятная фигура знака, например треугольник, появится на «темной» (левой у мужчин) стороне, то он может явиться знаком спасения, своеобразной охранной грамотой от несчастья. В подобных случаях возможна следующая житейская ситуация: мужчина с треугольником на левом бедре трижды тонул, попадал в катастрофы, но тем не менее спасся и остался жив.

Если отпечаток находится посередине тела, необходимо определить, к какой стороне он тяготеет: это может быть счастье, которое окончится несчастливой ситуацией, или, наоборот, долгий несчастливый период, за которым наступит счастливый исход. Иногда отпечаток на срединной линии тела можно трактовать как показатель приобретения большого опыта в несчастье, который помогает перестроиться и выжить.

Корейские врачи-физиогномисты осмотр больного и постановку диагноза проводят в течение нескольких минут. Для этого им необходимо изучить лицо, полость рта, слизистую век, прощупать пульс. По их данным, блестящее лицо и темноватый лоб свидетельствуют о нарушениях в гормональной системе; пигментации на лице у женщин после родов — о недостаточности функции яичников. Принимаемые лекарства быстро устраняют отмеченные выше симптомы.

В кармической астрологии все тело человека делится на 12 частей, каждая из которых сопоставляется со знаком зодиака. Голова, по этому учению, свя-

зывается со знаком Овна, и все отпечатки на ней несут информацию о типе, чертах и способности личности. Голова подразделяется на три отдела: лицо (личность человека, лик); затылок (физические данные); макушка (способности, оцениваемые по форме бугров).

Кроме того, любопытно отметить зону шеи спереди (знак Тельца), говорящую об энергетических ресурсах человека, зону верхней части спины до лопаток (воротниковая зона), говорящую о сексуальной энергии, зону поясицы (знак Весов), «светлая» сторона которой говорит о браке, партнерах и друзьях, «темная» сторона — о противниках, конфронтации и столкновении с законом. По данным астрологов, появление бородавки и рядом с ней темного пятна на левой половине поясицы у мужчины указывает на возможность оказаться в заключении. Родинка на правой скуле свидетельствует о таланте писателя, как, например, у Ф.М. Достоевского. Родинка на левой скуле является доказательством хитрости и способности обольщать людей.

В XVII в. мужчины и женщины наклеивали «родинки» на те участки лица, которые, как им казалось, наилучшим образом украшали их и раскрывали особенности характера. При этом пользовались существовавшей тогда топической картиной пигментных знаков. На рис. 69 приведена карта родинок на лице с указанием характерных черт личности в различных точках этой области.

1 — свидетельствует о большой интуиции, разуме и жажде знаний с уклоном в мистицизм; 2 — страстный, ревнивый, легкораздражимый характер; 3 — поэтичная натура; 4 — глубокая любовь и супружеская верность; 5 — изменчивый темперамент, запутанные романы; 6 — страсть к путешествиям и фантазиям; 7 — эгоцентричность и необоснованная ревность; 8 — безграничная чувственность; 9 — необоснованное чувство вины и склонность к ссорам; 10 — отличная память, дипломатичность; 11 — вкус к запретной любви; 12 — страсть к сентиментальным связям; 13 — частые ссоры и быстрые примирения; 14 — возвышенный и мистический склад ума; 15 — независимость и любовь к путешествиям; 16 — жажда материнства, щедрость; 17 — склонность к шокирующему поведению и скандальным событиям, потрясающая соблазнительница; 18 — фантазия и оригинальность; 19 — склонность к ревности; 20 — трудный характер, склонность к депрессии; 21 — вкус к различным переменам; 22 — подчеркнутый эротизм, неверность; 23 — ясный ум, упорядоченность; 24 — хрупкое здоровье, незащищенность; 25 — любовь к спокойной жизни, уравновешенность.

Индусы считают, что удары по лицу унижают человека, по шее — лишают его энергии и потенции, по пяткам — выколачивают секреты. История свидетельствует, что китайские палачи использовали удары палками по ступням для получения от своих жертв необходимых сведений.

По месту расположения отпечатков в соответствующих зонах родоначальник учения Брахмагупта определял время закодированных событий и болез-

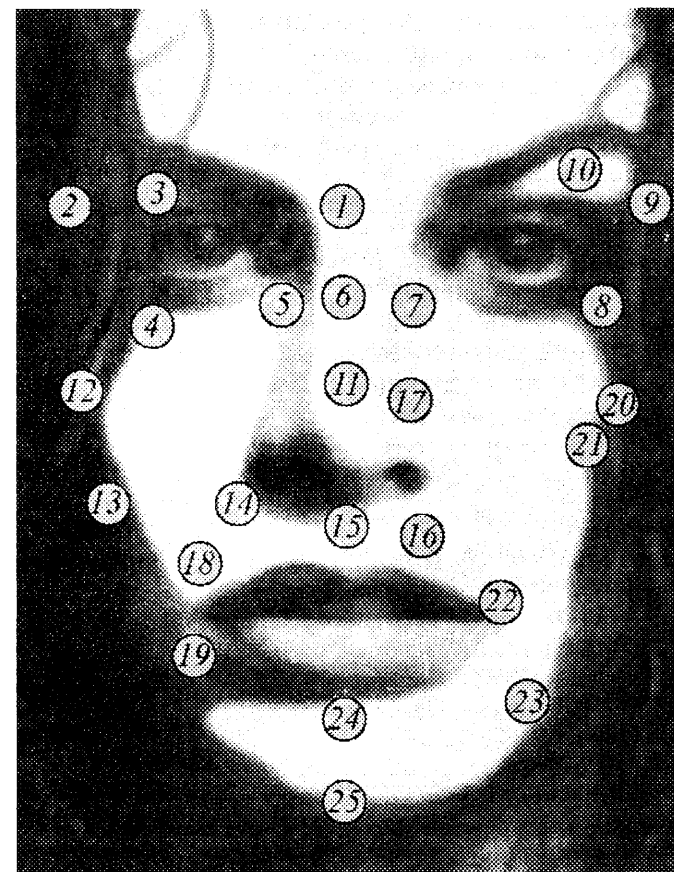


Рис. 69. Топико-психологическое значение родинок на лице человека (XVII век)

ненных проявлений. Он считал, что нормальная жизнь человека равна 144 годам (12 планет x 12 знаков зодиака = 144), а реальная средняя продолжительность жизни индуса — 84 года.

Нам представляется, что наши знания о пигментных образованиях на коже весьма далеки от совершенства и еще дальше от истины.

Казалось бы, что может быть тривиальнее ограниченных скоплений пигмента на коже: веснушек, старческих пятен, или невусов, родимых пятен и некоторых других. Однако наши представления об этих пятнах очень

поверхностны. Пока мы знаем лишь то, что цвет их: желтый, коричневый, красный, черный — зависит от концентрации меланина. В чем смысл самих пятен, какую роль — положительную или отрицательную — они играют?

Почему, скажем, веснушки — чаще всего желтые или рыжеватые пятна, появляющиеся на коже под влиянием солнечных лучей, размещаются преимущественно на лице, шее и руках? Почему они наблюдаются, как правило, у бледнолицых и рыжеволосых? Отвечая на заданные вопросы, заметим, что место локализации веснушек зависит от длительности светового облучения, падающего на открытые участки тела.

Однако эта связь не абсолютная, доказательством чего может служить многотысячная армия детворы в весенне-летний период. Бегающие на солнце обнаженные малыши загорают почти равномерно, а веснушки у них высыпают только на лице, шее и кистях рук. Как это объяснить?

Можно сказать, что веснушки являются фокусами сконцентрированного загара или своеобразными пигментными щитками, предохраняющими наиболее важные участки организма от непосильных световых раздражений. Наиболее оберегаемые участки почти у всех людей располагаются в верхних отделах мозгового ствола (им соответствует кожа шеи и лица) и шейных отделов спинного мозга (им соответствует кожа шеи и рук).

Золотистые или рыжеватые веснушки в виде точек и пятен высыпают всегда на фоне бледной, а значит, малопигментированной кожи. Такая экономная, вынужденно избирательная световая защита наблюдается у лиц с очень низкими запасами меланина. К ним относятся некоторые блондины и большинство рыжеволосых людей.

Не правда ли: рыжий цвет напоминает маленький сгусток Солнца. Сгусток, пойманный сеткой меланина. Если провести аналогию, то у бактерий он соответствовал бы ярко-красной метакромазии волютина. То, что это сгусток, свидетельствует, например, толщина волос, которая у рыжих субъектов в 1,5 раза больше, чем у шатенов и брюнетов: 0,1 мм у первых и 0,06 мм у вторых. У рыжеволосых общее количество волос на голове на 30% меньше, чем у людей с темными волосами. Статистика показывает, что истинно рыжеволосые по сравнению с другими людьми чаще болеют ревматизмом и аллергическими заболеваниями. Таким образом, им есть что защищать, но не хватает средств защиты.

Большое количество вновь образованных веснушек и пигментных пятен нам приходилось наблюдать в 1982 — 1983 и 1989 — 1991 гг. у лиц, проводивших летний отдых на юге страны и берегах Волги. Это были годы повышенной солнечной активности и апогея в сближении планет.

Преходящие изменения на коже отмечаются у женщин во время беременности. Пигментные пятна желтого или коричневого цвета появляются у них в строго определенных местах: на лице, молочных железах и по средней линии живота. Рассуждая клинико-топически, пигментные щитки у беремен-

ных женщин предохраняют от световых (энергетических) аффекций такие важные области, как мозговой ствол, молочные железы, матку с растущим плодом и точки-«глашатаи» средней линии живота, связанные с сердцем, желудком, тонкой кишкой и мочевым пузырем.

Таким же образом следует рассматривать появление других пигментных пятен, в частности бурого цвета невусов, у пожилых людей и стариков. Если веснушки у молодых людей являются преимущественно временным фактором, то бурые пигментные пятна у пожилых — приобретение стойкое и прогрессирующее. С возрастом пятна-«заплатки» покрывают новые участки кожи.

Трудно сказать, какая старость более благополучна: та, при которой кожные покровы остаются чистыми, или когда они пестрят «заплатками». Как знать, не являются ли пигментные пятна своеобразным счетчиком неисправности, указывающим на грубые поломки в организме? А может быть, наоборот, они выражают не грубые изменения, а самые легкие, которые успевают защитить хорошо развитая «служба» меланинов.

При одной из наиболее ярких пигментных форм человеческой патологии — адиссоновой, или бронзовой, болезни, интенсивная пигментация отдельных участков кожи несколько чаще сочетается с доброкачественным течением болезни, и, напротив, клинические варианты со слабой пигментацией протекают в целом тяжелее. Однако эти «несколько чаще» и «в целом тяжелее» признаются не всеми исследователями.

Существует и другая трактовка значения пигментных пятен на коже. Согласно этой трактовке, у людей с низким содержанием ренина вокруг клеток, косвенно предрасполагающим к раковому развитию, появляются коричневые пятна на коже. Биохимики считают их своеобразными маркерами патологии, свидетельствующими о повышенном образовании в организме окиси углерода (СО). Концентрация последней связана непосредственно с недостатком магния и кислорода, в функции которых входит обязанность удаления из организма канцерогенной СО.

Располагая новейшей кожно-резорбтивной методикой, мы можем с высокой точностью определять дефицит Mg и O<sub>2</sub> в любых участках тела человека, что облегчает последующую корректировку выявленных нарушений.

Вопрос о локальной пигментации при патологии и старении остается для нас неясным, хотя уже сейчас с известной долей вероятности можно говорить о пигментных пятнах пожилых людей как о явлении положительном. Как об «охранных грамотах», которые выдает организм в бессрочное пользование своим наиболее ослабевшим органам. Такова наша точка зрения о селективной пигментной защите. Возможно, она несовершенна, но все же лучше, чем безразличное отношение. Ведь не секрет, что большинство исследователей-медиков привыкли не обращать внимания на место расположения пигментных пятен. Считается, что появление их на тех или иных участках кожи не имеет значения, что это чисто случайно

и необъяснимо. Вот и живет такая трактовка во славу лени. Живет в согласии с агностицизмом и в полном противоречии с диалектическим детерминизмом.

Что это: нелепость или медицинский консерватизм? В любом случае не зазорно обратиться к аналогии в природе, к обычному... пню. Он тоже имеет пигментные пятна и кольца, однако по ним ученые-биологи и лесники узнают о недугах деревьев, о жизни леса.

Кроме того, доказано, что по уплотнению годичных колец деревьев можно судить об интенсивности эмиссии солнечной материи, о ритмике гелиоактивности, о многих сложных биосферных явлениях, изучаемых новой наукой — дендрохронологией.

К сожалению, мы очень мало знаем и о так называемых родимых пятнах — родинках. Эти ограниченные скопления меланина рассматриваются как врожденные доброкачественные новообразования кожи. Они появляются вместе с рождением человека, имеют красный, коричневый или черный цвет, нередко возвышаются над поверхностью кожи и более обильно покрыты волосами. Крупные пигментные пятна встречаются тоже не редко, по нашим данным, у 9% людей.

В пигментных клетках родинок обнаружено небольшое количество рибонуклеиновой кислоты, что позволяет предполагать их малую обменную активность. В определенных условиях родимые пятна, как и другие пигментные образования, склонны перерождаться в злокачественные меланомы, причем наиболее ранним признаком этого грозного процесса служит усиление или ослабление окраски пигментных образований.

Вырезать родинку или не вырезать? Такой вопрос, многократно и мучительно повторяемый, нередко задают себе обладатели родинок, их родственники и сами врачи. Чаще всего люди воздерживаются от оперативного удаления родимых пятен, и, наверное, это более благоразумное решение вопроса. Поскольку, рассуждая гипотетически, за каждым таким пятном скрывается врожденная дисфункция какого-то внутреннего органа. Над всем этим стоит серьезно подумать.

Немаловажную информацию несут в себе морщины и складки лица, в первую очередь его лобных отделов. Приводим описание наиболее характерных морщин на лбу в интерпретации традиционных физиогномистов.

1. Одна отчетливо выраженная морщина поперек лба свидетельствует о везении.
2. Прямые, четкие, непрерывающиеся морщины на лбу говорят о хорошем, честном, открытом характере.
3. Короткие, прерывистые морщины свидетельствуют о непостоянстве и склонности к сплетням.
4. Крест в середине лба является признаком трагической смерти.
5. Закручивающиеся морщины говорят о примитивной и грубой натуре.
6. Наклонные морщины свидетельствуют о несчастной судьбе.

7. Веникообразные морщины являются признаком непостоянной и крайне нестабильной натуры.

8. Поперечные волнистые морщины указывают на опасность, связанную с водой.

9. Петлеобразные морщины предполагают возможную смерть от удушения.

10. Зигзагообразные морщины с точками указывают на возможность падения с высоты.

11. Одна или две косые морщины над левым глазом, пересекающие поперечные морщины, свидетельствуют о склонности к насилию или убийству.

12. Соединение линий Солнца (справа) и Луны (слева) в надбровной части подтверждает большую удачу.

13. Т- и С-образные морщины указывают на возможность укусов и ранений головы, а также на опасность отравлений.

14. Фонтановидные морщины, исходящие от переносицы, определяют склонность к мореплаванию.

15. Две или три поперечные морщины и пересекающая их вертикальная морщина говорят об успехе, славе и долголетию.

Обобщенно можно сказать, что архитектура морщин лба подчинена следующим психологическим закономерностям:

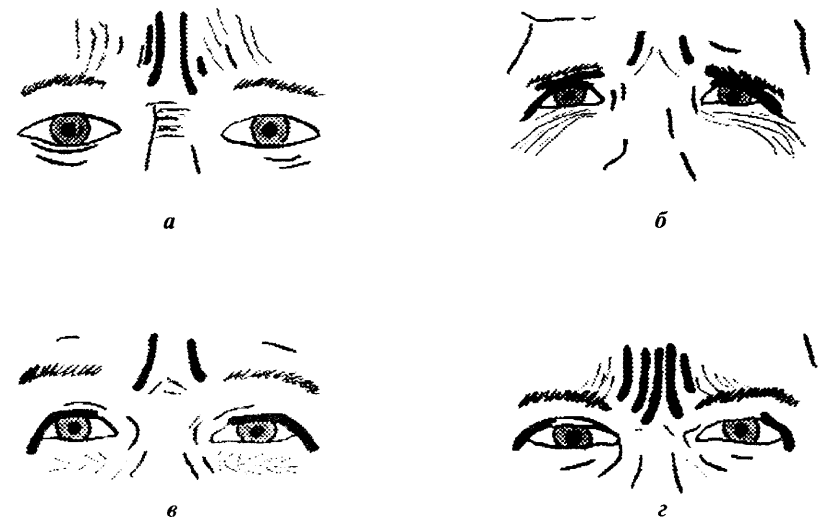


Рис. 69.1. Морщины вокруг глаз в интерпретации Б. Йенсена: а — педантичный субъект; б — серьезный, педантичный, аналитически мыслящий субъект; в — педантичный, аналитически мыслящий субъект; г — крайне педантичный, аналитический субъект.

а) лоб без морщин отмечается у добрых и слабохарактерных людей;  
 б) горизонтальные морщины на лбу возникают от частого приподнимания бровей, сопровождающего хорошо знакомый жест удивления. Характерны для невротиков, многих ученых и артистов;

в) вертикальные морщины лба и преимущественно в области переносья наблюдаются у серьезных, критичных, педантичных людей. Еще они характерны для жестких лиц и не поддающихся никакой дисциплине заключенных, рецидивистов.

Большое внимание вертикальным морщинам переносья и их корреляции с психологическими чертами человека придавал президент Международной ассоциации иридологов профессор Б. Йенсен (1982). Он считал, что вертикальные морщины между глаз наблюдаются у педантичных, придирчивых лиц, обведение (подчеркнутость) линии верхнего века — у аналитичных лиц, опускание наружного угла верхнего века — у людей с критическим складом ума, глубоко посаженные глаза — у серьезных лиц (рис. 69.1).

В.В. Куприянов и Г.В. Стовичек (1988) указывают на основные линии, по которым формируются в течение жизни морщины лица (рис. 70).

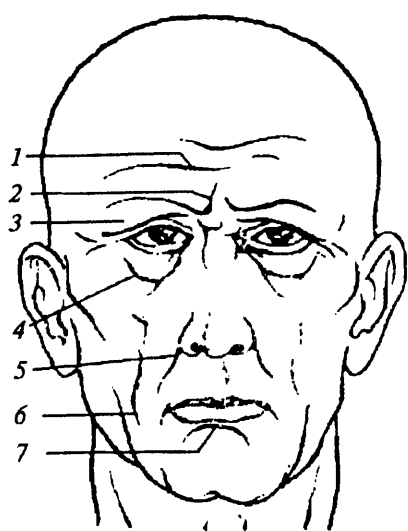


Рис. 70. Основные линии локализации морщин лица:

1 — лобные; 2 — межбровные; 3 — складка верхнего века; 4 — складка нижнего века; 5 — носогубная; 6 — щечная; 7 — подбородочная

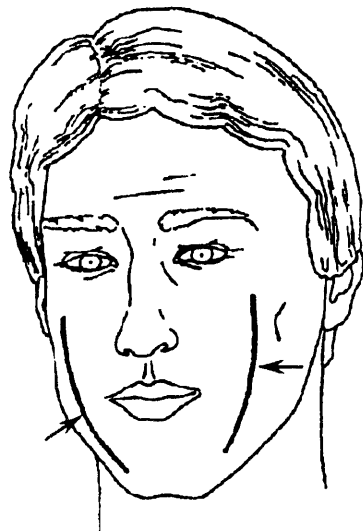


Рис. 71. Скуло-подбородочная складка, свидетельствующая о гипофункции желудка и поджелудочной железы



Рис. 72. Изменение лица одной женщины в различные этапы жизни:

а — детство; б — средний возраст; в — старческий возраст

По данным К.Теппервайна, резкая вертикальная складка, тянущаяся от скул до подбородка, говорит о наличии гастрита и язвенной болезни желудка (рис. 71).

С увеличением возраста от детского до старческого лицо как бы раскрывается наподобие цветка, а затем медленно тускнеет и увядает. Постепенно, нарастая, изменяются топография и выраженность морщин на лице.

По мере старения человека происходят поразительные и, увы, неизбежные, инволюционные преобразования лица, которые мы с удивлением можем рассматривать в наших семейных фотоальбомах: от детского к зрелому и далее к старческому возрасту (рис. 72).

Старение человека сугубо индивидуально; у одних оно наступает раньше, у других позже, так что биологический возраст редко соответствует календарному. Доказано, что скорость увядания зависит от многих факторов биологического и социального характера; поэтому более правильно механизмы старости искать в особенностях всей жизни. В настоящее время процессы старения изучаются с особенной тщательностью — на молекулярном, клеточном, органном, системном и организменном уровнях. Включились в исследовательскую деятельность и геронтокосметологи, выделившие несколько типов старческих изменений лица: «усталое», «морщинистое», «деформированное», «старческое», «изнуренное» и некоторые другие.

Для сдерживания старения, коррекции фигуры и омоложения кожи специалисты известной французской фирмы «Деклеор» изготавливают эффективные косметические средства на основе исключительно натуральных продуктов. После проведения компьютерной диагностики косметологи подбирают пациентам специфически действующие для различных



Рис. 73. Схема возрастного изменения мягких тканей по медиальной линии в связи с редукцией жевательного аппарата

участков кожи лица и тела эфирные масла, кремы, лосьоны, лекарственные травы.

Например, концентрированные смеси эфирных масел из сандалового дерева, пачули, герани и розмарина подтягивают кожу, уменьшают жировые отложения, выводят токсины. Экстракты из вьющегося плюща и ячменя стимулируют обмен веществ, повышают тонус и упругость тканей груди и бедер. Ароматическая эссенция из шалфея, семян петрушки, лесного ореха нормализует кровообращение кожи лица, разглаживает мелкие морщины. В состав косметических средств нередко вводятся морская вода, водо-

росли, гаммелис и другие вещества.

По ряду морщин и складок на лице физиогномисты диагностируют патологические процессы: гастриты, панкреатиты, язвенную болезнь желудка и др.

В старости резко трансформируется зубочелюстной аппарат. С выпадением зубов заметно укорачивается нижняя часть и происходит обратное развитие жевательного аппарата (рис. 73). Отмечается западение глазного яблока в орбиту, потускнение и выцветание радужки. Кожа пожилых и старых людей истончается, бледнеет и покрывается пигментными пятнами, жировыми отложениями и многочисленными, порой замысловатыми морщинами (рис. 74). Лабиринт морщин, наподобие дерматоглифической картины, в одних случаях говорит о доброте, приветливости и ласке человека, в других — о злобе, жадности и жестокости. Интеллект человека, его характер, форма психической активности оказывают непосредственное влияние на формирование внешних проявлений старения лица. Наблюдаются два вида такого рода старений, связанных с психофизиологическими особенностями индивида.

Первый вид старения — «красивая старость». В психической сфере старение идет по пути сохранения до глубокой старости активной трудовой, творческой и особенно мыслительной деятельности. Люди, относящиеся к этому типу, обычно внешне аккуратны, подтянуты, приветливы и доброжелательны; им более свойственны положительные эмоции, что отражается на направлении старческих складок и морщин. Старческие изменения лица, расположение морщин и складок как бы повествуют о внутренней красоте, жизненной мудрости и благородстве. Эти люди по-своему красивы.

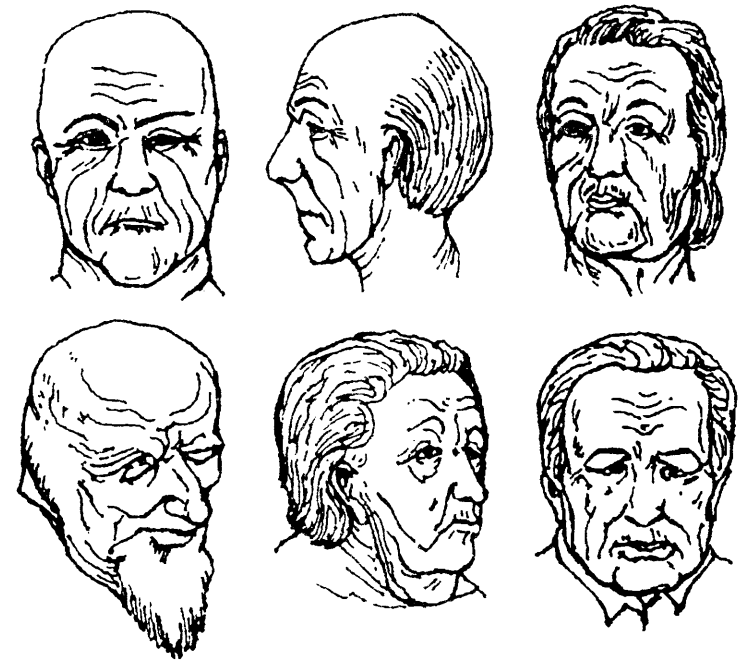


Рис. 74. Изменение рельефа и кожи лица в пожилом и старческом возрасте

Кожные линии лица направлены кнаружи и вверх — «веселый тип». Этим людям свойственно естественное, а не преждевременное старение; к ним относятся и долгожители.

Второй вид старения — «безобразная старость». В психической сфере регрессивные процессы идут по пути раннего снижения психической активности, работоспособности, трудовой продуктивности и даже деградации личности. Этим людям свойственны отрицательные черты характера и эмоций. Кожные линии лица направлены кнаружи и вниз — «угрюмый тип». В результате появляются неприветливые, сумрачные, желчные, даже злые лица, нередко с выражением презрения и брезгливости. К этому виду относятся в большей степени люди с преждевременным старением.

Диссонансом вышесказанному звучит сообщение немецких ученых о тайне нестареющего лица 91-летней Аманды Райденаур (рис. 75). Впервые познакомившись с Амандой, известный генетик доктор Г. Дрекман решил, что имеет дело с необычной болезнью у очень молодой женщины. Посудите сами — старческое, разбитое болезнями тело и голова 17-летней красавицы. Тщательное обследование подтвердило невозможное — за долгую жизнь фрау А. Райденаур, прабабушки нескольких почти взрослых правнуков, старость не посмела коснуться ее ли-





Рис. 75. Молодое лицо 91-летней женщины

ца. Практически ни одной морщины на молодом прекрасном лице. При этом вероятность пластических операций исключается. В чем состоит разгадка феномена Аманды Райденаур? Может быть, это двойной ствол мозга и дополнительный ганглий или их чрезмерная васкуляризация или регулярное сосредоточение на энергетическом центре Вишудха — зеленовато-синем 16-лепестковом лотосе. Ответ на эти вопросы дадут исследования немецких ученых.

Диаметрально противоположным феномену Аманды Райденаур процессом является пресенильная инволюция — крайне редкое заболевание, встречающееся чаще у мужчин и начинающееся обычно с детства. Заболевание характеризуется рано проявляющимися признаками глубокого старения (рис. 76). Создается впечатление, что ребенок родился уже состарившимся во внутриутробном периоде. Впервые это заболевание было описано Сике и Шарко (1891) под названием кожного героморфизма. Отличительными признаками процесса служат: малый долихоцефалический череп; вя-

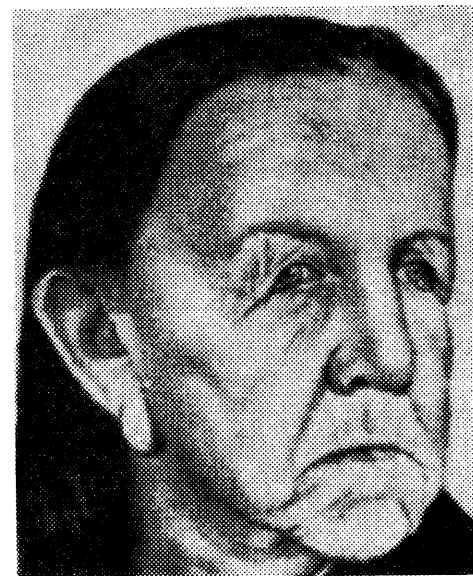


Рис. 76. Старческое лицо 18-летней девушки

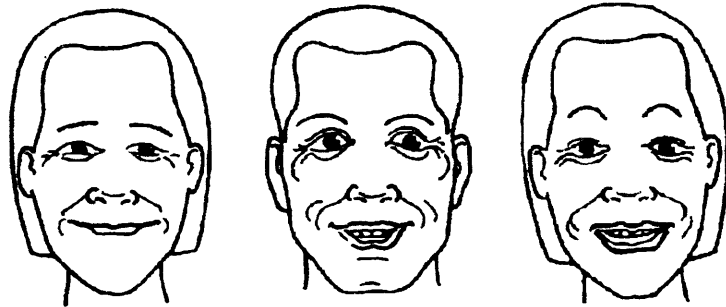
лая, морщинистая кожа лица и других отделов тела, весьма напоминающая кожу дряхлого старика; симптомы выраженного атеросклероза всех органов; неполноценность психики. Причина заболевания пока не ясна. Диагноз же может быть поставлен на расстоянии. Прогноз неблагоприятен, лечение бесперспективно.

Человек начинает стареть очень рано. После достижения физического расцвета в 12 лет следует различный по длительности период фрагментарного и общего старения человека. По данным американской статистики, 6 человек умирают к 40 г., 4 — к 50, 9 — к 60 г. К 75 г. в живых остается половина из 100 человек, к 85 — только 10, и почти все умирают к 90 г.

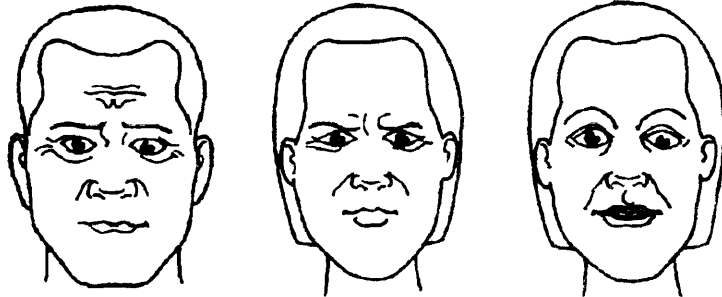
Это побудило нас (Е.С. Вельхвер) создать точную и удобную для практического пользования компьютерную программу «Рейтинг старения», способную оценить гомеостатические резервы организма и многочисленные слагаемые морфологического и функционального увядания человека. Программа построена в диалогово-автоматизированном режиме и состоит из 90 клинических, физиогномических и иридологических параметров. С ее помощью за 15 мин. определяется состояние различных систем организма и степень их «износа».

Внешним выражением психических состояний, особенно эмоциональных, являются движения, которые проявляются мимикой, пантомимикой и «вокальной мимикой». Они часто сопровождаются нарушением пульса, дыхания и другими физиологическими реакциями. В повседневной жизни по тончайшим переменам в выражении лица, интонации голоса и т. д. мы чувствуем незначительные сдвиги в эмоциональном состоянии и настроении окружающих нас людей.

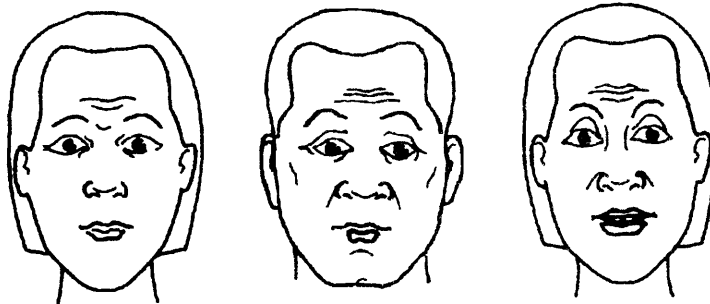
В широком смысле слова, характер походки, особенности позы, манера держаться, нюансы мимики, тонкие движения пальцев рук — это проявления чувств индивида. На нейрофизиологическом, экспрессивном и субъективном уровнях психологи изучают ряд фундаментальных эмоций: радость, интерес — возбуждение, удивление; стыд — застенчивость; страх, горе — страдание; гнев, отвращение — возмущение; презрение — неуважение (рис. 77).



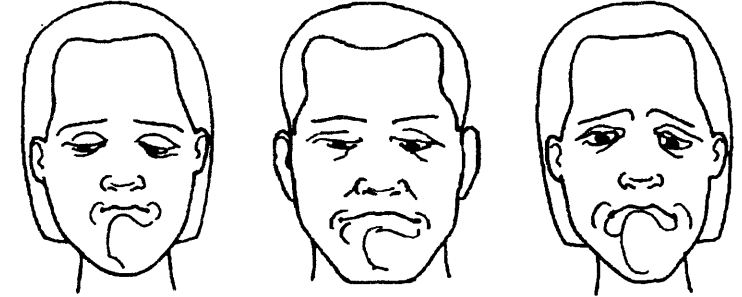
РАДОСТЬ



ИНТЕРЕС – ВОЗБУЖДЕНИЕ



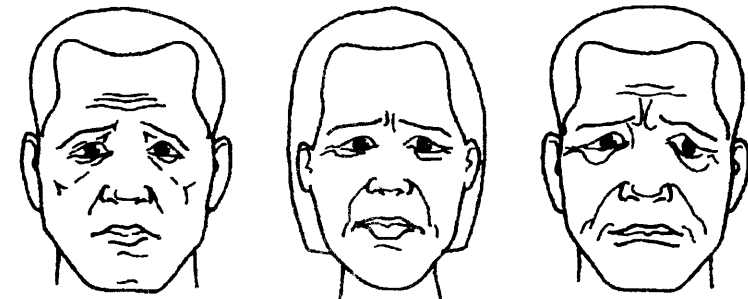
УДИВЛЕНИЕ



СТЫД – ЗАСТЕНЧИВОСТЬ



СТРАХ



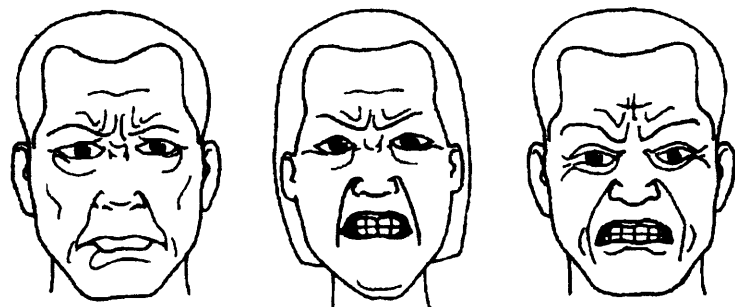
ГОРЕ – СТРАДАНИЕ

Рис. 77. Изображение наиболее частых экспрессий лица

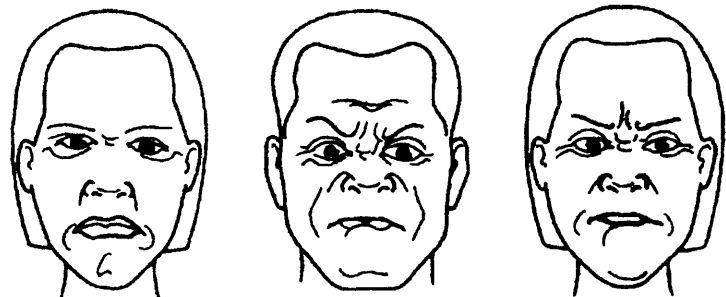
Рассмотренные эмоции существуют в течение очень короткого периода времени — до того момента, когда активизируются другие эмоции. Фундаментальные эмоции считаются врожденными, но социокультурные факторы играют немаловажную роль в определении эмоциональной экспрессии.

Рис. 77. Продолжение

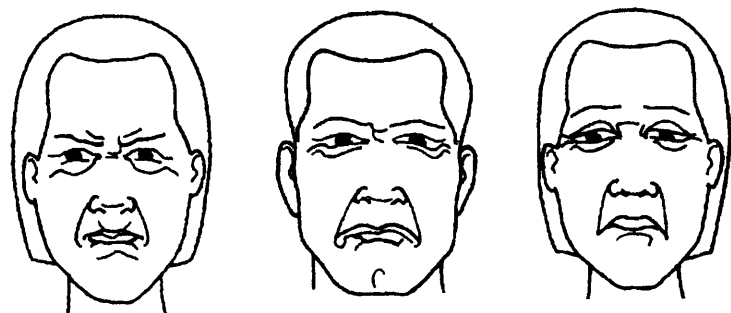
Каждая культура обладает собственными «правилами проявления» эмоций, их нарушение может иметь серьезные последствия для индивида. Эти культурные правила могут требовать подавления или маскировки одних выражений и, наоборот, частого проявления других. Представители западной



ГНЕВ



ОТВРАЩЕНИЕ — ВОЗМУЩЕНИЕ



ПРЕЗРЕНИЕ — НЕУВАЖЕНИЕ

Рис. 77. Продолжение

цивилизации часто улыбаются при неприятностях, а японцы, воспитанные на самурайском кодексе чести «бусидо», обязаны улыбаться, даже переживая горе.

Этнографы условно делят культуры на «контактные» и «неконтактные». К «контактным» культурам относят культуру арабских народов, латиноамериканцев, народов юга Европы. Они непосредственны и темпераментны в разговоре, стремятся к сближению, жестикулируют и прикасаются друг к другу, взгляд направлен в глаза собеседника, причем длительность взгляда разная. «Неконтактные» культуры — это культура индийцев, пакистанцев, японцев, североевропейцев. При разговоре у них невежливо смотреть прямо в глаза, поэтому взгляд направлен в сторону. Например, с точки зрения народов Индии и Китая русские обнимаются и целуются часто, а вот с позиции испанцев и итальянцев — мало.

Мимическая деятельность передает непосредственную и специфическую информацию об эмоциях человека. Многие мимические движения совершаются произвольно, автоматически как часть эмоционального процесса. «Микромоментные выражения» выдают истинное отношение человека, поскольку они имеют рефлекторную природу. Интересен факт, что субъекты, зримо представляющие ситуацию, вызывающую эмоции, демонстрируют предсказуемые изменения в напряжении лицевых мышц (на электромиограмме), даже когда на лице не появляется никакого выражения.

Для подробного анализа мимического выражения лицо делят на три зоны: надбровную, область глаз и низ лица, включающий щеки, нос, рот и подбородок. Яркими индикаторами мимики, экспрессивными центрами лица являются области глаз, рта и особенно самих глаз, взгляд которых отражает никогда не повторяющуюся картину психофизических качеств человека. Каких только не бывает взглядов, наверное, их много сотен и даже тысяч: жизнерадостный, живой, печальный, угрюмый, восторженный, горделивый, болезненный, злой, искрящийся, угодливый, смешливый, сосредоточенный, тяжелый, вялый, блуждающий, тусклый, безразличный, задумчивый, отсутствующий, завистливый, презирающий, внимательный, удивленный и т. д.

Эмоции чаще возникают в комплексах или комбинациях, взаимодействуют между собой, одна эмоция может оживлять, усиливать или ослаблять другие. Чтобы распознать тонкие и сложные эмоции, помимо выражения лица, необходимо знать конкретные взаимоотношения человека с окружающим миром, а также обладать творческой интуицией и логикой мышления.

Индийская система условных жестов, заменяющих слова, отличается исключительной изобретельностью и богатством «словаря». Для обозначения различных действий, эмоций и понятий предусмотрены точные положения и движения каждой части тела. Особенно тщательно разработана эта «грамматика» применительно к глазам и рукам, как наиболее выразительным органам человека. Жест, обозначающий какое-либо понятие, складывается из нескольких движений, в которых особая роль отведена положению пальцев. Это так называемая мудра. Мудру можно сравнить с буквами алфавита, из которых складываются слова и фразы. Мудры являются составными частями жестов, условно обозначающих те или иные понятия. Особо установлены положения головы, выраже-

ния глаз и движения рук для определения различных понятий в индийском народном театре, индийском традиционном танце. Танец является одной из форм религиозного ритуала. Драма и танец в Индии на протяжении тысячелетий были настолько тесно связаны друг с другом, что границу между ними установить трудно. Классический танец подразумевает всю совокупность мимики и ритмических телодвижений, в том числе изобразительно-описательные, эмоциональные, рефлекторно-психологические жесты. Мимика и жесты в танце подчинены сложнейшей системе правил, которые служат наиболее совершенному выражению драмы, ее содержания, ее эмоционального строя и философской идеи. Музыка мимики и жеста способна передать неуловимые, почти неосознанные мысли и желания, которые не всегда поддаются пониманию разумом и определению словом. Выразительность рук была разработана в совершенстве, и не только положение руки или положение кисти, но и положение каждого пальца имеет особый смысл и значение (рис. 77.1, цв. вкл.).

«Вокальная мимика», или эмоциональная окраска голоса, представляет один из наиболее тонких и важных симптомов эмоционального состояния человека. В речи каждого человека эмоциональное возбуждение сказывается целой гаммой выразительных моментов — интонацией, ритмом, темпом, паузой, повышением и понижением голоса, усиливающими построениями, разрывами и т. п. Эмоции оказывают выраженные произвольные изменения в содержательной стороне речи (нарушают грамматику, логику и системность изложения), а также в артикуляции (появление визгливости, хрипоты, переходов на писк или бас, возникновение заикания, «заглатывания» слогов, удлинения пауз между словами, металлического оттенка голоса). Голос принимает различные оттенки, человек может говорить гневно, яростно, растерянно, радостно, виновато, возмущенно, ласково, огненно, убедительно, заискивающе и т. д.

«Вокальная мимика» выражается и в так называемом вибрато — ритмической пульсации частоты и интенсивности человеческого голоса (при пении отмечаются 67 пульсаций в секунду). Вибрато связано с эмоциональным состоянием и оказывает эмоциональное воздействие на людей. Человеческая речь становится тем более эмоциональной, чем менее эффективны логические доводы говорящего. Степень использования эмоциональной экспрессии находится в прямой зависимости от неэффективности других способов социального воздействия.

По речи и характеру высказываний человека можно судить о его жизненных потребностях, о «ядре» личности. Если у человека преобладают биологические потребности, то у него, как у героини романа И. Ильфа и В. Петрова «Двенадцать стульев» Эллочки-людоедки небольшой словарный запас (до 30 слов), небрежность словоупотребления, неряшливость речи. При идеальных потребностях применяются специальная терминология, метафора. При преобладании социальных потребностей человек говорит правильно, логично, использует точные выражения, словоупотребление ответственное, общепринятый словарь наиболее полный.

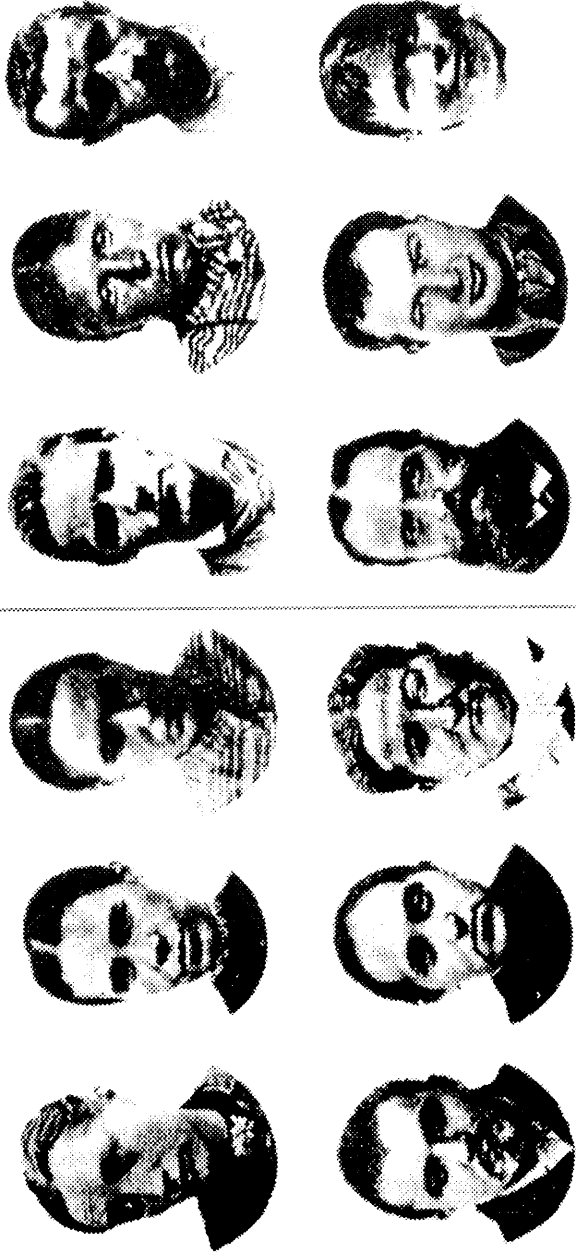
Известно, что хорошо поставленный сильный и густой бас или баритон характеризуют, как правило, сильную и властную натуру. Людей с таким голосом особенно часто можно встретить в министерских кабинетах, в должности крупного босса, генерального директора. И напротив, обладатели слабых и писклявых голосов очень редко достигают «начальственных высот».

Большое значение силе и тембру голоса придают корейские врачи. Они считают, что, если у мужчины голос хрипловатый, негромкий, его семенники работают недостаточно эффективно, и наоборот, если даже у щуплого мужчины мощный звонкий голос, значит, с половыми железами у него все в порядке.

Чувство смешного и его внешнее проявление — смех могут служить важной характеристикой индивидуальности. В различных ситуациях смех может быть глупым, искренним, неискренним, вежливым, принужденным, скрываемым. Смех — это звук человеческого голоса, прерываемый серией коротких судорожных выдохов. Выдох — разрядка, снятие напряжения, чувство облегчения, в результате смеющийся человек расслабляется. По характеру звуков можно судить о характере человека: если в смехе слышно окончание «э-э, е-е, еэ-ээ», то это говорит о вежливости и хорошем воспитании. У простодушного добрячка слышится «хо-хо-хо», у самолюбивых людей — «хе-хе-хе», у легкомысленных и склонных к злословию — «хи-хи-хи», у лукавых и проницательных — «ха-ха-ха», у фамильярных людей — «у-у-у».

Сущность смеха очень точно раскрывает Ф.М. Достоевский в романе «Подросток»: «Смехом иной человек себя совсем выдает, и вы вдруг узнаете всю его подноготную. Даже бесспорно умный смех бывает иногда отвратителен. Смех требует прежде всего искренности, а где в людях искренности? Смех требует беззлобия, а люди чаще всего смеются злобно. Искренний и беззлобный смех — это веселость, а где в людях в наш век веселость, и умеют ли люди веселиться? Веселость человека — это самая выдающаяся черта человека, с ногами и руками. Иной характер долго не раскусите, а рассмеется человек как-нибудь очень искренне, и весь характер его вдруг окажется как на ладони. Только с самым высшим счастливым развитием человек умеет веселиться неотразимо и добродушно... Итак: если захотите рассмотреть человека и узнать его душу, то вникайте не в то, как он молчит, или как он говорит, или как он плачет, или даже как он волнуется, а высмотрите лучше всего, когда он смеется. Хорошо смеется человек — значит хороший человек... Чуть заметите малейшую черту глуповатости в смехе — значит, несомненно, тот человек ограничен умом, хотя бы только и делал, что сыпал идеями».

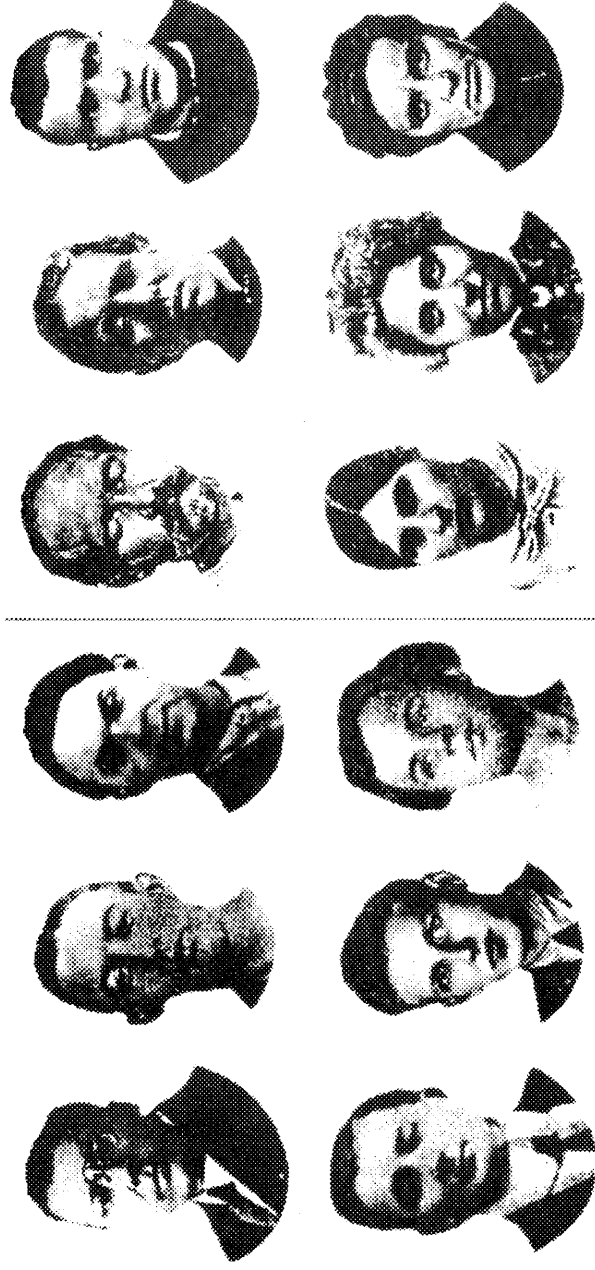
Любые отрицательные эмоции и стрессы сразу же сказываются эмоциональной напряженностью и характерными признаками на лице. Это — появление асимметрии и перекошенности лица, дрожания мимических мышц, побледнение или покраснение кожи, возникновение «бегающих» глаз, нистагма, хоботкового и сосательного рефлексов, «гусиной кожи» и ощущений «дыбом стоящих волос».



ДЕПРЕССИЯ

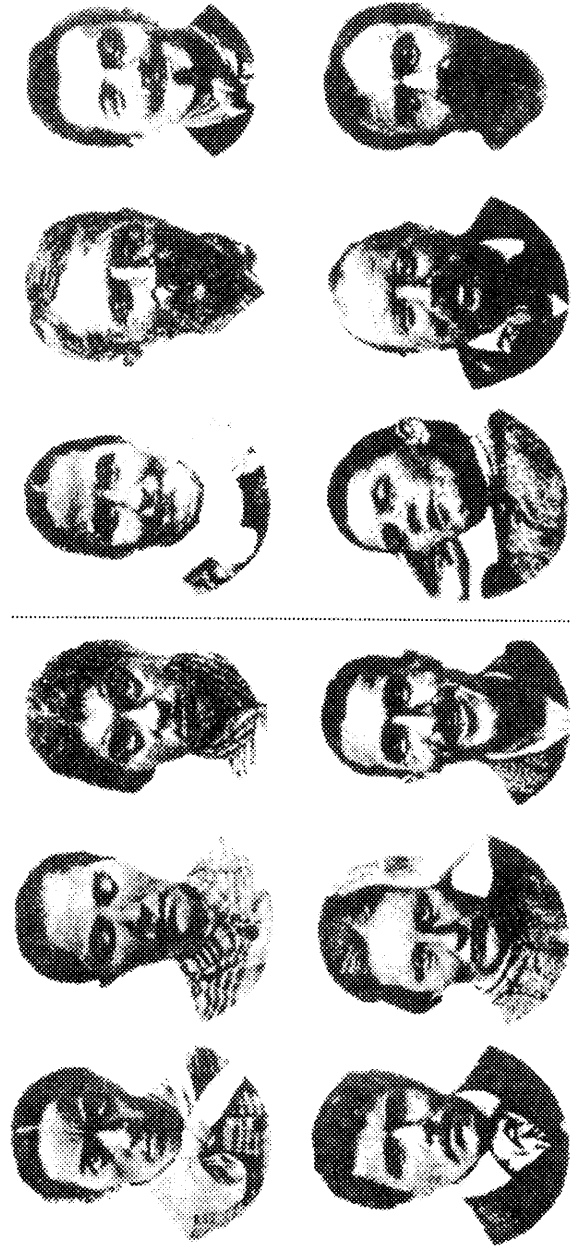
ЭПИЛЕПСИЯ

Рис. 78. Стандартные фотографии «Сонди-теста», разбитые на восемь психологических форм, каждая из которых представлена шестью портретными вариантами



ГОМОСЕКСУАЛИЗМ

ИСТЕРИЯ



КАТОНИЧЕСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

МАНИЯ

Рис. 78. Продолжение



ПАРОНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

САЛИЗМ

Рис. 78. Продолжение

Прожитая человеком жизнь оставляет следы на лице. Болезни, условия жизни, профессия вносят определенные штрихи к портрету. Яркие черты лица рисует внутренний мир человека — мысли, чувства, страсти, переживания, которые он испытывает, которые владеют им больше всего. От постоянного сокращения лицевых мышц образуются складки, изломы кожи, появляются характерные мимические морщины и выпуклости. «Застывшая, немая речь» многое может сказать о личности человека, а самые выразительные следы называют «печатами».

Современная психодиагностика для изучения пациента использует ряд методик, в той или иной мере связанных с изображениями человека. Известны такие тесты, как «Нарисуй человека», «Рисунок семьи», «Предпочитаемый тип симпатии», «Сонди-тест».

Особенно интересна методика исследования личности, предложенная венгерским психиатром Л. Сонди в 1939 г. Стимульный материал «Сонди-теста» состоит из 48 стандартных фотографий с портретами психически больных людей (эпилепсия, истерия, садизм, гомосексуализм, кататония, параноидная шизофрения, депрессия, мания), 6 серий по 8 (от каждой категории больных). На фотографиях Л. Сонди больные представлены не в остром (стационарном), а в ремиссионном периоде и без внешних признаков больничной одежды (рис. 78). Обследуемому предоставляется во всех сериях портретов, т. е. шестикратно, выбрать по два наиболее и наименее понравившихся. Интерпретация строится следующим образом: если 4 и более портретов одной категории больных получили положительную или отрицательную оценку, то данную «диагностическую область» следует признать значимой для обследуемого.

Концепции Л. Сонди:

— бессознательное психопатологическое отражается в мимике;

— отобранная психическая патология является основным радикалом бессознательных влечений, передающимся генетическим путем. В легкой степени невольные влечения проявляются в характере, в средней — в психопатии, в крайней степени — в психозе.

Повседневная работа врача побуждает его сталкиваться с тысячами человеческих лиц и выражений. Они имеют очень важное диагностическое и прогностическое значение, являясь зеркалом душевного и физического состояния больного. В общих чертах спокойное и бодрое выражение лица говорит о хорошем состоянии больного, страдальческое свидетельствует о тяжести заболевания. У больных с высокой температурой характерны возбужденное выражение лица, припухание и краснота кожи, особенно на щеках, лихорадочный блеск глаз. Лицам, страдающим тяжелой одышкой, свойственны напряженное выражение лица, цианоз губ, кончика носа и ушей, периодическое расширение и спадание крыльев носа при вдохе и выдохе.

Таким образом, перед глазами и сознанием врача проходит непрерывная галерея, составленная из картин живых и «затихших» лиц больных. Многолетний опыт клинической медицины показывает, что из всей гаммы говорящих и молчащих портретов взгляд опытного врача всегда может выявить не

только типичные для определенного заболевания признаки, но и более тонкие симптомы.

Остановимся на «лицевой диагностике» новорожденных и взрослых людей. Прежде всего нам хотелось бы остановиться на необычных и в то же время легко читаемых чертах лица новорожденных и малышей, по которым квалифицированные педиатры диагностируют наследственные болезни. Рассмотрим эти черты, или стигмы.

*Стигмы отягощенной наследственности лица и головы:*

- дизморфические лица «попугая», «эльфа», «принца», «сфинкса»;
- плоское лицо с маленьким носом и красными, клоунскими щеками;
- широкое лицо с выступающими широкими скулами;
- плоское прямоугольное лицо с высоким выпуклым лбом;
- сонное лицо с невыразительным, глуповатым взглядом и дряблой мраморной кожей;
- краниостеноз (раннее зарастание швов черепа);
- ретрофлексия головы;
- микро- и макроцефалия;
- долихоцефалия с плоским или выступающим затылком;
- выраженные лобные бугры, высокие надбровные дуги;
- отсутствие залысин на лбу;
- низкая граница роста волос на затылке.

*Стигмы рта:*

- открытый «рыбий» рот;
- аномалии зубов и зубной эмали;
- маленькое и арковидное нёбо;
- высокий свод нёба;
- незарашение верхней губы, нёба и челюсти («волчья пасть»);
- длинный желобок на верхней губе;
- срезанный подбородок;
- длинный заостренный язык.

*Стигмы носа:*

- расширение корня носа;
- седловидная переносица;
- маленький короткий очень курносый нос;
- клювовидный нос (большой нос, загнутый книзу);
- гипоплазия носа.

*Стигмы ушей:*

- диспластические уши;
- низкорасположенные, деформированные и оттопыренные уши;
- низкорасположенные с приросшей мочкой уши;
- различные по величине и форме ушные раковины.

*Стигмы глаз:*

- аномальное расположение глаз;



Рис. 79. Лицо паркинсоника

- гипертелоризм (большое расстояние между глазами);
- микрофтальмия;
- гидрофтальмия — симптомы, сопутствующие гидроцефалии;
- косоглазие;
- колобома радужки;
- косорасположенные глазные щели;
- пятна Брушфильда — мелкие белые пятна на светлой радужке у детей раннего грудного возраста.

Иную информацию несут лица взрослых людей. Здесь мы не ставим целью описать характерные лица при всех заболеваниях. Это была бы изнурительно неблагодарная работа с

неопределенным итогом, поскольку нет ни одного характерного лица для отдельно взятой болезни. Тем не менее мы вправе говорить о типичных лицах больных при некоторых заболеваниях, на которых в качестве примера остановимся. Итак, краткий перечень типичных лиц больных, диагноз которым грамотный врач может поставить, как говорят, «с порога».

**Лицо паркинсоника** (рис. 79) маскообразное, мигание редкое, речь монотонная и тихая. Отмечаются сальность лица, повышенное слюно- и потоотделение. Совершенно отсутствуют мимика и жесты, сопровождающие эмоции. Взгляд больного устремлен в одну точку, лицо ничего не выражает, кажется бессмысленным и неподвижным. Больной может переживать тяжелое горе или большую радость, а лицо при этом остается «пустым» и маскообразным. Возможно мелкое или крупноразмашистое дрожание нижних челюстей, губ, языка и особенно часто головы по типу тремора «да» и тремора «нет».

Патогенетически паркинсонизм характеризуется выпадением нервных клеток во всей меланинсодержащей нейрональной системе мозгового ствола, и прежде всего в черной субстанции Зоммеринга.

Маскообразное лицо с обшей олиго- и брадикинезией (слабостью и замедленностью движений) при



Рис. 80. Лицо миопата

воспалениях, травмах и опухолях головного мозга классифицируется невропатологами как синдром паркинсонизма, при склеротических изменениях мозга как болезнь Паркинсона. Важно знать, что каждый из нас, переступая пороги старости (45—70 лет) «надевает персональную маску паркинсоника», по которой наблюдательный врач (и не только врач) может точнее любого биохимического анализа сказать, как и в какой мере стареет данный человек. Лучшей шпаргалки для определения атеросклероза придумать невозможно.

**Лицо миопата, или сфинкса** (рис. 80) — это малоподвижное лицо с полуоткрытым ртом, отсутствием складок на лбу, не полностью закрывающимися глазами. Характерны губы тапира, выражающиеся утолщением, выстоянием и малоподвижностью, а также отвисанием нижней губы. Указанные изменения обусловлены псевдогипертрофией круговой м.щцы рта и атрофией остальной мимической мускулатуры.

Патогенетически миопатия относится к наследственно-дегенеративным заболеваниям типа прогрессирующей мышечной дистрофии.

**Лицо Гиппократа, или маска Гиппократа** (рис. 81), характеризуется безучастным выражением лица, втянутыми щеками, запавшими глазами и тусклыми роговицами с темно-синюшным симптомом очков, заостренным носом, бледно-серым цветом кожи, покрытой каплями холодного липкого пота.

Наблюдается у больных в крайне тяжелом состоянии, связанном с обезвоживанием организма, например при разлитом перитоните, кишечной непроходимости, холере и т. д.

**Лицо Гетчинсона, или маска Гетчинсона** (рис. 82). Отмечается сочетание двустороннего птоза, неподвижности глазных яблок и компенсаторного наморщивания лба с запрокидыванием головы назад и двусторонней полной наружной офтальмоплегией.

Наблюдается у больных с тяжелой интоксикацией центральной нервной системы, базальных опухолях мозга и стволовых энцефалитах.



Рис. 81. Лицо Гиппократа

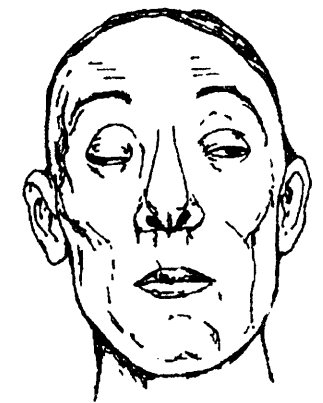


Рис. 82. Лицо Гетчинсона



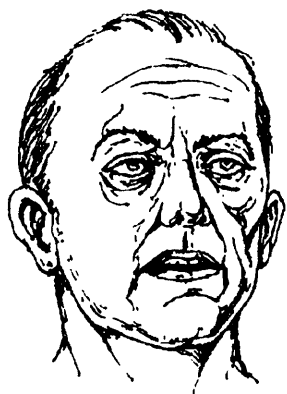


Рис. 83. Лицо корвизара

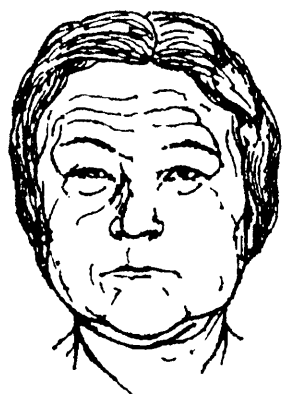


Рис. 84. Лицо при микседеме

Лицо корвизара, или сердечное лицо (рис. 83) — обрюзгшее лицо с сонноустальным взглядом, акроцианозом на фоне бледно-желтой кожи, багровыми, несколько выпяченными губами и постоянно полуоткрытым ртом, которым больной как бы ловит воздух.

Отмечается у больных с тяжелыми хроническими заболеваниями сердца. Лицо при микседеме (рис. 84). Самым важным и постоянным симптомом болезни являются отеки лба, век, носа и щек; лицо одутловатое и безжизненное, мимика ступевана. Глазная щель узкая, губы и нос иногда цианотичны, на щеках нередко наблюдается румянец, как у накрашенных кукол, тогда как

все лицо остается бледным. Отмечаются зябкость, вялость, понижение памяти, сухость кожи, замедление речи и охриплость голоса, ломкость и выпадение волос на голове, а также на концевых частях бровей. Язык утолщен, по краям нередко вдавления от зубов. Симптоматично, что при надавливании на отечные участки лица ямки не сохраняются. Имеют место брадикардия, понижение температуры и обмена веществ.

Наблюдается при первичном и вторичном гипотиреозе.

Лицо при тиреотоксикозе, или лице базедовика (рис. 85). Наиболее характерными признаками являют-



Рис. 85. Лицо при тиреотоксикозе

ся глазные симптомы и диффузное увеличение щитовидной железы IV степени. Из глазных симптомов наиболее часто встречается пучеглазие (или экзофтальм), а также симптомы Грефе, Мебиуса, Дельримпля, Кохера, Жоффруа, Еллинека, придающие больному специфический — настороженно-тревожный, испуганный вид. При тяжелом течении наблюдаются выпадение и депигментация волос, изменение ногтей и кожи, суетливость, непоседливость и тики. В большинстве случаев температура повышена (до 37,5°C), пульс учащен (до 100—130 уд./мин.), работоспособность и сон нарушены.

Наблюдается при поступлении в организм чрезмерного количества гормонов щитовидной железы.

Лицо при неврите лицевого нерва (рис. 86). Наступающий при неврите периферический паралич лицевого нерва резко изменяет все черты лица. Рот перетянут в здоровую сторону, угол рта на больной стороне опущен, носогубная складка сглажена, ноздря при дыхании суживается, а не расширяется, как в норме. Глаз на стороне паралича широко открыт — лагофтальм (заячий глаз), мигательные движения отсутствуют: последнее приводит к обильному слезотечению. Из-за паралича больной не может нахмурить лоб, сомкнуть глазную щель и поднять бровь на больной стороне. Возникают трудности с произношением губных звуков и приемом еды, так как пища застревает на парализованной стороне между щекой и зубами.

Возникает как идиопатическое заболевание или как следствие менингита, опухоли мостомозжечкового угла, аневризмы, сахарного диабета, воспалений.

Лицо при акромегалии (рис. 87). Изменение черт лица и внешнего облика наступает постепенно и наблюдается у людей зрелого возраста (30—50 лет), чаще всего у жен-



Рис. 86. Лицо при неврите лицевого нерва



Рис. 87. Лицо при акромегалии



Рис. 88. Лицо при хронической уремии

Лицо при хронической уремии (рис. 88) печально-сонливое, кожа землисто-серая, с желтоватым оттенком из-за отложения пигмента урохрома. Отмечаются гипотермия, фибриллярные подергивания отдельных мышц. На коже отмечаются скопления кристалликов мочевины, имеющих вид пудры. Дыхание нарушено по типу Куссмауля или Чейна-Стокса.

Характерно для конечной стадии развития ряда диффузных хронических заболеваний почек.

Лицо при лепре, или львиное лицо (рис. 89). Вначале на коже лица появляются эритематозно-пигментные пятна различной величины и цвета — от красного до серочерного. Чувствительность в зоне пятен оценивается как гиперестезия с меняющейся анестезией. Позже на пятнах или рядом с ними развиваются выпячивающиеся узлы — лепромы. Лицо при этом обезображивается и становится похожим на львиное. Исчезают сальные и потовые железы. Поражаются нервная система, глаза и некоторые внутренние органы.

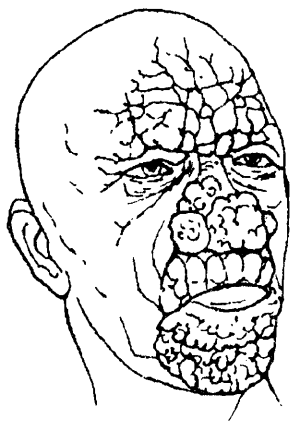


Рис. 89. Лицо при лепре

шин. Лицо выглядит огрубевшим и состарившимся. В результате увеличения надбровных дуг, скуловых костей и подбородка лицо больного приобретает своеобразный суровый вид. Мягкие ткани лица гипертрофируются, что приводит к увеличению носа, губ и ушей. Увеличиваются язык и межзубные промежутки, развивается прогнатия. Кожа обычно жирная, утолщенная, появляются глубокие складки, особенно на затылке. Отмечается рост костей черепа, особенно лицевого.

Болезнь обусловлена аденомой гипофиза с гиперсекрецией соматотропного гормона передней доли.



Рис. 90. Лицо при гирсутизме



Рис. 91. Лицо при аденоидах

Наблюдается при поражении коркового слоя надпочечников (опухоли, гиперплазия), гипофиза (болезнь Иценко-Кушинга, акромегалия), яичников (опухоли, функциональная недостаточность). Иногда встречается в легкой форме при беременности, по истечении которой проходит.

Лицо при аденоидах (рис. 91) отмечается в основном у детей и подростков. Характерно тупое выражение лица с открытым ртом, постоянно или периодически заложенным носом, упорным насморком и нечистым гнусавым голосом. Нижняя челюсть обычно свисает, носогубные складки сглажены, кожа около носа припухлая или экзематозно измененная. Дети рассеянны и невнимательны, отстают в школе от сверстников. Спят беспокойно, с открытым ртом. Возможны ларингоспазмы, хореоподобные движения мышц лица, приступы бронхиальной астмы и деформация грудной клетки.

Заболевание связано с гипертрофией носоглоточной миндалины или аденоидными разрастаниями.

Лицо при хроническом алкоголизме (рис. 92). Злоупотребление алкоголем оказывает особенно отрицательное воздействие на общее выражение лица человека. А.П. Чехов писал, что водка белая, но красит нос и чернит репутацию. Утрачивается эластичность кожи лица. Она приобретает красный, а затем синюшный оттенок с массой паутинообразных прожилков сосудов. Отмечаются венозное полнокровие конъюнктивы, сенильная дуга на роговице, атрофия сосочков и обложенность языка, увеличение околоушных желез (гигантский паротит). Обрюзгшее, с грубыми кожными складками и морщинами лицо алкоголика несет специфический отпечаток мрачного цинизма, тупости и полуживотных инстинктов и интересов. С точки зрения нормальных людей, черты лица больного алкоголизмом отталкивающие.

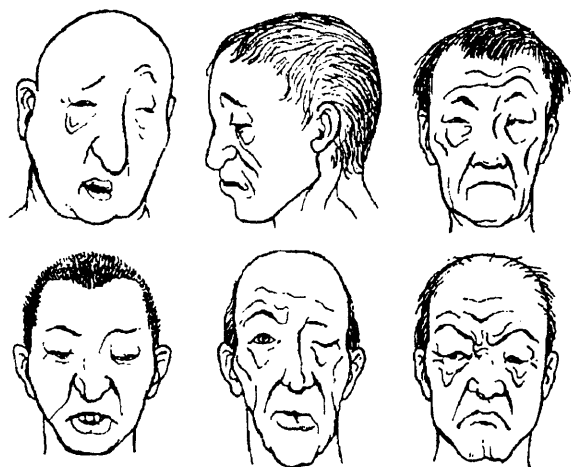


Рис. 92. Лица при хроническом алкоголизме

Галерею человеческих портретов-типажей, позволяющих лучше узнать психологию их обладателей, приводит Р. Уайтсайд в книге «О чем говорят лица».

В качестве примера сошлемся на морфологические признаки физической и психической энергии. В интерпретации американского физиогномиста, у людей с большой физической энергией основная масса лица сосредоточена ниже носа, в то время как у людей с высокой психической энергией основная масса лица расположена выше глаз, а само лицо как бы заостряется книзу, напоминая по форме букву У (рис. 93).

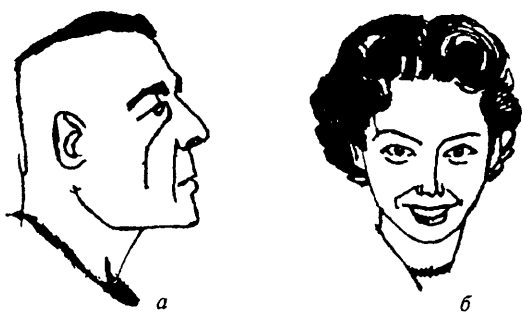


Рис. 93. Взаимоотношения формы головы и биоэнергетики:  
а — человек с большой физической энергией; б — человек с высокой психической энергией

## Глава V

### ТОЧЕЧНО-ЗОНАЛЬНЫЕ ПРОЕКЦИИ ЛИЦА И ГОЛОВЫ

История народной и научной медицины показывает, что внутренние органы и части тела имеют свое представительство на всей поверхности тела, во внешних рецепторах всех органов чувств.

Возникает вопрос, для чего необходимо такое представительство, при котором человеческий организм спроецирован наружу пятикратно — через кожный, оптический, слуховой, обонятельный и вкусовой анализаторы, т. е. через каждую чувствительную систему? Попытаемся ответить на этот непростой вопрос.

Обратимся к хронологии. Первыми в VII в. н.э. проекционные зоны в области ушной раковины были открыты Сун Сы-Мяо. Затем в XIX и начале XX вв. М. Нечаев (1835), Г.А. Захарьин (1885), И. Пекцели (1866), Г. Гед (1898), П. Бонье (1912) описали проекционные зоны в области языка, глаза, кожи и носа. Таким образом, на протяжении последних 13 столетий в разное время и в разных странах: Китае, России, Венгрии, Англии и Франции — независимо друг от друга ученые пришли к мысли о том, что внутренняя среда организма с его многочисленными органами отражается в поверхностных рецепторах не диффузно, а строго локально — имеет определенное соматотопическое деление. Причем строго локальное деление отмечается не в одном, а во всех анализаторах, представляя цельную, слаженно действующую систему — систему отраженной афферентации (Е.С. Вельховер, 1963, 1973) (рис. 94).

Особенно сложны и многообразны экстерорецепторы краниального отдела, состоящие из 5 сенситивных отделов: зрительного, слухового, обонятельного, вкусового и кожно-тактильного. Они функционируют по принципу прямой и обратной афферентации, слагающейся не только из центростремительных отраженных влияний, но и центробежных направленных воздействий. Однако, по доминирующим в настоящее время взглядам, периферические рецепторы органов чувств рассматриваются как полуактивные приборы-приемники, действующие только в одном направлении — внутрь. Такие несовершенные взгляды, свидетельствуют о «стратегической прорехе» в современной науке, поскольку ее теоретические предпосылки не согласуются с данными физиологии.

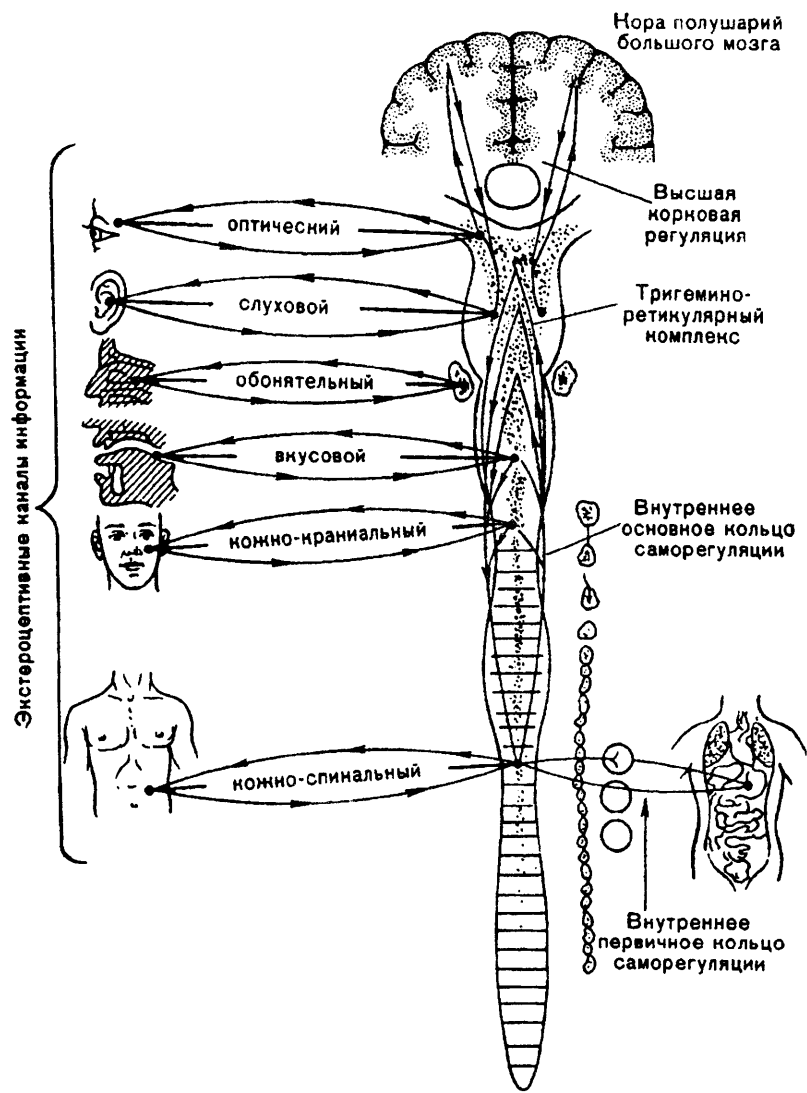


Рис. 94. Система висцеро-экстероцептивных проекционных связей (по Е.С. Вельховеру)

Кольцевые рефлекторные связи, проявляющиеся прямыми и обратными дифференциациями, имеют непосредственное отношение к проблеме иглоанестезии. Обезболивание операций с помощью накожных игл претерпело своеобразную эволюцию — от бурного всплеска до неза заслуженного забвения. В итоге научного анализа была доказана недостаточная активность иглоанестезии, от которой, однако, не отказались окончательно в Китае и России. Можно предположить, что недостаточность указанной методики обусловлена не столько техническими трудностями, сколько недооценкой особенностей проводящих систем и проекционных зон организма (рис. 94). Нам представляется, что использование корпоральных и ауриальных точек для блокирования соответствующих экстерорецепторов не в состоянии обеспечить глубокое обезболивание. Электрическое и механическое раздражение активных точек двух из шести информационных каналов (кожно-спинального и слухового) без применения наркотических средств не эффективно. Это так же безнадежно, как надеяться на тишину и покой в доме, в котором два окна закрыты наглухо, а четыре других открыты настежь. Отсюда следует, что необходимая для хирургических вмешательств анестезия должна создаваться блокированием не 12, а всех 6 каналов информации.

В настоящей главе речь пойдет о конкретных топоико-проекционных зонах на коже головы и лица, представляющих интерес для диагностики и лечения многих заболеваний.

Геометрически указанные информационные зоны представлены в виде точек, линий (меридианов) или отдельных участков различной конфигурации. Остановимся на наиболее важных и применяемых на практике схемах, иллюстрирующих проекции краниофациального отдела.

## ТОЧЕЧНЫЕ И ЛИНЕЙНЫЕ ПРОЕКЦИИ ЛИЦА И ГОЛОВЫ

### Меридианные точки

К меридианным точкам относятся точки акупунктуры 8 (из 14) постоянных классических меридианов.

**Меридиан толстой кишки** является ручным ян-ским центростремительным меридианом (*фр. gros intestin, GI*). Содержит 20 точек, в том числе 4 на лице и шее. Время максимальной активности — с 5 до 7 ч, минимальной — с 7 до 9 ч (рис. 95).

**Основные симптомы и патологические состояния меридиана:** желтушность склер, сухость во рту, зубная боль, стоматит, ринит, фарингит, боли в глазах, тугоподвижность и боли в суставах рук, напряжение мышц шейно-затылочной области; боли в животе, урчание, понос, запор, воспаление и спастичность кишечника.

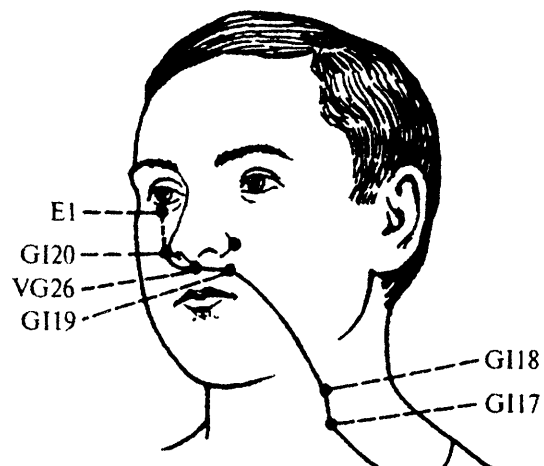


Рис. 95. Проекционные точки меридиана толстой кишки

**Меридиан желудка** — ножной ян-ский центробежный меридиан (фр. estomac, E). Содержит 45 точек, из них 8 на лице и 3 на шее. Время максимальной активности — с 7 до 9 ч, минимальной — с 9 до 11 ч (рис. 96).

**Основные симптомы и патологические состояния меридиана:** боли в верхней части живота, отрыжка, вздутие, запор, понос, гастрит, язва желудка и две-

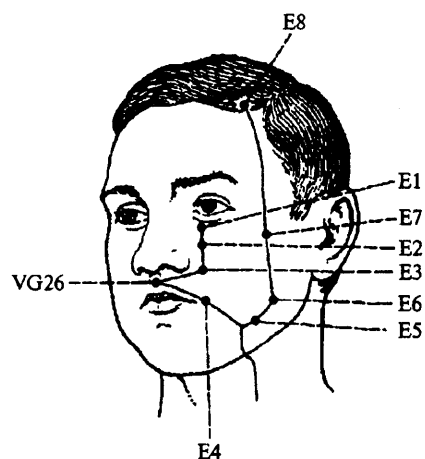


Рис. 96. Проекционные точки меридиана желудка

нашатиперстной кишки, зубная боль, неврит лицевого нерва, межреберная невралгия, боли в суставах ног.

**Меридиан тонкой кишки** — ручной ян-ский центростремительный меридиан (фр. intestine grele, IG). Содержит 19 точек, из них 2 на лице и 2 на шее. Время максимальной активности — с 13 до 15 ч, минимальной — с 15 до 17 ч (рис. 97).

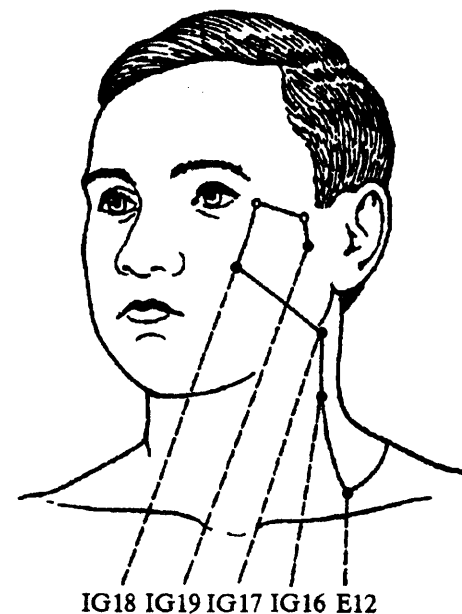


Рис. 97. Проекционные точки меридиана тонкой кишки

**Основные симптомы и патологические состояния меридиана:** нарушение проходимости кишечника, диспептические явления, боли в области пупка, нижней части живота, а также в затылке, шее и на лице, отек лица, снижение слуха, нервно-психические расстройства.

**Меридиан мочевого пузыря** — ножной ян-ский центробежный меридиан (фр. vessie, V). Содержит 67 точек, из них 2 на лице и 8 на голове. Время максимальной активности — с 15 до 17 ч, минимальной — с 17 до 19 ч (рис. 98).

**Основные симптомы и патологические состояния меридиана:** цистит, цисталгия, недержание или задержка мочи, нефрит, боли в пояснице и наружных половых органах, гинекологические заболевания, геморрой, болезни сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, болезни носа и глаз, боли в темени, позвоночнике и суставах ног.

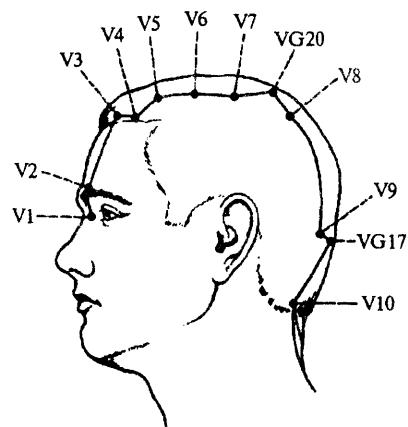


Рис. 98. Проекционные точки меридиана мочевого пузыря

**Меридиан трех обогревателей** — ручной ян-ский центростремительный меридиан (*фр. trois rechauf feurs, TR*). Содержит 23 точки, из них 3 на лице и 5 на голове. Время максимальной активности — с 21 до 23 ч, минимальной — с 23 до 1 ч (рис. 99).

**Основные симптомы и патологические состояния меридиана:** нарушение терморегуляции, головокружение, головные боли, боли в шее, плечевом поясе, суставах рук, глухота, шум в ушах, глазные болезни, тонзиллит, депрес-

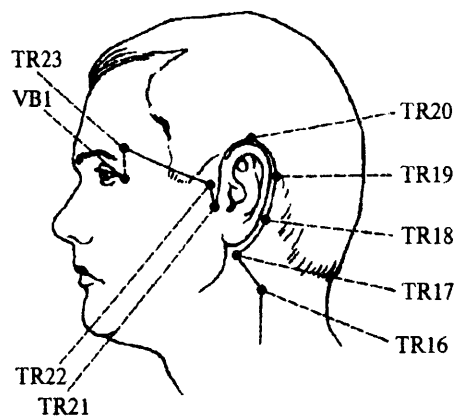


Рис. 99. Проекционные точки меридиана трех обогревателей

сия, апатия, патологическая сонливость, судороги, эпилептические припадки, тугоподвижность IV пальца руки.

**Меридиан желчного пузыря** — ножной ян-ский центробежный меридиан (*фр. vesicule biliare, VB*). Содержит 44 точки, из них 20 на лице и голове и 1 на шее. Это самый акцентированный по краниофациальным проекциям меридиан, поскольку почти половина биологически активных точек желчного пузыря находятся на лице и голове. Время максимальной активности меридиана — с 23 до 1 ч, минимальной — с 1 до 3 ч (рис. 100).

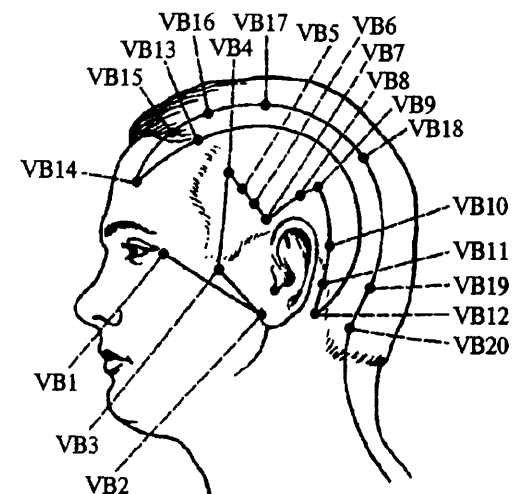


Рис. 100. Проекционные точки меридиана желчного пузыря

**Основные симптомы и патологические состояния меридиана:** дискинезия желчного пузыря, тошнота, рвота, горечь во рту, холецистит, боли в области желчного пузыря, кашель, одышка, астма, заболевания глаз, носовое кровотечение, расстройство кишечника и нервно-психической сферы, нарушение менструального цикла, эпилептиформные припадки.

**Заднесрединный меридиан** — непарный срединный центростремительный меридиан (*фр. vaisseau gouverneur, VG*). Начинаясь от заднего прохода, поднимается вдоль позвоночника до затылка, идет по средней линии головы, лба, носа и заканчивается в середине уздечки верхней губы в VG 27. Содержит 28 точек, из них 10 на голове и 3 на лице (рис. 101). Относится к системе ЯН, но не входит в общий круг циркуляции энергии и поэтому определенной почасовой активности не имеет. Принадлежит к «чудесным» меридианам, являясь «морем всех ян-ских меридианов» и, следовательно, центром симпатикотонических воздействий.

Основные симптомы и патологические состояния меридиана: в точках головы (VG 15—VG 24) — заболевания нервной и психической системы, патологические синдромы в области головы, глаз, носа, уха; в точках лица (VG 25—VG 28) — заболевания нервной и психической системы, патологические синдромы в области носа и полости рта.

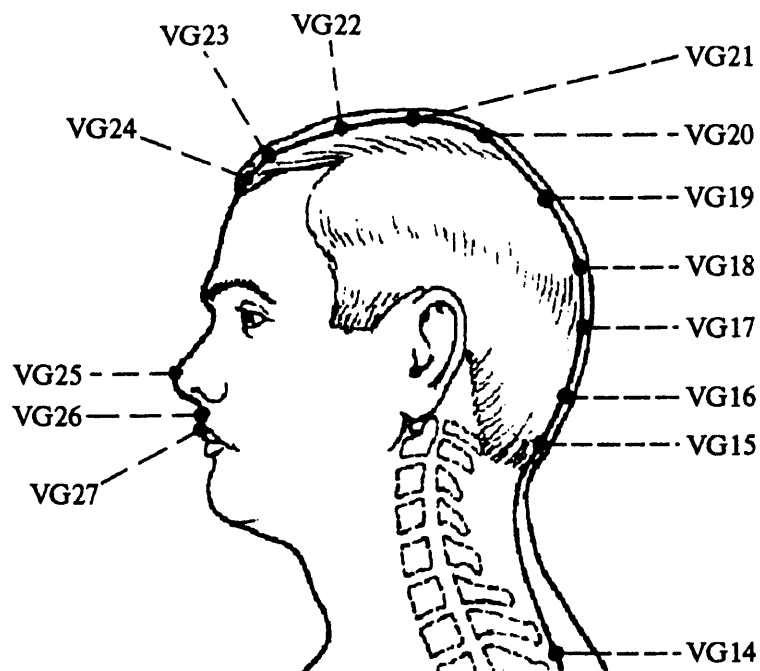


Рис. 101. Проекционные точки заднесрединного меридиана

**Переднесрединный меридиан** — непарный срединный центростремительный меридиан (*фр.* vaisseau de conception, VC). Начинаясь из области промежности, поднимается по средней линии живота, груди, шеи и заканчивается на подбородке в VC 24. Содержит 24 точки, из них 1 на лице и 1 на шее (рис. 102). Относится к системе ИН6, не входящей в общий круг циркуляции энергии, почему определенной почасовой активности не имеет. Принадлежит к «чудесным» меридианам, являясь «морем всех ин-ских меридианов и, следовательно, регулятором парасимпатических влияний.

Основные симптомы и патологические состояния меридиана: в точке лица (VC 24) — заболевания гортани и органов полости рта.

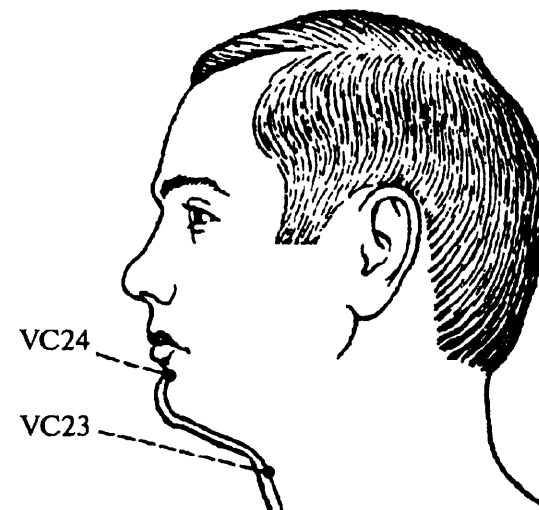


Рис. 102. Проекционные точки переднесрединного меридиана

#### Японские точки-позиции для чтения лица

Начинаящему «читателю» лица японские физиогномисты предлагают изучить сначала 13 основных точек-позиций, от 16 до 71 (рис. 103):

№ 16 — жизнедеятельность в детские годы. Испорченная зона этой позиции указывает на тревожное детство;

№ 19 — отношения с родителями. Лучистый цвет кожи означает удовлетворенность лаской со стороны близких;

№ 22 — отношение к жизни. Приятный цвет кожи означает безмятежность, общительность и жизнерадостность;

№ 25 — взаимоотношения с окружающими. Ровная, без дефектов кожа свидетельствует о благополучии, родинки и неровности сигнализируют о превратностях жизни;

№ 28 — место «жизненного клейма». Жизненный путь человека (удачи и неудачи) оставляют печать на этом участке лица;

№ 41 — взаимоотношения с домашними. Впалость и горизонтальные линии указывают на неурядицы;

№ 44 — жизнедеятельность в среднем возрасте. Темная кожа свидетельствует о болезни, родинки — о проблемах с противоположным полом;

№ 45 — судьба. Правильная форма, приятный оттенок кожи — хороший признак, излом и тусклая кожа — плохой;

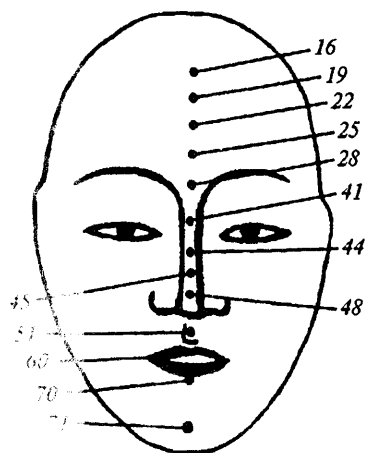


Рис. 103. Японские точки-позиции

говорит о человеке, занятом тяжелым трудом. Лучистый цвет точки свидетельствует о благополучии.

Выясно о характере человека и качествах его личности японские физиономисты делают после исследования всех позиций с учетом состояния пяти основных черт: бровей, глаз, носа, рта, ушей. Нам представляется, что достоверность трактовки точек-позиций лица японскими специалистами вызывает сомнения; они не могут быть приняты без серьезных проверок

#### Точки «тревоги»

В 1936 г. Е. Штиффатер открыл в области лица и головы пункты максимальной чувствительности, или точки концентрированной боли, которые являются как бы сигналом «тревоги» пораженного органа (рис. 104). Указанные пункты и точки Е. Штиффатер и его последователи используют для диагностики и иглотерапии по принципу реперкуссии.

#### Отраженные точки при патологии базальных отделов мозга

В 1975 г. И. Аубергер описал проекционные пункты на коже головы и лица, связанные с симпатическими сплетениями артерий твердой мозговой оболочки. В своей книге по практической местной анестезии автор приводит топогра-

№ 48 — признак удач-неудач, определяемый по округлости и окраске кожных покровов;

№ 51 — наследственность. Правильная форма — благоприятная наследственность, испорченная форма — неблагоприятная;

№ 60 — сила воли. Сбалансированность губ в сомкнутом состоянии означает сильную волю, напряженность — разную степень самоуверенности, отставание нижней губы — слабую волю;

№ 70 — жизненные силы. Темный цвет кожи — наличие жизненных сил. Белый, красный и голубой цвета означают обратное;

№ 71 — влияние жизненного опыта. Выпяченный подбородок

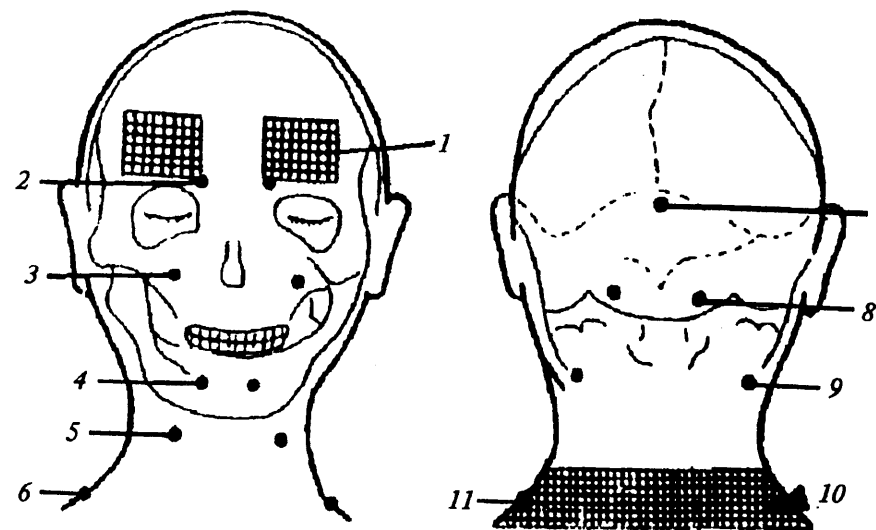


Рис. 104. Пункты максимальной болевой чувствительности при различных заболеваниях (по Е. Штиффатеру):

1 — зона сердца; 2, 3, 4 — тригеминус; 5 — каротиды; 6 — плечевое сплетение; 7 — эпилепсия; 8 — эклампсия, уремия; 9 — стенокардия; 10 — отраженное поле почти для всех пораженных органов; 11 — сердце

фию болевых пунктов на основании черепа, при стимуляции которых появляются строго очерченные болевые ощущения в области головы и лица (рис. 105).

#### Измерительные точки на лице и голове для тестирования по Р. Фоллю

В системе тестирования по Р. Фоллю определенное значение имеют проекционные точки, расположенные на лице и голове (рис. 106). Наиболее часто их используют как дополнительные к широко применяемым на практике основным проекционным точкам на руке.

#### Двигательные точки лица и головы, применяемые в классической диагностике

Двигательные точки были установлены эмпирическим путем и суммированы в специальных таблицах (рис. 107). Они соответствуют гиперестезическим



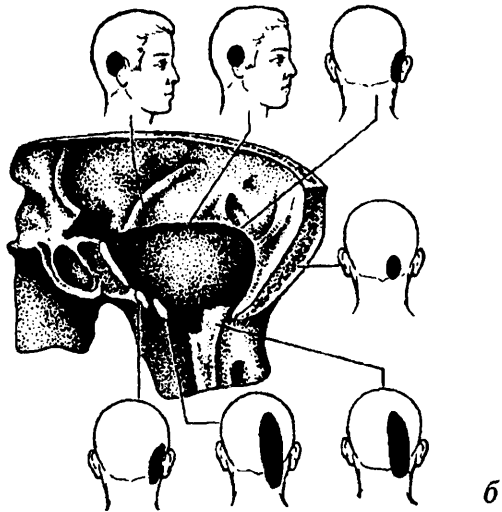
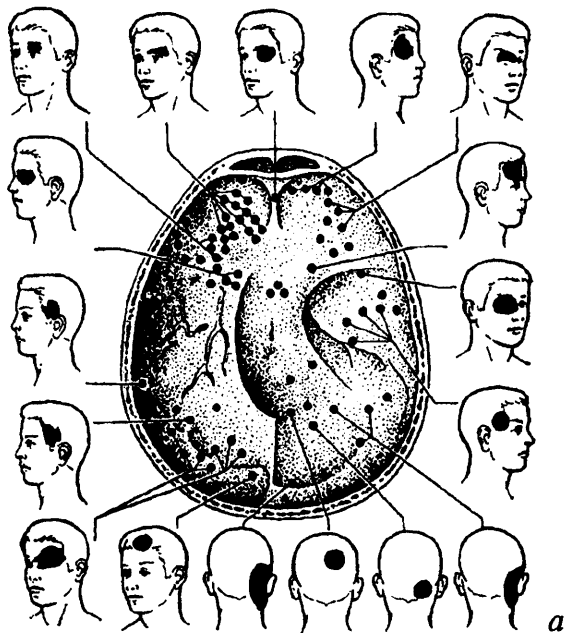


Рис. 105. Проекционные зоны головы и лица, связанные с болевыми точками на основании черепа (а) и в области средней и задней черепных ямок (б) (по И. Аубергеру)

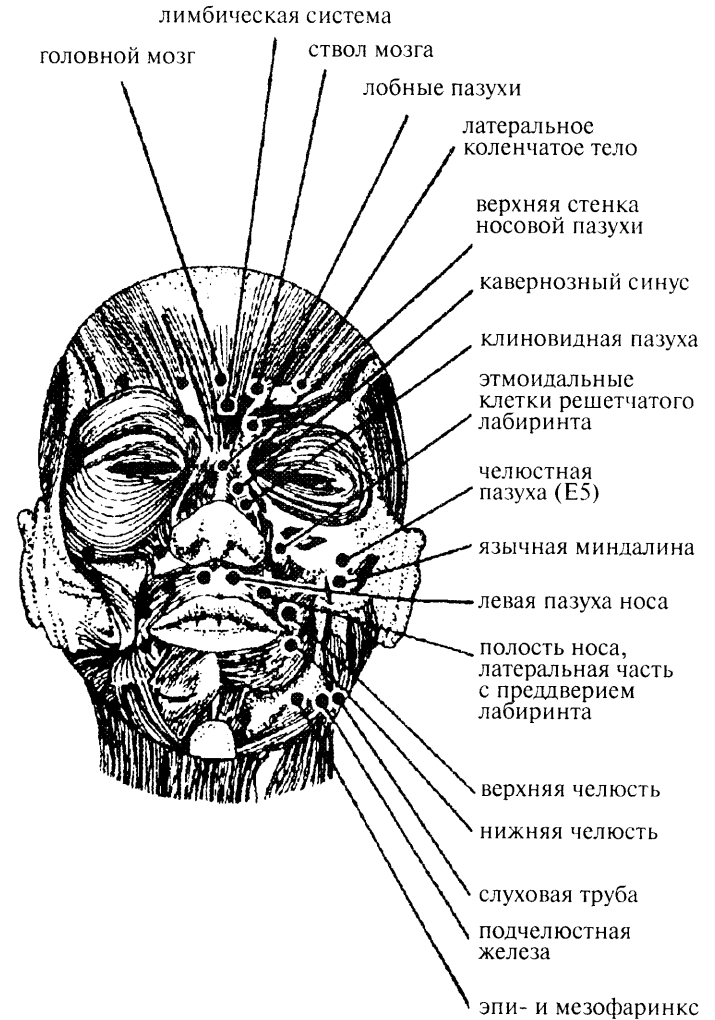
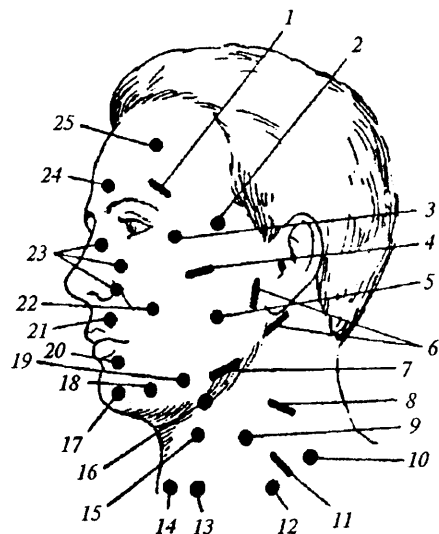


Рис. 106. Измерительные точки на лице и голове (по Р. Фоллю)

микроучасткам, где наиболее легко можно получить возбуждение нерва или сокращение мышцы. Указанные точки используются для проведения электродиагностики постоянным и импульсным током с последующим построением формулы Пфлюгера. Диагностируются тяжесть периферических парезов и параличей, атрофии мышц различного генеза, миастения и миотония.



**Рис. 107. Двигательные точки лица и головы, применяемые в классической электродиагностике:**

1 — лицевой нерв, верхняя ветвь; 2 — височная мышца; 3 — круговая мышца глаза; 4 — лицевой нерв, средняя ветвь; 5 — жевательная мышца; 6 — лицевой нерв, общий ствол; 7 — лицевой нерв, нижняя ветвь; 8 — добавочный нерв; 9 — грудино-ключично-сосковая мышца; 10 — длинный грудной нерв; 11 и 12 — плечевое сплетение; 13 и 14 — мышцы подъязычной кости; 15 — платизма; 16 — подъязычный нерв; 17 — подбородочная мышца; 18 — мышца, опускающая нижнюю губу; 19 — мышца, опускающая угол рта; 20 и 21 — круговая мышца рта; 22 — скуловая мышца; 23 — мышца носа; 24 — мышца, сморщивающая бровь; 25 — лобная мышца

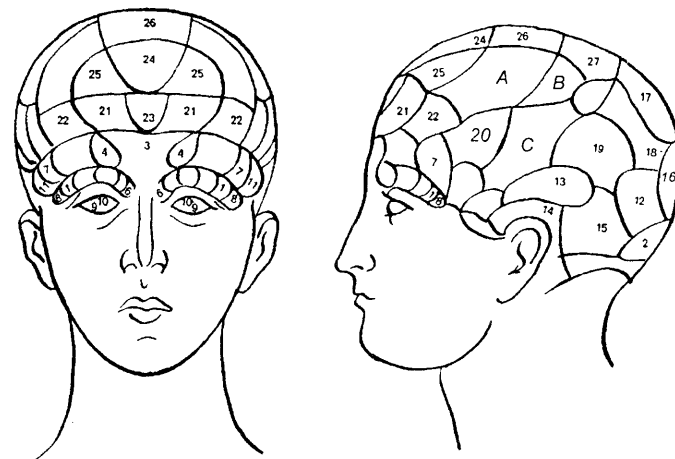
## ЗОНАЛЬНЫЕ ПРОЕКЦИИ ЛИЦА И ГОЛОВЫ

### Зоны интеллектуально-психических способностей

Эти зоны описаны в начале XIX в. основоположником френологии Ф. Галлем (рис. 108). Их достоверность не подтверждена ни клинически, ни теоретически. Поэтому приведенную здесь схему следует воспринимать как информационно-познавательную-развлекательную, но не рекомендательную.

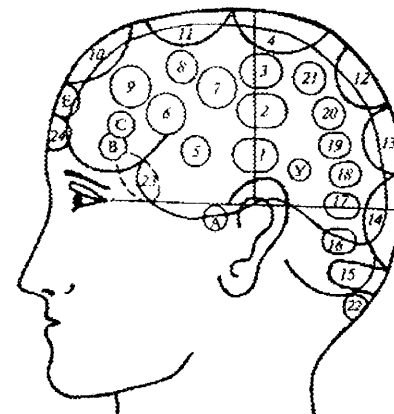
### Зоны органов и психоэмоциональных проекций

Указанные проекционные зоны располагаются в области головы (рис. 109). Они описаны А. Дюрвилем и применяются на практике некоторыми экстрасенсами.



**Рис. 108. Зоны интеллектуально-психических способностей (по Ф. Галлю):**

1 — физическая любовь; 2 — инстинкт сохранения вида; 3 — доброта; 4 — дух противоречия; 5 — чувство личности (в глазных впадинах); 6 — хитрость; 7 — склонность к воровству; 8 — гордость; 9 — честолюбие; 10 — осторожность; 11 — приручаемость; 12 — инстинкт местности; 13 — память лиц; 14 — память слов; 15 — способность к речи; 16 — чувство зрительного восприятия; 17 — чувство звука; 18 — чувство числа; 19 — механический инстинкт; 20 — философское остроумие; 21 — метафизический ум; 22 — живость мышления; 23 — поэтический талант; 24 — добродушие; 25 — подражание; 26 — религиозность; 27 — непоколебимость; А — прозорливость (зона Юпитера); В — терпение и жестокость (зона Сатурна); С — артистизм и властолюбие (зона Солнца)



**Рис. 109. Зоны органов и психоэмоциональных проекций (по Дюрвиллю):**

1 — рука; 2 — нога; 3 — селезенка; 4 — позвоночник; 5 — слух; 6 — голова, речь; 7 — сердце; 8 — грудь; 9 — легкие; 10 — печень; 11 — нервозность, вера, впечатлительность; 12 — нос; 13 — желудок; 14 — производительность органов; 15 — координация движений; 16 — горло; 17 — зубы; 18 — ухо; 19 — почка; 20 — зрение; 21 — кишки; 22 — дыхание; 23 — память; 24 — третий глаз; А — доброта (лев.), гнев (прав.); В — веселье воспоминания, удовлетворенность (лев.), грустные воспоминания, меланхолия (прав.); С — радость (лев.), грусть (прав.); Е — раздражительность, ярость; У — удовлетворение

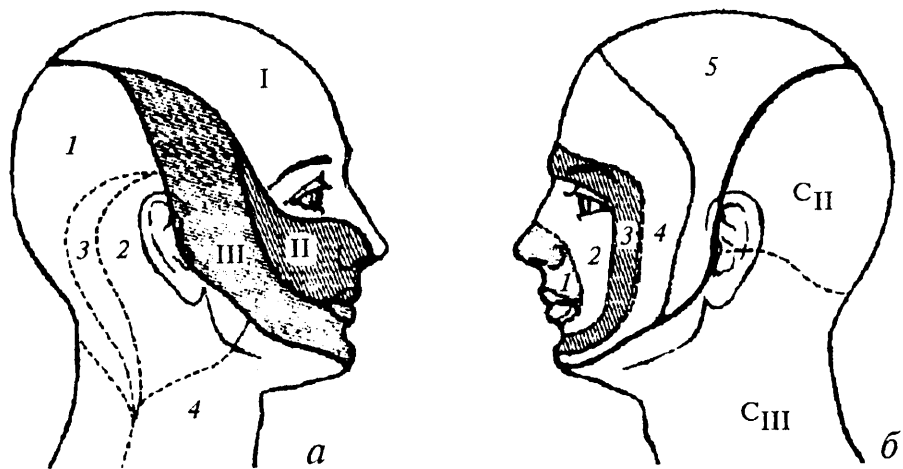


Рис. 110. Зоны классической иннервации лица и головы:

*а — по нервам:* I — зона первой ветви тройничного нерва (глазничного н.); II — зона второй ветви тройничного нерва (верхнечелюстного н.); III — зона третьей ветви тройничного нерва (нижнечелюстного н.); 1, 3 — область затылочных нервов; 2, 4 — область большого ушного нерва; *б — по сегментам:* 1, 2 — внутренние скобки Зельдера, соответствующие передним отделам ядра  $V_{II}$ ; 3 — средние скобки Зельдера, соответствующие средним отделам ядра  $V_{II}$ ; 4, 5 — наружные скобки Зельдера, соответствующие задним отделам ядра  $V_{II}$ ;  $C_{II}$  — зона иннервации 2-го шейного корешка;  $C_{III}$  — зона иннервации 3-го шейного корешка

### Зоны периферической и сегментарной иннервации

Наиболее полную информацию врач может получить, оценив чувствительность сферы лица и головы, в которой принято различать периферический и сегментарный тип иннервации.

На рис. 110 показано распределение чувствительных зон лица соответственно трем ветвям тройничного нерва. Сзади к ним примыкают области затылочных и большого ушного нервов. При этом соседние территории отдельных ветвей тройничного нерва перекрывают друг друга, в то время как на границе тригеминальной зоны с зонами соседних нервов такого перекрытия нет. На рисунке показана сегментарная иннервация лица с внутренней, средней и наружной скобками Зельдера, соответствующими оральной (варолиев мост), промежуточной (продолговатый мозг) и каудальной ( $C_1$ — $C_5$  сегменты) части ядра тройничного нерва. По данным И.Я. Раздольского (1954) и Н.С. Благовещенской (1962), из всех тригеминальных зон наиболее чувствительными являются слизистая носа и роговица глаз.

На основании чувствительных расстройств, возникающих в указанных зонах лица и головы, невропатологи проводят топическую диагностику пора-

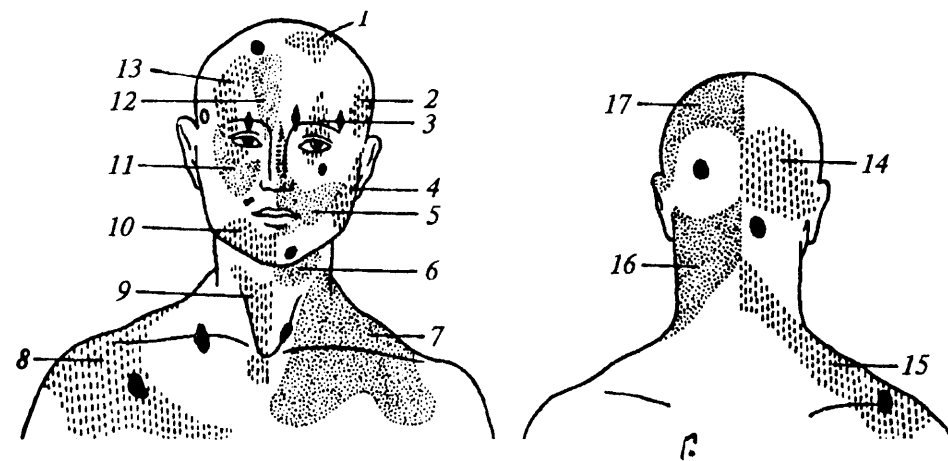


Рис. 111. Краниоцеребральные зоны Г. Гедда:

1, 3 — гиперметропия; 2 — глаукома, поражение желудка, верхних зубов; 4 — поражение дыхательной части носа; 5 — поражение задней части спинки языка, нижнего зуба мудрости; 6 — поражение гортани; 7 — поражение передней половины языка, нижних передних зубов; 8 — глаукома, поражение верхних зубов; 9 — поражение роговицы, передней глазной камеры, придаточных пазух носа, верхних резцов; 10 — поражение органов грудной полости, радужки, глаукома; 11 — поражение задней части языка, органов брюшной полости; 12 — поражение органов грудной и брюшной полости; 13 — поражение органов грудной полости; 14 — ушные болезни; 15 — органы грудной и брюшной полости; 16 — органы грудной полости; 17 — ушные болезни

жений сенсорных структур мозга. Для большинства клиницистов указанные два типа иннервации являются единственными и очень точными в определении чувствительной функции этого отдела.

### Краниоцеребральные зоны Г. Гедда

Начиная с 1893 г. известный английский невропатолог Генри Гедд пытался обнаружить закономерности локализации болей в области тройничного нерва в зависимости от различных топических вариантов висцеральной и церебральной патологии. Так родилась схема краниоцеребральных зон Гедда (рис. 111). По данным М.Б. Дунаевской (1956), проекционные зоны Гедда строго специфичны и постоянны в своей локализации, по данным Е.П. Платоновой (1964) — топически более постоянны, чем головные боли, по данным Э.Ш. Халфена (1968) — непостоянны и очень вариабельны. Об абсолютном значении проекционных зон Гедда не может быть и речи вследствие совпадения их при заболеваниях различных внутренних органов и «генерализации» висцеральных раздражений.

### Проекционные зоны внутренних органов

Представленная на рис. 112 (цв. вкл.) схема проекционных зон внутренних органов на лице в интерпретации Г.Ченота мало известна невропатологам и рефлексотерапевтам. Бесспорными, на наш взгляд, являются отраженные зоны почек (4), желудка (6), легких (9) и матки (10), в остальной проекции Г.Ченота нуждаются в проверке и осмыслении.

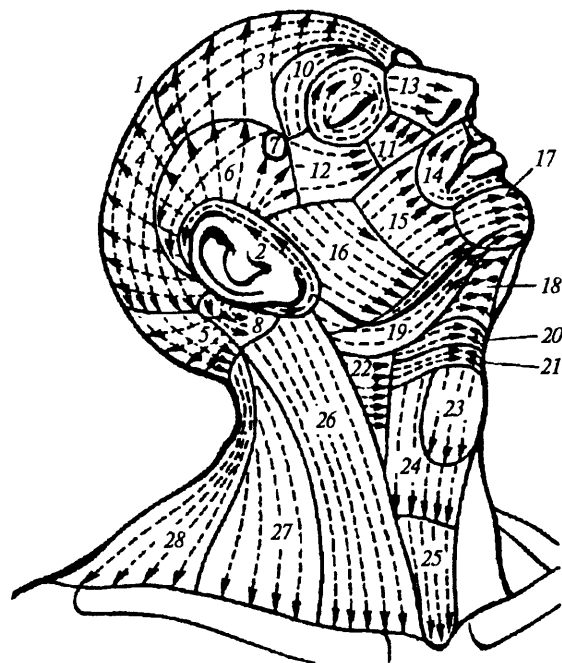


Рис. 113. Зоны поверхностной многоигольчатой акупунктуры в области головы, лица и шеи:

наименование зон: 1 — волосистая часть головы; 2 — околоушная; 3 — лобная; 4 — теменная; 5 — затылочная; 6 — височная; 7 — зона виска; 8 — зона сосцевидного отростка; 9 — глазничная; 10 — надглазничная; 11 — подглазничная; 12 — скуловая; 13 — зона носа; 14 — зона рта; 15 — щечная; 16 — околоушно-жевательная; 17 — подбородочная; 18 — подподбородочная; 19 — подчелюстная; 20 — подъязычная; 21 — подподъязычная; 22 — зона каротидной ямки; 23 — гортанная; 24 — щитовидная; 25 — надгрудная; 26 — грудно-ключично-сосцевидная; 27 — латеральная зона шеи; 28 — задняя зона шеи

### Зоны поверхностной многоигольчатой акупунктуры

Многоигольчатая акупунктура применяется в тех случаях, когда по каким-либо причинам противопоказано классическое иглоукалывание или другие виды лечения (например, у детей, лиц пожилого возраста, ослабленных больных). Лечение проводится с помощью многоигольчатого молоточка, удары которым наносятся с различной силой (от 40 до 150 ударов в минуту). По данным профессора Е.Л.Мачерет с соавт. (1986), в области головы и шеи различают 30 зон для многоигольчатого воздействия (рис. 113). Наряду с этим применяется игло-аппликационная методика по И.И.Кузнецову и многоигольчатая вакуумтерапия по Е.С.Вельхверу.

### Зоны краниопунктуры

Краниопунктура, или скальптерепия, осуществляется по 20 линейно расположенным зонам, стимуляция которых оказывает терапевтический эффект (рис. 114).

Лечебное действие краниопунктуры подтверждается общностью иннервации отдельных областей мозга и скальпа. В таких случаях стимуляция определенных участков скальпа ведет к функциональным изменениям соответствующей области коры головного мозга, ответственной за конкретные функции организма.

Топография зон краниопунктуры уточняется по схеме Кренлейна

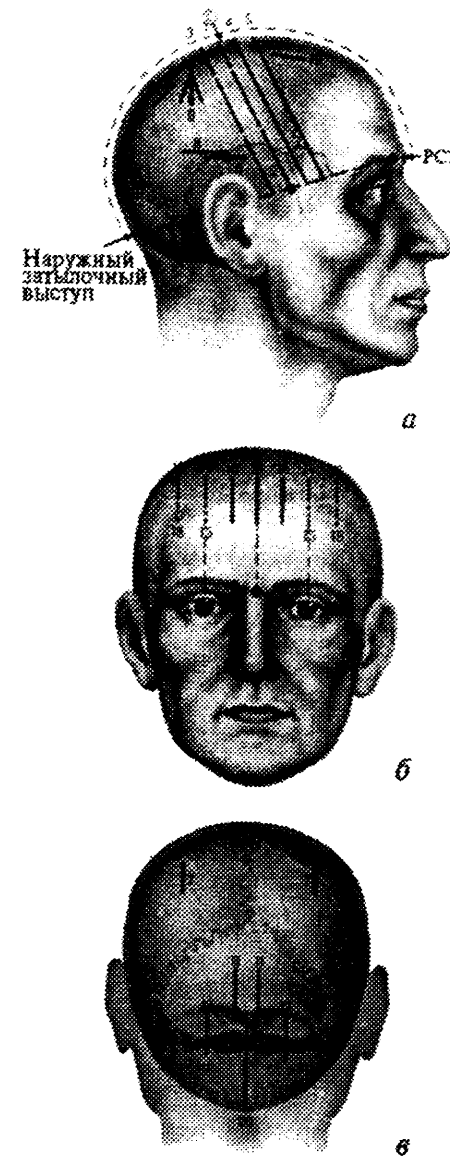


Рис. 114. Зоны краниопунктуры: а — вид сбоку; б — вид спереди; в — вид сзади

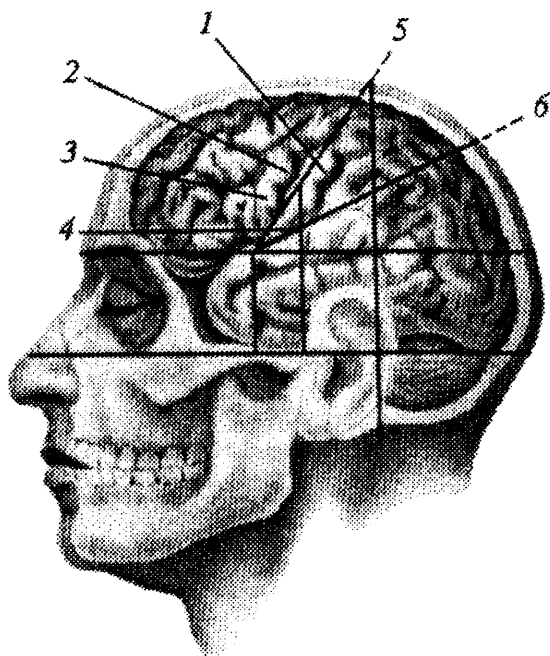


Рис. 115. Проекция основных борозд и извилин большого мозга на черепе (по Креплейну):

1 — постцентральная извилина; 2 — центральная борозда; 3 — прецентральная извилина; 4 — латеральная борозда; 5 — линия Rolandica; 6 — линия Silvii

(рис. 115) и двум линиям отсчета: первой — сагиттальной линии от *nasion k inion* (соединяет точку РСЗ и верхушку наружного затылочного выступа); второй — бровезатылочной линии, проходящей через верхний край бровей к наружному затылочному выступу. Для стимуляции зон скальпотерапии акупунктурные иглы вводят почти горизонтально на всю длину зоны. Длительность сеанса стимуляции зависит от цели лечения и его переносимости.

#### **Проекционные зоны магистральных сосудов мозга**

По древнетибетским источникам базальная поверхность головного мозга проецируется на область лица. На основании логических построений и клинических материалов мы (Е.С. Вельховер, 1991) пришли к заключению, что в нижней части лица проецируются вертебробазилярные артерии, в средне-верхней части — каротидные (рис. 116, цв. вкл.).

По нашему мнению, через полость рта (проекцию большого затылочного отверстия) позвоночные артерии идут вдоль носогубных валиков (проекцию базальной поверхности продолговатого мозга), соединяясь вместе, образуют основную артерию, поднимающуюся по кожной носовой перегородке (проекции сосудистой борозды варолиева моста) до кончика носа, разделяющуюся на правую и левую заднюю мозговую артерии, направляющиеся вбок и книзу по носогубным складкам. Последние служат анатомическим ориентиром для оценки состояния задней мозговой артерии, а значит, и всего вертебробазилярного бассейна.

При равномерных и нежных носогубных складках мы вправе говорить о хорошем кровотоке и эластичности сосудов вертебробазилярного бассейна, при углубленных складках — о пониженном кровотоке и склерозировании сосудов, при очень глубоких, «врезанных» складках — о слабом кровотоке и грубом склерозировании сосудов.

Проекции входящих в череп внутренних сонных артерий находятся внутри от головок бровей, откуда латерально вдоль линии бровей проекционно следуют правая и левая средние мозговые артерии. Обнаружение складок, локальных возвышений, пигментных пятен по этим линиям свидетельствует об изменении кровотока в соответствующем каротидном бассейне.

Указанные признаки мы используем в качестве экспресс-диагностики сосудисто-мозговых нарушений на приеме и при обходах больных в клинике. Небезынтересно упомянуть, что входящая в эту зону срединная линия верхней губы представляет парамедианную проекцию продолговатого мозга, а расположенная в ее верхней трети китайская акупунктурная точка жэньчжун относится к наисильнейшей точке «скорой помощи». Надавливание этой точки пальцем, ногтем, притупленным острием любого предмета способно вывести некоторых больных из обморочного или коматозного состояния. Предварительно у каждого больного по общему виду и пульсу оценивается состояние сердечной системы, поэтому пользоваться этим приемом должны только врачи.

#### **Отраженные зоны головных болей сосудистого происхождения**

Различают вазоспастическую мигрень, при которой приступ головной боли сопровождается бледностью кожных покровов, и вазопаралитическую мигрень, при которой из-за расширения сосудов отмечается покраснение кожи. Головные боли связаны с раздражением чувствительных нервных окончаний в стенках мозговых сосудов и оболочек. Главным механизмом возникновения головной боли является сужение внутримозговых артериальных и венозных сосудов. Отраженные зоны головных болей при этом располагаются преимущественно в височной области.

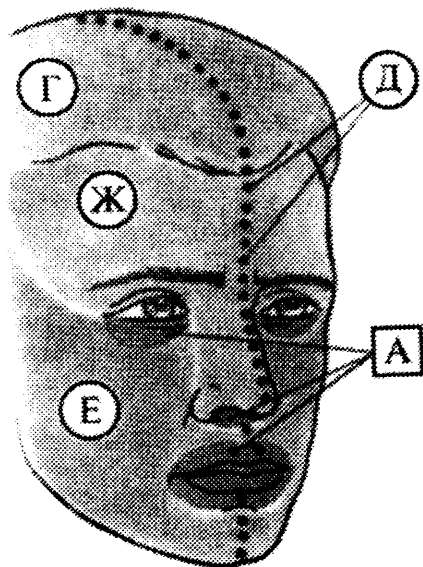


Рис. 117. Частотно-зависимые реактивные зоны лица (по П.Ножье):

Резонансные частоты отдельных зон в Гц:  
А — 2,5; Д — 20; Е — 40; Г — 80; Ж — 100

### Частотно-зависимые реактивные зоны

В 1975 г. П.Ножье установил 5 рефлекторных (реактивных) зон в области лица, на которых проявляется одинаковая реакция к стимулу определенной частоты (рис. 117). В качестве стимула автор избрал свет от диодной лампы, которая загорается при заданной частоте. При освещении той или иной зоны лица возникают различные пульсовые реакции с лучевой артерией, максимальное значение которых соответствует резонансной частоте этой зоны.

### Зоны отраженных болей при заболевании зубов по Геду

Зоны рефлекторных болей одонтогенного характера отличаются многообразием. При заболевании верхних резцов боли ощущаются в лобно-носовой зоне, при патологии верхнего клыка и первого верхнего премоляра — в носогубной зоне, при заболевании второго верхнего премоляра и первого верхнего моляра — в верхнечелюстной зоне и нередко в височной зоне, при патологии второго и третьего верхнего моляра — в нижнечелюстной зоне, при заболевании первого и особенно второго нижнего моляра — в подъязычной зоне, при патологии третьего нижнего моляра — в гортанной зоне, а также в вертикальной зоне, которую Гед не связывал с изменениями в зубах. И наконец, при патологии нижних резцов, клыков и первого нижнего премоляра появляется боль в подбородочной зоне.

Одонтогенные боли на лице в зонах Гед наблюдаются не только при наличии, но и при полном отсутствии болей в соответствующих зубах. Больные в этих случаях обращаются за помощью к невропатологам, отоларингологам и очень недоверчиво относятся к совету проконсультироваться у стоматолога.

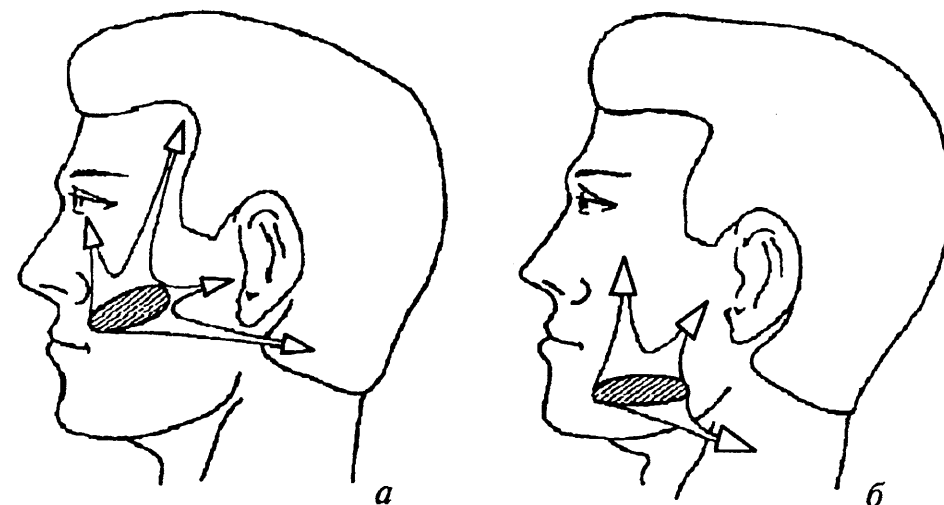


Рис. 118. Локальные и иррадиационные болевые зоны при верхнечелюстной (а) и нижнечелюстной (б) дентальной плексалгии (по М.Н.Пузину и М.Н.Шарову)

### Зоны дентальной плексалгии

Болевые синдромы в области лица, или прозопалгии, наиболее часто выражаются сильными, порой нестерпимыми болями зубов и зубных сплетений. По данным М.Н.Пузина и М.Н.Шарова (1990), при пароксизмах верхнечелюстной дентальной плексалгии из зоны пораженного зубного сплетения боль иррадирует на твердое небо, скуловую, щечную, височную и затылочную области, реже на гомолатеральную половину головы и шеи (рис. 118, а). При нижнечелюстной дентальной невралгии из зоны пораженного зуба боль распространяется на дно полости рта, щечную и околоушно-жевательную область, верхний отдел шеи (рис. 118, б).

### Зоны при невралгии крылонёбного узла

Ганглионеврит крылонёбного ганглия, или синдром Сладера, характеризуется приступами интенсивных односторонних лицевых болей, сопровождающихся выраженными вегетативными и эмоциональными изменениями. Рисунок болевых зон при этом заболевании складывается из локальных и иррадиационных участков и линий (рис. 119).

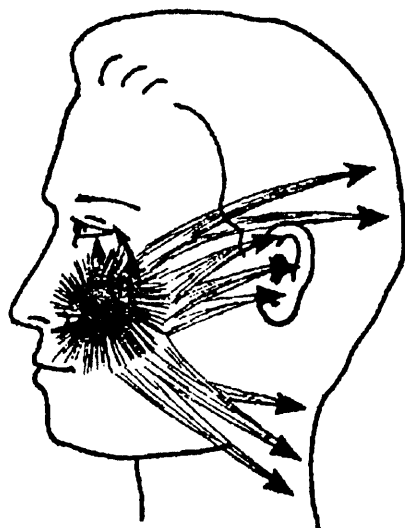


Рис. 119. Локальные и иррадиационные болевые зоны при невралгии крылонёбного узла

Рассмотренные выше топоико-проекционные точки и зоны с различной степенью полноты и достоверности указывают на истоки и сущность тех или иных местных и отраженных болезненных изменений. Использование этих зон на практике делает труд невропатолога, терапевта и физиогномиста-натуртерапевта более осмысленным и эффективным.

## Глава VI

### ИНФОРМАЦИОННЫЕ ЗНАКИ РТА

Анатомически различают область рта и ротовую полость, или наружные и внутренние структуры рта.

Наряду с глазами рот является наиболее выразительной частью лица. В практическом обиходе находят различную величину и форму ротового отверстия. Ориентирами для определения величины рта (соответственно длины и ширины губ) служат перпендикуляры, опущенные из центра зрачков на ли-

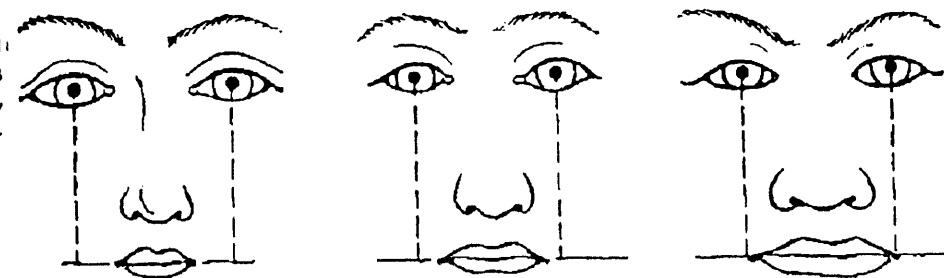


Рис. 120. Ориентиры для определения величины рта

нию, проходящую вдоль ротового отверстия (рис. 120). Обычно у мужчин ротовое отверстие больше, чем у женщин.

Физиогномика позволяет по размеру и форме рта определять внутреннюю энергию человека. Большой рот и опущенные уголки губ говорят о сильной воле, трудно поддающейся влиянию. Однако мнение в отношении уголков рта весьма неоднозначно. Ч. Дарвин, например, считал опущенные книзу уголки рта рудиментом плача. Действительно, при плаксивом настроении и депрессии уголки рта опущены. Человек может шутить, казаться активным и



Рис. 121. Различное положение уголков губ:  
а — опущенные; б — приподнятое

фривольным, но опущенные уголки рта выдают его подавленное состояние. Другие авторы в небольшом дугообразном рте со слегка опущенными уголками видят признак ранимой, сентиментальной, нетворческой в науке натуры (рис. 121, а). Случаи с приподнятыми уголками губ соответствуют простодушной, добросовестной, умственно одаренной натуре (рис. 121, б).

Маленький рот свидетельствует о слабом характере и озабоченности в борьбе за выживание. Японцам импонирует большой рот у мужчин и маленький у женщин. Женщина с большим ртом считается мужественной, что не очень нравится волевым мужчинам.

Замечено, что плотно сжатые губы и стиснутые зубы говорят о настойчивости человека, плотно закрытый рот — о целеустремленности и решимости. Напротив, расширение ротовой щели, особенно с отвисанием нижней челюсти, выражает снижение психической активности. Симметричное, без перекосов открытие рта свидетельствует о сбалансированности эмоций. Рот, одна сторона которого сужена и опущена (симптом ракетки), встречается при центральном парезе лицевого нерва, неправильном прикусе или просто у упрямец. Постоянно подергивающийся рот («рот лошади») является признаком невротичности. Морщины над губами служат естественным признаком старения. Если к обеим сторонам рта спускаются лицевые морщины, это говорит о нелегкой жизни субъекта.

Подытоживая вышеприведенные факты, можно сказать, что большой рот является свидетельством смелости и лживости, маленький — боязливости и скромности, сжатый — твердости, открытый рот — глупости. Кроме того, постоянно открытый рот наблюдается при идиотизме, кретинизме (врожденной микседеме), а также тяжелых стоматитах, затрудненном носовом дыхании.

Большое значение в физиогномике придается величине, форме и цвету губ. Величина и форма их могут быть самыми различными, что хорошо видно из рис. 122. К сожалению, автор ограничивается анатомическими зарисовками без проведения психологических или клинических коррелятов. Последнее мы находим у представителей различных школ физиогномистов.

По данным одной школы, толстые и большие губы говорят о насмешливости и разуме, тонкие и маленькие — о лживости и лукавстве, толстая верхняя губа — о несправедливости, длинная нижняя губа — о влюбчивости и разуме,

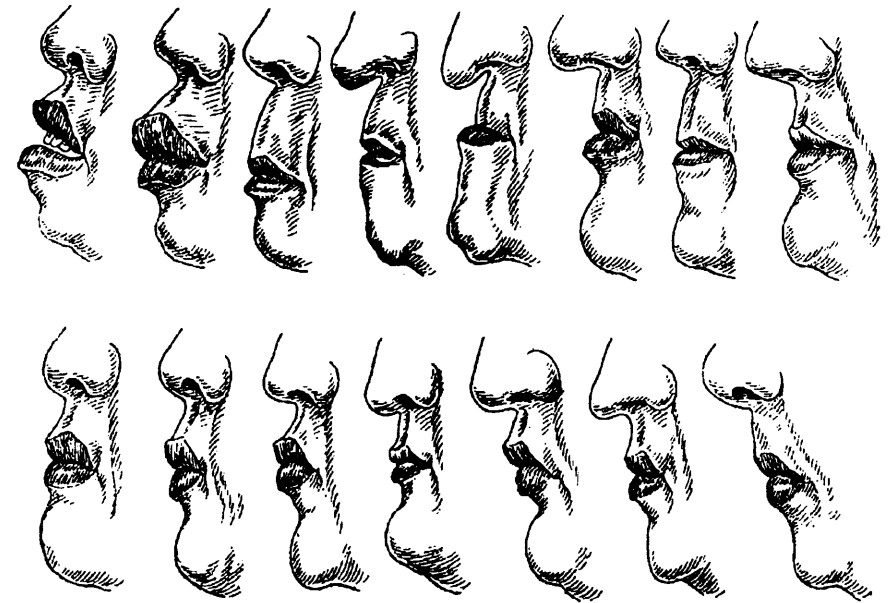


Рис. 122. Формы рта в профиль (по М.М. Герасимову)

губы сердечком — решительности и активности, втянутые губы — о доверчивости и плохом состоянии дел.

По данным другой школы физиогномистов, различаются 7 различных видов губ, главным образом у женщин (рис. 123):

- губы бантиком (рис. 123, а) — самые женственные. Они свидетельствуют об обаянии, кокетстве, чувственности и в то же время о неискренности и лживости. У мужчин это признак тщеславия и легкомыслия;
- сочные губы (рис. 123, б) бывают у живых, разговорчивых, открытых людей, которые быстро приобретают друзей, легко приспосабливаются к любой ситуации и отличаются темпераментом и чувственностью;
- маленькие губы (рис. 123, в) — нежные, тонкие, с мягкими линиями, говорят о великодушии, уме, честности и скромности;



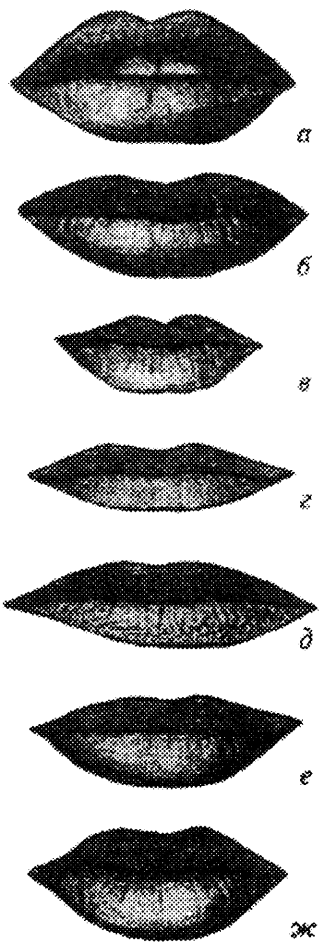


Рис. 123. Различные виды губ

Известный физиогномист Ямблик пишет, что древние философы, прежде чем принять кого-нибудь в качестве ученика, подвергали тщательному осмотру его рот. Губы, зубы, десны, улыбка были для них диагностическим средством для раскрытия пороков и добродетели. Чисто женские качества (мягкость, любезность, привязанность, склонность к мечтанию и пассивность)

— тонкие губы (рис. 123, г) — холодные, но очаровательные — это губы Греты Гарбо. Они выдают натуру страстную, очень нежную, но иногда слишком сдержанную. Такого человека трудно увлечь, в любой ситуации он красноречив и остроумен. Слишком тонкие губы бывают у жестких людей, способных на подлость;

— гармоничные губы (рис. 123, д) — тонко прорисованные и несколько ироничные, могут принадлежать поэтессе и интеллектуалке, умеющей сочетать реальность с сентиментальностью;

— несимметричные губы (рис. 123, е) — за счет большой верхней губы принадлежат властному, сухому человеку с рациональным разумом и лишённым эмоций. Если нижняя губа при этом поджата, то это свидетельствует об импотенции у мужчин и фригидности у женщин;

— толстые (пухлые) губы (рис. 123, ж) — одновременно признак чувственности и твердости характера, отличительные черты которого — великолепный контроль над собой, непоколебимое спокойствие и потребность в удовольствиях.

«Все, что содержит человеческое естество, — говорит Лафатер, — вложено в его уста. Они выражают разум и безумие, силу и слабость, добродетель и порок, деликатность и грубость; они представляют резиденцию любви и ненависти, искренности и лицемерия, смирения и гордости, истины и лжи».

расслабляют губы. Чрезмерное развитие этих склонностей (боязливость, слабохарактерность, лень, большая податливость чьему-либо влиянию) и вовсе их раскрывают. Что касается глупого человека, то рот у него всегда открыт. В принципе, чем больше раскрываются губы, тем слабее умственный контроль.

Самые мягкие люди — венецианского и лунного типа — много и часто смеются.



Рис. 124. Различные отпечатки губ в момент поцелуя и их идентификация:

а — рот в форме правильного круга: партнер заслуживает полного доверия; б — рот в форме деформированного круга: влечение к вам несерьезное; в — рот в форме полукруга: партнер искренен, но без особых гарантий; г — рот в форме деформированного полукруга: обещания, данные в горячке, будут сдержанны; д — рот с ровной горизонтальной линией: партнер с добрым большим сердцем; е — рот в форме разорванного каре: партнер садомазохист; ж — рот с деформированной вертикальной линией: очень боязливый партнер; з — линии рта в форме правильного зигзага: партнер, ненавидящий вас

Интересное применение симптомам губ в практике криминологии нашел парижский врач Мишель Рено. Он пришел к заключению, что отпечаток губ может сыграть более важную роль, чем отпечатки пальцев, поскольку структура поверхности губ абсолютно индивидуальна. Обследовав несколько тысяч человек, доктор Рено не обнаружил даже двух идентичных отпечатков губ, за исключением близнецовой пары. По мнению криминалистов, методика доктора Рено может оказаться полезной при установлении жертв несчастных случаев или преступников, если кисти их повреждены.

Таким же образом по форме рта, точнее, по изгибу губ в момент поцелуя можно оценить характер и темперамент своего избранника или партнера. «Геометрия губ» во время поцелуя является прекрасным материалом для серьезного научного изучения. Еще в начале XX в. был разработан точный тест,

основанный на выявлении губ помадой и вместе с ней. Идентификация отпечатков губ, представленных на фотографии, позволяет узнать к нему его (и

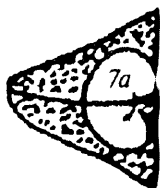


Рис. 125. Схема лица по Остхе:  
1 — щитовидная железа; 2 — селезенка; 3 — сердце; 4 — печень; 5 — левая почка; 6 — кишечник

Несомненное знание цвета губ. Бледные губы, цвет которых почти не отличается от цвета лица, наблюдаются при бирме-ровской анемии, при приступе синдрома Эдем-Стокса; цианоз губ наблюдается при заболеваниях легких; потрескавшиеся губы — признак инфекционных заболеваний.

Открытый рот, частые зевотные и дыхательные движения — признаки приближающейся смерти.

В монографии «Словесный портрет» (1988) описаны различные типы губ, расположенные к р

В губной диагностике Аюрведа, есть следующее описание: тонкие и сухие губы — признак обезвоживания и истощения; красные — губы Питта, полные и влажные — признак избытка крови; потрескавшиеся губы указывают на недостаток влаги; потрескавшиеся губы — симптом анемии. Коричневые губы — симптом несварения желудка и наличия глистов в толстом

испытуемый покрывает свои губы «целует» белый лист бумаги. Идентификация отпечатков губ, соответствующими образцами, позволяет узнать к нему его (и

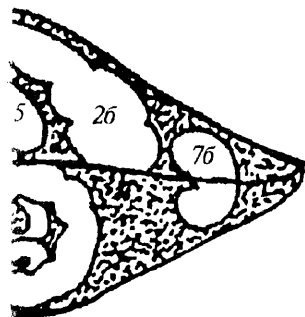


Рис. 125. Схема лица по Остхе:  
1 — щитовидная железа; 2 — селезенка; 3 — сердце; 4 — печень; 5 — левая почка; 6 — кишечник

цвет губ. Бледные губы, цвет которых почти не отличается от цвета лица, наблюдаются при бирме-ровской анемии, при приступе синдрома Эдем-Стокса; цианоз губ наблюдается при заболеваниях легких; потрескавшиеся губы — признак инфекционных заболеваний.

Открытый рот, частые зевотные и дыхательные движения — признаки приближающейся смерти.

В монографии «Словесный портрет» (1988) описаны различные типы губ, расположенные к р

В губной диагностике Аюрведа, есть следующее описание: тонкие и сухие губы — признак обезвоживания и истощения; красные — губы Питта, полные и влажные — признак избытка крови; потрескавшиеся губы указывают на недостаток влаги; потрескавшиеся губы — симптом анемии. Коричневые губы — симптом несварения желудка и наличия глистов в толстом

шение Питта, дрожание губ — на чувство страха и беспокойства. В губной диагностике (Остха) приводится оригинальная схема проекционных зон внутренних органов на поверхности губ (рис. 125), которая (как и все в Аюрведе) нуждается в серьезной проверке и уточнениях.

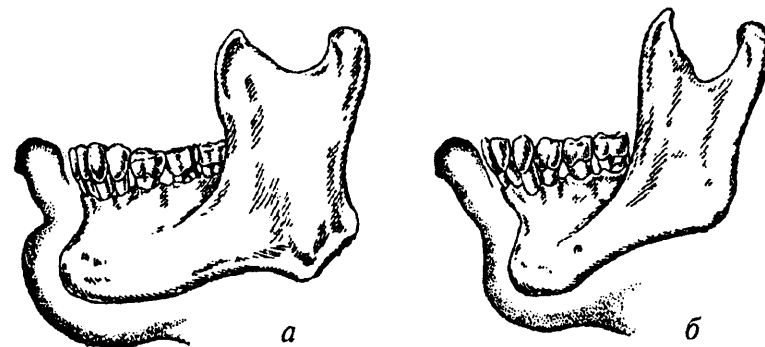


Рис. 126. Различные конфигурации угла нижней челюсти:  
а — квадратная; б — пологоскошенная

Посередине верхней губы находится губной желобок (фильтрум), разделяющий ее на боковые отделы. Физиогномисты утверждают, что если желобок глубокий и прямоугольный, то это указывает на врожденное понижение половой потенции и склонность к релаксации. Если срединный желобок над верхней губой сочетается с широким конусовидным подбородком, то это говорит о любви к уюту и семейному достатку. Наличие срединной складки под нижней губой свидетельствует о самодовольстве и хвастовстве.

Интересную информацию черпают физиогномисты из оценки конфигурации угла нижней челюсти:

- пологоскошенный угол является признаком вялости, меланхоличности и мечтательности субъекта, наделенного чувством прекрасного;
- закругленный угол говорит о стойкости характера и энергичности субъекта;
- тупой угол свидетельствует о решительности и незаурядной активности человека, особенно в социальных и политических сферах;
- прямой угол («квадратная челюсть») является доказательством твердости, прямолинейности и выносливости характера.

основанный на выявлении манеры поцелуя: испытуемый покрывает свои губы помадой и вместо приятных губ или щеки «целует» белый лист бумаги. Идентификация оттиска такого поцелуя с соответствующими образцами, представленными на рис. 124, позволит узнать человеку о характере и отношении к нему его (или ее) избранника.

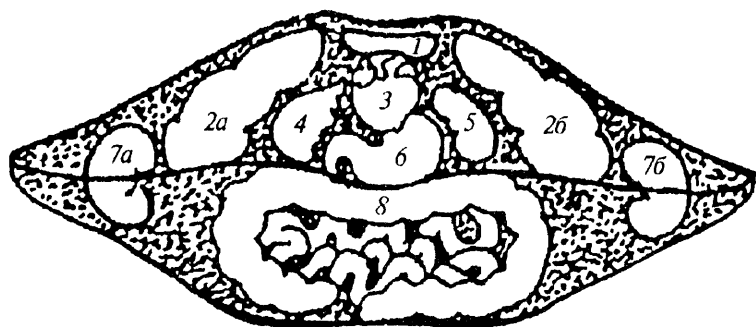


Рис. 125. Схема проекций внутренних органов на губах (по данным Остха):

1 — щитовидная железа; 2а — правое легкое; 2б — левое легкое; 3 — сердце; 4 — печень;  
5 — селезенка; 6 — желудок; 7а — правая почка; 7б — левая почка; 8 — кишечник

Несомненное значение в диагностике имеет цвет губ. Бледные губы, цвет которых почти не отличается от цвета кожи лица, наблюдаются при бирмовской анемии, после больших кровопотерь, во время приступа синдрома Эдем-Стокса; цианоз губ — у больных, страдающих заболеваниями сердца и легких; потрескавшиеся сухие губы с буроватыми корочками — у тяжелых инфекционных больных.

Открытый рот, сморщенные, с черными краями губы и язык и редкие дыхательные движения являются неотъемлемыми признаками приближающейся смерти.

В монографии В.И. Куликова «Индивидуальный тест. Словесный портрет» (1988) описывается одновершинная верхняя губа как признак предрасположенности к раку желудка.

В губной диагностике (Остха), взятой из учения Аюрведа, есть следующее описание: тонкие и сухие губы — губы Вата, красные — губы Питта, полные и маслянистые — губы Капха. Сухие и потрескавшиеся губы указывают на обезвоживание и нарушение Вата. Бледные губы — симптом анемии. Коричневые крапинки на губах — знак хронического несварения желудка и наличия глистов в толстой кишке. Волдыри или язвы на губах указывают на нару-

шение Питта, дрожание губ — на чувство страха и беспокойства. В губной диагностике (Остха) приводится оригинальная схема проекционных зон внутренних органов на поверхности губ (рис. 125), которая (как и все в Аюрведе) нуждается в серьезной проверке и уточнениях.

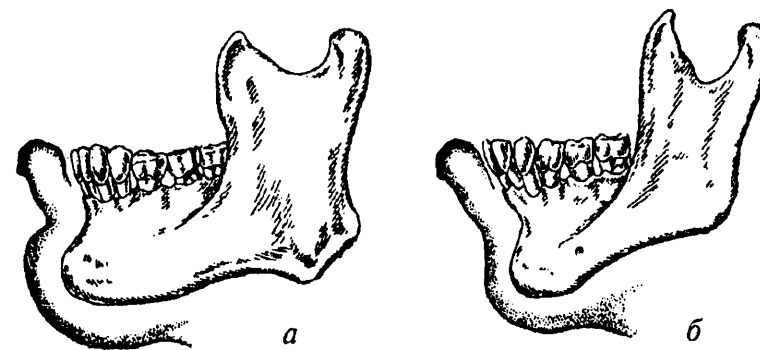


Рис. 126. Различные конфигурации угла нижней челюсти:

а — квадратная; б — пологоскошенная

Посередине верхней губы находится губной желобок (фильтрум), разделяющий ее на боковые отделы. Физиогномисты утверждают, что если желобок глубокий и прямоугольный, то это указывает на врожденное понижение половой потенции и склонность к релаксации. Если срединный желобок над верхней губой сочетается с широким конусовидным подбородком, то это говорит о любви к уюту и семейному достатку. Наличие срединной складки под нижней губой свидетельствует о самодовольстве и хвастовстве.

Интересную информацию черпают физиогномисты из оценки конфигурации угла нижней челюсти:

- пологоскошенный угол является признаком вялости, меланхоличности и мечтательности субъекта, наделенного чувством прекрасного;
- закругленный угол говорит о стойкости характера и энергичности субъекта;
- тупой угол свидетельствует о решительности и незаурядной активности человека, особенно в социальных и политических сферах;
- прямой угол («квадратная челюсть») является доказательством твердости, прямолинейности и выносливости характера.

Из приведенных градаций видно, что последние три разновидности, так или иначе варьирующие «вокруг» прямого угла нижней челюсти, свидетельствуют о твердости и решительности характера, и только случаи с «исчезающим», пологоскошенным углом соответствуют слабым, сентиментальным натурам (рис. 126).

Когда говорят о назначении полости рта, думают исключительно о функции обработки пищи. Режуще-жевательный аппарат, вкусовая, слюновыделительная, защитная и сигнальная деятельность рта обеспечивают прием и первичную обработку пищи. Это главная, но не единственная функция ротового отдела. Благодаря теснейшим контактам с головным мозгом через тройничный, блуждающий и языкоглоточный нервы полость рта как одна из важнейших рефлексогенных зон обладает многосторонними связями с различными системами организма.

Наиболее изучены в настоящее время взаимоотношения полости рта и желудочно-кишечного тракта. Еще в ранних работах академика И.П. Павлова была доказана прямая зависимость состава и концентрации желудочного сока от характера пищевого раздражителя, действующего на слизистую рта. В этих исследованиях было выявлено, что растворы поваренной соли, соляной кислоты и соды, непосредственно введенные в желудок, оказывают более слабое влияние на сокоотделительную функцию, чем те же вещества, введенные через рот. То же наблюдается при мнимом кормлении и ряде других исследований (вспомним ставшие хрестоматийными опыты И.П. Павлова).

Сигнальная система ротовой полости, основой которой служит вкусовой анализатор, играет важную роль в существовании и развитии любого живого существа. Она производит быстрый и точный анализ поступающих в организм пищевых и непищевых продуктов. В ответ на вкусовые восприятия, проходящие в ствол мозга и гипоталамическую область по чувствительным системам тройничного и языкоглоточного нервов, возникает общая приспособительная реакция с преимущественным участием тех отделов пищеварительного тракта, которые иннервируются блуждающим нервом. Эти реакции всегда наступают в полном соответствии с химическим составом вводимых в ротовую полость веществ. При приеме приятной пищи вкусовые восприятия сопровождаются положительными секреторно-трофическими изменениями желудочно-кишечного тракта. При соприкосновении со слизистой рта неприятных и «отвергаемых» веществ рефлекторно происходит их сильное раздражение, затем они выплевываются или удаляются со рвотой. Таким образом, слаженно дифференцируется вся потребляемая пища.

Эти особенности ответных реакций организма на различные вкусовые раздражители используются, главным образом, в бальнеологической практике при ротовой фазе действия минеральных вод. Экспериментальными и клиническими работами установлено, что различные процедуры в полости

рта (полоскание, орошение, оральные ванночки) оказывают положительное воздействие на течение пародонтоза, желудочно-кишечных заболеваний, патологии печени и желчных путей.

Доказано, что раздражение зуба при шлифовке ведет к расслаблению желудка, а укол пульпы зондом — к сокращению. Экспериментально А.Д. Сперанский показал, что введение ряда веществ в полость зуба вызывает дистрофические изменения в определенных участках тела — легких, желудке и т. д. Многочисленными наблюдениями выявлено, что поваренная соль, соляная кислота и горькая пища ускоряют перистальтику и повышают тонус желудка; щелочи и растительные масла, наоборот, вызывают уменьшение перистальтики и расслабление тонуса желудка. Раздражение теплом слизистой рта понижает, а воздействие холодом повышает степень жизнедеятельности желудка.

Особого внимания заслуживают высказывания В.В. Михеева о том, что холодовая чувствительность в полости рта выражена гораздо лучше, чем тепловая. Вода при температуре 0—10°C ощущается полостью рта как холодная, 20—30°C — прохладная, 40°C — тепловатая и 50—60°C — как умеренно горячая. Температура ниже нуля и выше 70°C воспринимается как горячая с неприятным оттенком.

Губы, кончик языка и твердое небо менее чувствительны к температурным раздражителям, чем задний отрезок полости рта, о чем свидетельствует общеизвестный факт, что многие люди совершенно свободно принимают очень горячую пищу. Особенно это относится к пожилым людям, что говорит о понижении температурной чувствительности слизистой оболочки полости рта и выработке привычки к горячей пище, отмечаемых у большинства пожилых людей.

Выбирая с лечебной целью ту или иную температуру воды (минеральной, содовой, медовой) и скорость ее приема (медленную или быструю), необходимо учитывать неравнозначность физиологического влияния ее на различные рецепторные зоны полости рта. Наличие воды в переднем отделе рта оказывает рефлекторное действие главным образом на желудок; в задних отделах полости рта и корне языка — на нижележащие, проксимальные отделы кишечника.

Отсюда эмпирически выработано правило пить минеральные воды очень медленно, чтобы слизистая рта как можно дольше и на всех участках подвергалась раздражению химическими ингредиентами лечебной воды, и удерживать во рту некоторые лекарственные средства: нитроглицерин, ментол, метилтестостерон и др.

Некоторые ученые утверждают, что действие валидола связано со своеобразным раздражающим влиянием на слизистую полости рта, поскольку такая же доза, введенная зондом в желудок, терапевтическим эффектом почти не обладает. Часто рекомендуемое при запорах медленное питье холодной воды утром натощак вызывает усиление перистальтики и появление стула.

Питье йогами ледяной воды короткими глотками до и во время утренней гимнастики считается полезной, апробированной веками процедурой. Вероятно, это обусловлено активацией желудочно-кишечного тракта и в итоге сбалансированием различно действующих систем. Практически при выполнении гимнастики это означает функциональное сближение находящихся в деятельном состоянии нервно-мышечной, сердечной и дыхательной систем с неактивной (до приема воды) желудочно-кишечной деятельностью. Для стимуляции последней предназначается небольшой стакан холодной воды — неременный атрибут для занимающихся гимнастикой йогов. Однако употребление холодных напитков может вызвать не только положительные, но и отрицательные реакции организма. Описаны приступы стенокардии, изменения кардиограммы и даже развитие инфаркта миокарда у ряда лиц после приема ледяной воды.

Как показали исследования физиологов, реакция желудка в ответ на раздражение рецепторов полости рта и пульпы зуба не является однозначной и постоянной и во многом зависит от типа нервной системы и силы воздействия. Различные раздражения рецепторов полости рта, всегда имеющие место в стоматологической практике, могут вызывать очаги застойного возбуждения и торможения, влияющие затем на функциональное состояние пищеварительных органов.

Клинико-физиологический анализ показывает, что, применяя те или иные ротовые процедуры, можно ожидать терапевтические результаты не только со стороны пищеварительного тракта, но и в других отдаленных системах — сердечно-сосудистой, легочной и т. д. Так, раздражение холодом спинки языка тормозит глотательный центр, но возбуждает дыхательный и сердечно-сосудистый центры; тепловое воздействие повышает возбудимость не двух, а всех трех центров. Полоскание рта минеральной водой у больных с язвенным стоматитом усиливает образование желчи и протромбина, у больных с воспалительной формой пародонтоза улучшает состав красной крови, повышает фагоцитоз и замедляет СОЭ.

В 1982 г. Р. Михайлова показала, что орошение полости рта омагниченной водой способствует удалению зубного камня, устранению пародонтоза, прекращению кровоточивости десен, лечению флегмон. Применяя ротовые минеральные процедуры, «мнимое питье», можно вызвать физиологические реакции многих систем организма, что имеет немаловажное значение для больных с недостаточностью кровообращения и болезнями почек, которым противопоказан прием внутрь большого количества жидкости.

За последнее время успешное применение получили сероводородные ингаляции при гипертонической болезни, ревматизме, катаре верхних дыхательных путей, новокаиновые ингаляции при упорном кашле, связанном с туберкулезом легких, ингаляции фитонцидами чеснока при различных воспалительных процессах органов дыхания, ингаляции щелочной водой, облученной ультрафиолетовыми лучами, при бронхиальной астме, бронхите и фа-

рингите. В механизме их действия помимо резорбтивного влияния тех или иных веществ определенное значение имеют рефлекторные воздействия со слизистой глотки, гортани и трахеи на вазомоторный и дыхательный центры ствола головного мозга.

Изучая влияние некоторых рефлексогенных зон на мозговое кровообращение, исследователи обнаружили, что манипуляции в области зубов (обточка зуба под коронку, ампутация и экстирпация пульпы и др.) очень часто приводят к депрессорному сосудистому эффекту.

В 1934 г. московские патофизиологи предложили метод глоточной новокаиновой блокады при таких «отдаленных от глотки» заболеваниях, как язва желудка и двенадцатиперстной кишки, трофическая язва нижних конечностей, спонтанная гангрена и др. Описаны случаи успешного применения анестезии спирт-новокаином около миндалин при тяжелых приступах бронхиальной астмы.

Ученые экспериментально установили, что инъекция меркузала в толщу миндалин приводит к снижению выделения мочи. На этом основании ее применяют для лечения ночного недержания мочи. Положительный результат был получен у половины больных. Авторы считают, что данный метод полезен, если источником патологической импульсации являются миндалины.

Врачу необходимо помнить о возможности ротового происхождения многих заболеваний. При патологических очагах в зубах и миндалинах нередко наступают изменения в сердечно-сосудистой деятельности, повышается артериальное давление, происходят трофические изменения кожи, снижается память, усиливаются потоотделение и субфебрилитет, возможны кровоизлияния в мозг и инфаркт миокарда. Хроническая очаговая инфекция во рту приводит к возникновению локальных и диссеминированных поражений нервной системы типа менингита, энцефаломиелита, радикулита, синдрома Меньера и т. д. Патологические изменения в полости рта могут вызывать упорно текущие дизэнцефалиты.

Воспалительные заболевания зубов и небных миндалин служат источником возникновения стойких головных болей. Их локализация нередко зависит от места расположения воспалительного процесса. Установлено, что патологические очаги в резцах верхней челюсти сопровождаются болями в лобно-височной области, поражение клыков и малых коренных зубов — болями в виске, больших коренных зубов — в теменно-затылочной области. При воспалении зубов нижней челюсти головные боли нередко приобретают разлитой характер.

Возникающие при поражении зубов головные боли обусловлены прежде всего раздражением чувствительных нервных окончаний второй и третьей ветви тройничного нерва, а также их многочисленными связями с вегетативными узлами в области головы. В литературе приводятся наблюдения полного исчезновения таких болей после удаления патологически измененных зубов или гнойных кист на их корнях.

В 1973 г. польская газета «Дзенник людовы» сообщила о редчайшем случае в медицинской практике, который произошел с 37-летним турецким крестьянином Юсуфом Офканом, долгие годы лишенным зрения и слуха. Однажды у него разболелся зуб, в связи с чем он обратился к стоматологу. Когда врач зуб удалил, Офкан потерял сознание, а придя в себя, был ошеломлен — к нему вновь вернулись зрение и слух.

Частой причиной головных болей при заболеваниях ротовой полости являются воспалительные процессы в области небных миндалин. Острые и хронические тонзиллиты характеризуются сильными болями в затылке, которые нередко сопровождаются болями в надплечье, напряжением шейных мышц, а также появлением на коже затылочной области круглого или овального участка повышенной болевой чувствительности.

Слизистая оболочка полости рта — чрезвычайно стимуляционная зона, значение которой недостаточно учитывается практическими врачами и физиологами. Ни одна область человеческого тела, лицевые чувствительные участки и тем более кожа туловища или конечностей не имеют такого мощного «выхода наружу» посредников ствола головного мозга. Полость рта располагает обширными представительными зонами блуждающего, языкоглоточного и тройничного нервов. Поэтому раздражение слизистой полости рта, особенно задней стенки глотки, способно вызывать существенные сдвиги (положительные или катастрофического свойства) в состоянии больных.

В своей практике нам не раз приходилось наблюдать, как раздражение задней стенки глотки приводило к восстановлению сознания у тяжелобольных. Подобные наблюдения известны многим врачам. Описано и немало случаев внезапно наступившей смерти при ожоге слизистой рта едкими щелочами и кислотами, клинической смерти от анестезии корня языка и глотки растворами дикаина и т. д. С раздражением слизистой полости рта связаны, по-видимому, плаксивость и «плохо понятные» диспептические расстройства, возникающие у некоторых детей в период прорезывания зубов.

Механизм указанных реакций может быть объяснен сложными рефлекторными связями.

Благодаря этим связям, а также быстрой резорбции различных веществ, введенных в толщу мышц языка, при оказании скорой медицинской помощи получил распространение внутриязычный метод введения лекарственных средств. Внутриязычное применение адреналина и мезатона дает терапевтический эффект, который по силе и скорости занимает промежуточное положение между внутримышечным и внутривенным способами, приближаясь по силе действия к внутривенному, а по продолжительности к внутримышечному. В случаях тяжелой алкогольной интоксикации внутриязычное введение больших доз указанных препаратов позволяет достичь «ударного отрезвления» и выхода больного из угрожающего состояния.

На базе рефлекторных связей основан старинный китайский метод массажа языка, при котором медленно производятся 18 движений языка в одну сторону и 18 движений в другую. Указанный лечебный метод благоприятно влияет на течение болезней печени и желчного пузыря.

Изучая рефлекторные связи полости рта, мы проследили и реакцию организма на полоскание рта подсолнечным маслом. 30 лет назад такие полоскания по инициативе харьковских врачей назначались при очень многих заболеваниях: гипертонической болезни, мигрени, гастрите, полиартрите, ангине, невралгии, геморрое и т. д. Широкий круг показаний и теоретическая необоснованность методики сразу же создали негативное отношение к ней врачей различной специальности. На полоскание рта подсолнечным маслом как на лечебное мероприятие было наложено вето: была подавлена оригинальная ротовая методика — лечебный массаж мозга.

Проведенные нами исследования показали, что методика такого массажа достойна глубокого изучения и в последующем широкого применения. По нашим данным, период полоскания характеризуется у подавляющего большинства здоровых и больных людей активацией возбуждательного процесса. Артериальное давление в это время повышается: у больных гипертонией — в среднем на 7,2 мм рт. ст.; у больных гипотонией — на 2,5; у здоровых лиц — на 1,6 мм рт. ст.

Позднее, в период выделения жидкой слюны и особенно при завершении полоскания, отмечается снижение биоэлектрической активности мозга. У многих испытуемых в это время усиливаются медленные потенциалы, более регулярным и выраженным становится на электроэнцефалограмме альфаритм. Артериальное давление приходит к исходным величинам или остается несколько повышенным.

Такие сложные нейродинамические изменения с переходом от состояния возбуждения к состоянию торможения выявляются у большей части здоровых и больных людей. У меньшей части испытуемых, главным образом у больных атеросклерозом, реакции мозга с самого начала протекают по тормозному типу.

Для полоскания рта вместо подсолнечного масла мы применяли ароматическую жидкость. Она вызывала аналогичные изменения артериального давления и электрической активности мозга, однако субъективно ароматическая жидкость лучше воспринималась испытуемыми. Таким образом, в основе отмеченных сдвигов лежат преимущественно механические и чувствительные раздражения, действующие по принципу «полостного» массажа.

Человек обладает очень многими видами чувств. Это всем известные чувства долга, уважения, такта, любви, независимости, материнства, привязанности и т. д. Однако по укоренившейся традиции вся гамма человеческих чувств разделена наукой на две большие категории: основные виды чувствительности или органы чувств, которые изучают физиология и медицина, и бесконечное множество других эмоционально-психических

свойств человека, исследованием которых занимаются писатели и специалисты-психологи.

В настоящее время признание получили пять органов чувств: зрение, слух, обоняние, вкус и кожная чувствительность. Все они достаточно хорошо изучены анатомически, но далеки еще от полного понимания с точки зрения физиологии и патологии.

Вкус, о котором пойдет речь ниже, так же как и обоняние, относится к наиболее древним видам чувствительности. Рецепторы вкусового анализатора располагаются в выростах слизистой оболочки полости рта — вкусовых сосочках. Они рассеяны в мягком небе, глотке, но особенно много их на поверхности языка. Всего их здесь насчитывается от 10 до 20 тысяч. Живут они до 10 дней, но обновляются обычно намного быстрее — каждые 3 часа.

Различают четыре вида вкусовых сосочков языка: нитевидные, листовидные, грибовидные и желобоватые. За слепой ямкой корня языка сосочки отсутствуют. В этих участках выявляются хорошо развитые скопления лимфоидной ткани. Восприятие вкуса языком возможно в тех случаях, когда язык влажный, и невозможно — когда он сухой. Следовательно, при обнаружении у больного вялого сухого языка можно резонно думать об отсутствии вкусовых ощущений, снижении аппетита и вытекающей отсюда тенденции к похуданию.

Замечено, что вкусовых сосочков на левой половине языка больше, чем на правой, и что у взрослых людей основная масса сосочков сосредоточена на кончике языка, его боковых поверхностях и в задних отделах. Наибольшей чувствительностью к сладкому обладает кончик языка, к соленому — кончик и края, к кислому — края языка, к горькому — его корень и совсем нечувствительна к вкусовым раздражениям верхняя, центральная поверхность языка.

Возбуждение от периферических вкусовых рецепторов передается по промежуточному и языкоглоточному нерву в мозговой ствол и далее в кору головного мозга — место расположения вкусового анализатора.

Вкусовая чувствительность неодинакова у разных людей, даже у одного человека она может резко меняться под влиянием многих факторов. По данным немецких физиологов, чувствительность к сладкому у женщин развита лучше, чем у мужчин.

Притупление вкусовых ощущений у мужчин ученые объясняют тем, что среди них встречается больше курящих, чем среди женщин.

В нашей жизни вкус имеет немаловажное значение. Вместе с обонянием он помогает человеку определять качество пищи. Полость рта непосредственно сообщается с полостью носа, поэтому вкусовые вещества могут легко воздействовать и на обонятельную систему. Вкусовые и обонятельные ощущения настолько тесно связаны, что образуют неразрывный функциональный комплекс. Благодаря такому комплексу многие больные с нарушением

обоняния жалуются больше на потерю вкуса, чем на отсутствие восприятия запахов.

По этой же причине различные ароматические пищевые вещества и жидкости воздействуют на организм не только вкусовыми, но и обонятельными раздражениями. Например, секрет эффективности действия знаменитого трускавецкого источника «Нафтуся», относящегося к категории обычных слабоминеральных вод, заключается не в катионах и анионах, а в очень сильных пахуче-вкусовых качествах. «Нафтуся» действует главным образом своим резким запахом и неприятным привкусом нефти.

Вкусовая чувствительность тесно переплетается с общей чувствительностью, в частности с температурной, связь которой со вкусовым аппаратом широко известна в обыденной жизни. Вкус многих пищевых веществ находится в строгой зависимости от их температуры. Наиболее благоприятной для потребления считается пища при температуре 24°C. Для утоления жажды лучше пить холодную воду, чем воду температуры полости рта.

Взаимоотношения между вкусом и потребностями организма в пище изучались многими исследователями. Доказано, что острота вкуса уменьшается сразу после насыщения, а спустя 1,5—2 часа восстанавливается до прежнего уровня. У каждого человека по мере развития голода чувствительность к сладкому заметно повышается, к кислому и горькому — несколько понижается. Считается общепризнанным, что вкусовая чувствительность уменьшается в темноте, в условиях кислородной недостаточности, при низких и высоких температурах пищи и окружающей среды.

Установлено, что желудочно-кишечный тракт в зависимости от введенной в желудок пищи может значительно изменять степень мобилизации вкусовых элементов языка. Пищевое раздражение стенки желудка, действуя по принципу гастролингвального (желудок — язык) рефлекса, вызывает торможение вкусовых клеток языка до 50% и более. Подобный закономерный процесс часто нарушается при заболеваниях желудка: гастрите, язвенной болезни, раке. По мнению П.Г. Снякина, изменение гастролингвального рефлекса при болезнях связано с несогласованностью функций двух систем — чувствительной и вкусовой, которые в норме прочно взаимодействуют между собой.

Частым симптомом, в частности заболеваний желудка, является обложенный язык и сопутствующая ему потеря аппетита. Обложенный язык можно сравнить с запретной печатью, которую накладывает больной желудок на связанные с ним вкусовые рецепторы с одной определенной целью — блокировать вкус и тем самым подавить аппетит у больного.

Великий физиолог И.П. Павлов называл это защитным «самоисцеляющим» рефлексом, поскольку отказ больного от приема пищи создает необходимые условия покоя для пораженного желудка. Отсюда следует, что любой налет на языке и сопровождающая его потеря аппетита есть мера адаптации и превентивной терапии. Мера, которую необходимо не только понимать, но и поддерживать.

Однако мы нередко встречаем больных, которые «в погоне за чистотой рта» упорно скребут свой обложенный язык или, поддавшись на уговоры родственников, начинают себя бульонами и пирогами. Клинический опыт показывает, что насильственное кормление больных с заблокированной вкусовой рецепцией и, следовательно, с пониженным или вовсе отсутствующим аппетитом, приносит лишь осложнения.

Вкусовые ощущения могут возникать не только под влиянием химических раздражителей, но и в результате механических, термических и электрических воздействий. Обнаружено, что при сильном сдавливании кончика языка появляется «щелочной» привкус. Существуют наблюдения, говорящие о том, что при поколачивании боковой поверхности языка у некоторых лиц возникает ощущение соленого вкуса, при надавливании сухим пальцем на основание языка — ощущение горечи.

Воздействие на вкусовые рецепторы вызывает сдвиги в состоянии многих систем человеческого организма: изменяются работоспособность, обмен веществ, половая деятельность, сосудистый тонус.

С помощью аппаратов и ряда тестов установлено, что различные вкусовые вещества, действуя на слизистую оболочку рта, рефлекторно изменяют сосудистый тонус у человека. Кислые и горькие растворы уменьшают кровоток конечностей, увеличивают кровоток мозга, понижают кожную температуру, учащают пульс и повышают кровяное давление. Сладкие вещества увеличивают кровоток конечностей, уменьшают кровоток мозга и повышают кожную температуру, т. е. действуют противоположно кислым и горьким раздражителям.

Наблюдаемые эффекты возникают и при показе вкусовых веществ испытуемым. Физиологам удалось выработать у здоровых и больных людей сосудистые рефлексы на красный свет и сладкое.

По данным С.Д. Ролле, у здоровых лиц сладкие раздражители всегда вызывают расширение сосудов и подъем кривой плетизмограммы; соленые, кислые и горькие раздражители — сужение сосудов и соответственно падение кривой плетизмограммы. У больных с нарушением мозгового кровообращения вкусовые раздражители чаще всего приводят к извращению сосудистых реакций.

В проведенных нами исследованиях интенсивный соленый раздражитель (10-процентный раствор поваренной соли) более чем у половины здоровых людей вызывал не сужение, а расширение мозговых и периферических сосудов. У больных атеросклерозом расширение сосудов на солевой раствор отмечалось в 70—80% случаев. Причем наиболее выраженные сосудорасширяющие и сосудосуживающие реакции регистрировались у больных с тяжелыми мозговыми нарушениями. Практически это означает, что все эти лица должны исключить из своего рациона острые пищевые продукты. Подобные меры позволяют снять излишние пертурбации.

Изучая влияние акта жевания на сосудистую систему, ученые пришли к выводу, что вкусовые ощущения обуславливают сосудистые реакции. Воз-

можно, жевание ароматической резинки посредством моторно-церебральных рефлексов и вкусовой рецепции оказывает сложное, в основном тонизирующее воздействие на организм человека. Но это всего лишь предположение.

Постоянных зубов у человека 32: 8 резцов, 4 клыка, 8 малых коренных (премоляров) и 12 больших коренных (моляров) зубов.

Для любого врача, в первую очередь для педиатра, важно знать не только число и месторасположение зубов, но и время и последовательность появления молочных и постоянных зубов. Так, первый зуб прорезывается в возрасте от 1 недели до 1 года, чаще от 6 до 8 месяцев. Резцы, появляющиеся в виде

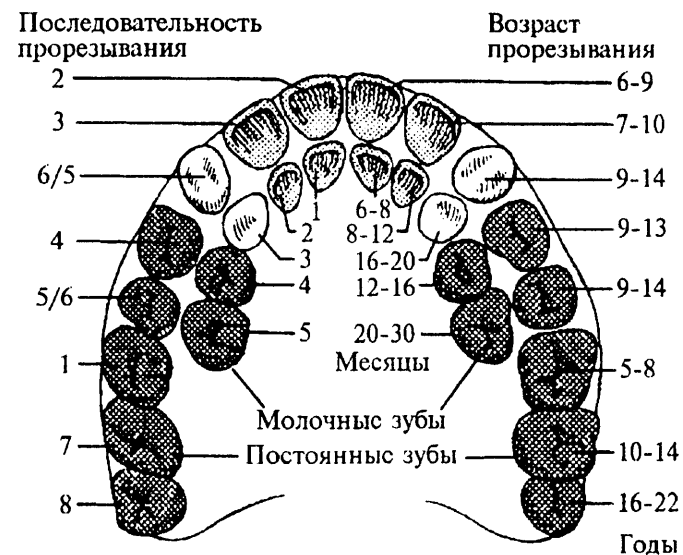


Рис. 127. Возрастная последовательность прорезывания молочных и постоянных зубов

исключения в первые недели жизни, могут быть препятствием для кормления грудью. Затрудненное прорезывание зубов встречается крайне редко, за исключением зубов мудрости (в возрасте от 15 до 20 лет).

Возрастная последовательность появления двух разновидностей зубов (молочных и постоянных) показана на рис. 127.

По оценке физиогномистов, мелкие, острые и редкие зубы говорят о ехидстве и хитрости; большие расстояния между зубами — о слабоумии и безволь-



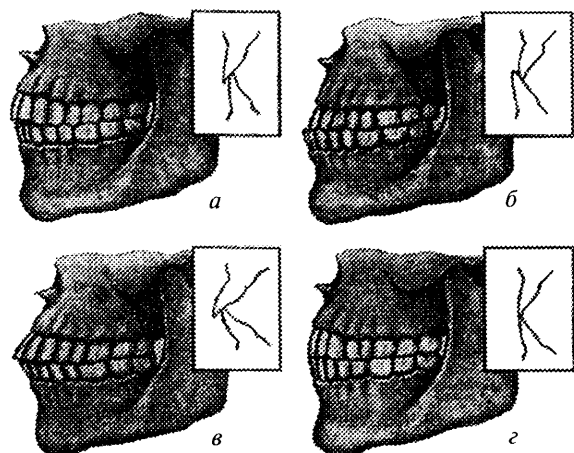


Рис. 128. Схема различных типов физиологического прикуса:  
а — ортогнатический; б — прогенический; в — бипрогнатический; г — прямой

ности; большие и крепкие зубы — о долгой жизни доброго и храброго человека; длинные зубы — о прозорливости и злости; длинные, островатые и выпячивающиеся зубы — о ненасытности и скупости; ровные зубы — о сердитости и красноречивости; неровные зубы — о глубокомысленности; черные мелкие зубы — о похотливости и слабости тела.

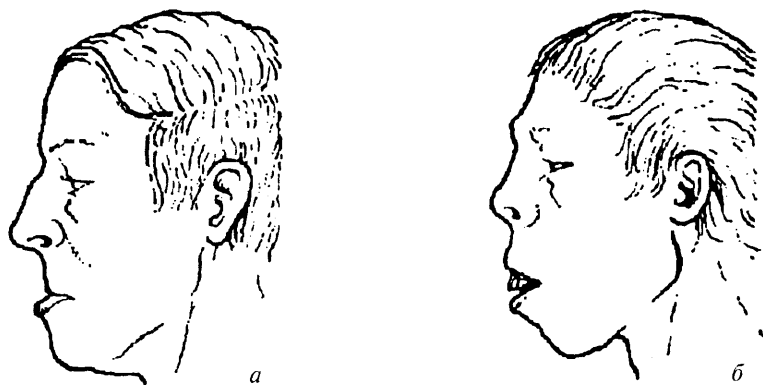


Рис. 129. Очертания профиля лица с различными типами патологического прикуса:  
а — чрезмерно прогнатический; б — чрезмерно бипрогнатический

Тупые клыки, по данным В.И. Куликова (1988), являются врожденным симптомом предрасположенности к раку желудка.

Соотношение жевательных поверхностей зубов верхней и нижней челюстей при смыкании называется прикусом. Наблюдаются физиологические и патологические формы прикуса. В первом случае лицо сохраняет правильные очертания, функции жевания и речи не нарушаются. Различают четыре вида физиологических прикусов: а) ортогнатический; б) прогенический; в) бипрогнатический; г) прямой (ортогенический) (рис. 128).

При ортогнатическом прикусе наблюдается небольшое перекрытие резцами верхней челюсти соответствующих зубов нижней челюсти. При прогеническом прикусе (выступающий вперед подбородок) отмечается некоторое выдвигание нижней челюсти вперед, при этом резцы верхней челюсти располагаются кзади от резцов нижней.

При бипрогнатическом прикусе резцы обеих челюстей наклонены кпереди с сохранением в группе жевательных зубов окклюзионных контактов. При прямом прикусе наблюдается контакт режущих краев верхних и нижних резцов.

К патологическим прикусам (рис. 129) относятся:

- чрезмерно прогнатический (рис. 129, а) — нижняя челюсть выступает далеко вперед относительно верхней;
- чрезмерно бипрогнатический (рис. 129, б) — при выраженном наклоне кпереди зубов верхней и нижней челюсти.

Очень характерен для аномалии открытый вид прикуса, при котором между резцами челюстей существует значительная расщелина (рис. 130). Все виды патологических прикусов существенно изменяют облик человека и отражаются на функциональной роли зубов.

По данным новой научной дисциплины — антропологической одонтологии — строение и форма человеческих зубов являются наследуемым признаком,

передающимся в неизменном виде от поколения к поколению в пределах данной популяции. Анализируются главные (число постоянных зубов, состояние различных категорий зубов, длина корней, конфигурация коронки) и второстепенные (число и форма бугорков, гребни и бороздка эмали и т. д.) признаки. Мельчайшие различия в строении зубов позволили американским ученым реконструировать великие миграции первобытного человека, заселявшего Азию,

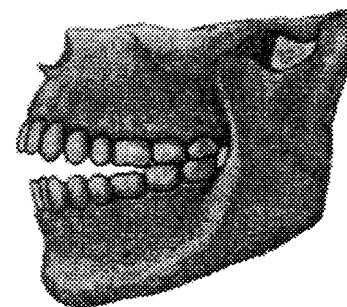


Рис. 130. Открытый патологический прикус

бассейн Тихого океана и Новый Свет. По особенностям строения зубов были установлены два крупных ствола популяций системы: 1) сундадонты — жители Юго-Восточной Азии, Индонезии, Полинезии, 2) синодонты — жители Китая, Японии, Сибири, Северной и Южной Америки.

Изучение обратных влияний различных органов и систем организма на полость рта имеет большое значение для клинической и теоретической медицины.

Диагностические данные и их анализ, получаемые при исследовании слизистой оболочки рта, языка, зубов, изучение слюновыделительной и вкусовой функций должны учитывать не только местно действующие факторы, но и возможное влияние на полость рта отдаленных и близлежащих органов и систем.

К сожалению, довольно долго существовавшие представления о стоматитах и гингвитах как о местных процессах в полости рта задержало изучение патологии слизистой оболочки. В настоящее время установлено, что только 10% заболеваний слизистой оболочки рта возникает от воздействия местных факторов, чаще всего травм. У 90% больных патологические изменения полости рта обусловлены заболеваниями нервной системы и внутренних органов. В ЦНИИ стоматологии созданы модели поражений слизистой оболочки полости рта при химическом раздражении кишечника, печени, желчного пузыря. Ученые института показали, что при раздражении желудка и тонкого кишечника в полости рта появляются язвы, при раздражении толстого кишечника — высыпания и изъязвления; при экспериментальном холецистите эрозивные участки обнаруживаются главным образом на слизистой оболочке щек. При остром лейкозе, по данным профессора В.С. Дмитриевой, у 100% больных отмечаются кровоточивость и гипертрофия десен. Это очень важный синдром в ранней диагностике лейкоза.

К интересным в диагностическом отношении выводам пришли казанские стоматологи, установившие связь язвенной болезни с пародонтозом. По осмотру полости рта они могут почти безошибочно судить, в каком состоянии находится слизистая оболочка желудка. По данным Н.Ф. Скоркиной, у больных с язвой желудка при давности заболевания до 5 лет выявляется воспалительная форма пародонтозов I и II степени (зубодесневые карманы и оголение шеек зубов) в области резцов нижней челюсти. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки такой же длительности заболевания аналогичная картина обнаруживается не только у передних зубов нижней челюсти, но и у первого коренного зуба. У больных с далеко зашедшим язвенным процессом в желудке наблюдается картина атрофического пародонтоза II и III степени.

Экспериментальными данными показано, что одной из причин сочетанных поражений (пародонтоза в полости рта и язвы в желудочно-кишечном тракте) являются изменения в нейромедиаторной системе ацетилхолинхолинэстеразы, приводящие к нарушению трофики различных участков единого пищеварительного тракта.

Некоторые западноевропейские рефлексотерапевты считают, что область десен представляет собой проекцию ряда внутренних органов: желудочно-кишечного тракта, урогенитальной области, сердца. Чисто эмпирическим путем они нашли, что печень проецируется на уровне нижних клыков, поджелудочная железа — на уровне малых коренных зубов и т. д.

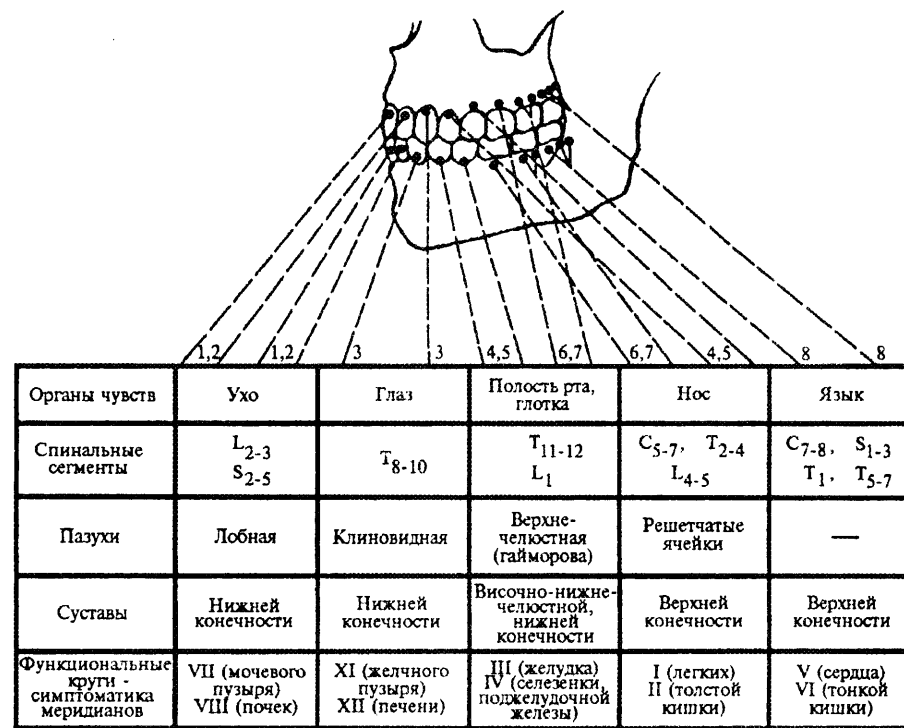


Рис. 131. Связь оральных точек и зубов с различными внутренними органами и частями тела

В литературе указывается на наличие двух систем точек в ротовой полости, которые располагаются в слизистой оболочке губ и щек напротив коронок и шеек зубов (рис. 131). Связь оральных точек и зубов с различными частями и органами тела в виде афферентных перекрытий на стволовом и вышележащих уровнях центральной нервной системы обуславливает соматотопическое представительство большинства органов и систем.

В этой связи интересное исследование провели М.В. Вогралик и Ф.А. Сирота (1989), сопоставившие данные оценки состояния зубов с

имеющейся у больных патологией внутренних органов и функциональным состоянием относящихся к ним меридианов тела. Авторы установили общее соответствие поражения в полости рта с изменениями меридианов различных органов с частотой от 68,8% (по желчному пузырю и печени) до 93,3% (по желудку, селезенке и поджелудочной железе). На основании проведенных исследований М.В. Вогралик и Ф.А. Сирота сделали два практически важных вывода: 1) уточнение локализации пораженных зубов может быть использовано как экспресс-диагностика лиц с группой риска заболеваний ряда внутренних органов; 2) при лечении зубов необходимо обратить внимание на нормализацию функций соответствующих внутренних органов.

По наблюдениям московских стоматологов, язвенная болезнь желудка сопровождается обильным отложением зубного камня и уменьшением количества функционирующих малых слюнных желез.

При осмотре полости рта могут наблюдаться пятна Филатова (при кори), белые бляшки молочницы (у ослабленных больных), буро-коричневые пятна (при аддисоновой болезни) и т. д. Механизм появления этих высыпаний связан, вероятно, с дисфункцией центральной нервной системы.

Подтверждением прямой зависимости многих стоматологических феноменов от деятельности нервной системы служат эксперименты, в которых было показано, как при вкладывании стеклянного шарика в подбугровую область мозга животных у последних возникали отечность и точечные кровоизлияния в деснах, а затем язвы на губах, щеках и размягчение зубов.

На функциональное состояние слизистой оболочки рта определенное влияние оказывают различные отрицательные эмоции. В клинике мы нередко встречаемся с зубной болью, механизм которой выяснить не удается. Речь идет о так называемой одонталгии, возникающей при сухотке спинного мозга, гипертонических кризах, стенокардии и других заболеваниях внутренних органов.

Известную роль в распознавании некоторых болезней играет анализ слюноотделительной деятельности. Слюнные железы обладают большими приспособительными возможностями. Так, например, если влить собаке с постоянными фистулами слюнных желез воду или 0,9-процентный раствор поваренной соли, отделения слюны не будет, но стоит подогреть воду до 40°C или увеличить концентрацию поваренной соли до 10%, как железа придет в деятельное состояние. Причем горячая вода стимулирует истечение густой слюны, раствор соли — жидкой. Смысл этого явления понятен: для защиты слизистой оболочки от действия горячей воды выделяется густая вязкая слюна, для уменьшения концентрации соленого раствора — жидкая.

Отделение слюны у человека протекает различно на горькие, кислые, соленые и сладкие вещества. Особенность слюноотделительной реакции на введение в рот кислого и с меньшим постоянством соленого раствора заключается в увеличении секреции по мере нарастания концентрации раствора.



Рис. 68. Лица больных с различными видами желтух:

а — механической, б — паренхиматозной, в — гемолитической; 1 — изменение цвета мочи, 2 — изменение цвета кала



Рис. 77.1. Искусство мимики индийского театра



Рис. 112. Проекционные зоны внутренних органов в области лица (по Г. Ченуту):

1 — тонкий кишечник; 2 — мочевой пузырь; 3 — печень; 4 — почки; 5 — поджелудочная железа;  
6 — желудок; 7 — сердце; 8 — толстый кишечник; 9 — легкие; 10 — гениталии

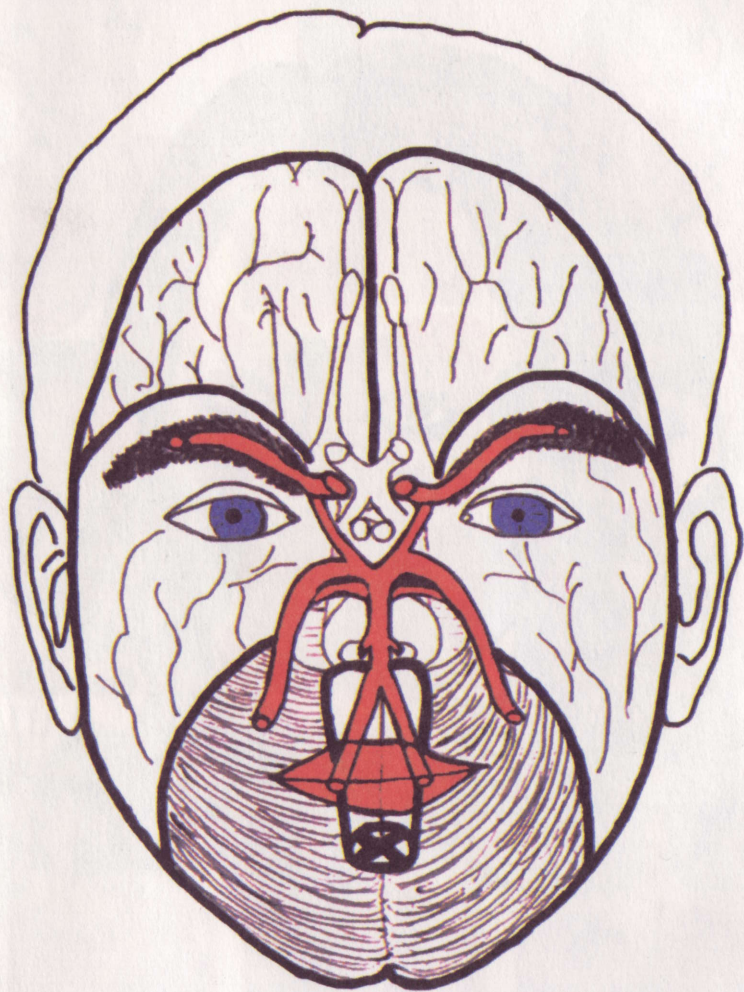


Рис. 116. Проекционные зоны магистральных сосудов мозга в области лица (по Е.С. Вельхверу)

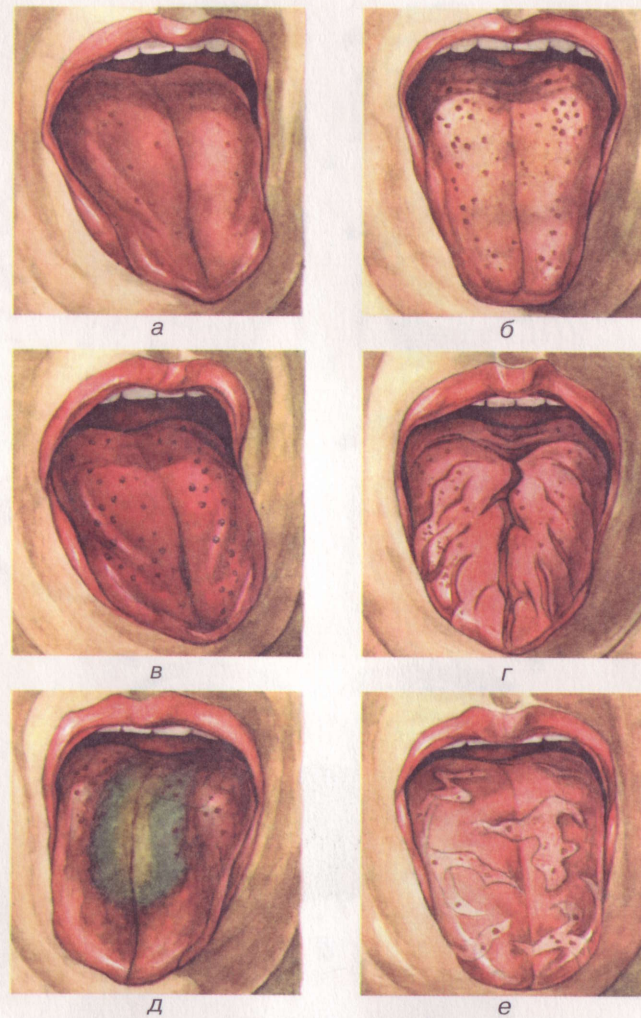


Рис. 136. Виды изменений поверхностных покровов языка:  
 а — гладкий язык при анацидном гастрите и анемии; б — бородавчатый язык при гиперацидном гастрите; в — лакированный язык при анемиях, колитах и раке желудка; г — складчатый язык при отеке и уплотнении лица; д — коричнево-зеленоватый центр языка при недостаточности пилорического и кардиального сфинктеров желудка; е — «географический» язык при хронических гастроэнтероколитах

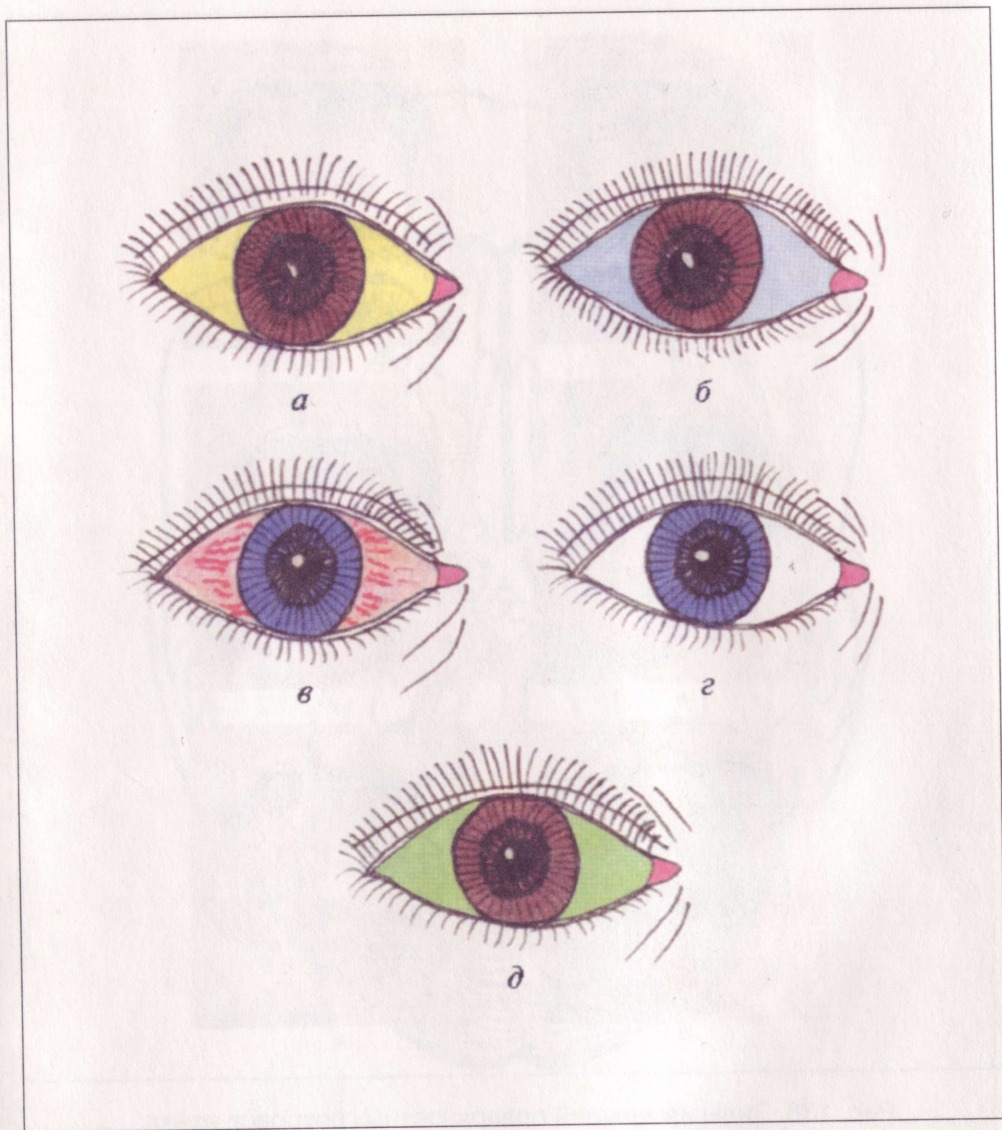


Рис. 162. Патологическая окраска склер:

а — болезни почек, старость (народы Азии);  
 б — болезнь Лобштейна (врожденная хрупкость костей); в — болезни сердца;  
 г — болезни легких; д — болезни печени

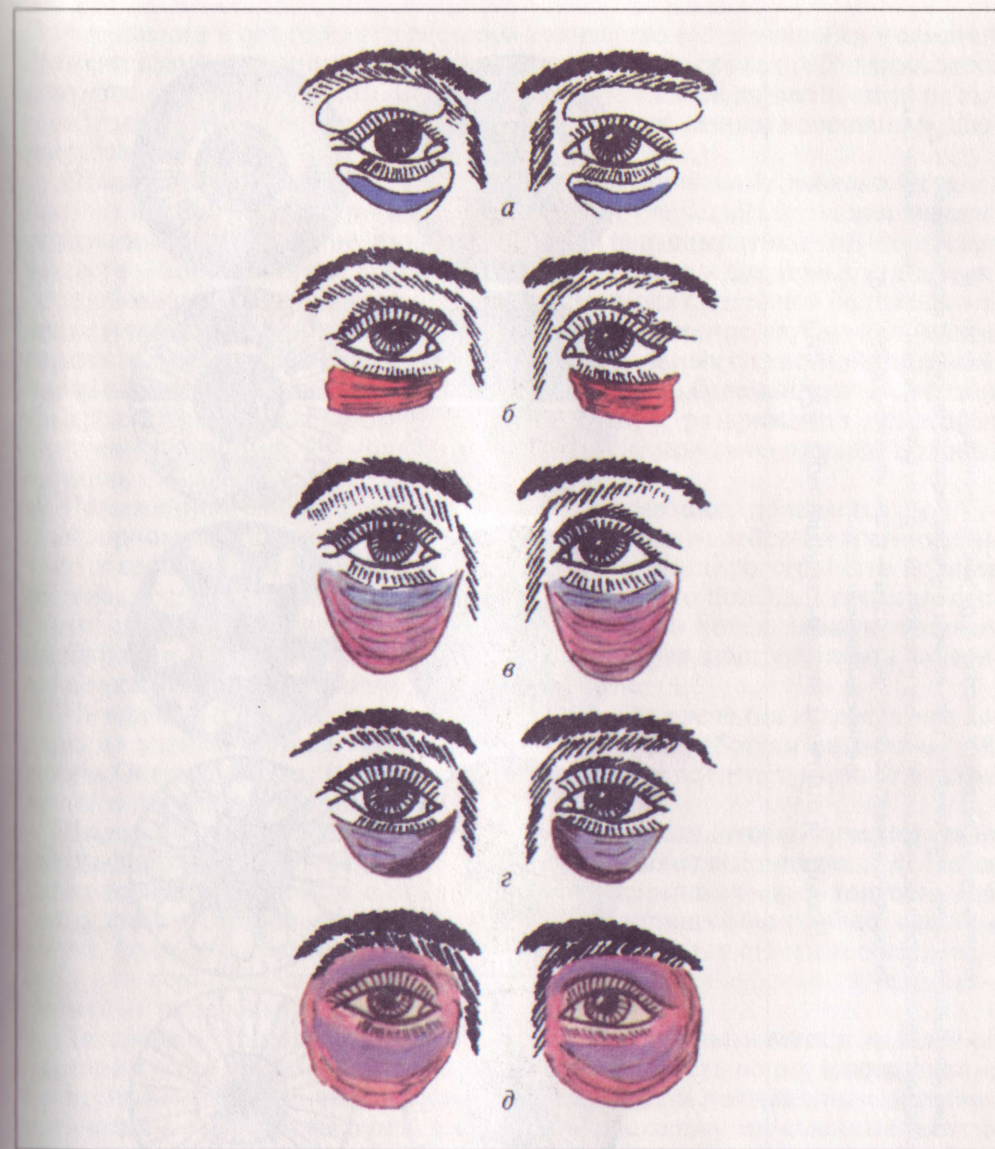


Рис. 164. Симптомы подглазничных мешков:

а — болезни почек; б — хронический геморрой (расчесы); в — хронический алкоголизм;  
 г — болезни сердца; д — симптом «очков»

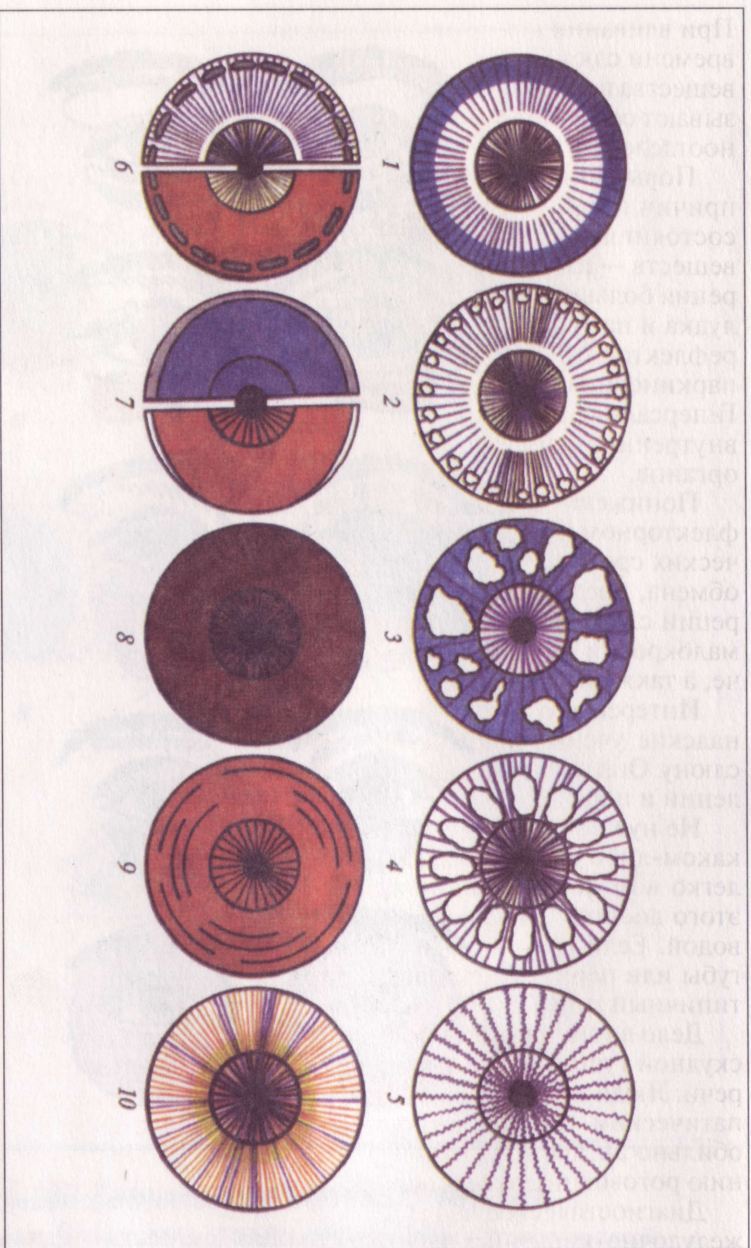


Рис. 178. Иридогенетические типы (по И. Декку):

- 1 — чисто лимфатический тип;  
 2 — тип со слабостью соединительной ткани;  
 3 — тип «маргаритка»; 4 — нейрогенный тип; 5 — монетный тип; 6 — монетный тип; 7 — лимфатический тип; 8 — чисто гематогенный тип;  
 9 — открытый тетанический тип; 10 — феррум-хроматоз (гемохроматоз)

При вливании в рот горького раствора количество выделяющейся в единицу времени слюны закономерно падает в течение всего срока пребывания этого вещества в ротовой полости. Сладкие растворы в малой концентрации не вызывают секреции, в большой — приводят к волнообразным изменениям слюноотделения.

Повышенное слюноотделение, или гиперсаливация, зависит от ряда причин и наблюдается при следующих физиологических и патологических состояниях: раздражение пищей; действие парасимпатико-миметических веществ — пилокарпина, физостигмина, мускарина и др.; повышенная секреция больших пищеварительных желез у больных с язвенной болезнью желудка и патологией поджелудочной железы; отравление ртутью или йодом; рефлекторное раздражение слюнных желез у больных с глистной инвазией, паркинсонизмом, бешенством, спинной сухоткой, беременностью, рвотой. Гиперсаливация может возникать при сильном раздражении некоторых внутренних органов — ампулы прямой кишки, мочевого пузыря, половых органов.

Пониженное слюноотделение, или гипосаливация, появляется при рефлекторном нарушении функции слюнных желез и от действия холинолитических средств, при волнениях и усиленном потении, расстройстве водного обмена, после сильных кровотечений и длительного поноса. Угнетение секреции слюны наблюдается при ботулизме, болезни почек, злокачественном малокровии, двустороннем параличе лицевого нерва, прогрессирующем параличе, а также при сухости во рту, или ксеростомии.

Интересно отметить, что за последние годы для лечения ксеростомии канадские ученые фирмы «Кингсвуд» (Торонто) разработали синтетическую слюну. Она предотвращает кариес зубов и защищает слизистую рта от изъязвлений и попадания инфекции.

Не нужно быть особо наблюдательным человеком, чтобы, присутствуя на каком-либо съезде или семинаре, определить, кто из выступающих является легко возбудимым типом с высоко развитым симпатическим тонусом. Для этого достаточно посмотреть на традиционно стоящий на трибуне стакан с водой. Если оратор с трудом произносит слова, гладит стакан и облизывает губы или периодически пьет воду, значит, перед вами лабильный человек — типичный гиперсимпатикотоник.

Дело в том, что повышение симпатической активности ведет к выделению скудной густой слюны, которая обуславливает сухость во рту и затруднение речи. Люди с вегетативной уравновешенностью или повышенным парасимпатическим тонусом выступают свободно, поскольку их слюнные железы обильно экскретируют жидкую слюну, способствующую хорошему увлажнению ротовой полости и нормальному произношению слов.

Диагностическое значение имеет изменение вкуса при инфекционных и желудочно-кишечных заболеваниях, патологии ротовой полости и полости носа, органических заболеваниях головного мозга, длительном приеме ле-

карственных средств. Психиатрам известно, что на ранних этапах шизофрении многие больные жалуются на неприятный и безвкусный характер пищи. С патологией вкусового анализатора у таких больных, по-видимому, связаны частичный или полный отказ от пищи, а также бредовые идеи отравления и отдельные варианты ипохондрического бреда.

Феномен понижения и извращения вкуса встречается нередко — у пяти человек из тысячи. Однако особого интереса в медицине он никогда не вызывал. Больные с пониженным вкусом страдают снижением обоняния и аппетита. Они, как правило, теряют в массе и очень долго, но не всегда успешно, лечатся. Для некоторых из них жизнь превращается в мучительное испытание из-за того, что пищевые продукты приобретают скверный, иногда зловонный запах и вкус.

Многие годы врачи не могли расшифровать причину вкусовых нарушений. И все же тайна вкуса была разрешена. Американский ученый Р. Хенкин установил, что в основе понижения и извращения вкуса лежит недостаточное содержание в организме меди и цинка. Особенно большую роль в изменениях вкуса играет дефицит цинка в слюне. Предложенные автором пилюли с сульфатом цинка оказались эффективными при лечении большинства больных.

По данным, хорошо известным микроэлементологам, но не врачам, большое диагностическое и лечебное значение могут представлять нарушения вкуса, сопровождаемые императивным влечением к кислой, соленой или сладкой пище. К сожалению, такие симптомы остаются вне поля зрения врачей-клиницистов, что неизбежно ведет к трем диагностическим потерям. Рассмотрим их подробнее.

1 — Влечение к кислой пище свидетельствует о дефиците в организме цинка и железа. У больных возникает тяга к лимонам, уксусной кислоте, различным квашениям. По мнению Б.В. Болотова (1991), прием кислой пищи, содержащей янтарную, аскорбиновую, яблочную, виноградную и другие кислоты, является жизненно необходимым для борьбы с микробами, раковыми клетками, а также для превращения шлаков в соли. Б.В. Болотов пишет, что «доктор, который рекомендует не есть кислого, желает вам скорее заболеть и умереть. Чтобы не болеть, необходимо быть подкисленным».

Для снятия излишней тяги к кислому и устранения недостаточности в организме цинка и железа достаточно назначить следующую лечебную пищу: отруби и ростки пшеницы, пивные дрожжи, печень, зеленые овощи, квашеную капусту, овес, фасоль, горох, моченые яблоки и арбузы.

Заметим, что школа Б.В. Болотова развивает диаметрально противоположную лечебную тактику по сравнению со школой В.В. Караваева, проповедующего, наоборот, подщелачивание организма.

2 — При сочетанном дефиците магния и цинка развивается своеобразный симптом — влечение к соленой пище. Больной заявляет, что ему хочется кар-

тофельных чипсов, селедки, бекона, соленых крендельков и т. п. Влечение к соли может быть вызвано также анемией, артериальной гипертонией и диабетом на фоне напряжения надпочечных желез. Очень ослабленная и напряженная надпочечная железа приводит к артериальной гипотонии и понижению уровня сахара в крови, вызывающих неизбежную усталость.

Для поддержания надпочечной железы в качестве временной меры применяется соль, а в качестве стабилизирующего фактора — диета, содержащая необходимые составляющие:

магний — пшеничные отруби, шпинат, свекольная ботва;  
цинк — шампиньоны, устрицы, арбузы, чеснок, огурцы;  
витамин С — шиповник, облепиха, лимон, зеленый перец;  
пантотеновая кислота — брокколи, цветная капуста.

3 — Влечение к сладкой пище наблюдается при дефиците в организме хрома. При этом понижается толерантность к глюкозе и, следовательно, ослабляется усвоение сахаров на фоне высокого влечения к сладкому. Недостаточность хрома повышает содержание липидов и сахаров. Вот почему сладкоежки в первую очередь рискуют заболеть инфарктом, диабетом и ожирением.

Для ликвидации влечения к сладкому и устранения недостаточности в организме хрома необходимо назначать соответствующую лечебную пищу: проросшие зерна пшеницы, черный перец, пивные дрожжи, палтус, куриные ножки, телячью печень.

Определенный интерес вызывают работы, проведенные японскими учеными в 1981 г. в Университете префектуры Гумма. Из слюны и мочи они выделили особый фермент, с помощью которого можно изменять группу крови.

Существенную роль в диагностике заболеваний представляют исследования величины, формы и цвета поверхностных покровов языка. Первой и наиболее значительной в этой области была работа штаб-лекаря М. Нечаева «Распознавание болезней по изменениям языка», опубликованная в Казани в 1835 г. До М. Нечаева в медицинской науке доминировал взгляд о языке как «о вывеске желудка». Подобная точка зрения принадлежала основоположнику русской терапевтической школы М. Мудрову.

Казанский штаб-лекарь развил дальше представления М. Мудрова о физиологической роли языка. В своей книге он описывает ряд ценных для диагностики симптомов, часть из которых неизвестна врачам до сих пор. По заключению М. Нечаева, «язык во время болезни есть верный отпечаток внутреннего состояния организма, состояния не только пищеварительных органов, но и других органов. Желобоватым, с толстыми краями бывает язык при одновременной патологии селезенки и печени, выпуклым — при брюшной водянке, остроконечным — при сухотке. Вообще же очертания языка соответствуют очертаниям костей лица».

По наблюдениям автора, искривление языка может быть обусловлено соматическими нарушениями. При страдании той или иной половины тела: левой (селезенка, левое легкое) или правой (печень, правое легкое) — соответ-



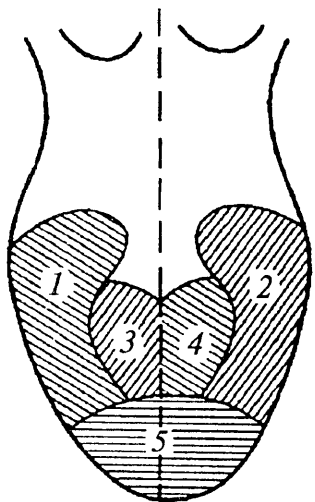


Рис. 132. Схема проекционных зон внутренних органов на языке (по М. Нечаеву):

1 — правое легкое; 2 — левое легкое; 3 — печень; 4 — селезенка; 5 — газовые органы

ствующая половина языка изменяется в объеме, а кончик его отклоняется. Указанное обстоятельство должно учитываться в невропатологии при центральных парезах подъязычного нерва.

Важно сказать, что в исследованиях М. Нечаева намечилось топографическое деление языка на отдельные проекционные зоны (рис. 132). В этом заслуга и приоритет нашего соотечественника. Согласно его описаниям, увеличение и покраснение сосочков правой половины языка ближе к кончику наблюдается при поражении печени, левой половины — при патологии селезенки. Обнаружение покрасневших сосочков на кончике языка свидетельствует о болезни тазовых органов, выше по краям и в середине языка — легких.

Интересно отметить, что, по данным древнеиндийских источников, язык связан с функциями гениталий —

пениса и клитора. В Аюрведе пенис и клитор считаются низшим языком, а язык во рту — высшим языком. Предполагается, что человек, контролирующий высший язык, естественно, контролирует и низший. Отсюда мысль о тренировке языка для повышения сексуальной потенции.

Немаловажное, но недостаточно изученное значение имеет кончик языка. По нашим данным, он может быть различной формы: широкий, остrokонечный, каплевидный, раздвоенный, грушевидный. Но какова роль кончика языка в клинике, биоэнергетике и диагностике — предстоит еще решать.

Описана связь между психической энергией и мускулатурой языка и жевательного аппарата. Чем более выражено внутреннее давление и интенсивность переживаний, тем больше развита жевательная мускулатура языка. Этому соответствует замечание об «американском подбородке» у энергичных и предприимчивых американцев. Например, при повышенном психическом тоне сила мышц языка возрастает от 5 до 8 кг. Наоборот, чем человек менее решительный, чем больше он колеблется, тем меньше становится сила мышц языка, снижающаяся с 5 до 2,6 кг. Снижение может достигнуть силы, присущей ребенку или больному, и при этом увеличивается несоответствие между рядами зубов верхней и нижней челюстей. Нерешительность и сознание собственной слабости приводит к исчезновению альвеолярных выступов и миграции зубов.

Диагностика заболеваний по языку является важным этапом осмотра больного в странах Востока. В древнекитайской медицине имеются два основных подхода к топографии зон языка: согласно теории «Трех обогревателей» кончик языка соответствует «верхнему очагу», середина — «среднему очагу», основание языка — «нижнему очагу»; согласно теории «Пяти элементов» кончик языка связан с состоянием сердца и легких, боковые отделы языка — печени и желчного пузыря, спинки языка — желудка и селезенки, корень языка — состоянием почек.

Исследование языка проводится в два этапа.

**Первый этап. Изучение структуры и плотности тела языка.** При изучении тела языка принимают во внимание цвет, форму, плотность и подвижность тела языка. Это позволяет судить о функциональном состоянии различных систем организма, прежде всего о заболевании крови. По классификации китайских врачей, твердый, заскорузлый язык, «+», представляет избыточное состояние; язык нормальной консистенции, «0», — нормальное состояние; мягкий язык, «-», — недостаточное состояние.

**Второй этап. Изучение налета языка.** Оценка налета языка проводится по цвету, толщине, форме, виду (влажный — сухой), а также способности налета отделяться. По его характеристике можно судить о патологических изменениях энергии. Причиной заболевания при белом налете могут быть холод, влажность, ветер; при желтом — тепло; при жирном, илестом — застой пищи, скопление слизи и т. п.; при пятнистом фиолетовом налете — застой крови. Тонкий налет свидетельствует о начинающемся заболевании (или поверхностной локализации процесса), толстый налет — о хроническом заболевании (или глубокой локализации процесса).

Белый налет на языке, постепенно утолщаясь и приобретая желтый, а затем серый и темный цвет, означает прогрессирование болезни, и, наоборот, просветление и истончение налета говорит об улучшении состояния.

Бледный цвет языка указывает на анемию или недостаточность крови в организме. Желтоватый цвет свидетельствует об избытке желчи в желчном пузыре и, как показывают наши данные, о недостаточности пилоро-кардиальных сфинктеров и регургитации желчного содержимого, голубой цвет языка (если человек не ел голубики или цветных конфет) говорит о дефекте в сердце (врожденных пороках).

Диагностика по языку в традиционной форме выглядит следующим образом:

- язык красный, влажный: энергия и кровь цветущие;
- язык бледный: энергия и кровь слабые;
- налет на языке тонкий, белый, влажный: энергия желудка процветающая;
- язык блестящий, без налета: энергия желудка слабая, внутрисекреторная деятельность поражена.

Диагностика заболеваний по языку привлекает к себе возрастающий интерес клиницистов и патофизиологов. Сведения о лингвodiагностике посту-

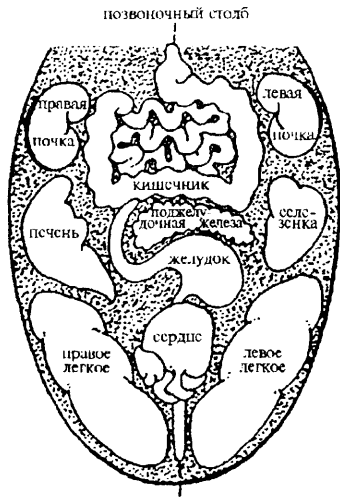


Рис. 133. Схема проекционных зон внутренних органов на языке (по В. Ладу)

пают из Франции, Китая, Японии и некоторых других стран, однако они не отличаются большой глубиной и достоверностью данных.

Известны ориентировочные схемы проекционных зон внутренних органов в области языка по Нгуен Ван Нги и Поркеру. Они отличаются между собой рядом топографических признаков, однако имеют и идентичные проекции сердца, почек, селезенки. Конечно, это лишь первые, возможно и ошибочные, шаги на путях становления перспективной науки — лингводи-агностики (языковой диагностики).

Наибольший интерес у нас вызывает схема проекционных зон внутренних органов на языке по В. Ладу (рис. 133). При использовании топических зон этой схемы необходимо учитывать локальные нарушения трофики языка:

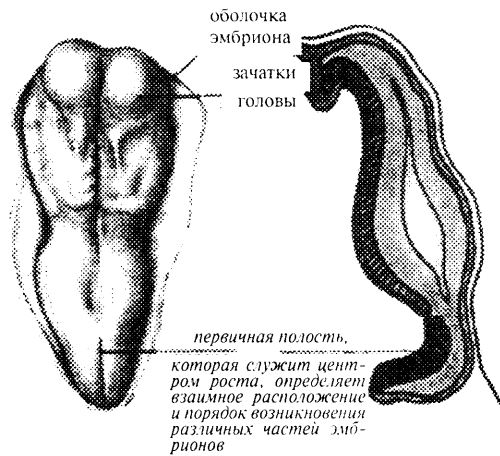


Рис. 134. Зародыш человека на стадии закладки нервной системы, напоминающий по форме язык

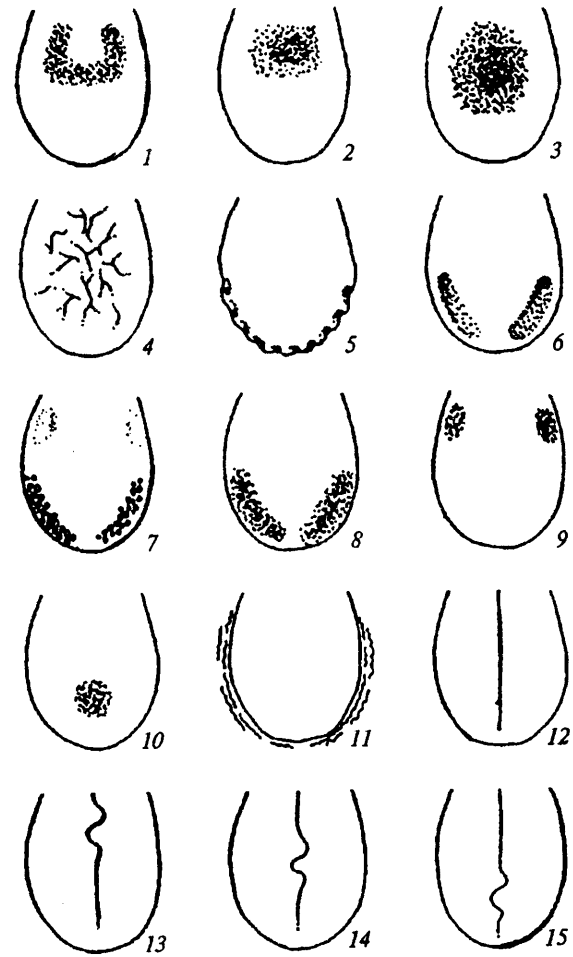


Рис. 135. Клиническая интерпретация локальных трофических изменений языка (по В. Ладу):

1 — повышенная чувствительность толстого кишечника; 2 — токсины в толстой кишке (белый цвет); 3 — токсины в желудочно-кишечном тракте; 4 — хронические нарушения в толстой кишке; 5 — хронический энтероколит (отпечатки зубов); 6 — гипофункция легких; 7 — хронический бронхит (пеннообразный налет); 8 — двусторонняя пневмония (коричневый цвет); 9 — почечные нарушения; 10 — слабость сердечной деятельности; 11 — дрожь языка (тиреотоксикоз, неврастения, алкоголизм, скрытый страх или беспокойство); 12 — возбуждение в позвоночном столбе (срединная линия); 13 — боли в поясничном отделе (искривление линии у корня языка); 14 — боли в средней части спины (искривление линии в центре языка); 15 — боли в шейных позвонках (искривление линии у кончика языка)

участки обесцвечивания или мышечной вялости, ограниченные места приподнятости или западений (дефектов) языка, окрашивание, налеты и т. д. На рис. 135 схематично показаны различные вариации топической диагностики по языку, представляющие значительный интерес для врача-клинициста.

Очень знаменательно, что зародыш человека на стадии закладки нервной системы по конфигурации напоминает язык человека (рис. 134).

В 1982 г. мы (Е.С. Вельховер) приступили к изучению лингводиagnostики с помощью биомикроскопии и биомикрографии. Исследования языка и его сосочкового аппарата с помощью этих методик открывают возможность для очень тонкой оценки вкусовой рецепции и связанной с ней невральная и висцеральной патологии.

Легче всего это сделать врачам-иридологам, имеющим стандартные иридодиагностические приборы. Чтобы осмотреть или сфотографировать язык, на иридокопе достаточно поднять подбородочный держатель и предложить испытуемому высунуть язык и опереться в налобную дугу не лбом, а верхней губой.

Проведенные нами фотосъемки языка — лингвограммы — представляют большую клинико-диагностическую ценность. Изучая проекционную зону желудка, дислоцированную в средней части языка (спинке языка), нам удалось установить зависимость налета этой зоны от уровня кислотности желудочного сока (рис. 136, цв. вкл.).

Интересная картина обнаружилась у 20% больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, исследованных в гастроэнтерологической клинике больницы ЗИЛ. Визуально у них отмечалась полоска коричневого налета в средней части языка, ошибочно принимаемая некоторыми больными и недальновидными врачами за знак никотиновой абсорбции. Наши клинико-микроскопические исследования (с учетом дифференцировки курящих и некурящих людей) показали, что полоска желто-коричневого налета, сочетающаяся с зеленоватой окраской спинки языка, является не чем иным, как регургитацией желчного содержимого, т. е. механическим выходом желчи через верхний отрезок пищеварительной трубки в срединный желобок языка (рис. 136, цв. вкл.). Такого рода феномен следует трактовать как суммированную недостаточность пилорического и кардиального сфинктеров желудка с дуодено-гастро-эзофагеальным рефлюксом.

Наиболее грубая лингвологическая картина в средней части языка отмечалась при циррозах печени: светлый, полированно-плотный налет напоминал плиту мрамора. Достоверность последних двух признаков — дуодено-гастро-эзофагеального рефлюкса и своеобразного налета на языке типа «мраморной плиты» — доказана клиническими и инструментальными исследованиями.

При язве желудка мы очень часто наблюдали срединную (сагитальную) линию, более глубокую в спинке языка.

Увеличенный толстый язык отмечается при его воспалении, снижении функции щитовидной железы, болезни гипофиза, патологии ретикулярной

формации ствола, психических заболеваниях. Мелкое дрожание языка возможно при базедовой болезни и у хронических алкоголиков; средней интенсивности тремор — у больных неврозами, фибриллярные подергивания и атрофия языка — у больных с поражением продолговатого мозга. Отклонение языка в сторону связано с патологией ствола, кортиконуклеарных путей и, как говорилось выше, с соматическими заболеваниями.

Изменения в языке могут произойти под влиянием местно действующих причин. Язык становится обложенным при повышенном слушивании слюноотделения, накоплении слизи и бактерий. Утолщение эпителия, трещины и изъязвления на краях языка часто зависят от трения их об острую поверхность сломанных зубов или неправильно изготовленных зубных протезов. Рубчики от укушенных ранок на краях языка нередко встречаются при эпилепсии. Ненормальная окраска языка может быть обусловлена недавно принятыми пищевыми или лекарственными веществами (молоко, яйца, шоколад, конфеты, акрихин и т. д.).

Помимо указанных симптомов, диагностическое значение имеют боли и разнообразные сенестезии языка. Они часто остаются вне поля зрения клинициста, хотя и сообщаются больными в анамнезе. В большинстве случаев при внимательном обследовании таких больных удается обнаружить нарушения со стороны внутренних органов и нервной системы: язвенную болезнь, гастрит, дуоденит, холецистит, глистную инвазию, невралгию язычного или верхнего гортанного нерва, климактерический синдром и др. Большую роль в происхождении глоссалгий играет аномалия прикуса, о чем свидетельствует значительное число протезоносителей среди таких больных.

## Глава VII

### ИНФОРМАЦИОННЫЕ ЗНАКИ НОСА

Нос относится к центральной и наиболее выступающей части человеческого лица. Курносый и с горбинкой, «греческий» и седловидный. Организм наделил его рядом ценнейших свойств и доверил огромное количество функций, о которых речь пойдет ниже.

Анатомически различают наружный нос и носовую полость с придаточными пазухами. Наружный нос состоит из костно-хрящевое скелета и мягких тканей; они богато обеспечены сосудами и нервами, в то время как мышцы их слабы и часто недоразвиты. Форму носа, зависящую от соотношений его мягких и костных структур, по представлениям М.М. Герасимова, можно выразить в четырех основных морфологических вариантах (рис. 137).

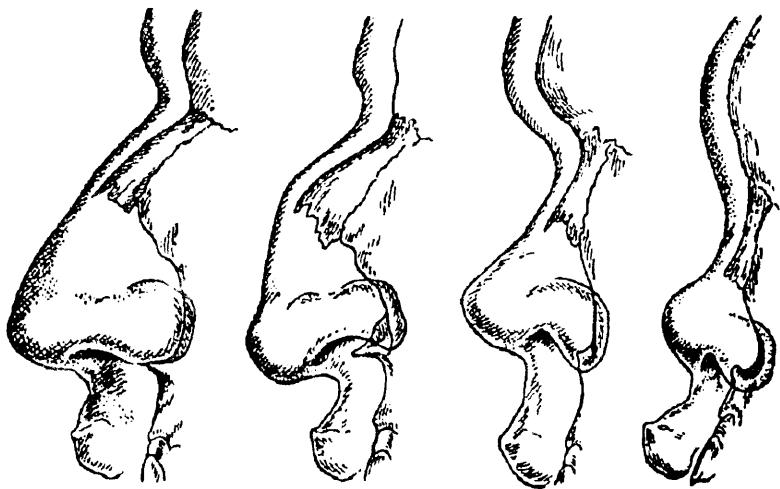


Рис. 137. Формы соотношения мягких и костных структур носа (по М.М. Герасимову)

Внутренняя часть, или полость носа, разделена перегородкой на две половины, каждая из которых имеет по три носовые раковины и ряд отверстий, сообщающих носовую полость с «запасными помещениями»: гайморовой, решетчатой, лобной и основной пазухами. Взаимоотношения придаточных пазух носа представлены на рис. 138. Под сводом нижней раковины находится отверстие слезно-носового канала, по которому поступает сюда слезная жидкость. Таким образом, человек плачет не только глазами, но и носом, ко-

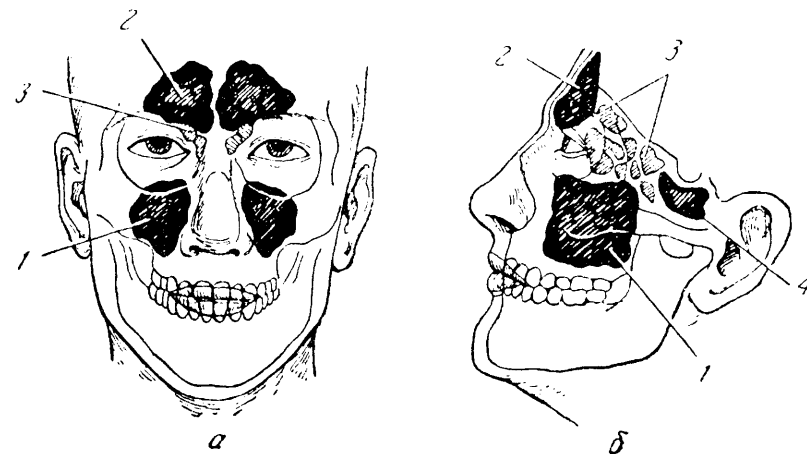


Рис. 138. Взаимоотношения придаточных пазух носа (схема):  
а — вид спереди; б — вид сбоку; 1 — верхнечелюстная (гайморова) пазуха; 2 — лобная пазуха; 3 — клетки решетчатого лабиринта; 4 — основная пазуха

торый при длительном плаче становится таким же красным и мокрым, как и глаза.

У заднего конца нижней носовой раковины начинается евстахиева труба, соединяющая носоглотку с барабанной полостью среднего уха.

В самой верхней части обеих носовых полостей в особых желобовидных ямках расположены химические рецепторы, обеспечивающие восприятие пахучих веществ. Здесь, в двадцатиствольном нерве, берет начало один из древнейших и отчасти редуцированных чувствительных аппаратов человека — обонятельный анализатор.

Несмотря на небольшую величину, нос выполняет огромную роль во многих физиологических отправлениях: дыхании, обонянии, защите, информации. По значению он может быть приравнен к сложнейшей биологической лаборатории организма.

По данным классической медицины, при осмотре носа можно получить некоторые сведения для диагностики заболеваний. Выше упоминалось о заостренном носе при *facies Hippocratica* и о толстом неуклюжем носе при акромегалии и отчасти при микседеме. Красный нос часто является признаком понижения тонуса кожных сосудов и наблюдается у алкоголиков и реже неврастеников. Седловидный нос, если он не обусловлен травмой, является признаком третичного сифилиса.

Носовые кровотечения чаще всего являются последствием повышенной ранимости сосудов в области *locus Kiesselbachii*. Однако упорные и длительные носовые кровотечения могут возникать из-за артериальной гипертензии, уремии, некоторых тяжелых заболеваний крови (например, острой лейкемии), при которых одновременно наблюдаются кровотечения и из других органов.

При сильных степенях одышки можно регистрировать участие крыльев носа в акте дыхания, причем они приподнимаются при вдохе и спадаются при выдохе. Характерно, что при гемиплегии крыло носа на парализованной стороне спадается при вдохе и приподнимается при выдохе, так как мышца его, будучи парализованной, пассивно следует за током вдыхаемого и выдыхаемого воздуха.

По величине и форме носа физиогномисты судят о силе характера, проницательности, любознательности, скрытности, подозрительности, интеллектуальных способностях. Исходя из астрологических представлений, управляемый Марсом нос является показателем энергии, воли и активности человека. Отсюда следует, что чем больше по величине нос, тем большей волей, энергией и силой владеет его обладатель, и наоборот.

Согласно концепциям восточных физиогномистов, окончательная форма носа как индикатора особенностей духовной жизни индивида стабилизируется после 35—40 лет.

Прямой, с округлым кончиком и оформленными крыльями нос считается идеальным, олицетворяя собой натуру льва с присущим ему разумом, мужеством, страстью и напористостью. Окружающим нравятся люди с красивым носом, вот почему они нередко становятся лидерами и любимцами общества.

К разновидности идеального носа относится красивый узкий, прямой, «аристократический» нос, принадлежащий гармоничной и цельной личности. Идеальной у японцев считается высокая и ровная переносица. Такая переносица свойственна здоровым людям.

Узкая спинка носа нередко указывает на нервозность, сердечные боли и гиперфункцию щитовидной железы.

Длинный нос, как правило, является признаком ярко выраженной индивидуальности, деловитости и гордости. При этой форме возможны различные варианты:

— длинный нос, хорошо сочетающийся с глазами, ртом и подбородком, свидетельствует о сильной натуре;

- длинный костлявый нос говорит о гордости, высокомерии и неуживчивости;
- длинный костлявый нос с явно выраженной горбинкой принадлежит людям суровым, хмурым;
- длинный костлявый нос со слишком впалой, деформированной или испещренной горизонтальными рытвинами переносицей является симптомом недомогания;
- короткий нос говорит об «открытости души» и оптимизме;
- кривой нос, отклоненный вправо или влево, свидетельствует о спеси, зависти и подозрительности;
- нос, составляющий продолжение лба, является признаком тщеславия;
- нос, выступающий далеко перед лицом и имеющий выемку, свидетельствует об энергии;
- крупный нос, длинный, свисающий, но мягкой формы, принадлежит сильной, но неактивной личности, скрытной, иногда жадной;
- нос «уточкой» говорит о мягкости, слабости, подверженности чужому влиянию;
- ястребиный нос с заостренностью на конце — признак хитрости и вспыльчивости;
- курносый нос принадлежит капризным, взбалмошным и непредсказуемым в своих реакциях людям;
- нос «картошкой» (толстый и курносый) свидетельствует о стихийном, напористом, но отходчивом характере;
- нос, посередине вдавленный и загнутый, является признаком скупости.

Многое о человеке можно узнать по кончику его носа. Кончик носа, напоминающий подвешенную каплю, обычно говорит о жизнерадостности, процветании и энергии. Большой луковичеобразный кончик носа — свидетельство сердечности и теплоты. Раздвоенный кончик носа говорит о робости человека и хроническом заболевании желудка. Красный пористый нос, напоминающий «испорченный апельсин», часто встречается у хронических алкоголиков. Резко выделяющийся на лице нос у женщин указывает на неблагоприятную жизнь в молодости. Темные пятна на носу — признак физического недуга.

Своеобразную трактовку дают физиогномисты форме ноздрей. По их понятиям, широкие ноздри являются свидетельством энергичности и самомнения, маленькие ноздри — уступчивости и склонности к хвастовству.

Ноздри с четко очерченными толстыми краями наблюдаются у разумных и очень уравновешенных людей, раздутые ноздри — у вздорных, неуправляемых.

Поднятый, с выпяченными вперед ноздрями нос означает своеволие, несдержанность и распушенность. Длинные, опущенные книзу ноздри говорят о способности к логическому мышлению. Ноздри, спускающиеся во всю длину к верхней губе, являются признаком богатого воображения и способности к имитации. Крупные размеры и протяженность верхнего из-

гиба крыльев носа свидетельствуют о силе характера, пронизательности и правдолюбии.

Волосы на кончике носа и в ноздрях нередко встречаются у прямых и чистосердечных людей.

По мнению сексопатологов, курносый нос со вздернутыми вперед ноздрями и тонкими кожными краями служит надежным признаком врожденной гиперсексуальности (рис. 139).

Говоря языком метафор, крупный с толстыми крыльями и широкими ноздрями нос, как капитальный с большими окнами дом, свидетельствует о жизнестойкости и хорошей сопротивляемости организма. И наоборот, мелкий с тонкими крыльями и узкими ноздрями нос, как тонкостенный с ма-



Рис. 139. Нос, типичный для гиперсексуальности

ленькими окнами домик-временка, говорит об ослаблении иммунозащитных сил и низкой сопротивляемости организма.

Интересная интерпретация форм носа представлена у Ф. Томаса в книге «Тайны лица» (1986). Остановимся на четырех из них:

1. Нос с обрубленным кончиком и горбинкой в нижней части (рис. 140, а) характеризует уверенного и самостоятельного человека, способного постоять за себя и свои позиции.

2. Нос с горбинкой в средней части (рис. 140, б) принадлежит благородному и самоотверженному человеку, готовому к решительной защите всех оскорбленных, униженных и слабых.

3. Нос с горбинкой в верхней части, у переносицы (рис. 140, в), характери-

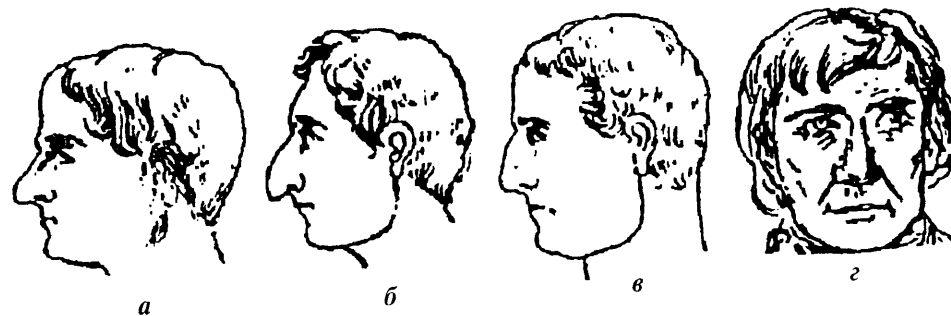


Рис. 140. Различные формы носа (по Ф. Томасу)

зует агрессивного, скандального, порой деспотичного человека, склонного к подавлению другой личности и другого мнения.

4. Нос (анфас) с утолщенной средней частью, глубоким изгибом крыльев и широко раскрытыми ноздрями (рис. 140, г) означает целеустремленность в получении материальных благ и склонность к стяжательству и наживе. Обычно это сильные, прагматические натуры.

Не обращаясь к профессиональному астрологу, по форме носа можно ориентировочно определить, к какому планетарному типу относится человек. Приведенные на рис. 141 ряды планетарных носов отличаются неприкрытой идеализацией, поскольку представляют две наиболее строгие и красивые разновидности форм — прямые и орлиные носы. В жизни так не бывает, доказательством чего может послужить поток пешеходов на Тверской, Бродвее или любой другой улице мира. Сказанное выше вызывает у нас пессимизм по поводу достоверности указанных форм носа.

Физиогномисты считали, что различия в лицах людей основаны главным образом на строении носа и что в известной степени величина и форма его оказывают влияние на выражение лица и весь облик человека. В самом деле, ничто не искажает так внешний вид, как потеря или сильное обезображивание носа. В этой связи И. Лафатер писал, что «можно иметь неприятное лицо и при этом хорошенькие глаза, но нельзя обладать красивым носом при некрасивом лице».

Развитие различных форм носа зависит от генетических факторов, а также от повседневной работы носовых мышц. Активная умственная деятельность, психическое напряжение, обилие эмоций и страстей, воздействуя на мышечный аппарат, постепенно придают носу более тонкие очертания. Напротив, тупые вздернутые носы принимают форму все менее и менее выразительную, если обладатели их ведут безмятежный образ жизни и мало занимаются умственной работой.

Тонко очерченный, благородный нос может «достаться» человеку не толь-

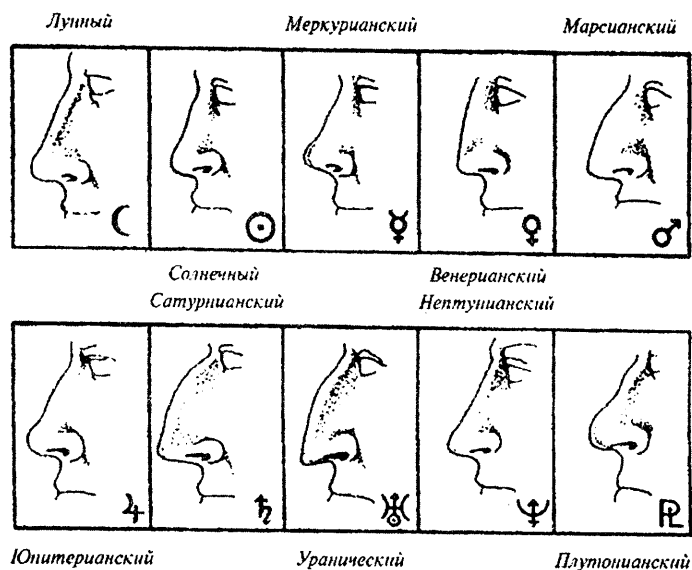


Рис. 141. Планетарные формы носа

ко по наследству, но и сформироваться в процессе жизни, полной психических и эмоциональных переживаний. По этому поводу немецкий ученый Т. Рунге говорил: «Достаточно сравнить двух родных братьев, из которых один получил хорошее воспитание и высшее образование, другой всю жизнь занимался простым физическим трудом на пастбище и в свинарнике. Выражение лица и форма носа у первого всегда будут более тонкими и энергичными, чем у второго. По этой же причине горожане отличаются более тонкими чертами лица и более выразительными носами, чем крестьяне; у крестьян все эти признаки гораздо грубее».

С физиологической точки зрения Т. Рунге прав. С физиологической, но не социальной. Различия в выражении лица горожан и жителей села в настоящее время, во всяком случае в развитых странах, настолько стерлись, что говорить о них можно лишь в прошедшем времени.

Немалое значение в патогенезе некоторых расстройств имеют изменения во внутренней структуре носа. Не каждому врачу, в том числе невропатологу и офтальмологу, известно, что сужение носовых полостей может быть причиной глубоких нарушений других частей лица. В большом числе случаев у маленьких детей несимметричность очень податливых хрящей лицевой части черепа происходит не от родовых травм и привычного одностороннего положения, а из-за хронического закупоривания носа полипами, аденоидами и

искривленной носовой перегородки. Искривления перегородки носа встречаются очень часто (в 77% случаев). Это неудивительно, если вспомнить, скольким случайностям подвергается нос, как часто маленькие дети падают, начиная ходить, и как позднее нос принимает на себя удары. Другими причинами искривлений могут быть привычка сморкаться всегда одной и той же рукой, спать на одном и том же боку и т. д.

Вследствие искривления перегородки носовая полость, в которую она изогнулась, сужается или полностью закрывается. Аналогичные явления могут быть вызваны хроническими заболеваниями: гипертрофией слизистой оболочки носовых раковин, носовыми полипами и т. д.

Экспериментально и клинически доказано, что искривление носовой перегородки, особенно в раннем возрасте, приводит к несимметричности носовых и гайморовых полостей и клеток решетчатой кости, что неизменно влечет за собой изменение других частей лица. Из-за неодинакового расстояния глазных впадин от средней линии отмечаются слабость зрения, астиопия; из-за различия в сокращении внутренних прямых мышц глаза — косоглазие.

Несимметричность гайморовых полостей влечет за собой асимметричность орбит, вследствие чего может наступить аномалия в кривизне глазного яблока в его различных меридианах, т. е. астигматизм. Указанные нарушения обуславливают в ряде случаев сужение зрачка и появление псевдопареза лицевого нерва по центральному типу.

Искривления перегородки носа могут отражаться и на работе легких. Об этом свидетельствует известный специалистам факт, что дисфункция и заболевания легких наиболее часто отмечаются на стороне суженного носового хода.

Есть немало оснований полагать, что вдыхаемый воздух не составляет единую струю, а как бы разделен на два потока. Воздух, проходящий через правую половину носа, не смешиваясь в общем «зале» носоглотки, поступает главным образом в правое легкое, проходящий через левую половину носа — в левое легкое. Интересно отметить, что аналогичное разделение потоков установлено для жидких сред (крови) и в некоторых других полостях организма, в частности в основной артерии мозга. Вливающаяся в нее кровь, не смешиваясь, течет двумя отдельными потоками: правым из правой позвоночной артерии и левым — из левой.

Основная функция носовой полости — дыхательная. Нос как начальный отрезок дыхательного тракта, через который при нормальных условиях проходит весь вдыхаемый и выдыхаемый воздух, имеет большое значение во взаимоотношениях организма с окружающей средой. Ток воздуха в полости носа из-за выступов раковин и тесных узких пространств образует завихрения, которые особенно выражены при переходе от вдоха к выдоху и наоборот. Это дает лучшее смешивание частей воздуха в верхних отделах полости носа и обеспечивает попадание их в желобовидную обонятельную ямку. Находящи-

еся здесь специфические рецепторы немедленно «поднимают тревогу», если организму угрожают вредные и ядовитые газы.

Проходя через носовую полость, воздух согревается, увлажняется и в значительной мере освобождается от взвешенных в нем пылевых частиц. Согревание воздуха достигается благодаря обилию сосудов и наличию в полости носа нежной кавернозной ткани, способной быстро увеличиваться и уменьшаться в объеме в зависимости от характера вдыхаемого воздуха. Увлажнение воздуха почти до полного насыщения происходит за счет испарения слизи, выделяемой слизистой оболочкой, а также слез, отводимых в нос через слезно-носовую канал. Всего в течение суток слизистая оболочка носа выделяет около 500 г влаги, не создавая у человека заметного ощущения избытка жидкости в носу.

Очищение струи вдыхаемого воздуха от пыли осуществляется благодаря фильтру из волос и обволакиванию пылевых частиц клейкой слизью с их последующим отторжением. Кроме того, слизистая оболочка полости носа обладает обеззараживающим действием. Бактерии, попавшие в нос с воздухом, в значительной степени обезвреживаются или уничтожаются действием муцина и лизоцима, содержащихся в носовой слизи. Считается доказанным, что большая часть вдыхаемой пыли (до 60%) и подавляющая часть бактерий задерживаются и нейтрализуются в носу. При дыхании ртом вся масса вредных примесей воздуха попадает непосредственно в глотку, гортань, трахею и бронхи, что может вызвать в них болезненные изменения.

Необходимо серьезно проанализировать целесообразность сна на верандах в зимнее время, практикуемого в некоторых туберкулезных и пульмонологических больницах. Служит ли длительное пребывание больных на холодном свежем воздухе целям сохранения и укрепления здоровья? И да и нет. Вопрос этот сложный и дискуссионный.

Американский ученый Д.С. Джарвис провел специальные исследования 500 человек и нашел, что у тех, кто спит по ночам с открытым окном, часто возникает насморк.

Наблюдательные люди говорят, что во время сна отдельные лица, погружающие нос в подушку, напоминают курицу, которая спит, пряча клюв в перья для того, чтобы дышать свежим, но согретым воздухом. Подобным же образом спящая на земле лиса инстинктивно регулирует воздухообмен, закрывая морду пушистым хвостом. Лошади в холодный ветреный день становятся спиной к ветру или тесно прижимаются головами друг к другу. Выдыхаемый воздух циркулирует около их голов и лишь незначительно охлаждается перед тем, как они вдыхают его снова.

Д.С. Джарвис утверждает, что все мы живем по законам жизни животных и в оптимальном варианте должны дышать свежим, но не холодным воздухом. Тогда как же быть с рекомендацией сна на открытом воздухе?

В нашем представлении, сон на холодном воздухе полезен людям с пра-

вильно поставленным носовым дыханием и хорошей согревательной функцией носа. Больным с хроническим ринитом и синуситом, отличающимся слабостью сосудисто-кавернозного аппарата полости носа, сон на веранде или при открытом окне антифизиологичен и опасен, поскольку он может привести к декомпенсации согревательной функции носа и развитию респираторных заболеваний.

Феномен холодного красного носа! Нередко это полная или частичная «холодовая триада», составленная из холодного носа, кистей и стоп. Как часто мы не придаем этому должного значения. Точнее сказать, мы обращаем внимание и принимаем экстренные меры во всех случаях острого охлаждения тела, будь то пребывание человека в легкой обуви на морозе, попадание в прорубь и т. п. В отношении таких охлаждений мнение у всех единое — экстренно лечить пострадавшего. Однако стоит подумать о людях с постоянно мерзнувшими носом, кистями и стопами. Грубой патологии у них, конечно, нет. Тем не менее многие из этих «холоднокровных» имеют признаки вегетативно-сосудистой дистонии и повышенную предрасположенность к простудным заболеваниям.

Человек обладает сложными системами терморегуляции, которые поддерживают наружную и внутреннюю температуру тела на постоянном уровне — в подкожной впадине в пределах 36,8°C. Ученые установили, что при падении внутренней температуры возникают нарушения в сложной цепи метаболических реакций организма. Один из процессов обмена веществ настолько замедляется, что появляется недостаточность определенного звена или всей биохимической системы. Таким образом, понижение температуры носа и обуславливающие его сдвиги местного кровотока и теплообмена не являются изолированным процессом в организме. За каждым таким легко охлаждаемым носом специалисты — сторонники представления о значительности рефлексогенных зон организма — различают скрытую дисфункцию системы или какого-либо внутреннего органа. При этом предполагается, что чем ниже температура определенного участка носа, тем больше выражены изменения в связанном с ним по проекции органе.

Клинический опыт показывает, что большинство больных с гипоталамическим синдромом жалуются на постоянно мерзнувшие нос, кисти и стопы. Однако ни один ученый до сих пор не исследовал эти участки тела термографически. Вполне возможно, что такая термография позволила бы пролить свет на очень запутанный и малопонятный вопрос — как лечить гипоталамических больных. Нам представляется, что симпатоадреналовые кризы, которыми характеризуется один из вариантов данной болезни, являются не патологическими признаками, а адаптационными и компенсаторными сдвигами организма. Поэтому мы не видим смысла в мгновенном и полном подавлении пароксизмов тахикардии, артериальной гипертензии и дрожи. Напротив, они могут оказать положительный эффект на



течение болезни, поскольку вызывают активацию метаболизма и улучшение общего кровотока.

Рассматривая патогенез «холодной триады» с позиций современной криобиологии, можно предположить, что синдром дистальной гипотермии есть не что иное, как защитная функция организма. Она направлена на замедление клеточного метаболизма, в результате чего сохраняются сопротивляемость и жизнестойкость больного и просто пожилого человека. Согласно теории «катастрофы ошибок» Л. Оргела (1963), старение клеток происходит из-за ошибки в синтезе РНК и белков. Подтверждением этой теории служат исследования ряда ученых, показавших, что 25% ферментов из культуры старых человеческих клеток дефектны и поэтому действие их в значительной степени аномально. Один из способов замедления аккумуляции ошибок, по А. Комфорту (1967), заключается в торможении скорости процессов обмена веществ в клетках, что уменьшает вероятность возникновения ошибки. Этого можно добиться обшим или локальным понижением температуры тела: опыты показали, что жизнь низших холонокровных — рыб и черепах — от их весьма прохладной среды обитания действительно удлиняется. Как знать, не удлиняется ли жизнь больных с вегетативно-сосудистой дистонией от того, что их нос, кисти и стопы большую часть времени холодны?

Из трех главных путей попадания инфекции в организм, к которым относятся кожа, желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути, последние являются самыми важными, так как через них инфекция легче всего попадает в кровеносную систему человека.

Установлено, что в течение суток через легкие взрослого человека проходит до 15 тыс. л, или 20 кг, воздуха. Эта масса почти в десять раз превышает количество воды и пищи, поступающее за сутки в организм человека.

Содержать в чистоте кожу легко, достаточно воспользоваться для этого водой и мылом. Для чистки зубов существуют зубные щетки и пасты. Желудок и кишечник промываются естественным образом. Слизистую оболочку дыхательных путей и легких мы ничем «промыть» не можем. Тем не менее их площадь колоссальна. Она превышает поверхность кожи, равную 2,5 м<sup>2</sup>, в 500 раз.

Полость носа с придаточными пазухами и носоглотка служат неподвижными резонаторами для голоса: они усиливают звук и придают ему тембр и индивидуальную звучность.

Как уже говорилось, носовое дыхание имеет большое преимущество перед ротовым. При носовом дыхании создается значительное отрицательное давление в нижележащих дыхательных путях, что приводит к лучшей вентиляции легких и на 25% большему, чем при ротовом дыхании, поглощению кислорода. Однако многие люди не усвоили элементарного правила гигиены — дыхания через нос.

Исследования показывают, что большинство взрослых и почти все дети

дышат ртом при разговоре и не прилагают усилий для того, чтобы дышать носом во время сна. У детей такое неполноценное дыхание приводит к замедлению роста щитовидной железы, задержке развития и увеличению миндалин.

Неполноценное дыхание ведет к более раннему старению организма, поскольку ухудшает деятельность легких и уменьшает выработку гормона простаглицлина. Обнаружившие этот гормон польские ученые доказали, что он продуцируется в легких, откуда регулярно поступает в кровь. Простаглицлин сдерживает коагуляцию кровяных телец, растворяет кровяные сгустки, расширяет сосуды, предотвращая тем самым развитие атеросклероза.

Многие люди при разговоре, выступлениях и особенно при споре стараются сказать как можно больше слов на выдохе и задерживают вдох. Это ведет к плохому снабжению организма кислородом, или гипоксии.

Вот почему у неопытных лекторов, ораторов и певцов во время работы краснеет лицо, раздуваются шейные вены, возникает одышка и учащается пульс. Известны даже случаи смерти актеров при исполнении сложных арий и произнесении страстных монологов. Главной причиной их гибели является чрезмерно длительное кислородное голодание. Подсчитано, что при чтении вслух газеты человек вдыхает кислорода на 25% меньше нормы, а при затянувшимся споре — на 65%.

Есть над чем задуматься пропагандистам и специалистам по дыхательной гимнастике. И не только задуматься, но и перейти к широким действиям. Нам кажется, что было бы полезно научить всех взрослых и детей правильно дышать.

Для этого необходимо прежде всего избавиться от всех патологических изменений в носу и носоглотке — вылечить насморк, избавиться от аденоидов, полипов и т. д. Конечно, все это с помощью врача.

В значительной мере постановке правильного дыхания способствует выполнение специальной дыхательной гимнастики, которая должна предшествовать любой гимнастике вообще. Существует много комплексов дыхательных упражнений, предназначенных для различных групп людей, отличающихся по возрасту, общему состоянию и виду заболевания.

Все дыхательные упражнения можно разделить на три типа в зависимости от продолжительности вдоха и выдоха:

1. Упражнения, характеризующиеся равномерным вдохом и полным выдохом с задержкой дыхания после выдоха на 8—10 с. Этот вариант дыхания в основном соответствует функциям здорового организма. Он обеспечивает необходимое снабжение организма кислородом, удаляет накопившийся углекислый газ, дает возможность отдохнуть дыхательным мышцам во время паузы. У людей с хорошей физической подготовкой и правильным ритмом дыхания частота дыхательных движений в покое не превышает 10—12 вдохов и выдохов в минуту. У обычного человека за нор-

му принимаются 14—18 дыханий в минуту, у детей ритм дыхательных движений более частый.

2. Упражнения, характеризующиеся глубоким дыханием. При выполнении этих упражнений дыхание вначале остается ровным, но постепенно углубляется до тех пор, пока не начнет сопровождаться шумом. Время вдоха и выдоха примерно одинаковое, между ними нет паузы. Дыхание должно быть свободным, медленным и ритмичным.

3. Упражнения, характеризующиеся дыханием со встречными движениями. При вдохе грудная клетка поднимается вверх, а живот втягивается; при выдохе живот поднимается, а грудная клетка сокращается (опускается). Дыхание должно быть медленным, равномерным и глубоким.

Если первый тип дыхательной гимнастики может быть рекомендован даже ослабленным и тяжелым больным (особенно для начала занятий), то второй тип можно использовать больным с желудочно-кишечными заболеваниями (и прежде всего при колитах с запорами), неврозостением, расстройствами сна, быстрой утомляемостью и т. д. Третий тип применяется реже, в большинстве случаев он дает положительный эффект при гипертонической болезни, хронических воспалениях легких и бронхов.

Для борьбы с «храпунами», ряды которых усиленно пополняются после 40 лет, существует большое количество приемов и средств. В США зарегистрировано около 200 изобретений для устранения храпа. Причина этого страдания заключается в слабости мышц носоглотки и мягкого нёба. Проблема эта весьма сложная, и не все советы приносят желаемый результат. Замечено, что люди храпят меньше, когда спят на боку или животе. Хорошо тренирует мышцы мягкого нёба произношение звука «и» и напряжение мышц шеи. Это упражнение следует повторять до 30 раз в день — утром и вечером. Через 4 недели наступает, как правило, улучшение состояния. Помогает также следующее упражнение: прижать к груди подбородок при широко открытом рте и максимально высунуть язык вперед и вниз. Такое вытягивание и втягивание языка необходимо повторять в течение 5 минут утром и вечером.

Обонятельный нерв имеет очень сложное строение. Площадь желобоватой ямки, места начала обонятельного нерва, составляет 5 см<sup>2</sup>. Здесь сосредоточено около 1 млн нервных окончаний. Чтобы в обонятельном волокне возник импульс, на его окончание должно попасть примерно 8 молекул пахучего вещества, а чтобы появилось ощущение запаха, необходимо, чтобы были возбуждены не менее 40 нервных волокон.

Проникнув из верхних отделов носовой полости в мозг, обонятельный нерв проделывает трехнейронный путь до корковых ассоциативных центров в височной доле и парolfакторной зоне Брока. В этих участках заканчиваются центrostремительные пучки и начинаются центробежные. Последние связывают височную кору с рядом срединных образований мозга: вегетативными ядрами, гипоталамусом, зрительным бугром и др.

Центrostремительные связи обуславливают информационную функцию обонятельного нерва, сложные центробежные связи вызывают вегетативные и психомоторные эффекты, многие из которых еще не изучены наукой.

По данным Аюрведы, нос как орган обоняния функционально связан с действиями ануса — органа выделения. Указанная связь прослеживается у больных с хроническим запором или проктитом в виде дурного дыхания или притупления обоняния. Это очень тонкий корреляционный синдром, мало известный врачам и ученым.

Обоняние — один из старейших типов ощущения. К тому времени, когда появились рыбы, обоняние уже было высоко развито и нервные клетки, воспринимающие различные запахи, образовали обонятельные луковицы на переднем конце миниатюрного мозга.

По современной классификации, все пахучие вещества можно разделить на 7 базисных запахов: камфорный, мускусный, цветочный, мятный, гнило-стойный, эфирный, острый.

Долгое время считали, что пахучие вещества сами по себе не являются полезными или вредными для организма. Они лишь сигнализируют о наличии предметов, животных, веществ во внешней среде. Помимо этого они помогают в биоориентации, биокommunikации, правильном выборе пищевого, полового и оборонительного поведения.

По степени развитости обонятельных способностей животные делятся на гиперосматиков, отличающихся высокоразвитым обонянием, и аносматиков, обладающих плохим обонянием. К первым относятся птицы и приматы, ко вторым — киты и дельфины.

Доказано, что обоняние чрезвычайно развито у многих живых существ. С его помощью хищники преследуют добычу, современные лососи отыскивают дорогу на протяжении сотен километров вверх по реке к месту будущего нерестилища, а самцы непарного шелкопряда чувствуют самку на расстоянии 10 км и более.

Обостренным обонянием обладают матери, безошибочно определяющие по запаху своих новорожденных детей. Ближневосточные врачи доказали это следующим экспериментом. Каждой из 50 женщин через 1 ч после родов предъявили по три простынки, на которых лежали их малыши и еще два новорожденных. Все участвующие в опыте мамы точно распознали по запаху простынку своего малыша. Стопроцентная обонятельная индикация матерью собственного ребенка оказалась более высокой, чем тактильная чувствительность, так как только 88% женщин с завязанными глазами и закрытым носом правильно на ощупь определили своего малыша.

Проведенные в Англии исследования показали, что 71% опрошенных мужчин и женщин считают запах основным фактором сексуальной привязанности. Женщины обращают несравненно больше внимания на запах, исходящий от мужчины, чем на все другие атрибуты. 70% женщин (из 800

опрошенных) заявили, что мужчины, пользующиеся лосьонами, дезодорантами и туалетной водой, нравятся им гораздо больше тех, кто этого не делает. Лишь 18% соискательниц мужских достоинств ставят на первое место одежду и 8% — прическу.

Любопытный случай произошел в Калмыцкой республике. По железнодорожному полотну следовали 40 двугорбых верблюдов. Путь обходчики пытались согнать их с дороги, однако «хозяева степи» каждый раз принимали оборонительную позу, плевались и сходили с путей только перед тепловозами. Пропустив их, тут же возвращались на шпалы. Как выяснилось позже, верблюды шли дорогой, по которой провезли их полгода назад. Беглецам не понравилось на новом месте, и они решили вернуться на свои прежние стоянки. Только одним им понятные запахи и инстинкты точно вели их по трудному пути.

Описан необычный случай, происшедший в кишашем крокодилами штате Флорида. Одного из «промышлявших» в торговом центре Майами крокодилов поймали, связали и отвезли за 37 километров в глухое болото. Используя прекрасное обоняние и способ передвижения «по-пластунски», через месяц крокодил вернулся на то же самое место, в центр богатого американского города.

Не менее любопытный пример восприятия запахов живыми существами можно привести из истории войны во Вьетнаме. Захватив отдельные районы страны, американские солдаты очень боялись наступления ночи, времени действия вьетнамских разведчиков, совершавших внезапные нападения на лагерь оккупантов. Для обнаружения в тишине ночных джунглей крадущихся солдат (сами они сделать это не могли) американцы призвали на помощь... голодных клопов, обладающих уникальным восприятием запаха человеческой крови. По заданию Пентагона были созданы приборы, напоминающие встроенные секстанты с гнездом для клопов в центре и радиально расходящимися дорожками на периферии. Приборы заменили дозорных для непрошенных покорителей: ощутив запах приближающихся людей, клопы бросались на определенную дорожку, электронные датчики сигнализировали тревогу, высвечивая опасное направление.

Принято считать, что обонятельный мозг у человека развит относительно слабо. Однако это не свидетельствует о примитивности его функций. «Собака обладает значительно более тонким обонянием, чем человек, — писал Ф.Энгельс, — но она не различает и сотой доли тех запахов, которые для человека являются определенными признаками различных вещей».

Большинство специалистов находят, что функция обоняния лучше развита у мужчин, чем у женщин, и что за счет более частого искривления носовой перегородки вправо она слабее справа, чем слева.

Информационная функция обонятельного анализатора имеет немалое значение в быту и народной медицине. Это очень хорошо известно врачам Востока, которые в максимальной мере использовали в прошлом и продолжают использовать сейчас органолептический метод диагностики. Тщатель-

ной оценке они подвергают открытые части тела, а также ротовую полость, язык, видимые части носовых ходов, глаза и уши. Врачи внимательно «приноживаются к больному», определяя запахи выдыхаемого воздуха, кожи, мочи, режее фекалий.

В настоящее время методы «приноживания» применяются и в некоторых европейских клиниках. Описано около 40 заболеваний, которые может обнаружить «невооруженный» нос врача по характерным для этих заболеваний запахам. К ним относятся абсцесс легкого, дифтерия, тонзиллит, диабет, подагра, болезни печени, бруцеллез и др.

Специалисты из медицинского центра в Ньюарке (штат Нью-Джерси, США) установили, что при тифоидной лихорадке кожа пахнет свежеспеченным черным хлебом, желтой лихорадке — мясной лавкой, гангрене — гнилыми яблоками, фенилкетонурии (болезни Феллинга) — крысиным пометом или норой хищного зверя, тяжелом ацидозе и диабетической коме — свежими фруктами, при каловых свищах — зловонными фекалиями, при дифтерии кожа имеет сладковатый запах в начале заболевания и зловонный в конце и т. д.

Древнекитайские медики органолептически чувствовали запах энергии, исходящий от каждого человека. Они установили, что здоровый субъект запаха энергии не испускает, больной продуцирует тошнотворный запах, причем тем интенсивнее, чем тяжелее протекающая болезнь.

Современные медики чувствуют (а иногда и думают) иными категориями, чем древние. В настоящее время все более признанной становится мысль о том, что каждый человек является излучателем биоэнергетической ауры — невидимой и непахнувшей загадочной субстанции. Напомним о статистических исследованиях американских ученых, установивших, что наименьшая продолжительность жизни среди врачей отмечается у реаниматологов. Причину этому многие находят в тяжелых переживаниях и психических стрессах у постели умирающих больных, ставших для реаниматологов «неотъемлемой нормой» их повседневной жизни. Однако только ли в этом суть дела? Нам представляется, что не меньшую роль здесь может играть сконцентрированная отрицательная энергия обреченных больных, накапливающаяся в реанимационных палатах и залах и пагубно действующая на весь персонал. Сравните общий вид людей — работников детских садов и домов престарелых. Первые, в большинстве своем, жизнерадостные и энергичные, вторые — унылые, с «опущенными лицами» и «понурыми носами».

Доказано, что все запахи эмоционально окрашены, поскольку они вызывают у нас приятные или неприятные переживания. Это обусловлено тем, что рядом с обонятельным мозгом находится лимбическая система, отвечающая за наши эмоции.

В подтверждение этой мысли приведем интересный эксперимент, проделанный японскими учеными. Вновь синтезированное химическое вещество

обладавшее неизвестным запахом, впервые предъявили двум группам испытуемых в разных ситуациях. Первой группе — в момент радостного события, второй — при неприятных обстоятельствах. Когда через некоторое время испытуемым вторично предъявили этот запах, первая группа оценила его как приятный, а вторая — как неприятный.

Дело в том, что у людей отсутствует абстрактное представление о запахах. В то время как существует понятие о соленом, горьком, кислом, сладком вкусе, представление о запахах является чисто предметным. Мы не можем охарактеризовать запах, не называя вещество или предмет, которому он свойствен. Отсюда понятие о запахе роз, запахе лука и т. д.

Многих ученых интересует моделирование обонятельного анализатора, создание «искусственного носа». Следует признать, что предприятие в этом направлении шага дали вполне ощутимые результаты. Известный американский исследователь лауреат Нобелевской премии Л. Полинг и его сотрудники разработали анализаторы запахов, которые позволяют обнаружить болезни на ранних стадиях развития. Ученым удалось до такой степени усовершенствовать свои рукотворные анализаторы, что они способны регистрировать 400 веществ в выдыхаемом воздухе и 350 в испарениях мочи.

В недалеком будущем «искусственные носы» можно будет запрограммировать, и тогда они станут не только вынюхивать различные компоненты, содержащиеся в выдыхаемом воздухе и моче больного, но и сравнивать их качественный и количественный состав с заранее установленными нормами, присущими здоровому организму. Сдвиги в содержании отдельных компонентов в сторону повышения или понижения будут свидетельствовать о наличии той или иной болезни. Л. Полинг полагает, что один такой анализ заменит 25 клинических проб, к которым прибегают врачи в настоящее время.

По данным американских психохимиков, способность человека ощущать запах питательных веществ и некоторых витаминов частично зависит от того, какое количество этих соединений уже содержится в крови. Ученые разработали несколько опытных комплектов пахнущих веществ для так называемых стандартных диагностикомов. Относительная способность больных обонять вещества из этих комплексов может стать хорошим показателем общего состояния здоровья.

Запахи могут служить не только медицине. В США и Англии созданы анализаторы, которые за короткое время могут выделить любой из тысячи запахов, даже если его концентрация составляет одну десяти миллиардную часть. Такие приборы призваны «вынюхивать» утечку газа, испорченные пищевые продукты, загрязняющие воздух примеси, спрятанные бомбы. Кроме того, они применяются для выявления сгоревших деталей в телевизорах и неисправностей в автомобильных и авиационных моторах.

Разработки «искусственных носов» ведутся и в нашей стране начиная с 1968 г. Группа казанских ученых сконструировала несколько моделей обонятельных аппаратов. С их помощью можно определять запахи газов с точностью до одной стотысячной доли процента. «Искусственные носы» переданы для эксплуатации в предприятия газовой промышленности.

Интересный аппарат создали специалисты Иллинойского технологического института (США), позволяющий получить «отпечаток» запахов человеческого организма. Для исследования испытуемый помещается в особый стеклянный бокс, где находится 45 минут. Далее в этом боксе производится анализ воздуха, который содержит различные пары, выделенные организмом. В результате анализа устанавливается, какую пищу ел человек, с какими веществами и предметами он соприкасался в последнее время. По сообщению авторов, данный аппарат может идентифицировать людей по таким химическим «паспортам» с точностью 80—90%. Иллинойский аппарат больше всего заинтересовал полицию, которая предполагает использовать его в следственных целях — для определения пола, расы, привычек и даже профессии преступников.

Любопытное применение информационных свойств обонятельного нерва нашли некоторые фирмы Запада. Они пытаются повлиять на поступки людей через их обонятельные чувства. По материалам этих фирм, введение специальных ароматических микрокапсул в пищевые продукты и различные изделия делает рекламу гораздо более эффективной, а торговлю более живой.

Подтверждением этого может служить следующий эксперимент. Трём партиям женского нейлонового белья сообщили различные запахи и выставили для продажи вместе с четвертой партией таких же ненадушенных изделий. 50% покупательниц предпочли изделия со сладковатым ароматом нарциссов, 24 — с фруктовым ароматом, 18 — запахом духов и только 8 — с естественным запахом нейлона. Многие из покупательниц, выбравших вещи из первых трех партий, утверждали, что они более прочные и лучше по качеству. При этом всех поразило то, что ни одна покупательница не упомянула о запахе как о причине выбора покупки.

В жизнедеятельности человека обонятельная рецепция играет не только информационную роль. Трудно найти физиологическую функцию, на которую не могли бы распространять возбуждающее или тормозящее влияние обонятельные ощущения.

Пищевые ароматы и приятные запахи полей, лесов, морей и другие стимулируют дыхательную деятельность, возбуждают аппетит, улучшают самочувствие и настроение. Неприятные запахи оказывают на человека прямо противоположное действие.

Еще в далекие времена было замечено, что между чувствующим носом и другими органами существует определенная связь. Связь, которую

можно использовать в медицине. В Древнем Китае, а позднее врачами Книдской школы (Древняя Греция) с лечебной целью применялось введение в полость носа различных веществ, называемых эрринами, или слабительными для головы.

Гиппократ направлял легочных больных к вулкану Везувий, где они вдыхали сернистые испарения и получали облегчение. Лечение мигрени, по Галену, заключалось в закапывании в нос сока дымянки с маслом и уксусом. При помешательствах Самоник рекомендовал очищать мозг соком бузины или плюща, вводимым в ноздри больного. И сегодня с лечебной целью применяются испарения чеснока, лука, укропа, тмина, лавра, эвкалипта; широко практикуется пребывание больных в лесу, на берегу моря, у водопадов и горячих источников.

Легенда гласит, что первые ароматерапевтические растения произрастали в Эдемском саду. Когда древние египетские воины готовились к сражениям, они натирались особыми ароматическими маслами, чтобы пробудить в себе агрессию. Широкое использование в Египте имели пахучие субстанции при лечении депрессии, нервного напряжения и даже помешательства. Мусульмане при строительстве мечетей добавляли в известь эфирные масла розы и мускуса, отчего стены мечети издавали дивный запах. Древние китайцы считали, что каждый запах соответствует определенному состоянию человека, и, смешивая различные запахи, достигали душевной и физической гармонии. Очень любопытно, что две тысячи лет назад китайцы и японцы с помощью запахов узнавали время. Часами для них служили ароматизированные свечи. Воск, из которого делалась свеча, смешивался с различными эфирными маслами, соответствующими каждому часу. Причем утром «запахи времени» были стимулирующие, а вечером успокаивающие и расслабляющие.

Большое распространение ароматические вещества, благовония получили в Индии, а позднее в Древней Руси. Их использовала не только церковь для культовых целей. Без курения фимиама не обходился ни один пир древнерусских светских феодалов. Для этого существовали специальные курильницы, расставленные в роскошных княжеских дворцах. Подобные картины часто описывались в древнейших житиях.

Светские женщины умащивали и натирали лица различными вапами. Ароматические вещества нередко носили прикрепленными к головным украшениям. Чаще всего это были колты, снабженные полыми резервуарами, в которые вкладывались кусочки твердых благовоний или наливались душистые жидкие бальзамы. Издавна для предупреждения и лечения простудных заболеваний казахи и уйгуры использовали вдыхание паров чеснока и лука или обвешивания себя пахучими ожерельями, состоящими из очищенных головок чеснока.

Согласно канонам древнетибетской медицины, задержка чихания (дыхания) вызывает притупление пяти органов чувств, головную боль, боли в шей-

ной области и парез лицевых мышц. Все эти расстройства предупреждаются ароматическим курением, лекарствами, вводимыми в нос, и пребыванием на солнце. Именно область носа, учитывая ее связь с черепным мозгом, использовалась в Китае (во времена династии Мин) для профилактической вариоляции, для чего смешивали с водой растертые в порошок оспенные струпья и на кусочке ваты вводили в ноздри ребенка.

Любопытно отметить, что в основе нюхания табака — обычая, широко распространенного в XVIII в., лежит, несомненно, общий тонизирующий эффект, возникающий в результате раздражения слизистой носа. Выведение из обморочного состояния при вдыхании нашатырного спирта (в меньшей степени путем шекотания в носу) также можно объяснить стимуляцией дыхания и кровообращения. Причем знаменательнее всего то, что на протяжении столетия никакие другие методы при всем богатстве лекарственных средств не смогли заменить этого простого, но очень эффективного приема.

В 1924 г. ученые выявили, что запахи могут не только ускорять, но и замедлять ритм дыхательных движений. Так, оригановое масло вызывает у кроликов ускорение дыхательных движений, запах хинона — замедление. Пары толуола, поступая в полость носа, останавливают дыхание, а попадая в трахею, возбуждают его.

По данным отечественных и зарубежных ученых, запах лаванды, герани, эвкалиптового масла повышает возбудимость нервной и мышечной системы; запах аммиака, керосина, крезола, йодоформа и других веществ, наоборот, понижает возбудимость нервно-мышечного аппарата. Установлено, что угнетающее действие пахучих веществ всегда выражено более отчетливо, чем стимулирующее.

Возбуждающее действие запахов при соответствующих условиях может оказаться чрезмерно сильным и неадекватным. Так, раздражение обонятельных рецепторов в период цветения деревьев и кустарников, воздействуя на гипоталамические центры и меняя тканевую реактивность, нередко вызывает аллергические заболевания: сенную лихорадку, крапивницу, ангионевротический отек Квинке и некоторые другие. Поэтому слизистую оболочку носа рассматривают как шоковый орган при различных аллергиях. Под влиянием обонятельных раздражений изменяются сосудистая реактивность, функциональное состояние различных сенсорных систем, эндокринно-вегетативная деятельность и половая функция.

В 1966 г. Х. Винер выдвинул гипотезу, согласно которой человек, подобно животным, выделяет и воспринимает внешние химические информаторы (ВХИ). Выделение половых ВХИ у женщин варьирует с менструальным циклом. Предполагается, что восприятие ВХИ происходит подсознательно, так как при действии обонятельных раздражителей отмечается изменение ритма дыхания, артериального давления, периферической циркуляции крови и электрического сопротивления кожи.

В период овуляции чувствительность женщин к веществам типа мужских гормонов становится в 100 тысяч раз выше, чем во время менструаций. Запахи некоторых из этих веществ легко воспринимаются женщинами, но их не чувствуют мужчины.

Английские психологи установили, что у части студенток, живущих в общежитиях, появляется синхронизация менструальных циклов. Возможно, это тоже связано с выделением в окружающую среду летучих гормонов — феромонов.

Однако вышесказанное не что иное, как гипотеза. Отыскать человеческие феромоны пока никому не удалось. Если такие вещества будут найдены и синтезированы, это может привести к ошеломляющим последствиям.

С давних времен для лечения больных туберкулезом применяли воздух сосновых лесов. Однако причина его лечебного действия оставалась нераскрытой. Недавно ученые из Института физики атмосферы РАН установили, что в полях, лугах и особенно в хвойных чащах под влиянием солнечных лучей образуется своеобразный природный смог. Вероятно, он губительно действует на туберкулезные палочки.

Оказалось, что таинственная голубая дымка, стоящая в летнюю пору над лесами и полями, состоит из мельчайших частиц, образовавшихся в результате фотохимических реакций. В отличие от зловещего городского смога прозрачная дымка природного смога состоит не из вредных продуктов сгорания, а из различных органических веществ, выделяемых растительностью. Ученые обнаружили, что воздух хвойных лесов претерпевает непрерывные изменения, в процессе которых газы, выделяемые растительностью, превращаются в твердые и жидкие частицы. Под влиянием солнечных лучей эти частицы проходят три стадии: рождения, развития и гибели. Открытие советских ученых поможет врачам и физиологам разработать новые способы лечения с помощью искусственно создаваемых в помещениях голубых сосновых туманов.

Знаменитые женщины наших дней используют ароматерапию в повседневном уходе за телом. Маргарет Тэтчер, например, добавляет в утреннюю ванну перед напряженным днем несколько капель лимонного масла, а вечером, если «ожидается» бессонница, три капли эссенции тимьяна (богородской травы) за 1 ч до сна.

Для поднятия тонуса работников и достижения наилучших производственных результатов в воздух промышленных цехов и кабинетов японские ученые с утра вводят аромат цитрусовых, а в течение дня — тонкий цветочный аромат. Ученые одной из крупнейших косметических компаний «Сисейдо» доказали, что запахи лаванды и розы обладают успокаивающим эффектом, лимона и других цитрусовых — стимулирующим, жасмина — антистрессовым, мяты — снотворным. Для пробуждения засонь японские исследователи создали специальный обонятельный будильник. За полминуты до положенного времени он наполняет комнату запахами ананасов и эвкалипта, которые поднимут спящего соню лучше любого звонка.

Порой мы прибегаем к средствам ароматерапии, не осознавая этого. Использование лаванды, сосны, мяты в ваннах, приготовление блюд и напитков с добавлением пряностей (гвоздика, корица, базилик), травяной чай, массаж с различными ароматическими маслами, травяная ингаляция — все это приемы ароматерапии.

Наиболее важными ингредиентами, используемыми в ароматерапии, являются эфирные масла-эссенции, изготавливаемые из коры, корней, стеблей, листьев, цветов и смолы растений. Эфирные масла находят широкое применение при лечении кожных заболеваний (абрикосовое средство (шалфей), как средство для обработки ран (миррис), как тонизирующее средство (розмарин, сандаловое дерево), средство для улучшения циркуляции крови (герань, можжевельник) и т. д. Эфирные масла абсорбируются через кожу в кровь и разносятся к соответствующим органам. Аромат активизирует воздействие масел на организм и мозг, способствуя усилению оздоровительного процесса.

Следует иметь в виду, что эфирные масла являются лишь наружным средством и должны наноситься на кожу вместе с так называемой несущей средой. В качестве таковой могут использоваться высококачественные сорта растительного масла (соевое, подсолнечное, кунжутное, миндальное).

Запахи цветов могут оказывать не только положительное, но и отрицательное действие на организм человека. Такие растения, как магнолия, сирень, черемуха обладают очень тяжелым, плохо переносимым ароматом, который может воздействовать патологическим образом на сосуды. Тяжелую аллергию вызывают олеандра и лютик. Установлено, что при солнечном свете растения поглощают углекислоту и выделяют кислород, а вот в ночное время все происходит наоборот. Отсюда общеизвестная рекомендация не оставлять на ночь в спальне большое количество пахучих цветов.

В прошлом веке во Франции разбиралось судебное дело об убийстве женщины с больным сердцем, которую муж буквально завалил розами. Но отнюдь не от избытка чувств, а от желания избавиться от нее. Женщина заснула в комнате, полной цветов, и умерла к утру от их аромата.

Чувствительность большинства органов чувств к старости понижается. Это естественный процесс. Считается, что острота обоняния до семилетнего возраста повышается, а затем постепенно падает. Многие специалисты полагают, что обоняние, так же как и вкус, сохраняется у пожилых людей лучше, чем другие органы чувств.

Изучая этот вопрос, мы обнаружили интересную особенность. Оказалось, что понижение обонятельной функции в старости сопровождается уменьшением электрической и повышением сосудистой реактивности мозга. Такая сложная перестройка анализаторных систем говорит о динамичности и многосторонности адаптационных возможностей стареющего организма. Подтверждением этого может служить рефлекторное слезотечение, возникающее

под влиянием эмоций, механического раздражения глаз, а также под воздействием обонятельных раздражителей.

Все, что известно нам о слезотечении и плаче, больше похоже на улыбку острофолов по поводу слез, чем на серьезное исследование. Вспоминается народная примета: «Поплачьте — легче станет», да эмпирический совет врачей о необходимости психоэмоциональной разрядки. Примета и совет, несомненно, правильные, поскольку они основаны на житейской мудрости. Однако о механизме плача мы знаем еще очень мало.

Шведские стоматологи установили уменьшение болевой чувствительности в зубах при плаче, которое может быть объяснено падением кровяного давления в деснах.

В проведенных нами экспериментах изучалось состояние мозгового кровотока во время слезотечения, вызванного вдыханием паров лука. У большинства здоровых и у больных церебральным атеросклерозом слезотечение сопровождалось увеличением мозгового кровенаполнения и расширением церебральных макро- и микрососудов. Эти данные свидетельствуют о том, что рефлекторное или вызванное эмоциями слезотечение является важной защитной функцией организма, предохраняющей мозг от стрессовых ситуаций и спазмирования сосудов. Таким образом, действительно, при особых обстоятельствах плакать не только можно, но и нужно.

Статистика показывает, что средняя продолжительность жизни женщин на 9 лет выше, чем у мужчин. Более длительное пребывание женщин на Земле современная наука объясняет наследственными и гормональными особенностями, а также меньшей привязанностью их к наркотикам, курению и другим вредным привычкам. Возможно, что большие сроки жизни женщин обусловлены и таким чисто специфическим признаком, как высокая слезоготовность и плаксивость.

Снижение и утрата обоняния — не безобидный симптом. Доктор Л. Бакаи из Университетской клиники в Буффало отмечает, что по потере обоняния можно обнаруживать опухоли головного мозга на ранних стадиях. В отдельных случаях потеря обоняния происходит задолго до появления возможности диагностировать опухоль мозга путем сканирования. Утрата обоняния происходит по ряду причин, но, если она носит прогрессирующий характер и не может быть объяснена процессами в полости носа, необходимо тщательно исследовать мозг. Однако диагностические наметки Л. Бакаи справедливы только в том случае, когда опухоли развиваются в передних отделах головного мозга, передней черепной ямке и височной доле.

Очень сложны, разнообразны и во многом не изучены связи обонятельного нерва с глубинными структурами мозга. Установлено, что центральные проводники обонятельного нерва наиболее тесно связаны с гипоталамусом — центром обонятельно-соматической корреляции и гипоталамусом — центром обонятельно-висцеральной корреляции. В этих образова-

ниях преимущественно реализуются рефлекторные ответы на обонятельные раздражения.

Для терапевтических целей важно знать, какие вещества понижают, а какие повышают порог обоняния. По данным А.И. Бронштейна, наилучшими стимуляторами обонятельного анализатора служат фенамин, эфедрин, кофеин, стрихнин. К веществам, понижающим функцию обоняния, относятся пирамидон, эфир, морфий и атропин.

К сожалению, мы до сих пор недостаточно знаем, а потому недооцениваем терапевтические возможности избирательного лечебного действия ароматических веществ на различные болезненные состояния организма. По-видимому, это большой пробел в медицинских знаниях, так как многие ведущие клиницисты и их школы проявляют снисходительно-безразличное отношение к обонятельной рецепции и лечению больных пахучими веществами.

Как частный случай применения ароматерапии (фитодизайна — в широком смысле слова) можно привести воздействие растений на здоровье и трудоспособность людей, работающих в условиях нервного напряжения. В служебные помещения диспетчеров аэропортов, пилотов и операторов автоматизированных линий вводились небольшие дозы растительных ароматических веществ. Под их влиянием улучшалось настроение, ослаблялось утомление, повышались реакции на острые и опасные ситуации. Врачи констатировали нормализацию артериального давления и частоты пульса у испытуемых.

Научный интерес, касающийся связей носа с другими органами, возник в 80-х гг. XIX столетия. Р. Вольголини и В. Хак продемонстрировали, что бронхиальную астму, эпилепсию и некоторые другие болезни можно излечить, удалив носовые полипы.

В первые десятилетия XX в. появилось большое количество исследований по носовой рефлексотерапии. Наиболее серьезное из них принадлежало французскому ученому П. Бонье, автору учения о назобульбарных секторах. Обобщив опыт своих предшественников и проанализировав собственные данные, ученый пришел к заключению, что на слизистой оболочке носа есть проекции мозговых (бульбарных) центров отдельных органов, так называемые назобульбарные секторы. Он установил «точную» топографию участков слизистой, или, вернее, точек, с которых можно получить информацию о функциональном состоянии того или иного органа и соответственно на него повлиять (рис. 142).

Одновременно с позитивной трактовкой фактов П. Бонье высказал ошибочную точку зрения о наличии в носу проекционных зон не только внутренних органов, но и их различных функций — поноса, запора, рвоты и т. д. По мнению французского ученого, рефлекторная дуга носовых проекций состоит из рецепторов тройничного нерва, заложенных в слизистой оболочке носа, и соответствующего эффектора — ядра и ствола блуждающего нерва.

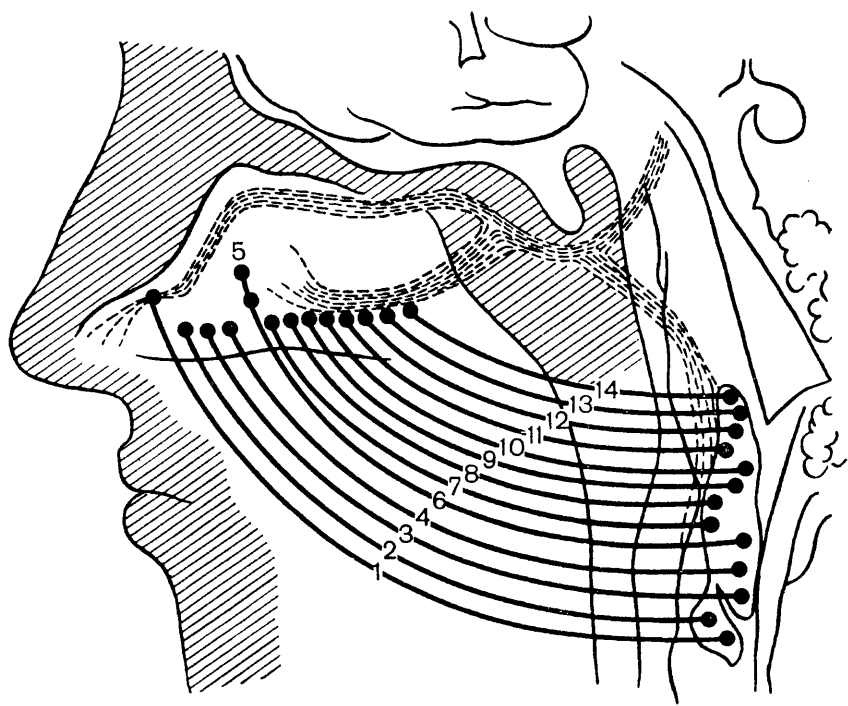


Рис. 142. Назобульбарные сектора (по П. Бонье):

- 1 — бронхиальная астма, эмфизема; 2 — сердце, артериальное давление;  
 3 — половой аппарат; 4 — органы внутренней секреции; 5 — мочевого пузыря;  
 6—7 — седлиный нерв; 8 — энтериты, запоры; 9—10 — почки; 11 — желудок;  
 12 — печень, поджелудочная железа; 13 — ухо, головокружение;  
 14 — тошнота, рвота

Предполагалось, что раздражение определенных точек слизистой носа механическим, химическим или электрическим путем может вызвать функциональные изменения в органах центральной нервной системы и таким образом повлиять на течение ряда внутренних заболеваний.

Учение о назобульбарных секторах, созданное в 1905 — 1916 гг. для диагностики и лечения ряда заболеваний, стало сенсацией во всех странах мира, в том числе и в России. Эта система подверглась многочисленным проверкам не только отоларингологами, но и врачами других специальностей, подтвердившими диагностическую и терапевтическую ценность метода. Последний получил название носовой рефлексотерапии, или центротерапии. Показания к данному методу, по утверждениям его основоположников, охватывали почти всю область человеческой патологии, за исключением заболеваний почек и пороков сердца.

При рассмотрении физиологического действия носовой рефлексотерапии обращает на себя внимание значительное влияние раздражения слизистой носа на дыхание и кровообращение. По данным И. Тинеля, слабые раздражения слизистой носа оказывают тормозящее действие на сердечно-сосудистую и двигательную системы и возбуждающее на функции желудочно-кишечного тракта; сильные раздражения вызывают противоположный эффект. От функционального состояния полости носа и придаточных пазух в значительной степени зависит нервно-психическая деятельность, динамика картины крови, состояние желез внутренней секреции и половой статус человека.

Прижигание или механическое и электрическое раздражение отдельных участков слизистой оболочки носа с успехом применялось при лечении болезней сердца и желудка, бронхиальной астмы, ночного недержания мочи, мигрени. Считалось, что так называемые мигрени в большинстве случаев связаны с патологией носа и они легко излечиваются при соответствующем лечении у отоларинголога.

В 1906 г. появилась работа «Рефлекторная эпилепсия носового, ушного и глоточного происхождения», в которой были собраны известные из литературы того времени 92 случая эпилепсии «носового» происхождения. Как полагает В.К. Трутнев, в некоторых случаях причиной эпилептических приступов являются искривления носовой перегородки, слизистые полипы, гипертрофия нижних раковин и поражение придаточных полостей носа. В качестве иллюстрации можно привести одну из историй болезни, взятую из статьи автора.

*Больной Г. поступил в клинику с жалобами на постоянный насморк и головную боль, которыми он страдает в течение многих лет; 13 лет назад впервые появились приступы Джексоновской эпилепсии. В течение 5 лет больной лечился медикаментами. Улучшения в состоянии здоровья не было, напротив, эпилептические приступы значительно участились, что побудило больного обратиться в хирургическую клинику, где ему произвели трепанацию черепа. Операция прошла гладко, но приступы эпилепсии не исчезли. Через 6 мес. после трепанации черепа больной обратился в клинику ушных болезней; там ему частично удалили искривленную носовую перегородку и сделали радикальную операцию левой гайморовой полости по поводу ее хронического воспаления. После этих операций эпилептические приступы больше не повторялись на протяжении 6 лет, в течение которых больной ежедневно показывался в клинику. Самочувствие его было очень хорошим.*

В. Трутнев считает, что каждый больной эпилепсией должен тщательно обследоваться отоларингологом, с тем чтобы все обнаруженные у него дефекты лорорганов своевременно устранялись. Аналогичную точку зрения и сегодня разделяют многие невропатологи, которые указывают на разнообразные внесозговые источники эпилепсии: аномалию преломляющих сред глаза, инородное тело в носу и слуховом проходе, рубцы на коже, кишечные паразиты и т. п.

Особого внимания заслуживают наблюдения и эксперименты, в которых выявляется зависимость между заболеваниями носа и половой сферы. Изме-



нения в половых органах у женщин в ряде случаев вызывают нарушения со стороны носа в виде припухания, сухости, атрофии слизистой, кровоточивости и расстройства обоняния. В свою очередь, изменения в «половых точках» слизистой носа (в килиановской точке на бугорке перегородки и участке нижней раковины) обуславливают нарушения менструального цикла и болезненные схватки во время родов. Введение обезболивающих веществ и воздействие избирательными химическими реагентами на указанные области устраняют эти явления.

На основании статистических данных ученые приходят к заключению, что раздражение слизистой носа оказывает более значительное влияние на функцию половых органов, чем раздражение любых других участков тела. Большое число клинических наблюдений, устанавливающих связь носа с половой сферой, дало повод английскому ученому И. Маккензи высказать предположение, что функциональные нарушения половых органов могут обуславливаться заболеваниями носа. Этот вопрос подверг экспериментальной проверке А. Кобланк. Он иссек переднюю (соответствующую нижней у человека) носовую раковину у кроликов и щенков шестинедельного возраста, оставляя контрольных животных из той же семьи. Результаты опытов позволили автору сделать вывод о том, что если у молодых животных удаляют нижнюю носовую раковину, то половые органы у них остаются в зародышевом состоянии на всю жизнь. Животные становятся безразличными в половом отношении, самки кроликов безразличны к здоровым самцам.

Применение носовой рефлексотерапии при многих заболеваниях позволяет оценить ее весьма положительно. Нам представляется, что действие носовой рефлексотерапии на некоторые заболевания связано с раздражением окончаний проходящих через нос нервов (в частности, тройничного и обонятельного) и соответствующими изменениями в отдельных частях головного мозга. Изменение функционального состояния этих отделов сказывается на деятельности гипоталамуса, чем можно, вероятно, объяснить отдаленное влияние раздражений рецепторов носа на органы малого таза.

Сотрудники Центра лицевой диагностики и регулирующей терапии в г. Хошимине (Вьетнам) разработали простейший массаж носа, с помощью которого предотвращается зачатие у женщин. Непосредственно перед и сразу после полового акта они рекомендуют в течение 10 мин. легким поглаживанием массировать снизу вверх кончик и крылья носа и в поперечном направлении верхнюю губу (рис. 143). По мнению Буй Куок Тяу (1990), эффективность указанного метода в предотвращении беременности, а также лечения фригидности доказана на практике и, несмотря на кажущуюся легкость, не нуждается в особом научном обосновании.

Возможно, методика и хорошая, только вряд ли она широко применима, да и звучит анекдотически для определенной категории не очень потенциальных мужчин.



Рис. 143. Противозачаточный массаж носовой области (по Буй Куок Тяу)

Клинические и экспериментальные данные позволяют предполагать некоторую специфичность рефлекторных ответов при носовой рефлексотерапии по сравнению с воздействием на кожу лица и таким образом оправдать самостоятельное терапевтическое значение носовой зоны. Однако, как указывает известный физиотерапевт А. Киричинский, вовсе не обязательно отыскивать точки на слизистой носа, от раздражения которых можно получить избирательный ответ на больной орган. Все зависит от характера и интенсивности раздражителя и функционального состояния всех звеньев рефлекторной дуги и заболевшего органа.

К подобной точке зрения пришли многие противники носовой рефлексотерапии. В конечном итоге они «сделали погоду», устроив рекемию учению и опыту П. Бонье, требовавшему от врачей слишком многого: большой точности, кропотливости, специальных навыков. Легче всего, конечно, было объявить полость носа рефлексогенной «ямой», через которую можно универсально влиять на весь организм.

Такая постановка вопроса импонировала не только незадачливым практикам, но оказалась «удобной» и для теоретиков, которым не нужно было ломать голову над интерпретацией общих реакций, идущих из «ямы». Начиная с 40-х гг. носовая рефлексотерапия развивалась как учение о зоне носа в целом.

Однако носовая рефлексотерапия наших дней не потеряла практической значимости. Благодаря большой концентрации нервных окончаний слизистой носа является рефлекторной зоной для возбуждения дыхания и сердечной

деятельности, снятия тяжелых приступов удушья и выведения организма из шокового состояния.

Начиная с 1951 г. в лечебной практике широко применяется назальный электрофорез — введение различных лекарственных веществ (витамин В<sub>1</sub>, новокаин, хлористый кальций, димедрол) через слизистую носа при аллергических, терапевтических, нервных и других заболеваниях. Рефлекторные связи между нервными образованиями носа и глаза позволили применить в клинике глазных болезней внутрислизистую новокаиновую блокаду средней носовой раковины: положительный результат получен у 66% больных, страдающих глаукомой и некоторыми другими заболеваниями глаз.

Взаимосвязь рецепторов носа с другими органами не вызывает сейчас сомнений или возражений. Подавляющее большинство физиологов и медиков сходится во мнении, что информационные центры носа служат одновременно и пусковыми эффекторными аппаратами. При этом одни специалисты видят в носовой рецепции источник только общих реакций организ-

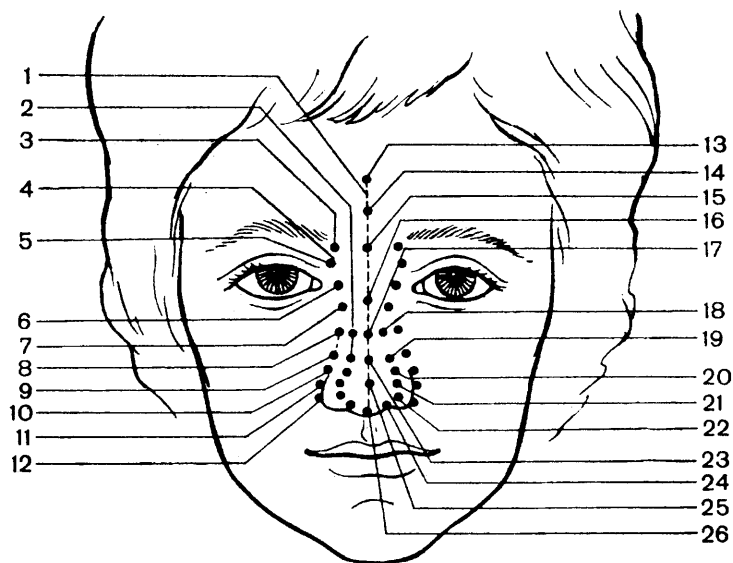


Рис. 144. Схема проекционных точек тела человека на поверхности носа (по Нгуен Ван Нги):

1 — линия 1; 2 — линия 2; 3 — линия 3; 4 — грудная клетка; 5 — молочная железа; 6 — шейный отдел позвоночника; 7 — грудной отдел позвоночника; 8 — поясничный отдел позвоночника; 9 — верхняя конечность; 10 — ягодица, бедро; 11 — колено, голень; 12 — стопа; 13 — лицо; 14 — глотка; 15 — легкие; 16 — сердце; 17 — печень; 18 — селезенка; 19 — желчный пузырь; 20 — желудок; 21 — тонкая кишка; 22 — толстая кишка; 23 — почки; 24 — мочевого пузыря; 25 — наружные половые органы; 26 — внутренние половые органы

ма, другие — не только общих, но и локальных. И хотя позицию последних разделяет пока меньшинство, нам она представляется более правильной и перспективной.

Подтверждением этого тезиса служат наблюдения нашего последователя — тульского врача-отоларинголога, который в течение 1990 — 1996 гг. проводил лечение терапевтических больных методом электрокоагуляции рефлексогенных точек носа строго по схеме Бонье. Хорошие результаты получены им при мигрени, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка, стенокардии, хронических колитах, простатитах, геморрое и других заболеваниях. Важно отметить, что такие очаговые процессы, как язвы и геморроидальные узлы, поддаются излечению за 23 сеанса носовой рефлексотерапии.

Вышедшая в 1974 г. монография Нгуен Ван Нги с соавт. «Теория и практика анальгезии при иглоукалывании» содержит ряд новых фактов. В ней приводятся не описанные ранее в китайских источниках проекционные точки внутренних органов, расположенные на наружной поверхности носа (рис. 144).

Авторы считают, что эти точки эффективны, и рекомендуют использовать их для лечения некоторых внутренних заболеваний. Таким образом, сторонники локальных принципов рефлексотерапии получили еще одно подтверждение в своей правоте. Что касается противников локальной экстерорецепции, то они ничего не потеряли, а тоже приобрели. Приобрели новые материалы для размышлений и критики.

## Глава VIII

### ИНФОРМАЦИОННЫЕ ЗНАКИ УХА

С физиологической точки зрения ушная раковина рассматривается как периферический звукопроводящий отдел слухового анализатора. С ее помощью происходит передача звука, осуществляется взаимосвязь между людьми. Слуховое восприятие представляет собой мощную сигнальную систему, вторую по назначению после зрительной. Шум, речь, музыка, акустические эффекты — все многообразие богатейшего мира звуков в зависимости от продолжительности и силы действия оказывает на человеческий организм как полезное, так и болезнетворное влияние. Каждый человек с момента рождения испытывает себя на прочность к шуму, поскольку с первых секунд жизни он должен быть готовым к восприятию и отражению колоссального потока звуковых раздражителей.

Человеческое ухо воспринимает звуки различной частоты — от 10 колебаний в секунду (нижняя граница слуха) до 30 тыс. (верхняя граница слуха). Инфразвуки, не достигающие частоты 10 колебаний в секунду, и ультразвуки, превосходящие 30 тыс. колебаний, ухом не воспринимаются. Установлено, что первыми улавливают инфрасигналы шторма и землетрясений чайки, рыбы, медузы и змеи. Ультразвук хорошо воспринимают собаки (до 60 тыс. Гц) и летучие мыши (от 30 до 150 тыс. Гц). Во внутреннем ухе содержится около 25 тыс. клеток, реагирующих на звуковые колебания. Человек осознает звук через 35—175 миллисекунд после того, как он дошел до ушной раковины. Еще 180—500 миллисекунд требуется уху на то, чтобы «настроиться» на прием данного звука, достичь максимальной чувствительности.

Ухо человека представляет собой очень сложное образование, состоящее из наружного, среднего и внутреннего уха. Звуковая волна, проходя через систему среднего уха, по закону разницы площадей (барабанная перепонка — овальное окно) и рычагов (молоточек — наковальня — стремечко) усиливается в 40 раз. Питание клеток кортиева органа внутреннего уха осуществляется эндолимфой, которая продуцируется в клетках-насосах сосудистой полочки и содержит строго определенный электролитный состав и пигменты меланины. Последнее обстоятельство объясняет важный в житейском отношении факт — глухоту всех животных-альбиносов. В физиологическом отношении — нали-

чие мелано пигментов в периферических отделах не только оптического, но и слухового анализаторов, осуществляющих воспринимающую рецептивную функцию, — уникально.

Симметричность расположения ушных раковин, правильность формы их отдельных участков, строгость линий изгиба завитка и противозавитка свидетельствуют о гармоничном развитии человека. Психологам, криминалистам и антропологам давно известен факт большой варибельности величины и формы ушных раковин: нередко даже у одного и того же индивида одно ухо оказывается отличным по строению от другого, что указывает на физическую и психическую дисгармонию.

Статистическая обработка частоты различных вариаций формы и рельефа ушных раковин, проведенная немецкими учеными Л. Хиртом и К. Ниблером (1957) у 606 детей, показала, что наследственно-биологические признаки формы наружного уха в 88% случаев пригодны для установления генетической связи отцовства у исследованных детей.

Восточные физиогномисты делят ухо на четыре части: внешний ободок, средний ободок, внутренний ободок, мочка. Обычно по ушам определяют особенности жизненного пути в детстве. При чтении лица опираются на общее правило — хорошо сформированное ухо свидетельствует о счастливом детстве.

У здоровых людей ушная раковина жесткая и, как правило, розового цвета. Желтизна, голубизна и бледность ушей считаются признаком недомогания.

По положению ушей на голове, точнее, их верхней линии физиогномисты определяют интеллект человека: а) выше уровня бровей — высокий интеллект; б) на уровне глаз — высший интеллект; в) ниже уровня глаз — средний или даже низкий интеллект.

Разумеется, опираться на критерии ума по линии «ухо — глаз» могут фантасты и не самые благоразумные люди. Слишком уж примитивна линия. Восставая против непозволительной легкомысленности стандарт-физиогномистов, мы (Е.С. Вельховер) создали клинико-психолого-ирридологическую компьютерную программу «Интеллект-мотоветеготмер». С его помощью определяется не только уровень интеллектуальных способностей индивида, но и особенности отдельных функций мыслительной деятельности: абстрактной, конструктивной и образной. Мы предполагали, что применение шуточно названного нами «дуромера» откроет возможности для выявления одаренных учеников, талантливых абитуриентов, высокоразвитых ученых и просто способных бизнесменов. Однако первые же испытания показали, что из большой группы квалифицированных врачей только 10% получили по интеллекту хорошую оценку, остальные 90% — плохую и удовлетворительную. Это привело к тому, что многочисленные желающие стали относиться к «дуромеру» с очень боязливым уважением, и, прежде чем приступить к исследованию, долго обходили его кругами.

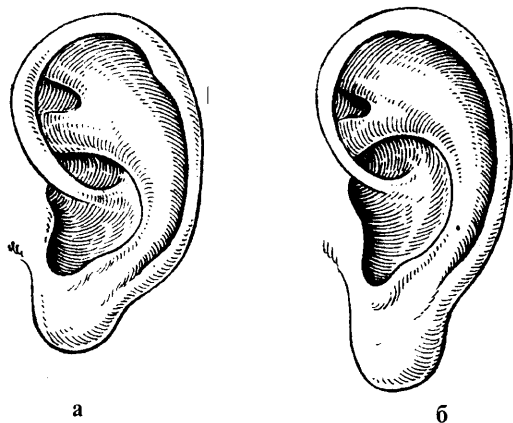


Рис. 145. Формы ушной раковины у здоровых людей:

а — ушная раковина здорового человека; б — ушная раковина долгожителя

При изучении структурных особенностей ушных раковин у долгожителей нам (Е.С. Вельхвер, 1984) удалось выявить интересный факт. Оказалось, что для людей старше 90-летнего возраста в 85% случаев характерны три таких статистически достоверных признака, как крупные, несколько удлиненные размеры ушных раковин, удлиненная и утолщенная мочка уха, выбухающий гребень противозавитка (рис. 145).

Все эти признаки долголетия хорошо видны на рис. 145.1.

Изменения величины и формы ушных раковин отмечаются при болезнях, аномалиях и уродствах. Это очень богатый по информации конгломерат симптомов.

Бесформенность и бледность наружного уха говорят о неблагоприятных факторах, а дряблость и вялость ушей — о болезненности организма, вплоть до рака желудка.

Огромные по величине ушные раковины («ослиные уши царя Мидаса»), называемые макротией, наблюдаются при различных изъянах личности, а также при олигофрении и болезни Дауна.

Умеренно большие уши с хорошо выраженными извилинами свидетельствуют о музыкальных способностях.



Рис. 145.1. Типичное «ухо долголетия» у мужчины в возрасте 93 лет

Оттопыренные, большие уши (лопоухость) встречаются довольно часто и в определенной части случаев говорят о глупости и бесхитростности субъекта.

Маленькие уши, микротия, являются признаком неблагополучия и чувствительности. По нашим наблюдениям, они служат показателем высоких скоростных качеств индивида и часто отмечаются у бегунов-спринтеров.

Слишком мясистые уши говорят об угрюмости и жестокости, мягкие, нежные уши — о предрасположенности к раку желудка, заостренные кверху уши — об уме и умеренности.

Прижатые уши свидетельствуют об осторожности, выдержке, лицемерии и хитрости, узкие длинные уши — о зависти и скупости.

Четырехугольные уши говорят о твердости и порядочности, ушные раковины с глубокой полостью и чашей — о даровитости, волосатые уши — о рассудительности.

По тибетским источникам, противозавиток является показателем эмоциональных переживаний: его втянутое состояние соответствует сдержанности, выпяченное — импульсивности.

Большое диагностическое значение придается мочке уха. По нашим данным, хорошо выраженная по форме и большая по величине мочка свидетельствует о хорошей сопротивляемости организма, а в сочетании с отчетливой бархатисто-коричневой зрачковой каймой и выпуклым розоватым слезным мясцом составляет триаду симптомов нормальной резистентности. На Востоке люди с очень большими мочками считаются мудрецами. Длинная мочка указывает на беспечность и выносливость, маленькая — на шепетильность, мочка с морщинами — на склонность к раку желудка. Невропатологам хорошо известна приросшая маловыраженная мочка, оцениваемая как признак врожденной аномалии, или дизрафии.

Интересные данные по патофизиогномике ушной раковины приводит немецкий ученый К. Теппервайн в книге «Лицо — зеркало здоровья» (1995) (рис. 146, 147).

Физиогномисты утверждают, что темный цвет кожи около передневерхнего края уха говорит о скрыто текущем заболевании, а родинки внутри уха — о неблагополучии. На незаращение артериального протока указывает деформация корня завитка и центральной части полости раковины, на анатомические недостатки почек — изменение верхнего отдела чаши раковины и т. д.

Очень плохим признаком служит тонкая, «пергаментная» ушная раковина и особенно мочка. Носители этого признака отличаются низкой сопротивляемостью организма и слабостью иммунозащитных сил.

Определенное диагностическое значение имеют дисплазия ушной раковины (рис. 148). Так, у детей с синдромом Дауна ушные раковины уменьшены, имеют округлую форму и широкий свисающий завиток (рис. 148, а), при синдроме Эдвардса ушная раковина вытянута в горизонтальной плоскости,

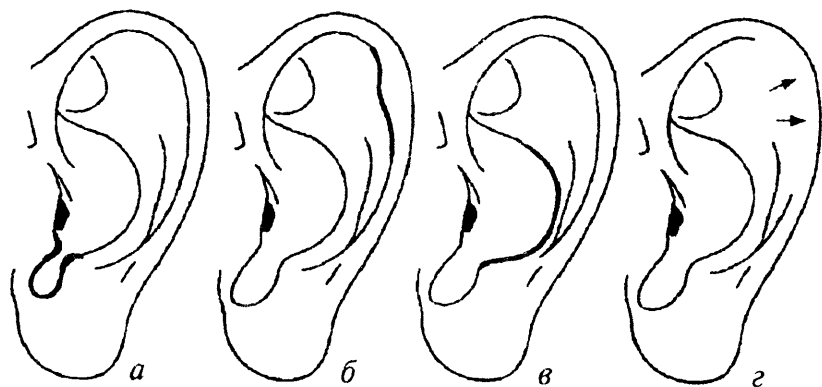


Рис. 146. Патологические симптомы, связанные с деформацией ушной раковины (по К. Теннервайну):

а — близко расположенные ушные хрящи (козелок — противокозелок) отмечаются при дисфункции желез и ожирении; б — утолщение противозавитка в верхне-задней части соответствует ожирению и частым простудным заболеваниям; в — выступ задней дуги ушной раковины соответствует душевной скованности и инфантилизму, отмечается предрасположенность к пороку сердца; г — утолщение верхне-заднего участка ушной раковины соответствует предрасположенности к тугоподвижности суставов и склерозу сосудов

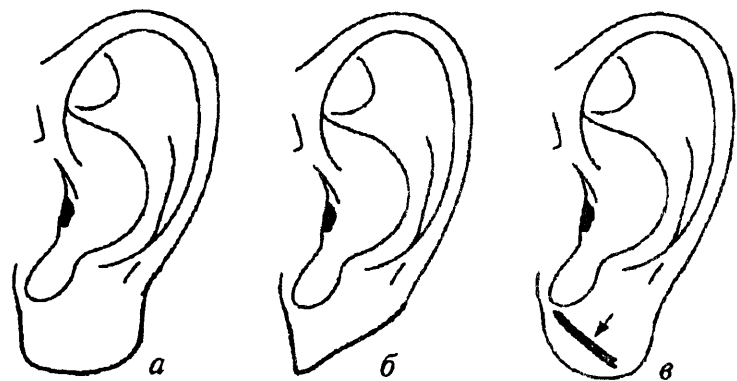


Рис. 147. Патологические симптомы, связанные с деформацией мочки уха (по К. Теннервайну):

а — прямоугольная форма мочки отмечается при холерическом темпераменте и гиперфункции эндокринных желез (лица с такой мочкой отличаются сильной волей, упрямством и хорошими репаративными способностями); б — остроугольная форма мочки соответствует быстрой утомляемости и плохому кровообращению от рождения; в — глубокие складки на мочке уха свидетельствуют об опасности инфаркта и диабета

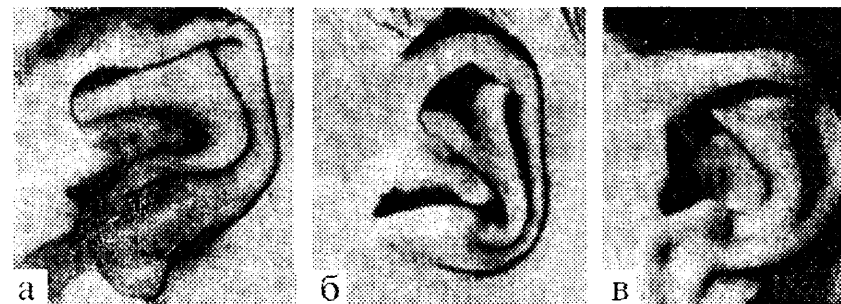


Рис. 148. Деформации ушной раковины при синдромах Дауна (а), Эдвардса (б) и 18q (в)

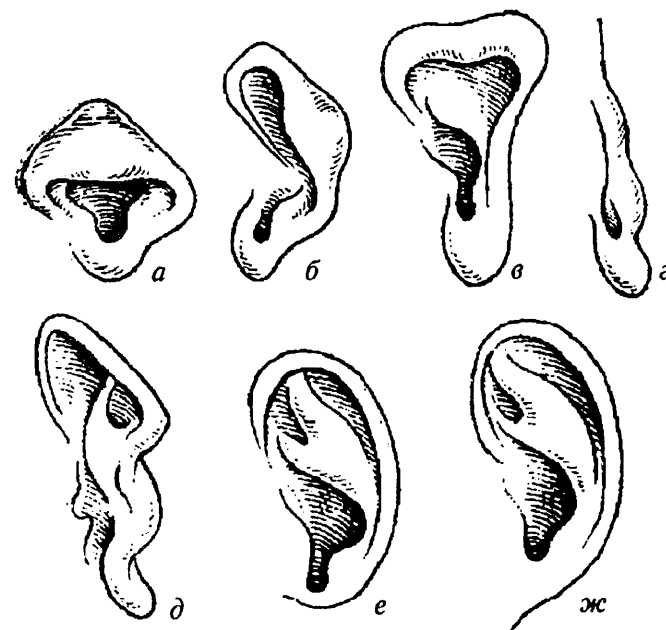


Рис. 149. Врожденные нарушения развития, характеризующиеся тканевой недостаточностью ушной раковины:

а — свернутая ушная раковина; б — согнутая ушная раковина; в — плоская ушная раковина; г — вросшая ушная раковина; д — гофрированная ушная раковина; е — дефект мочки; ж — приращенная мочка

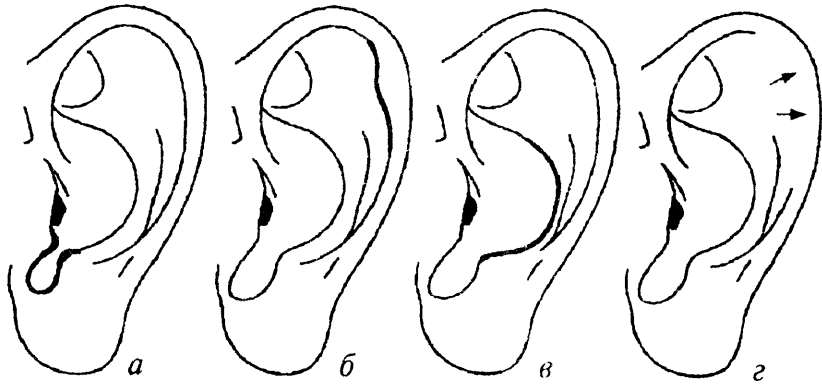


Рис. 146. Патологические симптомы, связанные с деформацией ушной раковины (по К. Теппервайну):

а — близко расположенные ушные хрящи (козелок — противокозелок) отмечаются при дисфункции желез и ожирении; б — утолщение противозавитка в верхне-задней части соответствует ожирению и частым простудным заболеваниям; в — выступ задней дуги ушной раковины соответствует душевной скванности и инфантилизму, отмечается предрасположенность к порочу сердца; г — уплощение верхне-заднего участка ушной раковины соответствует предрасположенности к тугоподвижности суставов и склерозу сосудов

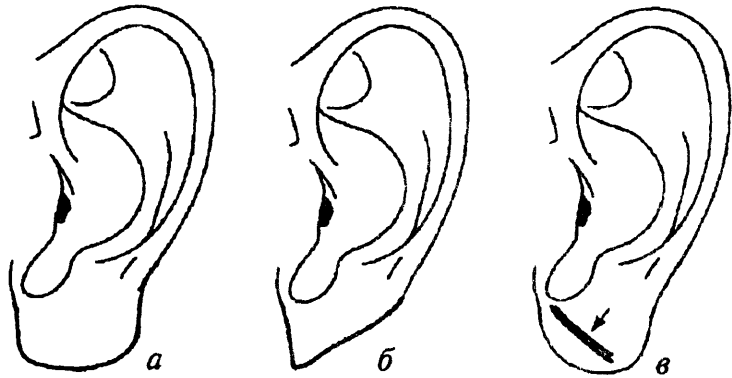


Рис. 147. Патологические симптомы, связанные с деформацией мочки уха (по К. Теппервайну):

а — прямоугольная форма мочки отмечается при холерическом темпераменте и гиперфункции эндокринных желез (лица с такой мочкой отличаются сильной волей, упрямством и хорошими репаративными способностями); б — остро-угольная форма мочки соответствует быстрой утомляемости и плохому кровообращению от рождения; в — глубокие складки на мочке уха свидетельствуют об опасности инфаркта и диабета

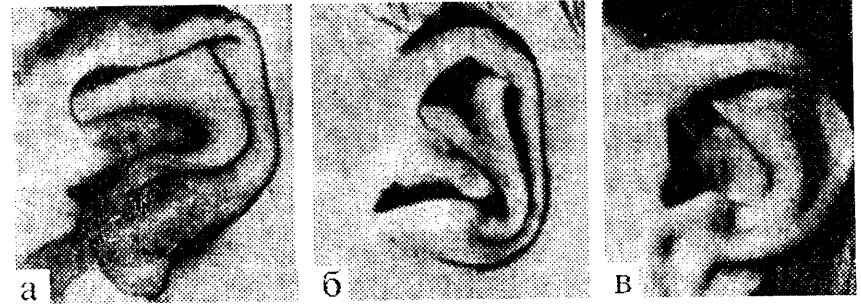


Рис. 148. Деформации ушной раковины при синдромах Дауна (а), Эдвардса (б) и 18q (в)

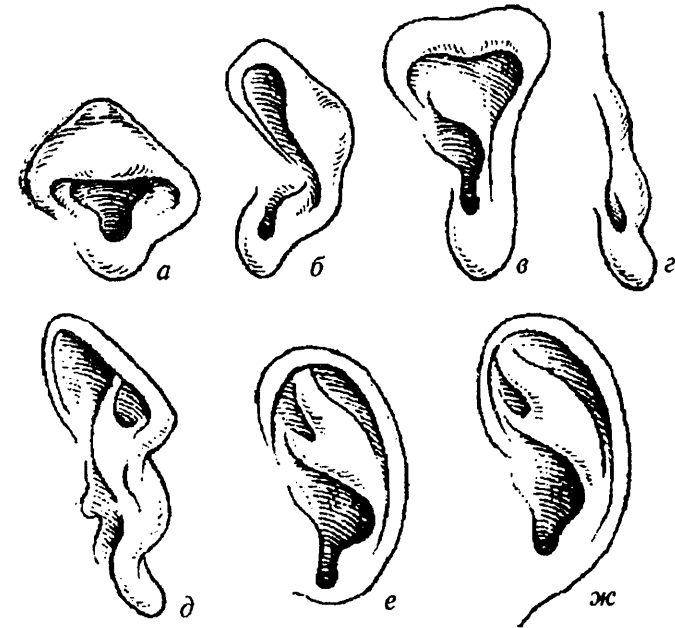


Рис. 149. Врожденные нарушения развития, характеризующиеся тканевой недостаточностью ушной раковины:

а — свернутая ушная раковина; б — согнутая ушная раковина; в — плоская ушная раковина; г — вросшая ушная раковина; д — гофрированная ушная раковина; е — дефект мочки; ж — приращенная мочка

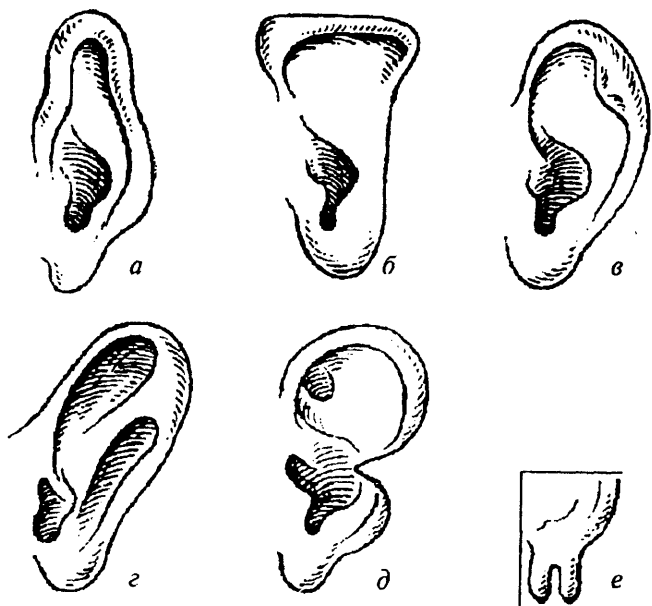


Рис. 150. Врожденные нарушения развития, характеризующиеся деформацией ушной раковины:

а — остроконечное ухо (ухо сатира); б — уголообразное ухо (ухо макаки); в — большой дарвиновский буторок; г — развернутый (лентообразный) завиток; д — поперечная расщелина ушной раковины; е — ушная раковина с продольной расщелиной мочки

мочка, а иногда и козелок отсутствуют (рис. 148, б), в случаях синдрома 18q — ушная раковина имеет развернутую форму, противозавиток лишен ножек, противокозелок увеличен (рис. 148, в).

Разнообразны врожденные нарушения развития, характеризующиеся недостатком тканей ушной раковины (рис. 149), а также врожденные нарушения развития, характеризующиеся только деформацией ушной раковины (рис. 150).

Небезынтересно упомянуть о связи между размерами ушей и характером потребляемой пищи. В монографии «Мед и другие естественные продукты» (1975) американский ученый Д.С. Джарвис пишет, что «люди с большими ушами любят овощи и объемистую пищу. Люди с небольшими ушами предпочитают мясо и более концентрированную пищу. Конечно, это не всегда так, но часто размер ушей достаточно показательный признак, по которому можно судить о выборе необходимой пищи».

С точки зрения врача, интересна история изучения и применения звуков

и музыки в лечебных целях. Эта история насчитывает тысячелетия, уходя истоками в культуры Древнего Китая, Индии и Вавилона.

В Атхарваведе, древнейшем собрании индийских заговоров (V тыс. лет до н. э.), есть указания на лечение болезней при помощи священных песнопений. Арабские врачи знали, что для успешной терапии важно хорошее настроение больного. М. Маймонд (1136 — 1204), воспринявший дух арабской медицины, которую многим обогатил, при каждом заболевании тела надеялся с помощью музыки повысить «животную силу организма». В «Каноне врачебной науки» Авиценна рекомендовал страдающим меланхолией развлекаться музыкой и пением птиц.

В Древней Греции музыке придавали универсальное значение, приписывая ей воспитательные, лечебные и магические функции. Школа Пифагора разработала рациональную систему моральных предписаний и учение о «картическом», т. е. очишающем, воздействии музыки на человека.

В кипарисовой роще древнего Эпидавра размещался прекрасный архитектурный ансамбль — святилище бога врачевания Асклепия, рядом с которым бил священный источник, питавший целебными водами бассейн музыкального храма Фолос. За храмом Асклепия находилась крытая галерея, где под действием музыки, внушения, гипноза и одурманивающих окуриваний люди погружались в «священные сны». Когда люди приходили в себя, они рассказывали об увиденных снах жрецам-прорицателям. Последние предсказывали в общих чертах ход и течение болезни и искали божественные указания к устранению недуга.

В средние века музыка была неотъемлемой частью культовых обрядов. Терапевтическое действие музыки объяснялось как отвлечение человека от земной, «телесной» скверны и приобщение его к красоте духовной — «бестелесной и благочестивой» среде.

Любопытно упомянуть один поразительный исторический факт — это применение звукового оружия в войсках Чингисхана. Перед многими сражениями непобедимый завоеватель использовал специальные длинные трубы, издававшие звуки определенной частоты, которые вызывали у противника панический ужас еще до наступления боя.

Ученые эпохи Возрождения видели в музыке мощное средство пробуждения в человеческой личности способностей к эстетическому наслаждению, радостному восприятию жизни, интересу к познанию мира. В конце XIX в. на смену эмпиризму предшествующих поколений пришел этап экспериментально-физиологических исследований в области применения звуковых и музыкальных раздражителей.

К настоящему времени накоплена масса экспериментальных и клинических данных о действии звука на центральную нервную систему и вегетативные образования.

Хорошо известно тонизирующее действие на утомленных людей бодрых и мелодичных песен, чеканных ритмов и маршей и, наоборот, успокаиваю-

шее влияние ритмичных звуков низких тонов и небольшой интенсивности.

Врачей издавна интересует возможность лечебного использования звуковых раздражителей. Применяются главным образом успокаивающие свойства звука: тихие и монотонные напевы, плавная музыка, мерные удары лопастей пархода и т. п.

Вначале с помощью звуков производили обезболивание хирургических вмешательств в зубной практике. Позднее этот метод стали применять с достаточным хорошим терапевтическим эффектом (до 78%) и в акушерстве.

По данным итальянских ученых Л. Кастеллани и А. Станка, эффективность обезболивания возрастает до 90% у рожениц с высоким интеллектуальным уровнем развития. Причем наиболее подходящим для анальгезии оказались музыка и звуки, напоминающие шум моря и водопада. Непосредственное обезболивающее действие авторы приписывают шуму, который подавляет вызванную болью активность нейронов задних ядер зрительного бугра. Имеются данные о таком же результате интерференции звуковых и болевых импульсов на уровне ретикулярной формации ствола.

Благоприятные результаты получили киевские исследователи при лечении ритмическими звуками низких тонов и небольшой силы (корректофоном И. Деранже) больных с заиканием, евнухоидным голосом, истерической потерей речи и бронхиальной астмой. На этом же принципе основан метод звукового обезболивания, успешно применяемый стоматологами ряда стран.

Интересные исследования по лечению бессонницы провел в 1962 г. В. Ткаченко, применявший сон-отдых под музыку Чайковского. По данным автора, из 500 человек, страдавших бессонницей, полная нормализация сна наступила у 76% больных. За последние годы в ряде стран музыкотерапия применяется при лечении психических и нервных заболеваний. По сообщению немецких ученых из клиники Франкфурга-на-Майне, лечение музыкой некоторых психических болезней оказалось более эффективным, чем психотерапия и лечение лекарственными препаратами.

Хороших результатов в борьбе с невротами добились курортологи кавказского санатория «Аджария», использовавшие пение птиц в качестве своеобразной фонотерапии. После 810 сеансов этого необычного лечения люди, страдающие бессонницей, засыпают без посторонней помощи. У них исчезает головная боль и улучшается общее самочувствие.

В Англии выпущена пластинка с записью колыбельной музыки для маленьких детей. Чтобы успокоить новорожденных, применяют запись, состоящую из непрерывного ритмического шума, создаваемого сердцебиением матери, пульсацией крови в артериях, плеском околоплодных вод и т. д. Для успокоения грудных детей предназначены звуки, слышимые через плаценту и пуповину. По сообщению английских врачей, колыбельная музыка действует усыпляюще не только на детей, но и на взрослых.

В 1978 г. в НИИ медицинского приборостроения Л. Мельниковым и

К. Еникеевым создан уникальный прибор для нервно-психической релаксации, основанный на специально рассчитанном воздействии на человека световых и звуковых раздражителей. На экране прибора перед испытуемым движется световое пятно, площадь, конфигурация и цвет которого плавно меняются. Периодически меняется и освещенность экрана. Ритмично, в такт с движением светового пятна и меняющейся освещенностью то наступает, то спадает «белый» шум, который имитирует шум морского прибора.

Динамическая программа управляет синхронным нарастанием освещенности и интенсивности звука так, что сначала этот ритм совпадает с ритмом учащенного дыхания человека. Постепенно, незаметно для испытуемого первоначальный ритм замедляется. Задача испытуемого состоит в том, чтобы приспособиться к прибору и дышать в том же ритме, в котором подаются звуки и свет. В течение 10-минутного сеанса дыхание человека плавно меняется от 20 до 4 циклов в минуту. Такое постепенно замедляющееся дыхание вызывает у человека расслабление, нервно-психическую релаксацию, в отдельных случаях сон.

В условиях научно-технической революции и ускорения темпов экономического развития страны в известной мере повышаются требования к нервной системе человека, его психологической устойчивости и защищенности. Постоянно возрастающий уровень жизни в ряде стран, стремительные темпы механизации и автоматизации производства ведут к неблагоприятным сдвигам: с одной стороны, к уменьшению мышечной нагрузки, или гиподинамии, с другой стороны — к увеличению нервного напряжения и затрат нервно-психической энергии.

Проблема физической нагрузки и покоя касается всех здоровых и больных людей. Академик А. Берг подсчитал, что еще недавно, около ста лет назад, 96% работы человек выполнял сам. Теперь за него это делают машины. Кто из городских жителей в течение дня проходит 4 — 5 км? Вполне очевидно, что таких пешеходов окажется немного. Между тем японские гигиенисты утверждают, что для поддержания хорошего тонуса человеку необходимо проходить не менее 10 км в день.

Видный клиницист и ученый Н.М. Амосов писал, что «первобытный человек шагом почти не ходил, а бегал, как и все звери. На шаг его перевела цивилизация. Те отличные резервы, которые создала природа в человеке, запрограммированы в нас очень хитро. Резервы существуют только до тех пор, пока человек максимально их использует, упражняет. Но как только упражнения прекращаются, резервы тают. Это давно известно. Попробуйте уложить здорового человека на месяц в постель так, чтобы он ни на секунду не вставал, — получите инвалида, разучившегося ходить. Полмесяца потребуются, чтобы поставить его на ноги и унять страшное сердцебиение».

Не менее актуальной на сегодняшний день является профилактика нерв-



ного переутомления, причиной которого может стать не только напряженное ожидание сигнала, быстрая смена поступающей информации, но и монотонная трудовая деятельность, особенно в условиях шумного конвейерного производства. В связи с этим возникает проблема «психологической разгрузки», которая в полном объеме может быть решена современными психотерапевтическими методами.

По аналогичному пути пошли львовские ученые. В Самборской лечебнице они оборудовали комнату психической разгрузки. Гармония звуков, света, красок и запахов, созданных с помощью специальной аппаратуры, способствует спокойному отдыху тружеников предприятия. Сеансы «покоя» продолжительностью 12—13 мин. проводит врач. Практика показала, что сеансы психологической разгрузки значительно улучшают общее состояние здоровья рабочих, увеличивают производительность труда.

Американские онкологи сообщили, что эффект некоторых противораковых препаратов повышается, если использовать ультразвук. По мнению исследователей, он увеличивает проницаемость клеточных мембран, и клетки лучше усваивают лекарства. Применение ультразвука равнозначно удвоению дозы лекарства.

Величайшим достижением отечественной школы физиологов явилось открытие возможности с лечебной целью воздействовать звуком и словом на различные функциональные системы, на все уровни высшей нервной деятельности. Широко вошедшая в нашу повседневную жизнь психотерапия подразумевает влияние словом на психику больного (и здорового) человека, на его вторую сигнальную систему и организм в целом.

В наше время в ряде европейских стран — в Англии, Австрии и Голландии — производится подготовка специалистов по музыкотерапии. Однако наибольшее развитие «звуковое лечение» приобрело в Польше, где несколько лет назад был образован Институт музыкотерапии и в 26 психиатрических больницах из 35 применяют музыкотерапию. Необычайной популярностью в стране пользуются «успокоительные грампластинки» из программы «Релакс», разработанной Ю. Александровичем и С. Цвынаром. В результате специальных исследований польские ученые выделили музыкальные произведения, обладающие выраженным успокаивающим действием. К ним относятся: «Адажио» Т.Альбини, «Гавот ля-мажор» Х. Глюка — И. Брамса, «Сицилиана» И.С. Баха, «Лунный свет» К. Дебюсси и некоторые другие.

В нашей стране по инициативе НИИ труда и Пермского телефонного завода в производственную практику введена так называемая функциональная музыка. В Москве она звучит в сборочных цехах часовых заводов, на подшипниковом заводе и других предприятиях. Функциональная музыка улучшает самочувствие и внимание, нормализует сердечную деятельность, снижает утомляемость, повышает производительность труда. В основном она показана на участках, где есть ручной труд, а также на некоторых механизированных поточно-операционных работах, характеризую-

щихся однообразием выполняемых операций, малоподвижной рабочей позой и монотонностью труда.

Большой популярностью пользуется ритмическая гимнастика в стиле «диско», или аэробика. Модный термин. Модное увлечение. А что же за ним стоит?

Женская гимнастика, ритмическая гимнастика давно уже прописалась на спортивных базах и в коллективах физкультуры. Элементы такой гимнастики широко используются в занятиях групп лечебной физкультуры и общеоздоровительной для людей пожилого возраста.

Аэробная гимнастика отличается от прочих тем, что серии упражнений следуют друг за другом без перерыва, в быстром ритме под музыку. Это оздоровительная система, в основу которой положены соединенные с музыкой элементы легкой атлетики, фигурного катания, танца, обогащающие организм кислородом, стимулирующие работу сердечно-сосудистой и дыхательной системы (отсюда и название).

Избрав соответствующий вид физических упражнений, можно добиться гармонического физического развития. Увеличивают окружность грудной клетки и жизненную емкость легких, скажем, занятия плаванием, греблей, велосипедом, легкой атлетикой. Для них, как и для ритмической гимнастики, характерно непрерывное движение.

Полюбив движение в танце, вы найдете время и для посильных занятий каким-нибудь видом спорта.

Занимающиеся аэробикой без усталости могут танцевать под быструю, ритмическую музыку и необязательно в ритме диско. Пригодны ритмы народных песен, ритмы любого танца, если они по душе и бодряя музыка подействовала на вас и вы готовы увлеченно выполнять гимнастические упражнения. Однако к занятиям ритмической гимнастикой следует подходить дифференцированно, в зависимости от возрастных особенностей.

Так, недопустимо, на наш взгляд, формирование групп, занимающихся ритмической гимнастикой, куда входят люди от 18 до 50 лет, как это делается в настоящее время. Темп, посильный для девушки в 20 лет, никак не пригоден женщине под 50. Необходимо разделять участников групп по физическим возможностям, создавать сначала подготовительные группы, а затем основные.

Говоря о влиянии ритмической музыки, небезынтересно привести пример диаметрально противоположного подхода к принципу звуко-физической активности и покоя в лечении укуса ядовитых змей, существовавшего в двух терапевтических системах: европейской и старинной индейской.

Согласно европейской тактике, больного помещают в тихую палату в постель и лечат укус змеи специфическими сыворотками, дезинтоксикационными, сердечными и другими препаратами. Пораженную конечность иммобилизуют, на место, расположенное выше укуса, накладывают временный жгут, т. е. создают не только всесторонний покой больному, но и пыта-

ются локализовать район действия яда. Успех лечения ставится в полную зависимость от медикаментозных средств, защитные силы организма не учитываются.

Согласно индейской тактике, насчитывающей полторы тысячи лет (возможно, и более), лечение укушенного ядовитой змеей человека проводится совершенно иначе. В окружении подтанцовывающих людей пострадавший совершает пляску под очень бодрую ритмическую музыку. После нескольких часов пляшущий в изнеможении падает и засыпает, а проснувшись, чувствует себя здоровым. Механизм выздоровления здесь диаметрально противоположный. В ходе энергичного «мускульного» танца змеиный яд не локализуется в одном месте в виде концентрированного «токсического заряда», а распространяется в разбавленном количестве по всей кровеносно-лимфатической системе организма. С обильным много часовым потом яд выделяется наружу — происходит естественная дезинтоксикация. По своим результатам индейская методика не уступает, а даже превосходит современную, европейскую. Однако самое знаменательное заключается в том, что лечебная тактика древних инков и ее высокий эффект основываются исключительно на стимуляции в конечном итоге защитных сил организма.

Помимо адекватных, положительных воздействий, звук может оказывать на человека и пагубное влияние. Доказательств у шумного XX в., века урбанизированных государств, грохочущих улиц, поющих магнитофонов и радио в квартирах, больше чем достаточно. Любой звуковой раздражитель при большой силе и продолжительности действия способен вызвать болезнетворные сдвиги, нанести акустическую травму. Особенно вреден для организма интенсивный шум (выше 95 децибел), под влиянием которого понижается работоспособность, сужаются периферические сосуды, нарушается сердечный ритм, появляются необычная бледность, головная боль, повышенная раздражительность и нервно-психические нарушения.

Для лучшего представления о децибелах скажем, что шелест листвы на ветру составляет 25, тиканье часов на расстоянии 1 м — 30, шум улицы в небольшом городе — 75 децибел.

Шум мешает нормальному отдыху и восстановлению сил, нарушает сон. Промышленные и транспортные шумы, бытовые приборы, радио и телевидение ведут сильную звуковую атаку на наш организм.

«Шумовое загрязнение» окружающей среды считается в США такой же серьезной проблемой, как загрязнение воздуха и воды. Оно угрожает здоровью более 80 млн американцев. В Нью-Йорке уровень шума превышает 85 децибел (при норме от 40 до 80), и его жители теряют остроту слуха с 30 лет. В Норвегии при проверке слуха у большого количества молодых людей было выявлено, что они не различают тихих звуков. По мнению специалистов, причина этого явления — пристрастие к чрезмерно усиленной электронными устройствами музыке в стиле рок.

Некоторые ученые пагубное влияние громких звуков, шума на организм сравнивают с повышенной радиацией. Не случайно конструкторы одной из шведских фирм разработали карманный дозиметр шума, работающий в диапазоне 80—120 децибел. Он регистрирует постепенно накапливаемую дозу шума и сигнализирует человеку о мгновенном его нарастании, переходящем опасный для слуха предел.

Внезапные громкие звуки влияют на вегетативную нервную систему, одной из важных функций которой является регулирование просвета кровеносных сосудов. Степень сужения кровеносных сосудов и увеличение интенсивности шума линейно пропорциональны. Сильный, неприятный звук вызывает сердцебиение, повышение кровяного давления и содержания адреналина в крови. По данным австрийских ученых, в больших городах под воздействием шума сокращается продолжительность жизни на 8—12 лет.

Как это ни парадоксально, даже в лечебных учреждениях больные подвергаются шумовому стрессу. В одной из американских больниц были произведены измерения шума в хирургическом отделении, где по гигиеническим нормам он не должен превышать 45 децибел. В действительности был установлен более высокий уровень шума: в двухкочечных палатах — 52, в трехкочечных — 55, четырехкочечных — 63 децибела с подъемом в отдельные часы до 79,3 децибела.

Не только хронический шум, но и одноразовые неожиданные действия звуков высокого напряжения, например паровозного свистка или выстрела, способны приводить к болезненным расстройствам нервной деятельности. Резким акустическим эффектом можно, по-видимому, объяснить состояние оглушения, которое достигается одним из приемов самбо: «герметическим» хлопком ладонями одновременно по обоим ушам противника. В литературе описываются случаи рефлекторной эпилепсии и даже трофических расстройств, возникших при внезапных резких звуках. Интересно отметить, что наиболее ранимыми и быстрее восстанавливаемыми после отдыха являются корковые нейроны и только потом подкорковые образования.

Таким образом, вовсе не безразлично, какую музыку мы слушаем, какие мелодии нас окружают. Немецкие врачи, обследовав музыкантов трех больших оркестров, играющих так называемую поп-музыку, установили, что она отрицательно сказывается на здоровье исполнителей: чем больше им приходится играть произведения такого репертуара, тем чаще они жалуются на головную боль и депрессию.

Было выявлено, что особенно чутко воспринимают музыку и звуки сердце и кровеносные сосуды. Однако не лишены «музыкального слуха» и другие внутренние органы, в частности желудок. Так же как и сердце, он не «переваривает» громкие звуки. Иллюстрацией этого положения служит тот факт, что частым профессиональным заболеванием эстрадных музыкантов является язва желудка.

Курьезный эксперимент провели американские исследователи, изучавшие влияние различных музыкальных произведений на организм беспристрастных слушательниц — дойных коров. Происходило это в Чикаго, где для всеобщего обозрения предприниматели, пропагандировавшие нормальную человеческую музыку, поместили в витрине универмага двух одинаковых коров с прикрепленными к ушам наушниками. Для одной из слушательниц транслировалась плавная музыка, для другой синкопированные твисты. «Твистовая» корова с первых же минут состязания пришла в состояние негодования и безуспешно пыталась стряхнуть наушники.

«Коровьи концерты» продолжались 13 дней; все это время записывались удои молока, которые должны были материально отразить качество духовной пищи. В результате соревнований победила слушательница классической музыки, выдавшая на 98 фунтов молока больше, чем «твистовая» корова.

Подобный пример не должен быть воспринят анекдотически, особенно современной молодежью. Непримируемое отношение к какофонии «модерновой» музыки обнаруживают не только домашние животные, но и грозные акулы. В серии экспериментов австралийский профессор К. Макдональд показал, что морские хищники обращаются в бегство, едва слышат поп-музыку. Классические произведения, напротив, действуют на них успокаивающе.

Различные реакции на звуки и музыку выявлены также у растений. Известный индийский ботаник Д. Босс показал, что под влиянием музыки изменяется рост растений. Позднее было описано, что классическую музыку растения воспринимают «с радостью», джазовую — «с раздражением». Доказательством могут служить два эксперимента. В одном англичанин Ч. Робертс выращивал гигантские помидоры, транслируя для них плавную музыку, в другом — американские остряки из Питершема прокручивали помидорам дебаты сенатских комиссий по острым политическим вопросам, и помидоры... замедляли свой рост.

Особо неблагоприятное влияние оказывают на человеческий организм ультра- и инфразвуковые волны. При чрезмерном воздействии ультразвуковых волн наступают термические и химические эффекты: увеличивается количество тепла в тканях, изменяются состав и вязкость крови и т. д. Еще опаснее инфразвуковые колебания. Они зарождаются в океане во время шторма и подводных землетрясений. Сравнительно небольшой шторм генерирует инфразвук мощностью в десятки киловатт. Причем он имеет очень слабое рассеяние, преодолевая без значительного ослабления сотни и тысячи километров как в воздухе, так и в воде.

Основное излучение инфразвука происходит в диапазоне 6 Гц. Такое излучение может вызвать ощущение усталости, тоски, морской болезни. Инфразвук с частотой 7 Гц смертелен для человека. Корабль может быть застигнут инфразвуковой волной в совершенно спокойном районе. Если частота излу-

чения составляет 7 Гц, смерть экипажа наступает от внезапной остановки сердца. Другие частоты способны вызывать приступы безумия.

Возможен и механический резонанс с корпусом судна, тотчас превращающимся в гигантский, все разрушающий вибростенд. Не случайно на многих судах с исчезнувшим экипажем оказываются сломанными мачты, хотя метеосводки говорят об отсутствии сильных ветров в этом районе. Найдены десятки судов типа «летучего голландца» с исчезнувшим экипажем или мертвцами на борту, а также пропавшие при странных обстоятельствах подводные лодки, которые еще больше, чем надводные корабли, подвержены действию инфразвуковых колебаний.

Известно, что при зарождении в океане шторма на берегу резко ухудшается состояние больных, возрастает число дорожных происшествий и самоубийств. Виновником этих драматических событий является также инфразвук.

Каждый человек в течение своей жизни должен не только воспринимать и перерабатывать звуковую информацию, но и противоборствовать гигантскому потоку звуковых раздражителей. Чего больше в этом потоке, полезных или вредоносных влияний, сказать не так-то просто. Непросто потому, что мы до сих пор не знаем, какую функцию выполняет форпост слухового анализатора — ушная раковина. Рупорную или антирупорную?

Представим, что она выполняет функцию звукопроводения, служит слуховым рупором человека. Тогда сразу же возникают неразрешимые вопросы, анатомические и физиологические нелепости. Анатомическая нелепость заключается в том, что по своему строению ушная раковина так же похожа на рупор, как, скажем, самовар — на обычную суповую тарелку. Сложная конфигурация ушной раковины скорее напоминает зыбучие холмы в пустыне или штормовой океан в миниатюре. Ни о каком улавливании и кумуляции звука при таком строении говорить не приходится. Ну а если человека «усовершенствовать»: сменить ту форму уха, которая есть у него в действительности, на идеальную рупорную. Что будет тогда?

С физиологической точки зрения как раз тогда ничего хорошего и не будет. Резко возрастет число акустических травм, станут более опасными инфразвуковые излучения. Практически это могло бы означать появление «рупорных» невротиков на континенте и идиотов вместо счастливых курортников на побережье.

Отсюда следует сделать вывод о том, что рупорная функция ушной раковины развита у человека в самой незначительной степени. Это первая и, как нам кажется, не главная функция наружного уха.

Почти такого же мнения, но чисто со звуковоспринимающих позиций придерживаются отоларингологи. Они пишут, что участие ушной раковины в функции звукопроводения невелико.

Причем объяснить это отсутствием способности наружного уха человека к активным движениям нельзя, так как даже у морской свинки сокращение

мышц ушной раковины при звуковом раздражении не имеет ничего общего со слуховым восприятием.

Работами югославских и американских ученых доказано, что звуковые волны проводятся не только через наружное ухо, но и от различных участков человеческого тела: ключиц, коленей, а также кожи. Сконструированный в 70-х гг. прибор предназначен для «осознательного восприятия речи». Он снабжен 20 вибраторами, которые реагируют на звуки различной частоты и крепятся на коже груди и обоих предплечий. В 1984 г. исследователи из университета города Майами (США) поддержали и развили указанную идею. Они показали, что глухие могут «слышать» через кожу, пользуясь электронным декодирующим устройством, преобразующим звуки в электрические импульсы. Последние вызывают вибрацию пластинки, касающейся кожи живота.

Это позволяет думать, что функция ушной раковины не ограничивается рамками звукопроводящего аппарата. Вероятно, она выступает как кожная рецептивная область, как своеобразная рефлексогенная территория, состоящая в контакте с внутренними средами организма.

Еще в III в. н.э. наружное ухо рассматривали в качестве лечебной зоны. К. Самоник рекомендовал лечить мигрень чесноком и перцем, которые он обкладывал шерстью и вставлял в ухо, противоположное стороне ощущения боли. Народные врачи Корсики и Аравии издавна применяли при лечении ишиаса прижигание каленым железом ушной раковины у основания завитка и козелка. То же делали и монголы, использовавшие для теплотерапии нагретые камни, горячее масло и жиры.

Древние египтяне говорили, что сердце есть центр кровеносной системы, из которого выходят сосуды, несущие в себе кровь, слизь, воздух и два «духа»: «дух жизни» и «дух смерти». Причем первый «дух» доходит до правого, радостного, уха, второй — до левого, печального. Любопытный обычай существовал и сохраняется до сих пор у ряда отсталых племен. Индейцы шуары носят в ушах подвески с бамбуковыми палочками, а некоторые африканцы — большие серьги и курительные трубки, продетые через мочку уха. Вероятно, такие «серьги», помимо ритуального назначения, имеют и другой смысл: они оказывают общее тонизирующее действие.

В современной нейрофизиологии не встречается особых возражений дошедший до нас от древних греков и шуаров факт взаимосвязи наружного уха с мозговыми образованиями и внутренними органами. В настоящее время изучены и описаны различные реакции организма: глотательные движения, урчание и вспучивание кишечника, учащение сердечной деятельности и т. д. Эти физиологические явления становятся понятными с позиций нервных связей, осуществляемых через наружное ухо.

Но вернемся к рассмотрению физиологических особенностей правого («радостного») и левого («печального») уха. Центр слуха расположен в основном в левом полушарии, которое через правое ухо воспринимает поток слу-

ховой информации, главным образом радостного оттенка. Страх, гнев и другие отрицательно окрашенные эмоциональные звуки «привычнее» для левого уха и соответственно для правого полушария. В толковом словаре В. Даля можно прочесть: «В правом ухе звенит — добрый помин, в левом — худой» и «правое ухо горит — правду говорит, левое горит — ложь говорит».

Доказано, что «левополушарный» человек охотнее и легче вступает в беседу. Словарь его богаче и разнообразнее, ответы более развернутые и детализированные, но интонационно невыразительны и бесцветны. «Левополушарный» человек теряет способность понимать значение речевых интонаций и, не справляясь с распознаванием звуковых образов, пытается их классифицировать.

Возникает парадоксальная ситуация, рассматриваемая нами для правого уха: одни характеристики речевого слуха, лежащие в основе абстрактного теоретического мышления, развиты хорошо и доминируют, другие в виде образного слухового восприятия заторможены.

Отсюда вытекает, что в речи нужно различать два канала связи: более древний, общий с животными образно-звуковой — «правополушарный» (левое ухо) и эволюционно более молодой, чисто человеческий словесный — «левополушарный» (правое ухо).

Японские ученые экспериментально показали, что прикосновение и давление на мочку уха приводят к изменениям дыхательных движений, на основании чего можно говорить о существовании кожно-двигательного рефлекса, играющего в известном смысле приспособительную роль. Это подтверждает выдвинутую ранее нейрофизиологами точку зрения, что воздействие на орган слуха всегда сопровождается наиболее выраженными изменениями непосредственно в дыхательном аппарате. В этом существенное отличие ушной области и слуховой системы от зрительной с ее преимущественным влиянием на обменно-энергетические процессы и обонятельной с ее сексуально направленными связями.

Иное дело признание официальной медициной сенсации XX в. — ушной раковины с ее топографической картой проекционных точек и зон. Рождение сенсации датируется VII в. н.э. и связано с именем Сун Сы Мяо, основоположника ухоиглоукальвания.

В трактатах китайской народной медицины говорилось, что в ушной раковине происходит «скопление главных линий», при помощи которых наружное ухо связано с другими органами. Эмпирически было установлено, что при многих заболеваниях на коже ушной раковины появляется болезненная точка, прижигание или укальвание которой благоприятно влияет на течение заболевания. Первоначально ухоиглотерапия, эр-чжэнь-ляо, применялась при лечении глухонемой, катаракты и ишиалгии, позднее — при многих других болезнях.

В 50-х гг. прошлого столетия метод ухоиглотерапии проник в европейские страны. В 1956 г., после шестилетних исследований, лионский врач П. Но-

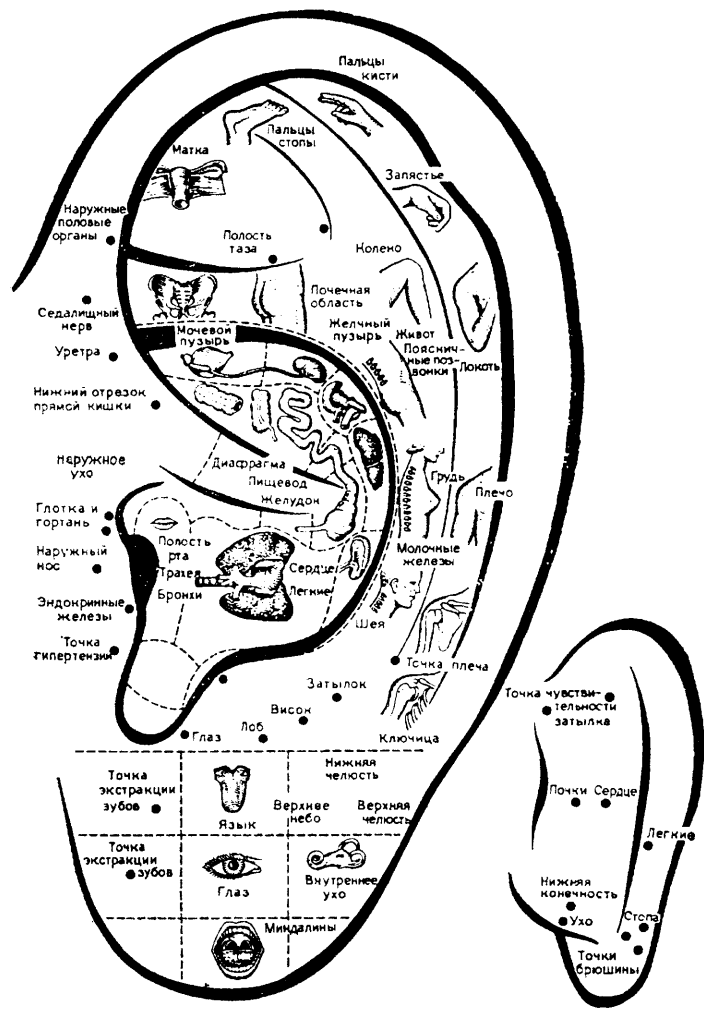


Рис. 151. Картограмма проекций частей тела и внутренних органов на ушной раковине (по П.Ножье)

жье, горячий сторонник метода ухоиглотерапии, опубликовал первую в Европе топографическую карту точек и зон в области ушной раковины, являющихся проекцией определенных частей тела и внутренних органов (рис. 151).

Картина расположения этих крошечных точек и зон напоминает поставленного на голову человеческого эмбриона.

С этого поставленного вверх ногами эмбриона началось интенсивное изучение в нашей стране и за рубежом второй и, по-видимому, основной функции ушной раковины, которая еще не обозначена, но с известным допущением могла бы называться сигнальной и адаптационно-трофической.

Любопытство и удивление — неотъемлемые качества любого творческого человека — исследователя и новатора. Как говорит академик А. Мигдал, «в отличие от искусства, где главную роль играет живая и непосредственная реакция на увиденное или услышанное, в науке необходима способность удивляться тому, что возникает в результате размышлений, в результате осмысливания накопленных знаний. Когда причина такого удивления выражена в ясной форме, говорят, что это научный парадокс».

Научным парадоксом можно назвать мысль о спроецированном в ухе эмбрионе, с которой выступил на Международном конгрессе в Висбадене французский ученый П. Ножье. С тех пор прошло более 40 лет, за время которых удивление одного фаната из Лиона передалось сотням и тысячам врачей. Изучением сигнальной деятельности ушной раковины занялись ученые многих стран. Исследования проводились по китайским источникам и данным П. Ножье, по разработанным ими топографическим картам уха.

Наши многолетние исследования позволили на основе этих карт создать собственную схему проекционных точек и зон в области ушной раковины. На ней отражено 48 участков, являющихся проекциями определенных частей тела и внутренних органов. В настоящее время имеются несколько топографических карт уха.

Принципиальных отличий в расположении проекционных зон на этих картах нет. Определяющую роль здесь играет детализация проекций. На всех топографических картах область мочки и находящегося над ней противозелка соответствует голове и головному мозгу, область ладьевидной ямки — поднятой вверх руке, полость раковины — органам грудной клетки, чаша раковины — органам брюшной полости и т. д.

Среди многочисленных проекционных зон на ушной раковине П. Ножье выбрал 30 наиболее пригодных для практики пунктов. 15 из них локально связаны с органами чувств, мышцами и внутренними органами. Это так называемые «пункты органов», через которые можно влиять на симптомы болезни; 15 других пунктов, часто невозбудимых, обладают более или менее общими воздействиями на организм. Это очень активные «пункты-хозяева», через которые можно влиять на основы самой болезни.

В 1976 г. вышла в свет монография Д.М. Табеевой и Л.М. Клименко по ухоиглотерапии. В ней приводятся описание и топографическая анатомия 131 проекционной точки на вогнутой поверхности и 6 проекционных точек на выпуклой поверхности ушной раковины.

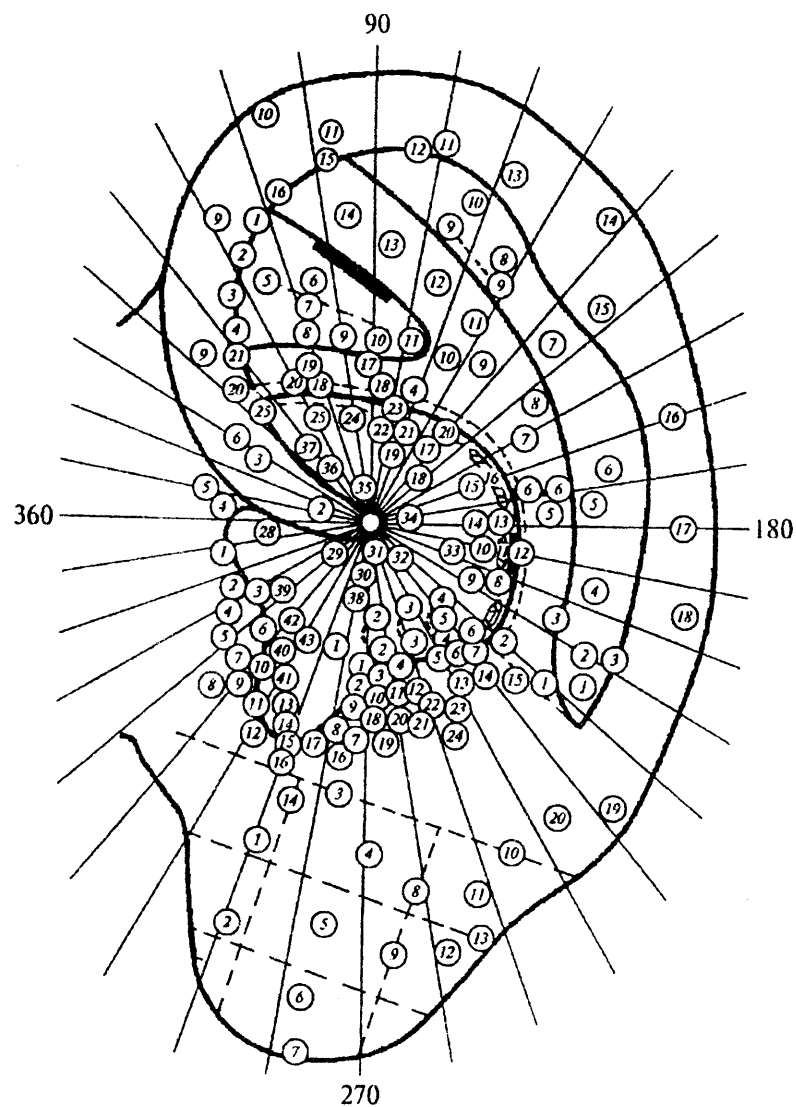


Рис. 152. Точки акупунктуры ушной раковины в системе угловых координат

Для удобства пользования изучены и описаны точки акупунктуры на ухе в системе угловых координат (рис. 152).

По современным взглядам, ушная раковина с ее ничтожной рупорной функцией не выглядит второстепенным органом. Она представляет собой особую рефлексогенную зону, где, как в релейном устройстве, переключаются многочисленные сигналы, идущие от внутренних органов в ухо. По мнению А. Кваглия-Сента, наружное ухо утверждает психическую и физическую гармонию организма. По внешнему виду, размеру и форме ушной раковины, по взаимоотношению ее деталей в общих чертах можно судить о наследственности того или иного индивида.

Не только наследственные, но и приобретенные заболевания «выражают себя» изменениями в области ушной раковины. Если внимательно относиться к жалобам больных на болевые ощущения в ухе и систематически исследовать чувствительность ушной раковины, то можно удивиться, сколько своевременных и точных сигналов поступает от пораженных органов в проекционные зоны уха. Жаль, что такая ценнейшая информация ускользает из поля зрения врачей-клиницистов.

По нашим данным, у большинства больных с инфарктом миокарда за несколько часов или дней до коронарной катастрофы появляются шекотание, зудящая боль и повышенная чувствительность в центральной части полости левой раковины. При острых воспалениях в соответствующих кожных проекционных зонах возникают участки покраснения, выпота, реже изъязвления. При хронических воспалениях обнаруживаются тусклые точки бледно-желтого и серого цвета, участки помятости, небольшие возвышения и углубления.

По наблюдению китайских авторов, у ряда больных язвенной болезнью проекционная зона желудка в ухе приобретает очертания бугорка, который через некоторое время после резекции желудка превращается в серповидный шрам, состоящий из белых или красных полосок.

Канадский исследователь Г. Лю (1975) обобщил свои визуальные наблюдения по аурикулодиагностике и предложил для пользования таблицу с адаптационно-трофическими изменениями на ушной раковине при 16 заболеваниях (табл. 5).

Однако наиболее часто изменяются не форма и рельеф ушной раковины, а восприимчивость кожных проекций на ухе. Они становятся более чувствительными и болезненными при надавливании, в них понижается электрокожное сопротивление и соответственно возрастает электропроводность тканей. На этом свойстве организма основана диагностика заболеваний по ушной раковине. Она предшествует ухоиглотерапии и проводится с помощью тупоносой иглы или пуговчатого зонда, но лучшие результаты достигаются специальным электроаппаратом — ампероомметром.

Интересные данные по аурикулодиагностике и терапии опубликовал в 1975 г. П. Ножье. Он установил 7 рефлекторных (реактивных) зон в ушной ра-

Таблица 5

Адаптационно-трофические знаки в проекционных зонах ушной раковины при некоторых болезнях и синдромах (по Г. Лю)

Болезни, синдромы	Проекционные зоны ушной раковины	Местные проявления
Бронхит	Легкие	Беловатые точечные образования
Гастрит	Желудок	Беловатый, неровный вид, нечеткая граница, иногда ощущение утолщения кожи
Язва желудка	Желудок	Появление круга, образованного точечным выбуханием, с нечеткими окружающими границами
Язвенная болезнь (после резекции)	Желудок	Маленький серповидный рубец в виде белой или красной полоски
Язва двенадцатиперстной кишки	Двенадцатиперстная кишка	Иногда центр становится беловатым или светло-серым, с покраснением краев и лоснящейся поверхностью
Острый аппендицит	Аппендикс	Точечные застойные явления или появление 1—3 папул
Хронический аппендицит	Аппендикс	Точечные светло-серые участки, напоминающие следы от вдавливания иглы
Меноррагия	Матка	Точечные и выпуклые участки застоя, напоминающие гусиную кожу или красные папулы
Бели	Матка	Точечные выпуклые участки
Гипоменоррея или кратковременный период аменорреи	Матка	Беловатые и точечные участки с красноватым венчиком и лоснящейся поверхностью
Головокружение	Подкорка, лоб	Беловатые и точечные участки с красноватым венчиком и лоснящейся поверхностью
Гипертония	Сердце, надпочечники	Точечные выпуклые участки с покраснением, но не лоснящегося вида; возможны утолщения капилляров
Боли при доброкачественных опухолях	Область тела	Подкожные выступы с четкими границами, изменяющие форму при надавливании
Боли при злокачественных опухолях	Область тела	Коричнево-серые выступления с нечеткими границами, не изменяющие форму при надавливании
Отек легких	Легкие	Беловатое и шероховатое образование или участки скопления точек
Увеличение печени	Печень	Беловатое и шероховатое выбухание, напоминающее по форме половину зерна дыни; правая доля печени — правое ухо, левая доля печени — левое ухо

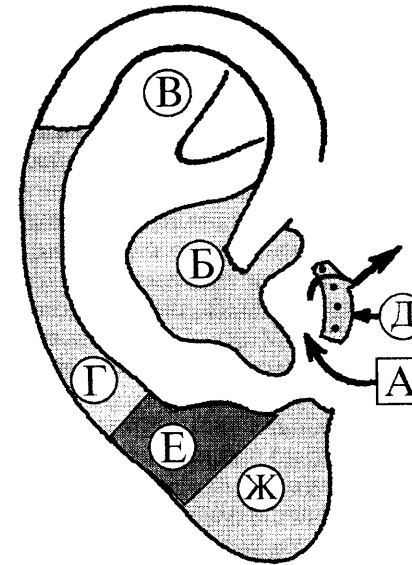


Рис. 153. Частотно-зависимые реактивные зоны ушной раковины (по П. Ножье):

резонансные частоты отдельных зон в Гц: А — 2,5; Б — 5; В — 10; Г — 20; Д — 40; Е — 80; Ж — 160

ковине, на которых проявляется одинаковая реакция к стимулу определенной частоты (рис. 153). В качестве стимула автор избрал свет от диодной лампы, загорающейся при заданной частоте. При освещении той или иной точки уха возникают различные пульсовые реакции с лучевой артерии, максимальное значение которых соответствует резонансной частоте этой точки. Позднее выяснилось, что аналогичные рефлекторные зоны с различными резонансными реакциями имеются на голове, туловище и конечностях.

П. Ножье показал, что эти зоны имеют большое значение для диагностики и лечения. При световой стимуляции определенной частоты кожные зоны, проекционно связанные с больным органом, обнаруживают сильную пульсовую реакцию, свидетельствующую о патологии этого органа.

Лечение выявленной патологической зоны можно проводить с помощью такой же электромагнитной или электрической частоты длительностью сеанса 30—60 секунд.

Исследования известного французского ученого представляют несомненный интерес для клинической рефлексологии, раскрывая широкое поле для дальнейших изысканий и уточнений. Будущее покажет, насколько прав П. Ножье в своих начальных экспериментах и гипотетических построениях.

В течение 7 лет мы изучали специальным прибором состояние электропроводности в проекционных точках ушной раковины при различных заболеваниях (Е.С. Вельховер, 1972) у 1200 здоровых и больных людей.

При исследовании практически здоровых людей найдено, что у подавляющего большинства из них электропроводность кожных участков ушной раковины не повышается, стрелка микроамперметра остается у отметки «0». Вероятно, это нулевое положение соответствует нормальному состоянию электрического сопротивления и проводимости кожи.

У 160 здоровых лиц молодого возраста повышение показателя электропроводности отмечалось в 14 точках из 48. Частота повышения электропроводности

сти в отдельных точках колебалась от 2 до 12%. Так, например, отклонения в проекционной точке «поясничный отдел позвоночника» были обнаружены у 18 человек, в зоне «легкие» — у 9 и т. д. Величина повышения показателя электропроводности в «импульсирующих» точках у здоровых людей доходила до 100 мка, но чаще колебалась от 15 до 45 мка. Очень редкими были отклонения электропроводности в кожных участках ушной раковины у здоровых людей не только молодого, но также среднего и пожилого возраста.

Для выяснения вопроса о времени формирования путей, обуславливающих появление импульсирующих точек у человека, было исследовано 40 новорожденных. Изменение электропроводности у них отмечалось в 7 точках: «лучезапястный сустав», «локоть», «плечо», «плечевой сустав», «шея», «толстый кишечник», «сердце». Так же, как и у здоровых людей, частота повышения показателя электропроводности по отдельным точкам у новорожденных была небольшой — 5—20%.

Итак, изменения электропроводности в кожных участках ушной раковины возникают с первых дней рождения человека, но наблюдаются у новорожденных и практически здоровых людей в редких случаях. Не исключено, что такие импульсирующие точки являются молчаливыми сигналами скрыто протекающих нарушений.

Для оценки изменений электропроводности в кожных участках ушной раковины под влиянием физиологических актов мы изучили электрические показатели в проекционной точке «пищевод» у 120 человек до и после приема пищи. Оказалось, что повышения импульсивности в точке «пищевод» после принятого завтрака или обеда не происходит. Однако это не противоречит данным врача-рефлексотерапевта В.И. Квирчишвили, отмечавшего повышение электропроводности в соответствующих точках уха под воздействием физической нагрузки. Не противоречит — потому что изучаемая им нагрузка была чрезмерно интенсивной, достигающей до мышечной боли.

Двукратные исследования практически здоровых людей, проведенные в «спокойное» время и в период эпидемии гриппа, позволили определить влияние различных условий внешней среды на электропроводность кожных участков ушной раковины. Как при первом, так и при втором (во время гриппа) исследовании испытываемые жалобы не высказывали.

Состояние электропроводности у них изучалось в четырех проекционных точках уха: «легкие», «пищевод», «поясничный отдел позвоночника», «прямая кишка». В результате проведенных исследований выяснилось, что частота импульсаций в проекционных точках уха в связи с эпидемией гриппа заметно повышалась, причем максимальное увеличение частоты отмечалось в зоне «легкие» (с 6 до 45%), минимальное — в точке «прямая кишка» (от 0 до 9%). Возможно, такая электрическая перестройка в проекционных зонах ушной раковины является результатом стрессовой готовности и некоторой активации висцеральных функций, прежде всего дыхательной.

Исследования в клинике показали, что изменения электропроводности в проекционных точках ушной раковины у больных были связаны с характером и выраженностью патологического процесса, отражая в известной мере импульсивную деятельность органа в данный момент.

У больных с новообразованиями, если основной процесс не сопровождался воспалительными явлениями, показатели электропроводности были незначительными по величине, колеблясь в пределах 5—25 мка.

При хронических заболеваниях отмечалось более значительное повышение показателей электропроводности порядка 15—70 мка.

У больных с острыми воспалительными процессами и заболеваниями, сопровождающимися болями, наблюдались максимальные отклонения стрелки индикатора.

Проведенные исследования позволили нам прийти к заключению, что с помощью указанной методики можно оценивать боль, причем не только факт ее наличия, но в какой-то степени и интенсивность. Для определения зависимости изменений электропроводности в соответствующих участках ушной раковины от болевых импульсаций были исследованы больные в момент взятия у них крови иглой Франка. Нас интересовало, насколько повышается показатель электропроводности в проекционной точке «пальцы руки» в результате прокола кожи на глубину 2 мм. Известная каждому боль от указанного, «дозированного» прокола вызывала отклонения стрелки индикатора от нулевого положения до риски 7—12 мка.

Таким образом, была получена примерная кожно-электрическая оценка болевых раздражений. Разумеется, мы далеки от мысли считать установленные 7—12 мка за эталон болевых импульсаций, так как изменения показателя электропроводности зависят от очень многих факторов: толщины кожного покрова, потливости, симпатического тонуса, эмоционального статуса, электрических процессов в организме и атмосфере и т. д.

Нередко индикатор электропроводности показывал отклонения со стороны определенных органов, тогда как больной не ощущал болей и видимые объективные изменения отсутствовали. Такое состояние мы наблюдали задолго до появления клинически выраженных признаков заболевания или вскоре после перенесенной болезни. Эти данные находятся в прямой связи с аналогичными изменениями электрических потенциалов в активных точках кожи при некоторых видах патологии. Нам представляется, что в подобных случаях мы имеем дело со слабой импульсацией с проприо- и интерорецепторов, которая поступает в ушную раковину, но в силу своей слабости (субпороговости) не достигает коры и таким образом не доходит до сознания больного.

Вполне возможно, что с применением индикатора электропроводности и подобных ему аппаратов оценка болевых импульсаций у больных может приобрести объективный характер. Пользуясь методикой электроиндикации проекционных зон уха, занимающей в среднем 10 мин. на обследование одного больного, мы получаем дополнительные сведения о болевых (осознава-



емых и неосознанных) импульсах, поступающих в ушную раковину от различных органов и частей организма.

У большинства больных изменение электропроводности в проекционных точках уха топографически совпадало с данными клинического диагноза. По нашим наблюдениям, такие совпадения составили 90%, что свидетельствовало о диагностическом значении «электрической карты уха». У подавляющей части больных изменение электропроводности в ушной раковине регистрировалось на той же стороне или двусторонне. У 10% больных имела место перекрестная связь внутренних органов с ухом.

Наибольшую диагностическую ценность представляли наблюдения, в которых изменения электропроводности отмечались в одной-двух проекционных точках.

Для изучения топографической значимости отдельных участков ушной раковины мы избрали проекционную точку «пищевод» и попытались определить ее возможности в диагностике выпячиваний стенки, или дивертикулов, пищевода. За последние годы рентгенологически дивертикулы пищевода обнаруживают не редко — у 1,5% практически здоровых людей. Нами обследовано 160 практически здоровых лиц и 150 больных неврастенией. Изменение электропроводности в проекционной точке «пищевод» у здоровых людей отмечалось в 5%, у больных, не имеющих заболеваний пищевода, в 30% случаев. Несомненно, это неожиданно большой процент диагностических находок.

Для верификации обнаруженных изменений 44 больных неврастенией из группы «импульсирующего» пищевода были подвергнуты рентгенологическому исследованию, во время которого у 8 (18%) был найден дивертикул пищевода, что явилось неожиданностью, так как у всех этих больных дивертикул протекал бессимптомно.

Таким образом, напрашивается вывод о том, что предварительное определение электропроводности в проекционной точке «пищевод» и соответствующий подбор испытуемых для последующей рентгеноскопии может повысить диагностику дивертикулов пищевода, сделать ее более ранней и «концентрированной».

Вместе с тем возникает вопрос: не случайны ли столь частые сигналы в проекционной точке «пищевод» у больных неврастенией, подтвердившиеся на рентгене лишь у 1/6 испытуемых? Отвечая на данный вопрос, мы хотели бы сослаться на работу Л.Х. Адильгиреевой, которая при патологоанатомическом исследовании 100 трупов людей, умерших в возрасте от 20 до 90 лет от различных «непищеводных» заболеваний, в 67 случаях обнаружила те или иные изменения пищевода, многие из которых не доступны прижизненному рентгенологическому анализу.

Если учесть, что патологоанатомические исследования во много раз точнее клинических и рентгеновских, то обнаруженное нами повышение электрической активности в точке «пищевод» у каждого 3-го больного неврастенией найдет свое обоснование. Объективным подтверждением этого могут слу-

жить и наши иридокопические исследования, при которых нейротрофические изменения радужной оболочки в проекционной зоне «пищевод» отмечались у 40% больных, не имевших клинических изменений пищевода.

Интересно отметить, что определенная часть локальных изменений пищевода связана с неправильным приемом лекарственных препаратов. По данным копенгагенских врачей, прием капсул и таблеток лежа и запивание их малым количеством воды ведет к прилипанию и последующему, через 10 мин., разрушению лекарств в слизистой пищевода. Исследования показали, что во избежание указанных нарушений лекарственные препараты следует принимать стоя и запивать 1/2 стакана воды.

Выше мы говорили о диагностическом значении случаев с импульсацией одной-двух точек ушной раковины. Однако такие случаи встречались довольно редко. Гораздо чаще обнаруживалось несколько импульсирующих точек: от 3 до 15 и более, что в значительной степени затрудняло определение очага поражения. Решить, какая из проекционных точек уха соответствует пораженному органу, без данных клиники, было невозможно.

У больных неврастенией мы изучали изменения клиники и показателей биоэлектрической активности головного мозга до и после комплексного лечения. Эти данные сопоставлялись с результатами исследования показателей электропроводности в проекционных точках ушной раковины. Нас интересовал вопрос: параллельны или противоположны электрические изменения в головном мозге и коже ушной раковины?

Было установлено, что более выраженное уменьшение величины импульсаций наблюдалось у больных в проекционных точках тех частей тела, которые иннервируются соматическими нервами: точки 1—7, 16—21. Отсутствие изменений и даже повышение средней величины импульсаций регистрировалось в проекционных точках внутренних органов, иннервационно связанных с вегетативной нервной системой: «желчный пузырь», «печень», «двенадцатиперстная кишка», «сердце» и др.

Для выяснения связи между самочувствием больных и биотоками мозга, с одной стороны, и электрическими показателями в точках уха — с другой, был проведен корреляционный анализ. Он показал, что у подавляющего большинства больных, закончивших лечение со значительным улучшением, отмечались положительные сдвиги в биопотенциалах головного мозга и показателях электропроводности уха, проекционно связанных с соматическими образованиями. Что касается проекционных точек внутренних органов, то изменения в них были нередко противоположными объективным данным и динамике электрической активности мозга у больных. Вероятно, это результат чрезмерного действия лечебных факторов на те или иные внутренние органы, функционирующие в отличном от соматических систем ритме.

Здесь мы, «заглядывая в ухо», невольно коснулись широкой философской проблемы — лечения пораженного органа в целостном организме. Ни одному великому клиницисту не известно, что дает, а чего не дает комплексное ле-

чение. Неизвестно потому, что даже при индивидуальном подходе к больным оно не может быть адекватным по отношению к отдельным органам и системам, поскольку степень функциональных или органических нарушений в них так же различна, как различны их анатомо-физиологические особенности, уровни и ритмы метаболических процессов.

Это новая область изысканий, получившая в современной интерпретации наименование биологических ритмов и биорезонансной терапии. Согласно нашим данным, у больных неврастенией при лечении отмечались неодинаковые реакции соматических и висцеральных систем: лечебные факторы для первых в большинстве случаев оказались адекватными, для вторых — чрезмерными. Это обстоятельство, возможно, является одной из причин возникновения так называемых «бальнеологических реакций» и тех ранних и поздних обострений в процессе любого лечения, с которыми весьма часто сталкивается практический врач.

По нашему убеждению, применяемые в настоящее время лечебные стандарты и комплексы с их «индивидуальным подходом», о котором врачу еще меньше известно, чем больному, являются общими и всегда грубыми, но пока единственно реальными методами воздействия. Вот почему поиск и разработка локальных методов диагностики и терапии, в том числе ухотерапии, должны вестись настойчиво и последовательно. Доказательством этого могут служить появившиеся за последнее время компьютерные установки для автоматизированной аурикулодиагностики и последующей аурикулотерапии (А.Н. Ищенко с соавт. и др.).

Согласно данным П. Ножье, ухотерапия наиболее эффективно при заболеваниях, протекающих с болевым синдромом (радикулиты, невралгии, полиартриты), при некоторых воспалительных процессах (панариции, пневмонии) и целом ряде функциональных расстройств. При неврозах и бессоннице автор рекомендует производить укол в точку «лоб», которая оказывает действие, подобное электрошоку; при эпилепсии успешно воздействует иглой в точку «подкорка», при бронхиальной астме — в точку «затылок», при гипертонии — в «околопочечную область» и т. д.

Западногерманский журнал «Бунте» сообщал о «сигаретной сенсации» в широких кругах немецких курильщиков. Специалистка по иглотерапии К. Харденберг разработала новый способ. Лечение проводится в течение одних суток и состоит из двух получасовых процедур ухотерапии. Желающему бросить курить вводят 5 стальных игл в определенные точки ушных раковин. Разумеется, место введения игл сохраняется автором в секрете.

На первый взгляд лечение через ухо пропавших в табачном дыму курильщиков может показаться нелепым. Однако если подойти к вопросу более серьезно, то небезынтересно вспомнить концепцию профессора И. Стрельчука об ослаблении парасимпатической функции в период никотиновой абстиненции и необходимости ее активации при лечении курильщиков (пилокарпиновый метод). Возможно, К. Харденберг интуитивно использовала

данную концепцию и для поднятия вагусного тонуса применила иглоукалывание в точки уха, иннервируемые парасимпатическим нервом.

Московские исследователи изучали эффективность ухотерапии при различных абстинентных состояниях и «волчьем» голоде. При лечении алиментарного ожирения, например, вводятся две стальные иглы-скрепки в аурикулярные точки «рот — желудок» на срок до 3 мес. Это ведет к понижению аппетита и потере массы больных в среднем на 24 кг в месяц. Положительные результаты получены у 30% алкоголиков, 60% больных, страдающих патологической прожорливостью.

Анализ отдаленных данных указывает на стойкость положительных результатов аурикулотерапии. Количество рецидивов курения у лиц, наблюдаемых на протяжении двух лет, не превышает 25%.

При лечении курения мы предпочитаем пользоваться электропунктурной аурикулотерапией по методу Ф.Г. Портнова, в соответствии с которым каждому больному проводится один-два сеанса длительностью 5 мин. Положительные результаты от такого лечения получены у 72% курильщиков.

Помимо иглоукалывания, в последние годы П. Ножье применяет массаж болезненных точек уха, проекционно соответствующих болевым участкам тела. Для этого он использует грифельный или золотой стержень с тупым отполированным концом. Массаж проводится по болевым точкам регулярным мягким надавливанием и в медленном темпе по 3 мин. на каждое ухо (рис. 154). Направление массажа должно быть определенное, снизу вверх по двум так называемым большим каналам энерговращения: наружному и внутреннему. (Разумеется, никаких каналов, тем более энергетических, в ухе нет. По-

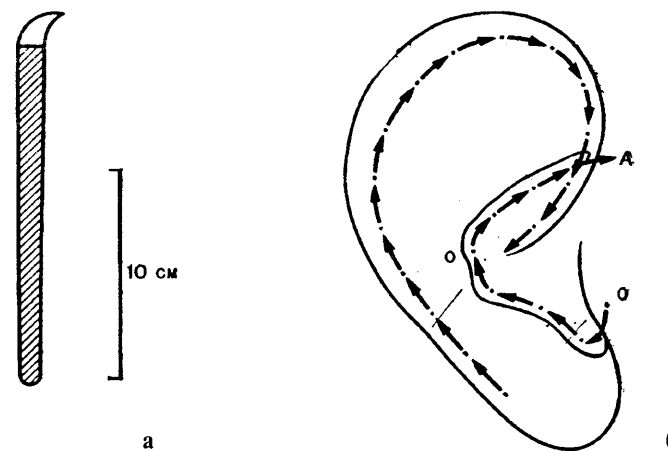


Рис. 154. Стержень для аурикулярного массажа (а) и схема наружного и внутреннего «энергетического» каналов ушной раковины (б)

добные взгляды автора условны и метафизичны, их можно опустить. Главное, что привлекает внимание врача, — техника аурикулярного массажа.)

Внутренний энергетический канал (инь) начинается от козелка у наружного слухового прохода, идет в углублении ушной раковины латерально и вверх до ножки завитка (О-О-А). Наружный энергетический канал (ян) начинается в верхнелатеральной части мочки уха в углублении борозды, по которой поднимается вверх и заканчивается у корня завитка. Во время массажа отмечают две фазы: первая фаза — повышение локальной болезненности в ухе, длящейся первые 34 хода вдоль канала; вторая фаза — спад болезненности, вслед за которой угасает периферическая, отдаленная боль. В конце массажа у больного появляется чувство отдыха и расслабления, напоминающее состояние после принятой ванны. Этот массаж дает хороший результат при лечении страхов, хронического запора, экземы и экстрасистолии.

Очень важной областью для массажной стимуляции является проекционная зона сексуальной системы (у женщин — яичники, трубы, матка), расположенная от корня завитка до конца его восходящей ветви. П. Ножье утверждает, что ежедневный легкий массаж этой области предотвращает зачатие, он называет ее «ушной противозачаточной пилулей».

Известную популярность приобретает массаж ушной раковины по методу Пере. Для его проведения находят болезненный пункт на вогнутой стороне ушной раковины, который проецируют затем на внутреннюю, выпуклую сторону и отмечают фломастером. К внешнему пункту приставляют указательный палец левой руки, который служит опорой. Внутренний пункт, отмеченный фломастером, медленно и без нажима массируют заостренным концом стеклянной палочки, обязательно по ходу часовой стрелки.

Вначале в массируемом пункте возникает боль, которая вскоре возрастает до нестерпимой. Затем в этой области появляется ощущение тепла, позднее жара. Постепенно местные ощущения в ушной раковине уменьшаются и вскоре исчезают совсем. Они сменяются чувством «мертвого уха». Массаж по методу Пере эффективен при ряде функциональных и висцеральных расстройств.

В 1956 г. на Конгрессе по иглоукаливанию П. Ножье представил теоретические обоснования проекционной деятельности ушной раковины. Он изобразил топографическую карту уха как «пульт управления», откуда через стволовые структуры мозга можно строго избирательно влиять на функции различных органов и систем. Выступление французского ученого произвело впечатление разорвавшейся бомбы, вызвавшей в научной среде большой резонанс.

О недостатке критики в то время говорить не приходилось. Против воззрений французского ученого высказывались многие авторитеты, в их числе крупный невропатолог А.Р. Киричинский. В одной из статей «О методе Ножье — ухоиглоукаливании» он писал, что представления французского исследователя о локализации «центров управления» в ушной раковине весьма примитивны; для функционирования таких центров обязательно должны

быть строго изолированные связи со всеми органами и тканями человека. Поскольку такого рода эффекторных путей в ушной раковине не существует, не может быть речи и о локальной диагностике и терапии. Правда, возражения украинского ученого касались не фактических данных, а теоретических основ ухоиглотерапии, в которой, по его выражению, «ничего абсолютно не доказано, а все базируется на увлеченности, анатомо-физиологических обобщениях и положительном практическом опыте».

Исследования многих авторов и наши собственные эксперименты также построены на положительном практическом опыте, кстати сказать, важнейшем критерии в изучении любого явления. На основании их мы пришли к убеждению о наличии постоянных висцероауральных рефлекторных связей, которые функционируют у человека на протяжении всей его жизни.

Работы по ухоиглотерапии, проведенные в Центральном научно-исследовательском институте рефлексотерапии, показали, что кожа ушной раковины разделена на отдельные проекционные зоны, имеющие вид маленьких участков и точек. В ней, так же как и в радужной оболочке глаза, происходит концентрация экстерорецептивных аппаратов — «молчаливых» посредников между внутренними органами и внешней средой.

При различных сдвигах и болезненных состояниях поток импульсаций по висцероауральным путям повышается. Это вызывает диффузные или более локальные электрофизиологические, а порой и анатомические изменения в области ушной раковины. Они относятся к адаптационно-трофическим изменениям и, что наиболее важно, служат своеобразным источником информации, благодаря которому можно проводить топографическую диагностику и целенаправленную иглотерапию.

Оригинальную диагностику с использованием чувствительных рефлексогенных зон наружного слухового прохода разработал Ф.Б. Кандаров. С помощью специального щупа он определяет гиперестезичные зоны внутри, по краю и снаружи наружного слухового прохода, на основании которых диагностирует местоположение патологически измененных органов (рис. 155).

Фактически все это так. Непонятно другое: каким образом осуществляется сложная и очень протяженная висцероауральная рефлекторная связь? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо разорвать заколдованный круг с хорошо известной для многих ученых формулой: «Нельзя сделать научное открытие без ясного понимания, но ясное понимание приходит только в конце работы, и то не всегда». «Не всегда» для работающих с ушной раковинной остается пока еще в силе. Значит, следует искать и выдвигать новые предположения и гипотезы. Наша точка зрения о функциональном значении ушной раковины выглядит так.

В процессе филогенеза нервной системы позвоночных происходит наиболее совершенное развитие централизации и цефализации. От низших позвоночных к высшим наблюдается постепенное завоевание первенства большим мозгом и соответственно с этим непрерывное перемещение и усовершенст-

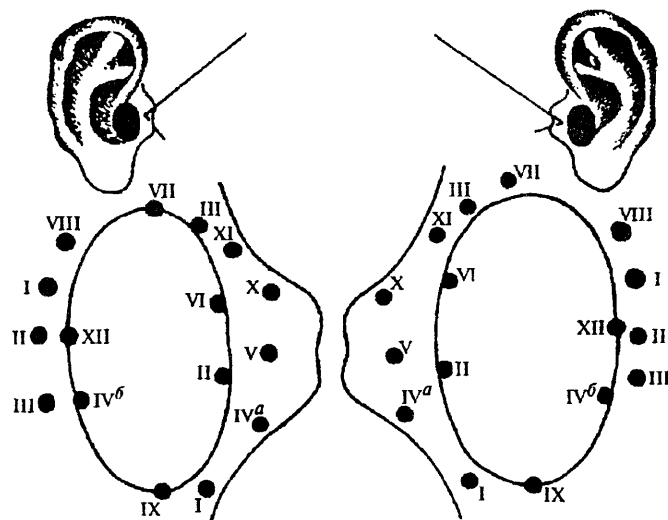


Рис. 155. Чувствительные рефлексогенные зоны наружного слухового прохода (по Ф.Б. Кандарову):

I — легкое; II — толстый кишечник; III — желудок; IV<sup>a</sup> — селезенка; IV<sup>b</sup> — поджелудочная железа; V — сердце; VI — тонкий кишечник; VII — мочевой пузырь; VIII — почка; IX — перикард; X — тройной обогреватель; XI — желчный пузырь; XII — печень

вание рецепторных аппаратов и регулируемых ими функций. Благодаря этому наружное ухо животного с мобильным, хорошо развитым мышечным аппаратом сменяется у человека неподвижной ушной раковиной. Человеку с его «второй, специально нашей, сигнальной системой действительности», как выразился И.П. Павлов, нет необходимости двигать ушами. Ушная раковина с полуатрофированными ветвями от лицевого нерва перестает быть важнейшим элементом звукопроводения, которым она была у большинства животных. В эволюционном ряду плоское и очень подвижное ухо кролика, собаки, обезьяны, постепенно утрачивая рупорную функцию, приобретает у человека сложнейшую конфигурацию.

Теряется функция — совершенствуется форма. Однако такого противоречия быть не должно. Природа и естественный отбор не способны на излишества и абсурды. Это позволяет думать, что ушная раковина в своей деятельности не ограничивается только проведением звуковых раздражений, что она выполняет еще какую-то существенную, но пока малоизвестную нам функцию.

Оригинальная мысль в этом направлении была высказана видным невропатологом М.И. Аствацатуровым, который считал, что при возникновении болезненного процесса в каком-либо органе болевое раздражение может быть вос-

принято в зависимости от его генетической дифференцировки другим аппаратом, обладающим более высокой чувствительностью. Так, например, при поражении гортани, органа с более дифференцированной двигательной функцией, возникает боль в ухе, лучше приспособленном к чувствительной функции.

Развивая дальше эту мысль, мы вправе сделать предположение, что информационными пунктами для чувствительной импульсации от внутренних органов могут быть не только кожные участки типа зон Захарьина — Геда, но и наши органы чувств — сложнейшие сенсорные территории, обладающие высокой чувствительной способностью. Причем в отличие от зон Захарьина — Геда, рассматриваемых наукой как сегментарные рефлексы, дуги которых проходят через спинной мозг, в случае ушной раковины с ее ауровисцеральными связями мы имеем топографически (но не принципиально) иные взаимоотношения, при которых периферические нервы замыкаются в высших отделах центральной нервной системы.

Остановимся на анатомических особенностях ушной раковины. В понимании П. Ножье по общей компоновке проекционных зон она похожа на перевернутого вниз головой эмбриона (рис. 156). По нашим представлениям, счертание ушной раковины очень напоминает медиальную поверхность мозга (рис. 157). Предположим, что это чисто случайное сходство. Но едва ли случайна более тонкая иннервационная общность ушной раковины с другими отделами головного мозга, имеющими прямое отношение к проекционной функции организма.

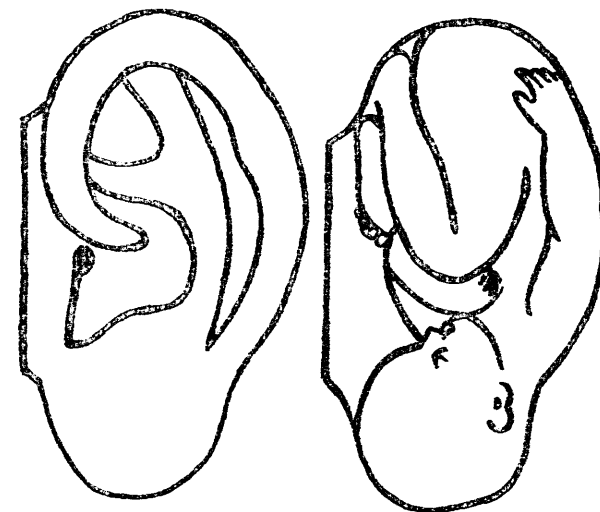


Рис. 156. Проекция тела человека на ушной раковине в виде эмбриона (по П. Ножье)

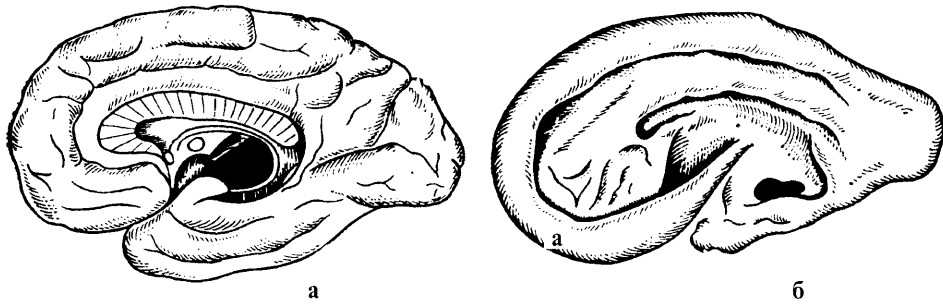


Рис. 157. Сравнение контуров медиального разреза полушарий большого мозга (а) и ушной раковины (б) (по Е.С. Вельховеру)

В иннервации вогнутой стороны ушной раковины участвуют три нерва: тройничный, блуждающий и шейный. Таким образом обеспечивается связь наружного уха человека с соматической, вагальной и симпатической нервной системой. Эти же три нерва иннервируют твердую мозговую оболочку, в том числе «отпечатки» классических корковых проекционных полей в центральных извилинах мозга. Кроме того, тройничный, блуждающий и шейный нервы тесно смыкаются между собой в системе ретикулярной формации мозгового ствола.

По-видимому, этот тригемино-ретикулярный комплекс и является тем приемо-передаточным центром, от которого импульсы, идущие из внутренних органов и частей тела, передаются в ушную раковину, проецируясь в ней в определенных участках. Так осуществляется корреспондирующая функция ушной раковины, обеспечивающая двустороннюю и достаточно протяженную связь между факторами внешней среды и внутренними органами.

Большая часть диффузных и относительная редкость локальных импульсаций в зонах ушной раковины представляются нам закономерным явлением. Оно связано с реактивностью целостного организма и свойством вегетативных и отчасти соматических афферентных раздражителей к конвергенции на уровне сегментарных и ретикулостволовых образований.

О связи ушной раковины с внутренними органами свидетельствуют и генетические данные. Из эмбриологии известно, что наружное ухо закладывается из первой жаберной дуги, являющейся одним из ранних формирований переднего отдела кишечной трубки. Отсюда следует, что ушная раковина — образование весьма древнее, состоящее в генетической близости с нервно-вегетативными аппаратами и в конечном итоге с внутренними органами. Таковы факты и высказанные нами более 30 лет назад взгляды на физиологическую сущность экстерорецепторов ушной раковины.

## Глава IX

### ИНФОРМАЦИОННЫЕ ЗНАКИ ГЛАЗА

В экологическом аспекте, в столь модном сейчас аналитическом взгляде на взаимодействие живых существ с факторами внешней среды есть много сложных и нерешенных вопросов. На один из них, связанный с деятельностью света, мы попытаемся дать хотя бы ориентирующий ответ.

Все живые существа, и даже те из них, кто сторонится огня и солнца, все равно постоянно общаются со светом. По неписаному праву, правителем и главным энергетиком Земли называют Солнце, так как оно непрерывно заряжает ее энергией, исчисляемой астрономическими цифрами —  $1,3 \times 10^{26}$  калорий ежесуточно.

Окружающая биосферу Земли Вселенная есть не что иное, как гигантский океан световой энергии, океан, поразительный по своей силе и далеко не безобидный и живительный по существу. Все живое на Земле ежечасно и ежесекундно находится под влиянием гигантского потока корпускул и радиоизлучений, рентгеновских, ультрафиолетовых и инфракрасных лучей, многих известных и неизвестных слагаемых света.

В период максимальной активности Солнца мощность радиоизлучений больших пятен в миллионы раз превосходит уровень радиации спокойных эпох, а величина электрической и магнитной энергии достигает  $10^{33}$  —  $10^{38}$  эрг в секунду. Разумеется, что, преодолев расстояние в 107 солнечных диаметров, только часть этой энергии доходит до земной поверхности, составляя в среднем доли эрга на квадратный сантиметр в секунду. Однако и это немалая энергия, если принять во внимание, что наши чувствительные рецепторы реагируют на десятиллиардные доли эрга.

Но странное дело, до самого недавнего времени медицинская наука игнорировала существование светового океана, отвергая разработки, базирующиеся на признании световой биоэнергетики, наличие световой болезни, источником которой являются эмиссии солнечной материи, сопровождающиеся непрерывными термоядерными взрывами.

Начнем с доминирующего, но не очень диалектического постулата, согласно которому любой земной организм является кусочком живой ткани, изолированным от внешнего мира непробиваемым наружным покровом. В развернутом виде это означает третирующее таких малоизученных явле-

ний, как кирлиановское свечение, экстрасенсорика, телепатия, иридодиагностика и др. Постулат и третирование существуют, несмотря на наличие ряда аргументированных контрфактов: фотосинтеза, настий- и фототропизма у растений, фототаксиса у растений и животных, фоторецепции у всех организмов. В современном понятии, каждое животное или растение есть открытая система, обменивающаяся с окружающей средой веществом, информацией и энергией. Характерной чертой этой системы у человека служит общий энергетический гомеостаз, основанный на двух синергичных источниках потребления: классическом — дигестивном (расщепление и ассимиляция пищевых веществ в желудочно-кишечном тракте с образованием двух энергетических видов «топлива» — глюкозы и жирных кислот) и гипотетическом — световом. По мнению ряда авторов, энергетическая константа и ее световая составляющая поддерживаются за счет поступления в организм световых потоков, их утилизации и выброса избытка в окружающую среду.

Помимо этого, существуют энергетические потоки, индуцированные самим организмом. Так что человека можно представить постоянно действующим электрохимическим генератором, в котором возникают токи, а значит, и электромагнитные поля. Только слишком уж малы магнитные излучения живых организмов. О том, что световые потоки выходят из организма и при этом характеризуются определенной локализацией, свидетельствует наличие физических световых, и в частности инфракрасных, полей вокруг биологических объектов, установленных в 1984 году Ю.В. Гуляевым и Э.Э. Годиком. Измерения такого рода полей проводятся сейчас в различных лабораториях с помощью сверхчувствительных и сверхпроводниковых квантовых интерферометров.

По данным группы Б.Н. Тарусова (МГУ), поверхность внутренних органов животных, в том числе и человека, излучает слабый, невидимый глазу, но все же самый настоящий свет. Светятся изнутри печень, сердце, другие органы и ткани, возможно, для того, чтобы сбросить лишнюю энергию и устранить перевозбуждение. Пока это всего лишь гипотеза.

Очень сложным и многосторонним представляется действие света на живые организмы. Говоря кратко, ультрафиолетовые лучи вызывают фотоэлектрический эффект, лучи видимого света — стимулирующий и корригирующий, инфракрасные лучи — фотохимический и т. д. А входными воротами света являются сетчатка глаза и кожа, на территории которых разыгрываются светоэнергетические превращения — происходят отражение, поглощение и проникновение вглубь лучистой энергии.

Глаза представляют собой самый информативный компонент внешности. Издавна считали, что они являются «окнами души», «зеркалом души и тела», «зеркалом врача». Достаточно оценить только одни глаза человека, чтобы можно было судить об особенностях его характера, прошлом опыте, интеллектуальных возможностях, об унаследованных и приобре-

тенных заболеваниях. По глазам всегда определяли внутренние переживания, тончайшие оттенки эмоциональных состояний и мимолетных настроений. Очень сложно подделать выражение глаз, это трудно даже для великих артистов.

Считается, что человек с красивыми и притягательными глазами обладает хорошим здоровьем, волей, умом и темпераментом. Такие глаза в должной мере защищены веками, имеют выразительную, чистую радужку и излучают свет и тепло; в них много белых пигментных клеток — гуанофоров, создающих эффект сияния глаз. И напротив, маловыразительные, тусклые, не излучающие света и тепла глаза свидетельствуют о болезнях и дефектах в характере и интеллекте человека.

Важно определить взаимоотношение радужки и белочной оболочки. Здесь, по данным японских физиогномистов, возможны три варианта (рис. 158):

1) радужка слегка прикрыта верхним веком и касается нижним краем нижнего века; белочная оболочка видна по бокам от радужки. Такое состояние соответствует здоровью (рис. 158, а);

2) радужка как бы опущена за нижнее веко, так что видна полоска белочной оболочки сверху. Такое состояние сопоставимо с признаком огромной жизненной силы восходящего солнца. Признак отмечается у бесстрашных и уверенных людей, а также у всех маленьких детей (рис. 158, б);

3) радужка скрыта за верхним веком, так что видна полоска белочной оболочки между нижним краем радужки и нижним веком. Это недобрый знак, или начало Санпаку (по-японски «сан» — три, «паку» — белый) (рис. 158, в). Человек с такими глазами часто испытывает вялость и неуверенность в себе, подозрителен и пассивен. Как правило, он не сдерживает обещаний, тратит время впустую, отличается плохой памятью. Такие глаза указывают на болезни сердца, почек, печени, легких, половых органов. Люди с глазами Санпаку часто подвержены несчастным случаям, так как у них недостаточно быстрая реакция. Им рекомендуется пить меньше жидкости, особенно кофе, сладких напитков и фруктовых соков.

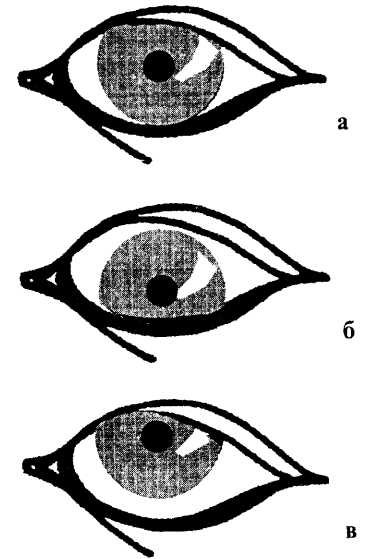


Рис. 158. Три позиции во взаимоотношении радужки и белочной оболочки (по данным японских физиогномистов):

а — здоровое состояние; б — состояние огромной жизненной силы; в — Санпаку, болезненное состояние

Глаза Санпаку были у Адольфа Гитлера. Р. Уайтсайд утверждает, что такого рода глаза свидетельствуют о сильной напряженности, меланхолии и наличии нерешенных проблем.

Трактаты по физиогномике рекомендуют начинать «чтение» лица именно с глаз. При этом следует иметь в виду, что наиболее достоверную информацию можно получить от глаз человека старше 40 лет, так как с этого периода личностные признаки становятся устойчивыми.

Для гармонической личности, правильно расходующей свой творческий и энергетический потенциал, свойственны одинаковые по размеру глаза.

Большие глаза обычно указывают на чувствительность души и впечатлительность, нередко — на мужество и стремление к лидерству. Большая радужка является признаком мягкости и спокойствия.

Глаза малого размера чаще принадлежат замкнутым, самодовольным, иногда упрямым людям. Нередко люди с такими глазами отличаются завидным постоянством. Малая радужка свидетельствует о нестабильности внутренних процессов, что неблагоприятно отражается на взаимоотношениях с окружающими.

Восточные физиогномисты полагают, что сухие глаза говорят о тщеславной натуре, влажные — об осмотрительности и красноречии, беспокойные — о нечистой совести и лени, бегающие по сторонам — о виновности, задумчивые — о нежности, впечатлительности и склонности к музыке, глубоко посаженные — о смелости, ловкости и высокой нравственности, выпуклые глаза — о глупости.

Средневековые специалисты по физиогномике утверждали, что близорукость скрывает многие эмоциональные оттенки движения души; поэтому в оценке характера близорукого человека можно легко ошибиться. Они рекомендовали остерегаться косоглазых людей, обвиняя их в продажности и прочих пороках, способных причинять несчастье другим.

В Японии различают до 40 типов глаз. Все они отождествляются с глазами животных, а поведение, характерное для данного животного, приписывается обладателям соответствующего типа глаз.

Большие, с живым блеском глаза — это глаза дракона; такими глазами наделяется человек, пользующийся властью. Удлиненные формы глаз с загнутыми кверху веками — глаза сфинкса; они свойственны утонченным натурам. Большие глаза с многочисленными складками на веках — глаза льва; они присущи лидерам. Узкие, вытянутые глаза с двойными, тройными веками бывают у слона; они, как правило, характерны для тучных и очень спокойных людей. Круглые, с желтоватым блеском глаза напоминают глаза тигра. Узкие, маленькие глаза с темно-желтой радужкой — это глаза овцы, глаза с треугольным разрезом и провисшими веками — глаза лошади, глаза с изломом верхнего века и тусклой радужкой — глаза вепря и т. д.

В зависимости от сочетания ряда характеристик (ширина глазной щели, выстояние глазного яблока, вид бровей и ресниц) физиогномисты определяют 6 разновидностей глаз (рис. 159).

1. «Вытаращенный» глаз: выстоит из крупной, широко открытой глазной щели, налит кровью; белковая оболочка с кровавыми прожилками и нездоровым желтоватым оттенком. Ресницы короткие, брови расположены высоко над глазом, с натопорщенными волосами (рис. 159, а).

Характерен для раздражительной, вспыльчивой натуры, не лишенной гуманности, чадолюбия и откровенной веселости.

2. Близорукий глаз: выстоит из продольной, узко прорезанной глазной щели; внешний угол век приподнят. Брови приподняты к вискам, взгляд острый из-за коротких, но густых ресниц (рис. 159, б).

Характерен для наблюдательной, скрытной, хитрой и лицемерной натуры, отличающейся большой выдержкой, эгоизмом и гиперсексуальностью.

3. Узкий глаз: выстоит из узкой глазной щели, без блеска, зрачок со слабой реакцией на свет, веки бледные. Брови в виде правильной дуги, ресницы длинные и редкие (рис. 159, в).

Характерен для бесстрастной, пронизательной, серьезной и справедливой до жестокости натуры.

4. «Сонный» глаз: заключен как бы в опухших веках, невыразителен, зрачок крупный. Брови и ресницы густые и длинные (рис. 159, г).

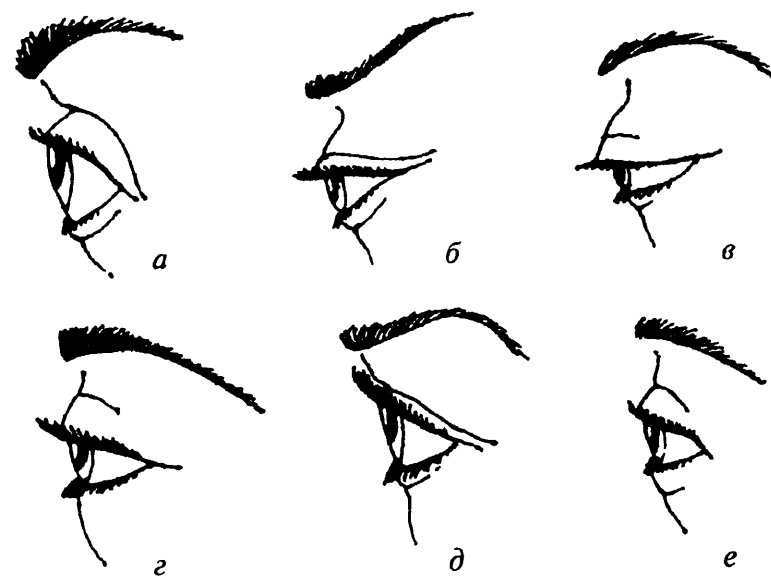


Рис. 159. Разновидности глаз:

а — «вытаращенный»; б — близорукий; в — узкий; г — «сонный»; д — открытый; е — «свиной»

Характерен для ленивой, апатичной, туповатой натуры, не лишенной некоторой мягкости.

5. Открытый глаз: открыт обыкновенно широко, со взглядом, направленным в упор слушателя. Брови изогнуты над серединой орбиты вверх, затем опускаются к виску, ресницы загнуты круто кверху (рис. 159, д).

Характерен для активной, энергичной, решительной и благодаря смелости правдивой до резкости натуры, не терпящей промедлений при исполнении просьб и приказаний.

6. «Свиной» глаз: маленький по величине глаз выстоит из очень узкой глазной щели, веки тяжелые, выражение бесцветное, хотя зрачок часто «бегающий». Брови и ресницы небольшие, редкие (рис. 159, е).

Характерен для мелочно-хитрой и практично-сметливой натуры, отличающейся эгоизмом и ханжеством.

В отдельных случаях внутренний угол глазной щели может быть прикрыт полулунной складкой кожи. Это так называемый эпикантус. У некоторых новорожденных он может обнаруживаться без каких-либо заболеваний, исчезая через 1—3 мес. Выраженный и постоянный эпикантус (с косым разрезом глаз) отмечается при болезни Дауна, а также при врожденном птозе и тяжелой гиперкальциемии у детей.

Изучая тонус трех симпатических мышц глаза, невропатологи могут объективно оценивать уровень симпатической активности человека. Оценка такого рейтинга ведется по следующим показателям:

— ширине глазной щели, связанной с функцией *m. tarsalis* (мышцей, поддерживающей верхнее веко);

— ширине зрачка, связанной с функцией *m. dilatator pupille* (мышцей, расширяющей зрачок);

— выстоянию глазного яблока, связанного с функцией *m. orbitalis Mulleri* (мышцей, регулирующей местоположение глаза в глазнице).

При повышенной активности симпатической нервной системы отмечаются широко раскрытый глаз, мидриаз и экзофтальм (гиперсимпатикус). При пониженной активности симпатической нервной системы, наоборот, наблюдаются узкая глазная щель, миоз и энофтальм (гипосимпатикус).

Интересно заметить, что глазное яблоко при фиксации взгляда не стоит на месте, оно совершает непрерывные, ритмичные, горизонтально направленные микродвижения — саккады с частотой от 2 до 5 в секунду. Они отмечаются у младенцев и взрослых, у зрячих и слепых, во время бодрствования и во сне. Их амплитуда колеблется: от максимальной — в темноте до минимальной — на ярком свете. Создается впечатление, что саккады, представляющие врожденный, автоматически действующий процесс, «пейсмекер», выполняют смешивающую, сканирующую функцию в отношении желтого пятна и всей сетчатки и таким образом обеспечивают яснотвидение. В подтверждение этой мысли приведем эксперименты английских ученых, показавших на добровольцах, что прекрасно видящий зажженную в темноте свечу глаз перестает

ее видеть в условиях строгой фиксации глаза, т. е. в неподвижном состоянии. Из сказанного можно предположить, что различного вида нистагмы (от «транспортного» до патологических) есть не что иное, как «гипертрофированные» саккады, направленные на сохранение и поддержание уникального свойства живых организмов — восприятия окружающего мира, зрительной перцепции.

Исследованиями американского ученого Т. Маршала доказано, что глаза новорожденного, как окна в головной мозг, постоянно сканируют окружающий мир, осуществляя информационное обогащение мозга. Первым сканируется человеческое лицо — лицо матери: сначала цветовые контрасты лицевой области, затем глаза.

Очень важно отметить, что чем больше клеток мозга информационно задействовано в детстве, тем больше этих клеток, развиваясь и совершенствуясь, остается активно функционирующими на всю жизнь. Не включенные в такую работу клетки погибают. Есть над чем задуматься педиатрам и нейрофизиологам!

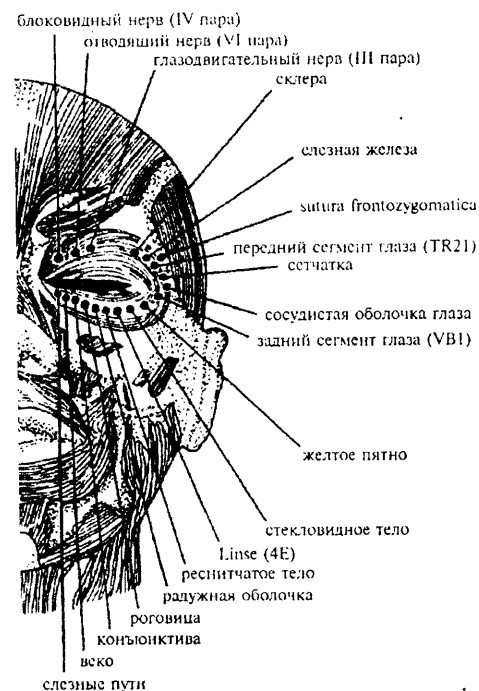


Рис. 160. Орбитальные точки акупунктуры (по Р. Фоллю)



Вдоль края орбиты врачи-рефлексотерапевты находят точки акупунктуры, которые могут быть использованы для диагностики по Р. Фоллю (рис. 160) и точечного массажного воздействия по Ф.Б. Кандарову. Последний называет эти участки чувствительными рефлексогенными точками и применяет их для своей системной диагностики (рис. 161).

Одну из первостепенных ролей в физиогномике играет взгляд человека. Это не только информация, но и большая психологическая нагрузка для смотрящего и внимающего. Выражение лица в основном определяется по взгляду, который зависит от группы факторов: общего абриса лица, положения век и бровей, ширины зрачков, формы рта, ноздрей, ушей, линии волос и т. д. С точки зрения вегетолога, различают две разновидности взгляда.

«Симпатический» взгляд — блестящие глаза с расширенными веками, приподнятыми бровями, широкими зрачками и выпуклым положением.

«Парасимпатический» взгляд — «осоловелые», «с поволокой» глаза с опущенными веками, низко расположенными бровями, узкими зрачками и «утопленным» положением в орбитах.

По глазам можно понять эмоциональное состояние человека, в передаче которого имеет значение вся область лица вокруг глаз. Положительные эмоции сопровождаются возрастанием количества взглядов, отрицательные ощущения характеризуются отказом смотреть на собеседника.

Взгляд при беседе выполняет функцию синхронизации. Говорящий обычно меньше смотрит на партнера, чем слушающий, это дает ему возможность, не отвлекаясь, больше концентрироваться на содержании своих высказыва-

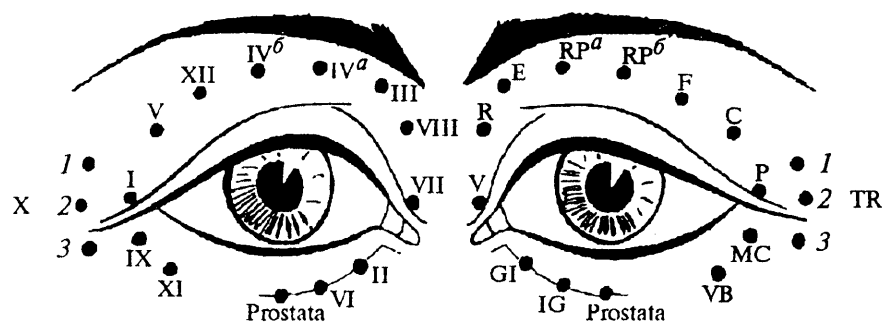


Рис. 161. Орбитальные чувствительные точки (по Ф.Б. Кандарову):

меридиональные связи точек: P (I) — легкие; F (XII) — печень; C (V) — сердце; RP6 (IV6) — селезенка; RPa (IVa) — поджелудочная железа; E (III) — желудок; R (VIII) — почки; V (VII) — мочевой пузырь; GI (II) — толстая кишка; IC (VI) — тонкая кишка; Prostata — предстательная железа; VB (XI) — желчный пузырь; MC (IX) — перикард; TR<sub>1,2,3</sub> (X<sub>1,2,3</sub>) — три части туловища

ний. Однако примерно за секунду до окончания длинной тирады или нескольких логически связанных фраз говорящий взглядывает прямо в лицо слушателю, как бы давая сигнал: «Я кончаю, теперь ваша очередь». Партнер, берущий слово, в свою очередь отводит глаза. Слушающий выражает взглядом внимание и одобрение либо несогласие.

Замечено, что женщины, независимо от их культурного уровня, используют прямой взгляд намного чаще, чем мужчины. Если человек считает свое положение выше, чем у собеседника, то он смотрит прямым взглядом и когда говорит, и когда слушает. Если же он считает, что его положение ниже, то количество взглядов при слушании больше, чем при разговоре.

Физиогномисты описывают несколько разновидностей взгляда, его «специфичность».

1. Взор благородного человека — глаза постоянно устремлены вниз, брови «грустные», нахмуренные.

2. Взор вора — мимолетные убегания глаз от встречного взгляда.

3. Взор блудливого человека — глаза впалые, но блестящие, веки посинелые, поднятые и тяжелые.

4. Взор скряги и обманщика — быстро бегающие во все стороны глаза, брови в виде тонких веревочек.

5. Взор ленивого, недалекого человека — выпуклые, водянистые глаза с медленно переходящим с предмета на предмет взглядом.

У молодых здоровых людей зрачки имеют черный цвет. При различных патологических отклонениях цвет зрачков изменяется. При последних стадиях глаукомы он становится зеленоватым, при старческой катаракте — беловато-серым, при спазмофилии — голубоватым, при внутриглазной опухоли — блестящим («глаз слепой кошки»).

Склера, или белочная оболочка, в норме матово-белая. Однако этот идеальный цвет склеры отмечается далеко не всегда. Синеватая склера наблюдается у детей, желтоватая — у стариков, выходцев из Азии, и при болезнях печени, фарфорово-голубая — при врожденной хрупкости костей (болезнь Лобштейна), красная, гиперемированная — при болезнях сердца, белая, как мел, — при заболеваниях легких, зеленоватая — при болезнях печени (рис. 162, цв. вкл.).

Старые физиогномисты утверждают, что по цвету глаз можно оценить характер человека.

Голубые (серые) глаза присущи человеку-творцу, который нередко имеет авторитет над людьми с другим цветом глаз и достигает успеха упорным неординарным путем. Выбор партнера в любви такой человек должен основывать не на логике, а на прихоти и вступать в брак только по велению своих чувств.

Карие глаза присущи человеку, отличающемуся привлекательностью и склонностью к капризам и выжиданию. Такие люди считают, что окружающий мир существует для удовлетворения их желаний и капризов. Спутни-

ка жизни они выбирают по признаку: кто большим способен для них пожертвовать.

Зеленые глаза присущи человеку-рыцарю, а не дипломату, главной жизненной целью которого является согласие с самим собой. Друзья ценят их за надежность и доброту, враги ненавидят за принципиальность и твердость. Люди с зелеными глазами не стремятся к лидерству, довольствуясь ролью незаменимого, но высоко уважаемого «второго». В интимной сфере люди с зелеными глазами жаждут взаимности в любви и согласии.

Серо-зелено-карие (среднерусские) глаза характерны для нерешительного и непоследовательного человека. Люди с такими глазами покорны своей судьбе и жизни, в которой причудливо сплетены горечь и восторг, вера и скепсис, неперемнная надежда на чудо и предстоящие счастливые дни.

Немалую роль в оценке генетических и характерологических качеств человека играют тесты вспомогательного аппарата глаз, отдельные параиритальные симптомы. В качестве примера рассмотрим диагностическое значение некоторых из них — бровей, подглазничных мешков, век и ресниц.

По представлению П. Шмидта (1974), различают многие виды и формы бровей (рис. 163). Идеальными считаются широкие, длинные брови. Если у мужчины они выступают на фоне приятной по виду кожи, то он слывет ин-

теллектуалом. Такие же брови у женщины указывают на то, что она кокетка. Густые брови характерны для человека упрямого, решительного и властного, редкие брови — наоборот, для человека слабого и нерешительного. Женщина со сросшимися густыми бровями обладает сильным характером и мало подходит для роли домашней хозяйки.

Дугообразные брови говорят о легком и сентиментальном характере, изломанные (диакритические) — о недоверчивом и критическом. Беспреданно двигающиеся во время разговора брови свидетельствуют о тщеславии и хвастовстве, нависающие над глазами брови — о хитрости и изворотливости, узкие и короткие брови — о благородном и ровном характере, длинные и грубые брови — о простоте и грубости человека. Прямые брови свойственны человеку рассудочному и прямому, короткие и густые — взрывному; брови с истонченным хвостом или латеральной частью (симптом «хвоста брови») встречаются при гипотиреозе и врожденном сифилисе.

Интересно подчеркнуть, что очень высокую оценку симптому «хвоста брови» давал прекрасный диагност Р. Шнабель (1959). Покраснение кожи бровей свидетельствует о катаральном заболевании почек, глубокие морщины над головкой правой брови — о патологии печени, а над головкой левой брови — о патологии селезенки и крови. По данным В.И. Куликова (1988), брови, расположенные внутри глазниц («низкие брови»), характерны для ваготонии и говорят о выносливой, трудолюбивой и сильной натуре, с ослабленным блеском глаз, редким пульсом, теплыми кистями и склонностью к вазомоторному риниту и экземе.

Брови, расположенные снаружи глазницы («высокие брови»), характерны для симпатикотонии и свидетельствуют о невыносливой, ленивой и слабовольной натуре, с выраженным блеском глаз, частым пульсом, холодными кистями и склонностью к ипохондрии, ревматизму и инфаркту.

Скошенные внутрь брови, по В.И. Куликову, являются одним из признаков врожденной гипосексуальности.

Существуют различные варианты подглазничных мешков (рис. 164, цв. вкл.). Каждый из них свидетельствует о той или иной недостаточности или патологии. В нашем представлении мешки под глазами при почечном заболевании отличаются ровным белесоватым вздутием под глазами и нередко под бровями на фоне пастозного бледно-лимонного лица. Они чем-то напоминают булочки. Подглазничные мешки при хроническом геморрое характеризуются мелкими многорядными морщинами, вызванными зудом и частыми расчесами области глаз. Подглазничные мешки при хроническом алкоголизме имеют вид низко свисающих мешков синюшно-розоватого или бледно-пепельного цвета. Подглазничные мешки при патологии сердца темно-синюшные, с оттенком тяжести и печали. Симптом «очков» — кольцевой синяк вокруг глаз с изменяющимся во времени цветом и небольшой отечностью — возникает при травмах головы и истощающих соматических и инфекционных заболеваниях.

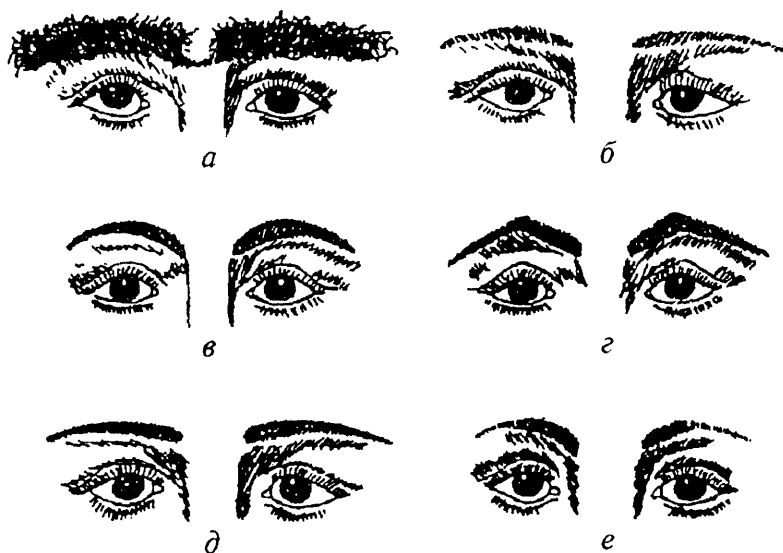


Рис. 163. Различные формы бровей:

а — густые; б — редкие; в — дугообразные; г — диакритические; д — прямые;  
е — с истонченным хвостом

Симптом очков с постоянно темной окраской может быть обусловлен ретробульбарным процессом.

К вспомогательному аппарату глаз относятся многие структуры, в частности глазные щели и веки. Глазные щели, через которые просматриваются глазные яблоки, расположены горизонтально, хотя расхождение прямой, соединяющей углы глаза с истинной горизонталью, может достигать  $10^\circ$ .

Интересные исследования по изучению глазной щели у людей провел уфимский ученый-офтальмолог Э.Р. Мулдашев (1989). Он рассчитывал угловые градусы дуги верхнего века, степень прикрытия склеры в нижнем секторе, характер внутреннего угла глазной щели и ряд других — всего 18 узловых параметров. Фотографии глаз испытуемых автор наносил на специально разработанную математическую сетку, на которой обсчитывают, а затем анализируют на компьютере каждый из 18 параметров. По математическим характеристикам глаз, подобно отпечаткам на пальцах, Э.Р. Мулдашев определяет расовую принадлежность, эмоциональное состояние (страх, радость и т. д.) и в первом приближении — генетическую предрасположенность человека к тому или иному заболеванию.

Исучая национально-расовые признаки глаз, автор делает вывод о том, что «среднестатистический глаз» приходится на тибетцев и алтайцев и что финны и японцы имеют единый корень происхождения.

По данным физиогномистов, средняя величина и форма век являются признаком гармоничной личности с правильным энергетическим гомеостазом, набухшее верхнее веко — эгоистической личности, стремящейся к поглощению энергии от других, набухшее нижнее веко — скромной личности, способной отдавать энергию людям.

Коричневые хлоазмы — печеночные пятна на веках — встречаются при аддисоновой болезни, темно-коричневые хлоазмы — мелкие пятна — при заболеваниях печени, хлоазмы цвета кофе с молоком — при по-

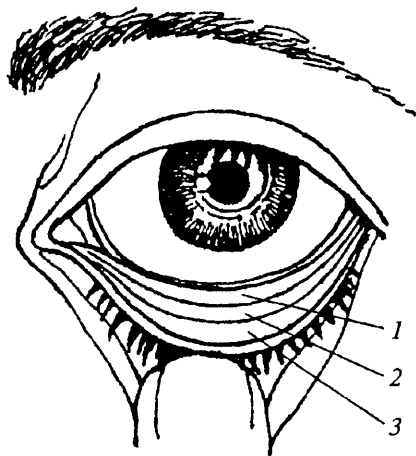


Рис. 165. Представительства органных систем на конъюнктиве нижнего века (по А. Маркграфу):

- 1 — респираторная и циркуляторная системы;
- 2 — урогенитальная система;
- 3 — метаболическая и инкреторная системы

ниженной секреции надпочечников, бородавки на веках — при склонности к раку печени.

А. Маркграф (1982) пишет, что конъюнктивальная оболочка нижнего века является индикатором функциональных нарушений и своеобразным полем для проекционных зон организма (рис. 165). Здесь в виде продольных полос расположены представительства ряда органов и систем: во внутренней полосе (рис. 165, 1) — респираторная и циркуляторная системы, в средней полосе (рис. 165, 2) — урогенитальная система, в наружной полосе (рис. 165, 3) — система метаболизма и желез внутренней секреции.

Способность век раскрываться и плотно смыкаться служит исключительно важной цели — регуляции светового потока, поступающего в организм через аппарат глаза. Рассмотрим одну из кардинальных биологических проблем света.

Сколько света нужно человеку? Если задать этот, казалось бы, очень простой вопрос любому врачу или группе маститых врачей, ответа все равно не будет. Не будет потому, что каждый специалист-медик мыслит узко и, вполне естественно, чего-то недоучитывает: окулист — одно, терапевт — другое, биохимик — третье и т. д. Все вместе они имеют недостаточно полные представления о физике света, космобиологии и многих других вопросах.

Получается типичная и, к сожалению, неизбежная для нашего времени дифференциация. В каждом конкретно рассматриваемом вопросе она служит прогрессу научной мысли, углублению и уточнению изучаемого дела. Это всегда удобно для исследователей, но не для медицинской науки в целом. При такой дифференциации человек как объект исследования, как нечто единое и неделимое, ускользает из поля зрения совершенно, уступая место специализированной медицине, изучающей заболевшего участками «от пупка до лобка», «от уха до виска» и т. д.

Прежде чем ответить на заданный вопрос, необходимо обратиться к анатомо-физиологическим особенностям глаза, к очень сложным проблемам световосприятия и биоэнергетики.

Глаза человека можно назвать величайшим творением природы. Они не просто периферические аппараты органа зрения, а вынесенные наружу участки центральной нервной системы, специализированные на восприятии зрительных образов и световой энергии. Глаза развиваются на второй неделе внутриутробной жизни из выпячиваний промежуточного мозга, или глазных бокалов. Однако не только по своему происхождению глаза являются участками головного мозга. Они служат, и это самое главное, уникальными нервными приборами, обеспечивающими 90% всей поступающей в организм информации.

Природа очень бережно и почтительно отнеслась к глазам человека. Она создала для них надежную защиту и самую совершенную оптику. Глазные яблоки укрылись в костных «амбразурах», или глазничных впадинах. Их защищают также автоматически смыкающиеся веки, амортизационные среды

глазного яблока и слезная жидкость, увлажняющая глаза и смывающая с них инородные частицы. Все это механические средства защиты, но существует еще и другая, весьма сложная световая защита глаз — о ней мы скажем несколько позже.

Свет проникает в глаза практически беспрепятственно, проходя через так называемые преломляющие среды — роговицу, хрусталик, стекловидное тело, — и поглощается роговой оболочкой и сетчаткой. Особой сложностью отличается сетчатка. Она состоит из плотных рядов нервных клеток и волокон и светочувствительных рецепторов — палочек и колбочек. Всего в сетчатке человеческого глаза насчитывается 130 миллионов палочек и 7 миллионов колбочек, что намного превышает количество волокон в зрительном нерве.

Подсчитано, что из каждых 150 световых импульсов, воспринятых палочками и колбочками, 149 отсеиваются и гасятся внутри глазного яблока и только один, преобразованный в электрический сигнал, проводится по волокну зрительного нерва в кору затылочной доли мозга. Так в области сетчатки происходит предварительный анализ и отбор зрительных образов, в результате чего в головной мозг передаются наиболее важные сведения.

Чувствительность глаза фантастична, так как сетчатка обладает изумительно экономичным пусковым механизмом, приходящим в действие от одного кванта света. Исследования последних лет показали, что человеческий глаз может увидеть свет не только в диапазоне от 400 до 760 нм, как было принято думать до сих пор. Оказалось, что достаточно сильный раздражитель вызывает ощущение света при излучении более коротких — до 300 нм и более длинных — до 950 нм волн, которые в обычных условиях зрительным аппаратом не воспринимаются.

Если основная масса коры головного мозга состоит из 6 слоев, а отдельные области зрительной коры из 8, то поистине удивления достойна структурная организация сетчатки глаза, имеющая 10 слоев. Вот и получается, что из всех отделов головного мозга наиболее сложным является сетчатка.

Рассматривая строение этого чудодейственного образования, многие специалисты недоумевают, почему оно как бы вывернуто наизнанку. Сверху, ближе ко входу в глаз, лежат биполярные и ганглиозные нервные клетки, а за ними фоторецепторы, так что свет должен вначале пройти через нечто непрозрачное, чтобы затем достичь световоспринимающие палочки и колбочки. И это после того, как столько изобретательности было потрачено природой на создание совершеннейшей оптики в передней части глаза!

«В общем, — сокрушается немецкий ученый Р. Фейнман, — некоторые вещи в устройстве глаза кажутся нам великолепными, а некоторые просто глупыми». Ученый считает, что никакого смысла выворачивать сетчатку наизнанку не было и что в этом заключен пример, как не все в природе разумно и целесообразно. Аналогичной точки зрения придерживается английский исследователь Р. Бертон, который объявляет сетчатку глаза не лучшей выдум-

кой природы, сравнивая ее с пленкой, ошибочно вставленной в фотоаппарат обратной стороной к объективу.

Свои серьезные обвинения природе Р. Фейнман, Р. Бертон и их единомышленники подкрепляют «морским доказательством», а именно осьминожьим глазом, который внешне мало чем отличается от человеческого. Сторонники подобных сопоставлений полагают, что, конструируя глаз человека и осьминога, «природа дважды пришла к одному и тому же решению проблемы, но с одним небольшим улучшением у осьминога».

Предпочтение осьминогу отдано потому, что его сетчатка не вывернута наизнанку, а значит, свет сначала падает на фоторецепторы и только потом на нервные клетки.

Нам представляется, что высказывания специалистов по поводу «вывернутой наизнанку», а вследствие этого будто бы неудачно устроенной сетчатки человеческого глаза лишены каких-либо оснований. Такие высказывания противоречат известному закону Ч. Дарвина, что в процессе эволюции побеждает оптимальный вариант — более экономичный, а значит, и более приспособленный для конкретных, ежесекундно меняющихся условий существования. Естественный отбор слишком беспощаден к излишествам и совершенно не терпит неудач. У человека тем более. В этой связи небезынтересно привести характерное выражение Д. Биллингса, который считал, что «природа никогда и ничего не делает наобум, в том числе и глупцов».

Тысячелетиями «шлифую» свои творения, природа наделила каждое живое существо таким органом зрения, который для него является самым лучшим. У лошади, например, зрачки горизонтальные — в плоских открытых степях такой обзор наиболее выгоден. У кошек и лисиц зрачки, наоборот, вертикальные — при таком устройстве глазу легче отыскивать мышей в траве и птиц на деревьях. Щелевидный зрачок имеет гигантская акула, которой приходится беречь свои глаза от света при плавании в поверхностных водах.

Вальдшнеп способен видеть не только вперед, но также вверх и назад. В буквальном смысле слова он видит затылком; это позволяет вовремя заметить опасность, особенно в тех случаях, когда его клюв погружен в почву. Глаз рыбы анаблепы решает еще более сложную задачу. Эта необычная рыба живет на поверхности воды и имеет глаз, разделенный на два сектора: верхний видит в воздухе, нижний — в воде. Одним взглядом анаблепа замечает сразу и птиц в небе, и рыб в водоеме — ведь нападения можно ожидать отовсюду.

Ни одно живое существо не может сравниться с птицей по остроте зрения и размерам глаз. У большинства птиц глаз чрезвычайно велик и, что самое интересное, больше их мозга по объему. Глаз орла или крупной совы, например, равен человеческому глазу, а глазное яблоко страуса по размеру чуть меньше теннисного мяча.

Окружающая среда и условия жизни для любого живого существа формируют зрение и определяют его специфику. Совсем непонятно ни с логичес-

кой, ни с физиологической точек зрения, на каком основании некоторые ученые проводят сравнительную оценку глаза человека и осьминога, желая обнаружить не только их внешнее сходство, но и полную оптическую идентичность. А если бы в самом деле было так, как раз тогда и можно было говорить о неразумности и даже об абсурде.

Неблагодарное занятие сравнивать человека и осьминога. Первый живет в условиях активной световой среды, второй — в темном глубоководном царстве. По данным американского ученого Дж. Восса, головоногий монстр — осьминог обитает на очень больших глубинах — до 5700 м. Давно известно, что у рыб и других водных животных, в том числе и у осьминога, существуют свои проблемы, связанные со зрением. Вода поглощает свет, и водные животные всегда живут в полумраке, поэтому их глаза обязательно должны иметь своеобразное зеркальце, или тапетум, служащее для отражения световой энергии и усиления зрительных восприятий. С глубиной освещенность постепенно уменьшается. Поверхностные слои воды толщиной 1 м освещены на 50%, слои воды на глубине 10 метров — на 20%, ниже 100 метров — на 1% и ниже 400 метров — на 0%.

В этой кромешной тьме некоторые глубоководные рыбы обходятся вообще без зрения, а другие обладают огромными глазами, палочки в сетчатке этих рыб увеличены и содержат много зрительного пурпура, благодаря чему способны улавливать свет, каким бы слабым он ни был. Кроме того, плотность палочек в сетчатке таких животных очень велика (в 250 раз больше, чем у человека), в результате уменьшается вероятность того, что свет пройдет мимо них. Вот почему глаз осьминога устроен так, что первыми в сетчатке встречают свет не нервные клетки, а палочки и колбочки.

Какое значение имеет цвет глаз в жизни человека? На этом недостаточно изученном вопросе мы остановимся подробнее.

Наиболее ранние, относящиеся к началу XX в., идеалистические взгляды на значение цвета глаз принадлежат И. Пекцели (1886) и Н. Лильеквист (1897), которые считали, что конституция и темперамент любого человека зависят от влияния тех планет, под которыми они родились. По их мнению, небесно-лазурная окраска глаз является наиболее совершенной, присущей людям с хорошим здоровьем, в то время как коричневая окраска указывает на наличие наследственной или приобретенной болезни. И. Пекцели и Н. Лильеквист разработали классификацию цвета глаз человека, в которой они располагались «от лучшего к худшему» в следующем порядке: «идеальные» глаза — голубые и темно-голубые, затем светло-коричневые, средне-коричневые и, наконец, серо-голубые и коричневатозеленые. Разумеется, доказательства, подтверждающих эти взгляды, И. Пекцели и Н. Лильеквист привести не могли.

В дальнейшем окраску глаз стали изучать на объективной основе. Наиболее оригинальными можно назвать взгляды Ф. Вида и И. Декка (1954), предложивших три функциональных типа радужки: «лимфатический» — у

людей с голубой радужкой, «гематогенный» — с коричневой и «смешанный» — с серой. Рассматриваемые этими авторами типы расцениваются как структуры с различными реакцией и способностью к индивидуальной адаптации.

Нам представляется, что цветовые различия глаз могут быть объяснены анатомическими и физиологическими особенностями радужки. Голубой цвет глаз обусловлен тонким слоем слабо пигментированных меланоцитов, коричневый — слоем средней толщины и умеренной пигментацией, темный — толстым слоем меланоцитов и интенсивной пигментацией. Причем у любого человека присущие ему пигментные клетки располагаются не только в радужке, но и по ходу всей средней оболочки глаза, обуславливая также окраску глазного дна. Этот светофильтрующий пигментный щит может значительно варьировать у каждого человека, являясь индивидуальной основой для строго специфических реакций на свет. Это означает, что в равных условиях, т. е. при одинаковой освещенности, проведение света радужкой и сетчаткой будет у голубоглазых людей намного больше, чем у кареглазых.

По электроэнцефалографическим данным некоторых авторов, один и тот же источник света вызывает в коре головного мозга у светлоглазых людей гораздо более сильный активирующий эффект, чем у людей с темными глазами.

Более того, предполагается, что даже сновидения (длительность, характер и пр.) в какой-то степени зависят от цвета глаз.

Констатируя этот важный в физиологическом отношении факт, ученые не смогли, однако, объяснить истоки его возникновения. Остается открытым вопрос: почему при прочих равных условиях центральная нервная система у людей с голубыми глазами более восприимчива к свету, чем у темноглазых людей? Наши биомикроскопические исследования глаз позволили, по нашему мнению, выявить причину этого явления. Оказалось, что, реагируя на один и тот же яркий свет, зрачки у голубоглазых людей были более широкими (на 1,5—4% по площади), чем у людей с коричневыми глазами. Вероятно, более тонкая радужка у голубоглазых людей имеет более слабый нейромоторный аппарат и, следовательно, меньшую, чем у темноглазых лиц, силу сужения зрачков. Хотя различия в площади зрачков у обладателей голубых и коричневых радужек незначительны, они не могут не повлиять на величину проходящего через зрачки светового потока, на интенсивность биоэнергетических процессов в головном мозге и организм в целом.

Следовательно, окраска глаз — понятие не отвлеченное, а сугубо материалистическое и физиологическое, ибо уже сейчас становится ясным, что обладатели голубых глаз представляют собой не просто голубоглазых людей, а с точки зрения световой энергетики являются людьми, в известном смысле «обделенными», так как владеют слабыми световыми фильтрами (истонченным слоем меланоцитов) и имеют пониженную защитную

функцию глаз. Наоборот, кареглазые, а тем более темноглазые люди обладают сильными световыми фильтрами, способными защитить их от интенсивной освещенности.

Указанная точка зрения подтверждается результатами точных инструментальных исследований, проведенных в 1986 г. нашим сотрудником Р.К. Павловым. Изучая иридоспектрофотометрические показатели на аппарате «Perkin — Elmer 55», автор нашел, что средняя интенсивность рефлексии, отражающая абсорбционные способности, равна у светлых радужек 44,33 а. е., у коричневых — 55,69 а. е. Это означает, что по сравнению с темными радужками малопигментированные светлые радужки на 25% меньше поглощают и соответственно на 25% больше пропускают световой энергии.

С такой трактовкой полностью согласуются экологические данные о распределении людей в направлении от полюсов к экватору. В мировом масштабе, даже без поправки на миграцию и факторы наследования, голубой цвет глаз доминирует у живущих в северных странах, коричневый — среднеюжных и черный — в экваториальных странах. Интересно отметить, что у многих жителей Центральной Африки можно видеть дополнительный пигментный ореол, или, как мы говорим, пигментную корону, расположенную снаружи от радужки в зоне лимба (Вельхвер Е.С. и др., 1982). Аналогичную пигментацию в области конъюнктивы наблюдали Н.В. Крылова и Т.М. Соболева (1986). Они обнаружили ее у студентов из Африки в 90%, студентов Ближнего и Среднего Востока в 50%, студентов из Юго-Восточной Азии — в 30% случаев. У студентов из стран Латинской Америки пигментация конъюнктивы встречалась только у лиц азиатского и африканского происхождения.

Ни у кого не вызывает удивления тот факт, что голубоглазые люди, будь то шведы, норвежцы или англичане, лучше всего чувствуют себя в пасмурно-прохладной части Европы, а кареглазые — турки и итальянцы — в условиях яркого юга. Отсюда следует, что идеальной для северных и средних широт является светлая окраска радужки, для более южных широт — темная. В этой связи нас заинтересовал вопрос: а какой цвет глаз преобладает у москвичей — жителей умеренной световоэнергетической полосы? При биомикроскопическом обследовании 1350 человек, проживающих в Москве и Московской области, было установлено, что наиболее доминирующим цветом глаз является голубой (31%), затем серый (21%), светло-коричневый (19%), коричневый (12%), синий (11%), зеленый (4%) и темно-коричневый (2%). В целом светлая окраска радужки: голубая, серая, синяя, зеленая — отмечалась у 67% исследованных.

Если эти материалы сопоставить с данными Ж. Жоса (1983), изучавшего окраску глаз у жителей южного региона Франции, то обнаружится следующая картина. У лиц, проживающих в районе Марселя, Тулузы и Авиньона, в отличие от москвичей, преобладает темный цвет глаз: в 56% случаев — корич-

невый и темно-коричневый. в 44% — голубой, серый и синий. Таким образом, на территории юга Франции, расположенной на 12° южнее Московской области, на 23% чаще встречаются люди с темным цветом радужек. Иными словами, в рамках сравниваемых широт каждое перемещение на 1° к югу увеличивает число темноглазых лиц на 2%.

Несомненно, что расселение людей по континентам и разделение их по цвету глаз, волос и кожи совершались на протяжении многих веков и тысячелетий не по частно человеческим генетическим правилам, а по очень сложным общеземным, точнее сказать, космологическим законам. Все живое на нашей планете обязано своим существованием энергии Солнца. Именно оно поделило земной шар на световоэнергетические пояса или широты, создав в них различные условия для жизнедеятельности организмов: растений, животных, людей. Надо полагать, что адаптация людей к световым поясам происходила с немалыми потерями и очень медленно. В результате северные широты, или сферу действия слабых излучений, заселили люди со слабым пигментным «покрытием» (белокожие и светлоглазые), средние и южные широты, или сферу действия больших и очень больших излучений, заняли люди с сильным пигментным «покрытием» (смуглые и темноглазые).

Исключение из этого правила составляют коренные жители Крайнего Севера и Аляски. Эскимосы, ненцы и чукчи в отличие от голубоглазых датчан, шведов и англичан имеют темные глаза, хотя и живут в тех же географических широтах. Однако это не противоречит, а скорее подтверждает действительность экологических законов, так как идентичные по географической широте места обитания датчан и эскимосов совершенно неравноценны с точки зрения биоэнергетики. Для климата Крайнего Севера характерны холода и яркий снежный покров в течение длительного времени. Снежный покров, покрывающий землю в этих местах, подобен громадному зеркалу, отражающему 95% солнечных лучей в биосферу, в то время как свободная от снега земля отражает всего 10—20% солнечной энергии. Особенно интенсивно залиты светом белоснежные равнины весной. В это время у определенной части людей с незащищенными глазами возникает снеговая слепота или своеобразный ожог глаз. Даже местные жители с трудом приспособляются к слепящему солнечному свету. Об этом свидетельствует древний обычай некоторых северных народностей, в частности эскимосов, изготавливающих для защиты глаз специальные деревянные очки с узкими щелочками. Таким образом, суровые условия Крайнего Севера, сочетающиеся с достаточно интенсивным световым излучением, выработали у аборигенов этих мест более прочные меры защиты: темные глаза, черные волосы и смуглую кожу. Можно не сомневаться, что голубоглазые обитатели, например с Британских островов, чувствовали бы себя здесь не совсем комфортно. Однако некоторые западные ученые до сих пор проповедуют теории о «лучших и худших цветах», считая идеальным голубой цвет глаз. Абсурдность таких теорий очевидна.

Если отбросить укоренившийся чисто эстетический взгляд на цвет глаз окружающих нас людей и встать на физиологическую точку зрения, то в новом свете может предстать решение ряда медицинских и биологических проблем. Прежде всего это касается очень важной проблемы акклиматизации.

Так, теоретически, переезд светлоглазого человека с севера на юг, из привычного климата в условия интенсивного светового излучения, чреват возможными реакциями перевозбуждения: повышенной нервозностью, склонностью к спазмам сосудов, гипертоническим кризам и т.д. Напротив, переезд темноглазого человека с юга на север может обусловить появление реакций деактивации, выражающихся в слабости, адинамии, подавленности настроения и т.п.

Однако подобные реакции проявляются чаще всего в легкой форме и далеко не у всех людей. Ведь в адаптации глаз к световой энергии участвуют не только светозащитные фильтры радужки, но и непрерывно подвижные зрочки и способные к перегруппировке меланоциты глаза. Только в отличие от постоянно действующих световых фильтров эти два регулятора с возрастом заметно ослабевают, поскольку старение человека сопровождается значительным снижением реакции зрачков на свет. Вот почему пожилые люди намного хуже, чем молодые, переносят переезд в другую местность и световую акклиматизацию. Названные три фактора являются главными светозащитными механизмами глаза и мозга. Благодаря им происходит приспособление организма к окружающей световой среде.

От того, в каких взаимоотношениях находятся световой климат, с одной стороны, и комплекс светозащитных факторов — с другой, в немалой степени зависят реактивность и жизненный тонус любого субъекта. При равновесии сторон в организме устанавливается энергетический баланс, и человек чувствует себя нормально. Если отмечается энергетический дисбаланс, который может наступить от превалирования светового раздражителя над силами световой защиты или наоборот, то самочувствие человека, как правило, нарушается. Разумеется, на этом фоне быстрее происходит «прорыв» защитных механизмов и развитие тех или иных заболеваний. Частным примером такого «прорыва» является усиление нервной возбудимости, наблюдаемое у многих людей в период активной деятельности Солнца. Не исключено, что с энергетическим дисбалансом связано появление мигренозных и гипертонических кризов, а возможно, и диэнцефальных пароксизмов.

По мнению Д. Цигельмайера (1971) и некоторых других иридологов, различия в частоте некоторых заболеваний обусловлены неодинаковым цветом глаз, а следовательно, и различным приспособлением к окружающей световой среде. Недостаточным приспособлением к световым раздражителям может быть объяснен очень любопытный и совершенно непонятный в недалеком прошлом факт: в Англии и Швеции туберкулезом легких чаще всего болеют лица с коричневыми глазами, в Южной Германии и Италии — с голубыми. Можно полагать, что заболевание у первых в ка-

кой-то степени связано со световой деактивацией, у вторых — со световым перевозбуждением.

Нами были исследованы на восприимчивость к свету 640 жителей Москвы в возрасте от 20 до 40 лет, имеющих нормальное зрение. У 400 испытуемых были голубые глаза, у 240 — коричневые. Исследование состояло в 10-секундном освещении глаз ярким светом с расстояния 20 см. В результате было выявлено, что непереносимость света во много раз чаще отмечалась у светлоглазых людей (15%), чем у людей с темными глазами (0,8%).

Прямое отношение к «проблеме голубоглазых и кареглазых» имеет открытие М. Миллодот (1976). Его заинтересовал давно подмеченный факт: ношение контактных линз намного чаще доставляет неприятности голубоглазым людям, чем темноглазым. М. Миллодот предположил, что чувствительность роговицы зависит от цвета глаз. Чтобы проверить это предположение, он провел демонстративное исследование. Добровольцам (156 человек: англичане, негры, индейцы, китайцы) одного возраста, имевшим хорошее зрение, на роговицу глаз производилось постепенно возрастающее давление до тех пор, пока испытуемые не начинали его чувствовать. В результате проведенных исследований выявилось, что роговица голубоглазых людей в 2 раза чувствительнее роговицы кареглазых и в 4 раза чувствительнее роговицы темноглазых (рис. 166). Следовательно, восприимчивость к давлению и боли наиболее выражена у лиц со светлыми глазами. Возможно, с такой гиперчувствительностью связано выявленное англичанами интересное явление: для достижения лечебного эффекта доза лекарств для темноглазых пациентов должна быть больше, чем для пациентов с голубыми глазами.

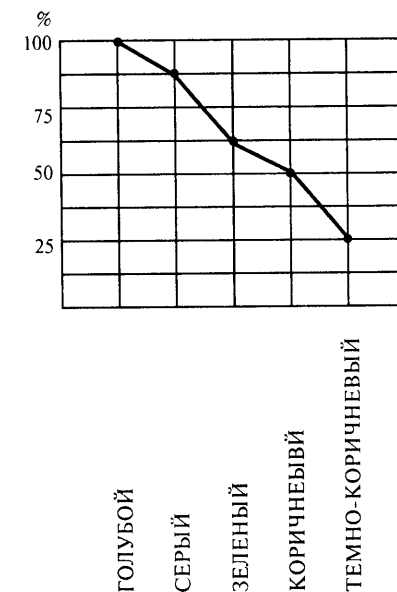


Рис. 166. Чувствительность роговицы к болевому ощущению у лиц с различным цветом глаз

К аналогичному заключению пришли американские исследователи Л. Харрис и М. Галин (1971), которые изучали гипотензивную реакцию на пилокарпин у больных с глаукомой. Исследователи установили, что для достижения равноценного лечебного эффекта больным с голубыми глазами необходимо закапывать пилокарпин более слабой концентрации (1%), чем кареглазым (4%) и особенно черноглазым (8%).

Проведенные нами исследования (Е.С. Вельховер, 1972) показали, что цвет радуж-

ки играет определенную роль в происхождении не всех, а только некоторых заболеваний. Для выяснения этого вопроса в г. Алма-Ате, т. е. в зоне интенсивного светового режима, было обследовано 617 больных: 300 — с эндемическим зобом, 187 — с язвенной болезнью желудка и 130 — со стенокардией. При этом установлено, что частота обнаружения зоба у больных с голубыми и коричневыми глазами почти одинакова. Возможно, это объясняется тем, что данное заболевание протекает без болей и не сопровождается стрессовыми реакциями. Иное дело язвенная болезнь и стенокардия — заболевания более агрессивные, протекающие с выраженными болями и высоким напряжением защитных сил организма. Они отмечались значительно чаще у лиц с голубыми глазами. Прорыв защитных механизмов, приведший к заболеванию у них, по сравнению с кареглазыми людьми, регистрировался в 1,5 раза чаще при язвенной болезни и в 2,5 раза чаще при стенокардии. Таким образом, энергетический дисбаланс, обусловленный конфликтной ситуацией в системе «свет — световая защита», характерный для светлоглазых людей, является не патологическим состоянием, а почвой, на которой может развиваться то или иное заболевание.

А. Маубах (1952) считает, что существует зависимость между цветом глаз и предрасположенностью к болезням, что люди с серыми и зеленовато-коричневыми глазами больше других подвержены раковым заболеваниям. Однако многочисленными проверками указанная точка зрения не подтвердилась. Было доказано, что цвет радужки прямого отношения к определенным, в том числе раковым, заболеваниям не имеет.

Ярким свидетельством корреляции между пониженной светозащитной функцией и пониженной жизнедеятельностью всего организма служит пигментный дефицит у альбиносов. Врожденное отсутствие пигмента меланина делает альбиносов уже от рождения полуслепыми, светобоязливыми и очень восприимчивыми ко всем болезням. Альбиносам свойственны низкий уровень тирозина, слабый синтез катехоламинов и очень незначительная двигательная активность в стрессовых ситуациях. Этот редкий вид патологии изучен у человека очень мало. Наиболее полные сведения по данному вопросу мы находим в генетических исследованиях, проведенных на дрозофиле и имеющих общебиологическое значение. Во всех случаях, когда дрозофила несет в себе ген, определяющий отсутствие пигмента в глазах, одновременно и строго закономерно изменяется окраска ее внутренних органов и, что особенно важно, снижается плодовитость и продолжительность жизни мушки.

В ветеринарии известно, что опухоли глаз у рогатого скота находятся в прямой связи с врожденной депигментацией век или выпячиванием глаз.

По данным Г. Харрисона и соавт. (1977), меланин предотвращает не только повреждающее, но и мутагенное действие ультрафиолетового облучения. Об этом свидетельствуют следующие факты. Рак кожи в странах Латинской Америки встречается исключительно у белых иммигрантов и почти не регис-

трируется у аборигенов. У них рак кожи наблюдается очень редко, причем он локализуется одинаково часто на открытых и защищенных одеждой участках тела.

Эти и другие факты убедительно свидетельствуют о взаимосвязи окраски радужки глаз с конституцией и адаптационным статусом организма.

Необычное явление с точки зрения биоэнергетики представляет гетерохромия, или различная окраска глаз: у одного человека, например, правый глаз голубой, а левый — коричневый. Об аутомимикрии говорить здесь не приходится. Люди, имеющие такую аномалию, видят практически нормально, хотя и смотрят на мир разноцветными глазами. Их аномалия сказывается в другом — в восприятии света или световой активации. При гетерохромии она не может быть одинаковой для правого и левого полушарий мозга. Следовательно, не могут быть одинаковыми биоэнергетика и реактивность в правой и левой половине тела.

Гетерохромия глаз то же, что дом с двумя окнами, из которых одно застеклено полностью, а другое только наполовину. Что происходит за каждым таким окном, пока не известно. К вариациям гетерохромий в широком смысле слова можно было бы отнести различия в окраске глаз и волос. Различия, которыми наделены светлоглазые брюнеты и кареглазые блондины. Очень симпатичные лица. А что мы знаем о них с физиологической, энергетической точки зрения? Почти ничего.

Нам безразлично, какую занавеску повесить на окно с солнечной и теневой сторон. Тем более безразлично мы должны относиться к «цветовым занавескам» собственных глаз, помня, что в них заключены светозащитные способности нашего организма.

Изучение сущности световой защиты радужки глаза только начинается. Однако уже сейчас очевиден тот теоретический и практический смысл, который могут приобрести работы, ведущиеся в этом направлении.

Много или мало нужно человеку света? Наверное, для каждого субъекта разное количество. Непременно разное, так как постоянные потребители световой энергии отличаются между собой по полу, возрасту, росту, массе, темпераменту, состоянию здоровья и другим признакам. Поэтому каждый человек, неизменно и всегда, подобно энергетически неповторимой машине, нуждается в строго индивидуальном световом заряде.

Пожилым, ослабленным и больным людям необходим один световой режим, детям и практически здоровым людям — другой. Но как этого достичь, если свет для землян один, если Солнце для всех одно. Перед природой возникла нелегкая задача — приспособить человека к различным световым режимам. И выход был найден в создании регуляторов света. Не одного, а нескольких.

Очень примитивно и в самой незначительной степени светорегулирующую функцию стали выполнять различные конституционально сложившиеся формы лицевого скелета. Одни люди получили по наследству пока-



тый лоб, выраженные надбровные дуги и узкие, глубоко сидящие в орбитах глаза. Возможно, в строении таких лиц сказалась повышенная забота природы о световой защите глаз и организма в целом. Другие люди, напротив, стали обладателями плоского лица с широкими орбитами и большими выпуклыми глазами. Можно предположить, что отношение природы к световой защите людей с такими формами лицевого скелета было не очень заинтересованным и в чем-то «легкомысленным».

К другим регуляторам, находящимся в постоянной готовности защитить глаза от излишнего света, следует отнести ресницы и плотно смыкающиеся веки. О разной открытости по отношению к световому потоку говорят различные анатомические варианты расположения складки верхнего века: высокое, среднее и низкое (рис. 167).

Физиогномически описаны несколько разновидностей ресниц:

- густые и короткие — свидетельствующие о малокровии и склонности к излишествам и цефалгии;
- густые и длинные (стрельчатые) — являются признаком хорошего происхождения, мечтательности и сентиментальности.

Существует, однако, мнение, что длинные и густые от рождения ресницы, «ресницы-зонтики», являются не только атрибутами красоты, но и одним из признаков ослабленности организма. В прежние времена врачи нередко отмечали наличие таких ресниц у астеничных больных и особенно у лиц, страдающих туберкулезом. Не доверять подобным данным — значит, не верить опыту и обостренной наблюдательности наших достойных учителей — врачей старшего поколения. Вполне вероятно, что у человека, как у вертикальной «мишени» для солнца, «ресницы-зонтики» и выдвинутые вперед надбровные дуги способны, в самой минимальной степени, защитить глаза от света.

Таким образом, в строении лицевого скелета, глазных яблок, век и ресниц заложены потенциальные возможности для светорегулирующей деятельнос-



Рис. 167. Варианты расположения складки верхнего века:  
а — высокое; б — среднее; в — низкое

ти. Однако главным регулятором световой энергии служат не они, а зрачок, или, проще сказать, отверстие в радужной оболочке глаза.

Несколько слов о биоэнергетическом обмене. Намечается и приобретает все большее основание представление биотерапевтов (экстрасенсов) о различиях в накоплении и обмене биоэнергии в организме. Различают даже два диаметрально противоположных типа людей — доноров и вампиров. К первым, предположительно, относятся добрые, открытые, очень отзывчивые и контактные лица, отдающие свою биоэнергию окружающим людям. Вторые представляют два варианта личностей: 1) жесткие, назойливые и сверхконтактные, 2) более распространенные — скрытные, очень холодные и эгоистические лица, вытягивающие биоэнергию у других людей. Последних, с неврологической точки зрения, можно обозначить как больных с симпатической астенией. Длительное взаимодействие двух крайних типов — доноров и вампиров — в определенных жизненных ситуациях (супружеские пары, сослуживцы, соседи, члены одного экипажа) может проявиться негативным образом и послужить источником для стресса, раздоров и болезней. Возникает проблема раннего распознавания биоэнергетической потенции индивидов, решить которую мы предполагаем с помощью компьютерной клинко-иридологической программы «Уровень и резервы биоэнергетики человека».

Радужка глаза и связанная с ней иридодиагностика представляют собой уникальную область для физиогномического изучения. Причем это область интересов не столько офтальмологов, сколько врачей с широким диапазоном мышления.

Офтальмологи прекрасно понимают, что, помимо местных процессов глаза, значительное число глазных заболеваний и изменений органа зрения возникает в результате патологических нарушений, развивающихся в различных системах и органах большого человека. Отраженные офтальмологические тесты помогают диагностировать изменения со стороны головного мозга, внутренних органов, фациокраниальных образований и эндокринной системы. При этом главным объектом диагностического исследования в классической офтальмологии служит глазное дно, второстепенным — передний отрезок глаза, в частности радужка.

При иридологическом обследовании врач не должен говорить испытуемому о всех обнаруженных у него патологических знаках и заболеваниях, о большинстве из которых больные могут не знать. Неосмотрительная передача информации может стать причиной ятрогении (внушенного заболевания). В этой связи интересно привести данные К. Ауди и П. Данна (1976), обследовавших 4 тыс. 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 текущие заболевания. Для пользы дела важно не то, что больной будет знать о себе, а то, что врач будет знать о нем. Это положение следует считать законом для любого иридодиагноста.

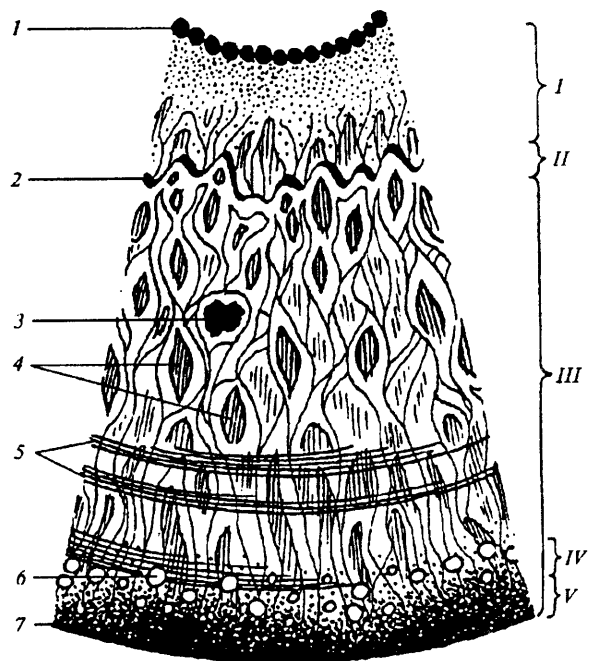


Рис. 168. Важнейшие проекционные зоны и знаки радужки, рассматриваемые в иридодиагностике:

I — зрачковый пояс (проекционная зона желудочно-кишечного тракта); II — проекционная зона автономной нервной системы; III — цилиарный пояс; IV — проекционная зона лимфатической и сосудистой систем; V — проекционная зона кожи; 1 — зрачковая кайма; 2 — автономное кольцо; 3 — пигментное пятно; 4 — лакуна; 5 — адаптационные кольца; 6 — лимфатический розарий; 7 — дистрофический ободок

В отличие от принципиальных подходов классической офтальмологии, иридологи делят радужку на отдельные районы и зоны, имеющие значение в топической диагностике заболеваний. Все они выполняют роль проекционных ориентиров и знаков — непременных слагаемых специальных топографических схем радужки глаза. На рис. 168 представлена топография основных (более общих) проекционных районов и наиболее распространенных знаков радужки.

В настоящее время врачи-окулисты учитывают единичные симптомы радужки, указывающие на ту или иную нейросоматическую патологию. К ним относятся синдром Аргайла — Робертсона — при сухотке спинного мозга, паралитическая неподвижность зрачка — при церебральном менингите и энцефалите, сращение и зарастание зрачка — при врожденном

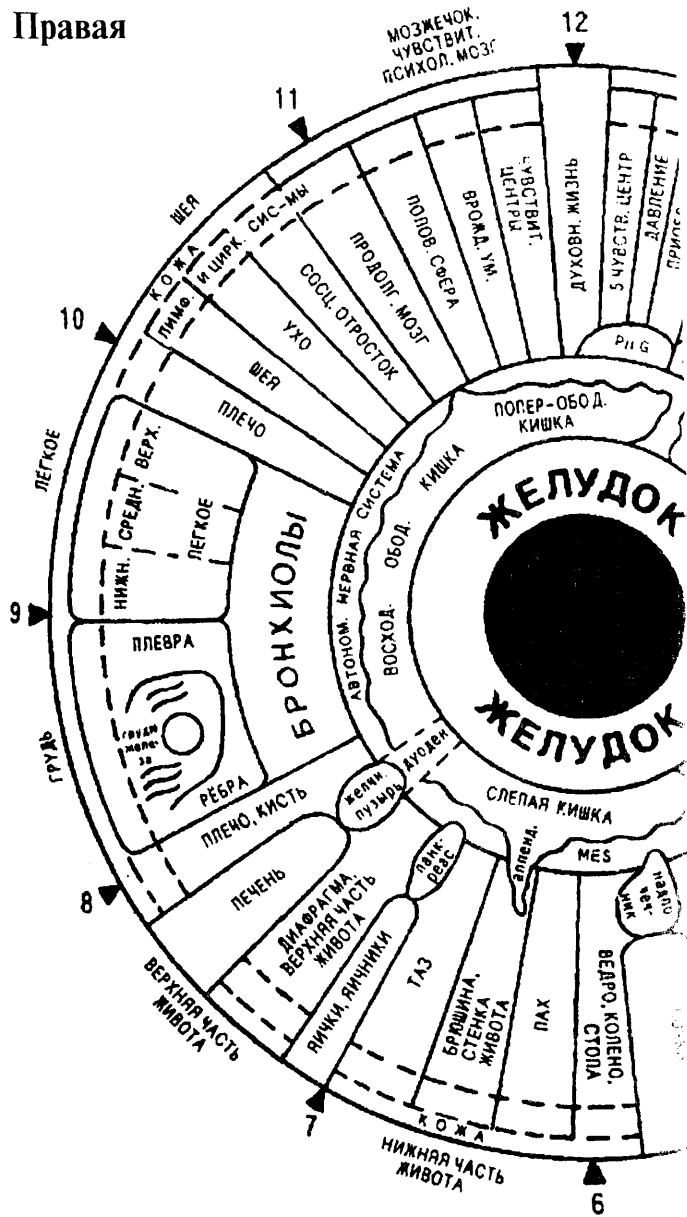
токсоплазмозе, синдромы Горнера и Пти — при параличе и раздражении шейного симпатического нерва, появление желтовато-розовых папул и гумм — при сифилисе, сальных преципитатов и желтоватых бугорков — при туберкулезе, симптом рубеоза — при сахарном диабете и некоторые другие. Однако столь ограниченный «арсенал» иридодиагностических тестов находится в явном несоответствии с анатомо-физиологической значимостью радужки как диэнцефального экрана мозга. Исследования последних лет, не очень многочисленные и пока недостаточно известные, показывают, что общие и локальные знаки радужки играют в общей семиотике заболеваний несколько не меньшую роль, чем изменения глазного дна. Более того, уже сейчас можно сказать, что тесты иридодиагностики намного богаче и разнообразнее всех описанных (и неописанных) офтальмоскопических симптомов.

В приводимых ниже материалах мы делаем попытку проанализировать патогенетический смысл и диагностическое значение некоторых наиболее характерных знаков радужки глаза, связанных с нарушениями в определенных органах и системах. Конечно, мы отдаем себе отчет в том, что любой иридологический знак, как топостабильный (имеющий отношение к иридопографии), так и тополабильный (не зависящий от места нахождения), представляет собой проекцию вышедшей из строя группы вегетативных волокон, иннервирующих конкретный участок или орган. Это не визуализация будто бы «выходящего» на радужку внутреннего органа, а некая результирующая многочисленных неврологических контуров. Поэтому расшифровка того или иного знака на радужке является очень ответственной и деликатной операцией, к которой должен себя готовить каждый начинающий иридолог и физиогномист.

В настоящее время признано, что иридодиагностика является новым методом индикации приобретенных и наследственных болезней человека, основанным на оценке адаптационно-трофических изменений радужки и связанным с отражательной (сигнальной) функцией нервной системы. По сути дела, это топико-аналитический метод диагностики, базирующийся на изучении морфо-функциональных нарушений мезодиэнцефального экрана мозга, каковым радужная оболочка и является. В качестве примера приведем несколько наиболее известных картограмм радужки с нанесенными на них проекционными зонами тела человека (рис. 169—174).

Иридодиагностику отличают: 1) высокая информативность; 2) раннее обнаружение многих патологических процессов; 3) экспрессивность получения результатов; 4) возможность визуализации в одном поле зрения органических и системных взаимоотношений организма в целом (интегральный проекционный анализ); 5) объективность и достаточная точность метода; 6) простота и безвредность исследования. Практически иридологические кабинеты могут быть открыты в каждой поликлинике, диспансере и больнице, необходимо лишь наличие обученного специалиста и щелевой лампы или иридологичес-

Правая



радужка

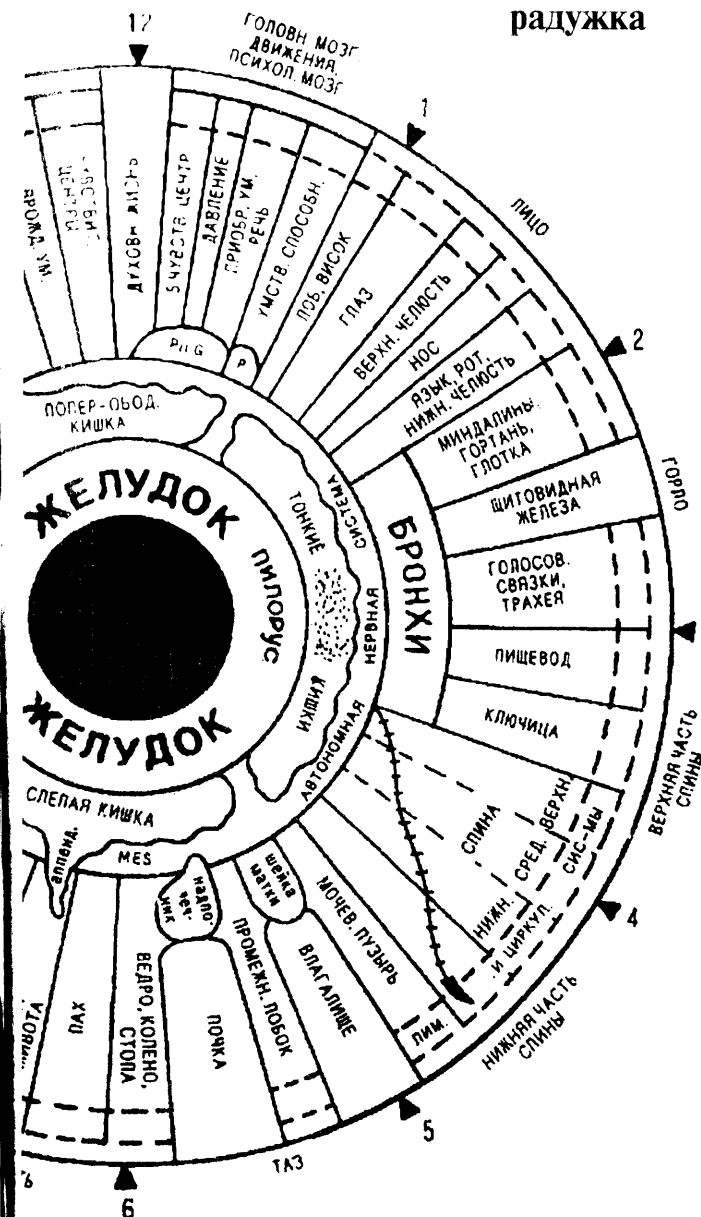


Рис. 169. Схема проекционных зон человека на радужке (по Б. Йенсену)

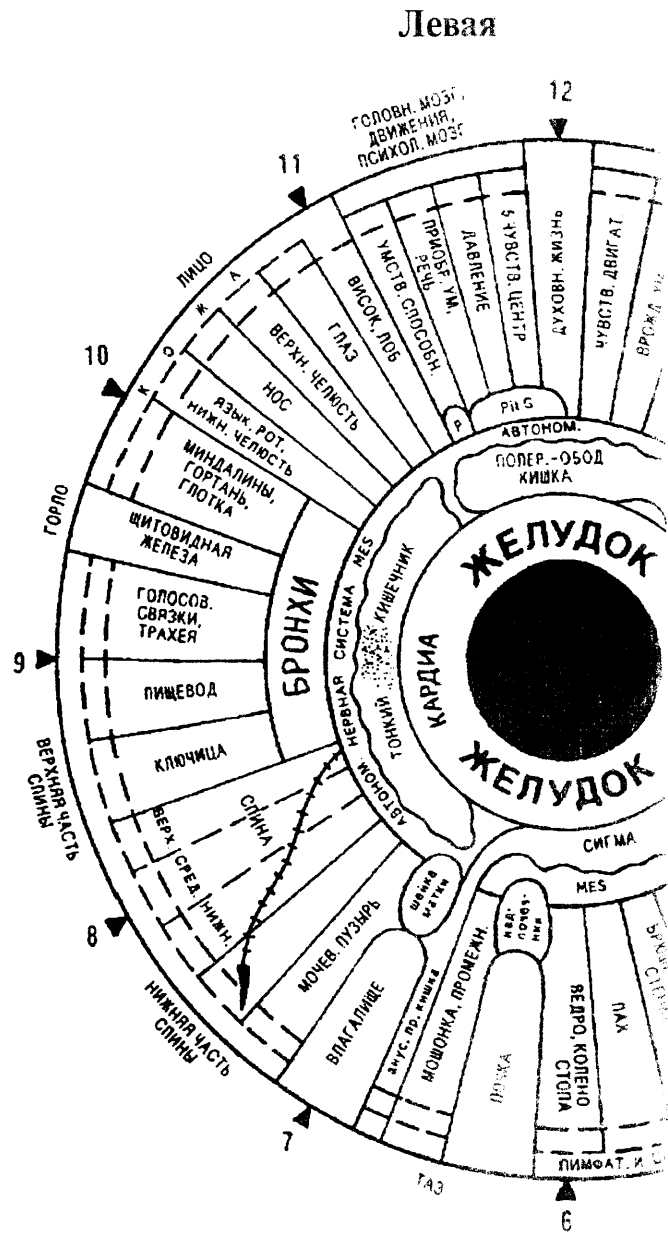
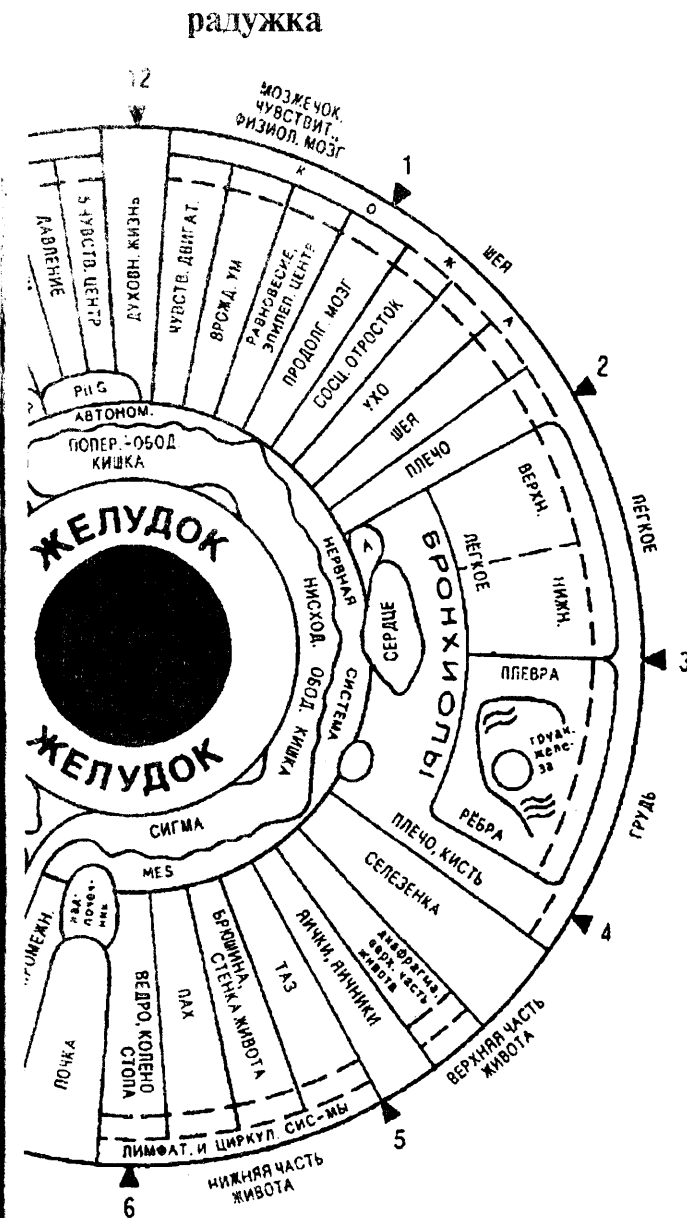


Рис. 169. Схема проекционных зон тела



человека на радужке (по Б. Йенсену) (продолжение)

Правая

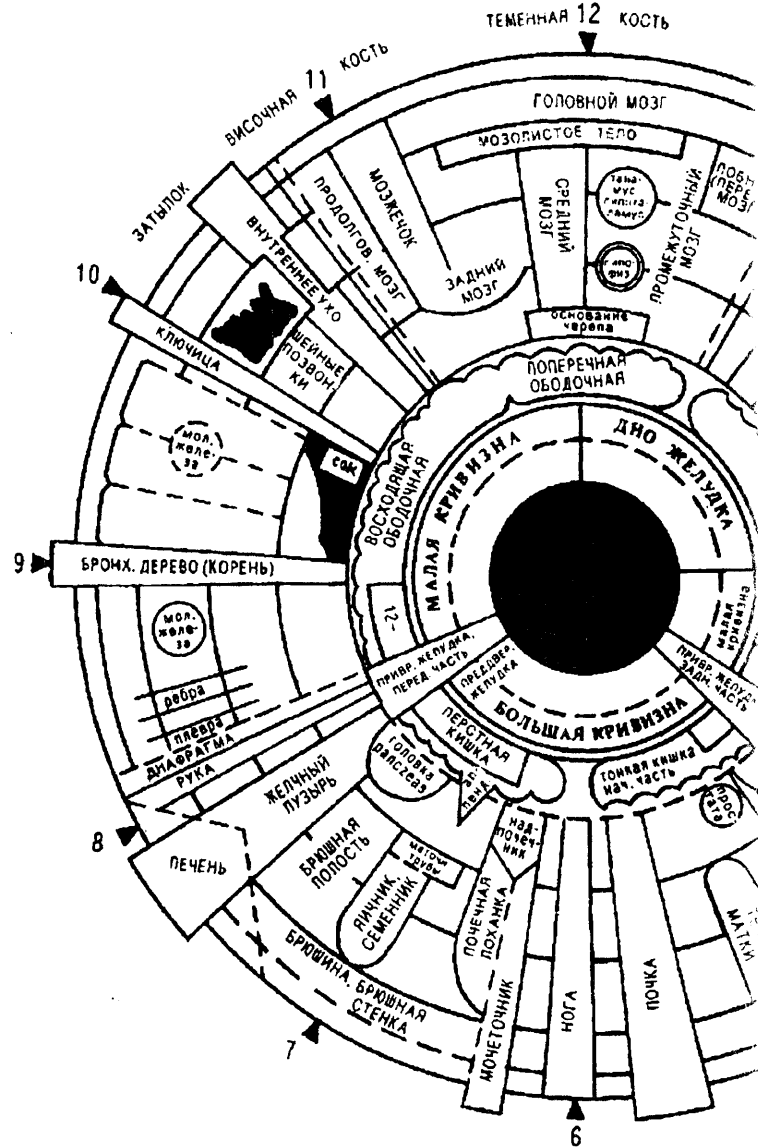
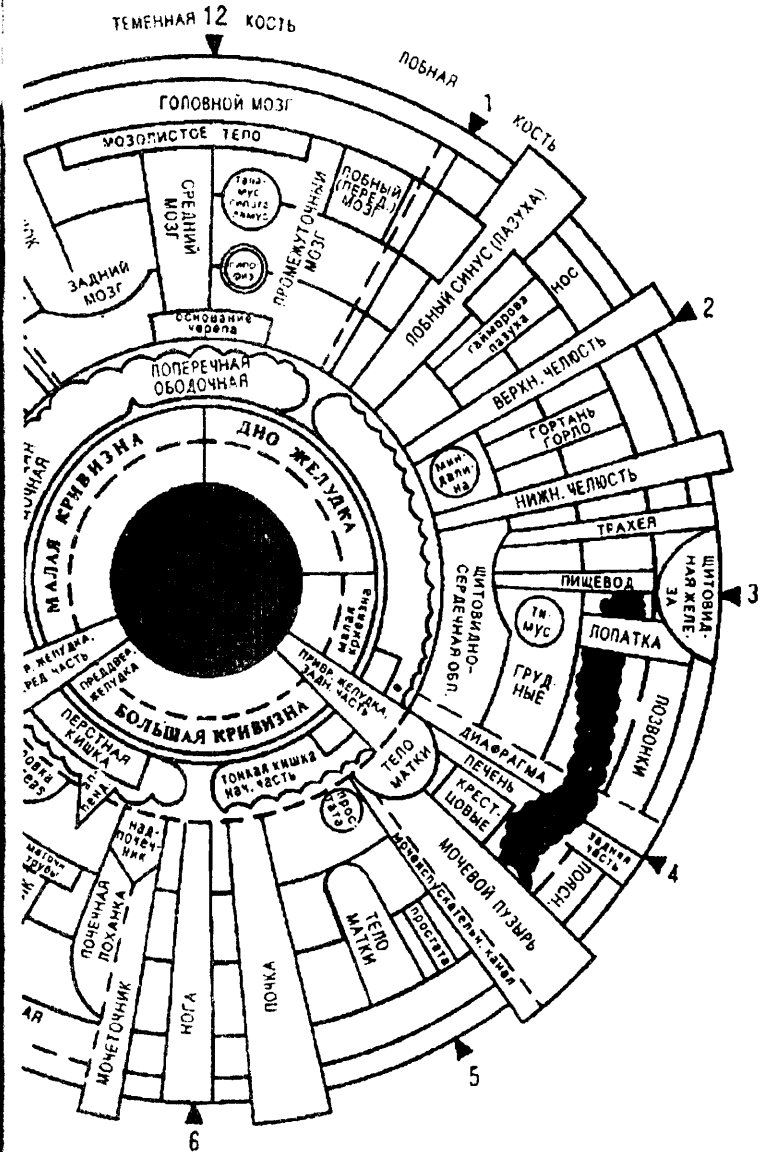


Рис. 170. Схема проекционных зон

радужка



тела человека на радужке (по А. Гюнтеру)

Левая

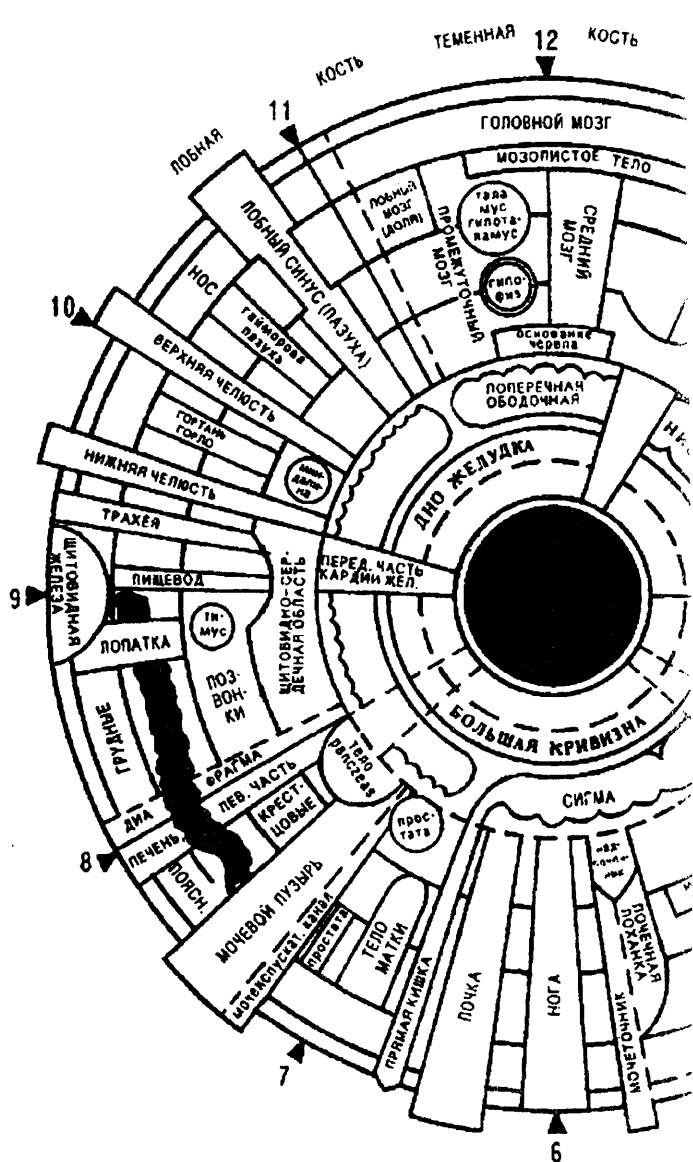
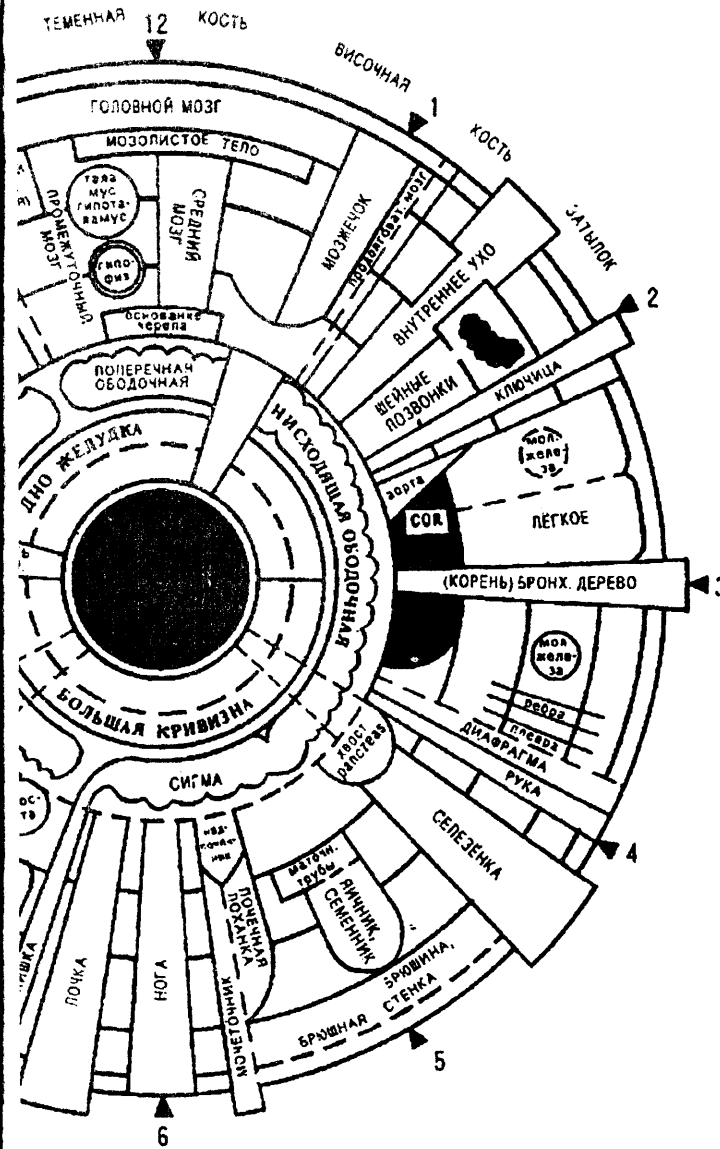


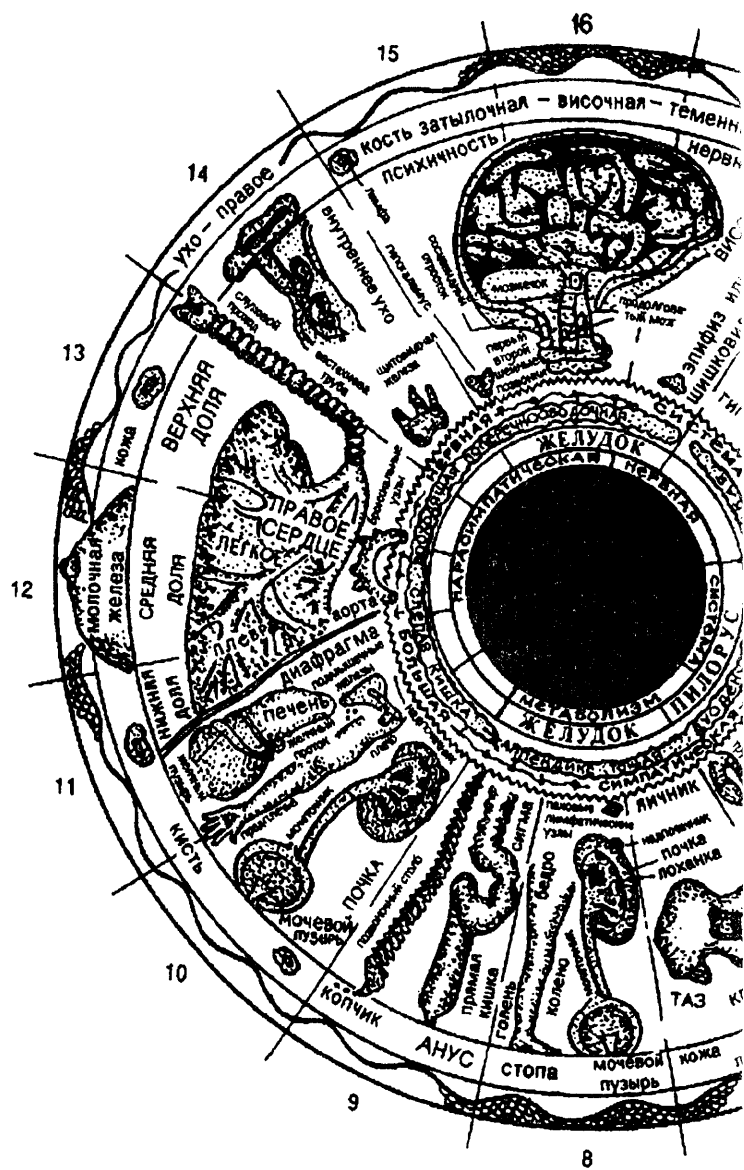
Рис. 170. Схема проекционных зон

радужка



тела человека на радужке (по А. Гюнтеру) (продолжение)

# Правая



# радужка

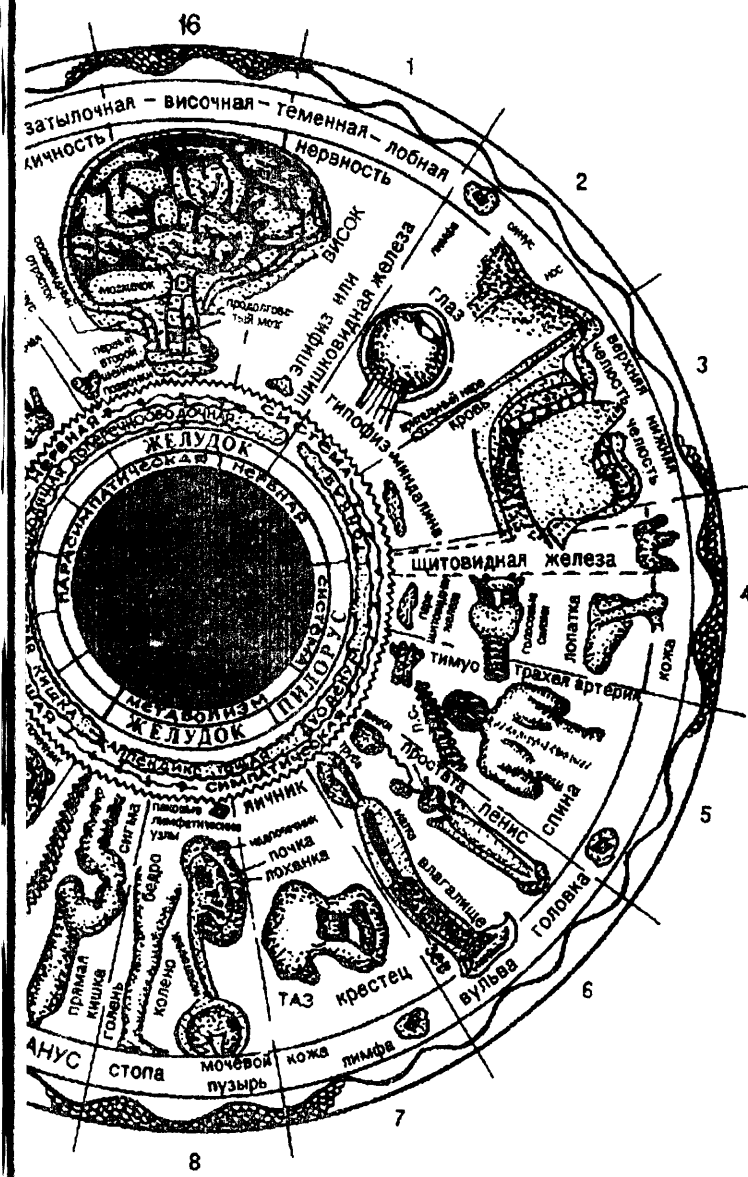
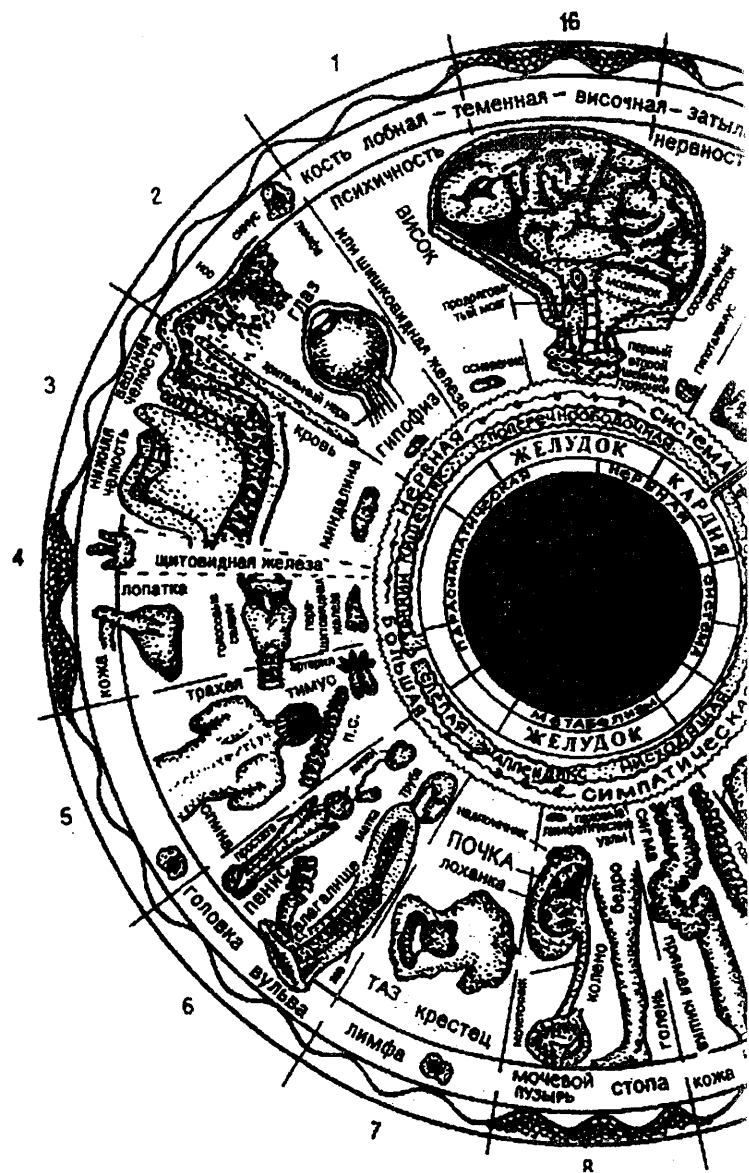


Рис. 171. Схема проекционных зон

тела человека на радужке (по А. Кастро)

# Левая



# радужка

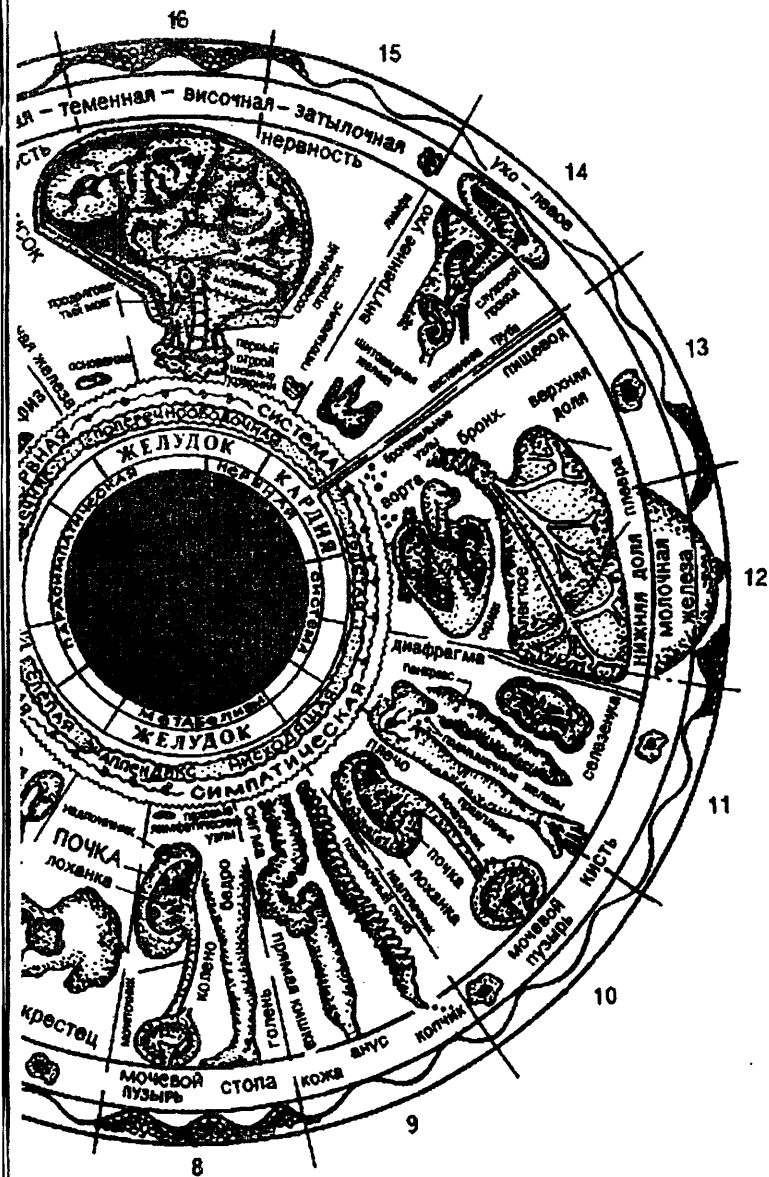


Рис. 171. Схема проекционных зон

тела человека на радужке (по А. Кастро) (продолжение)



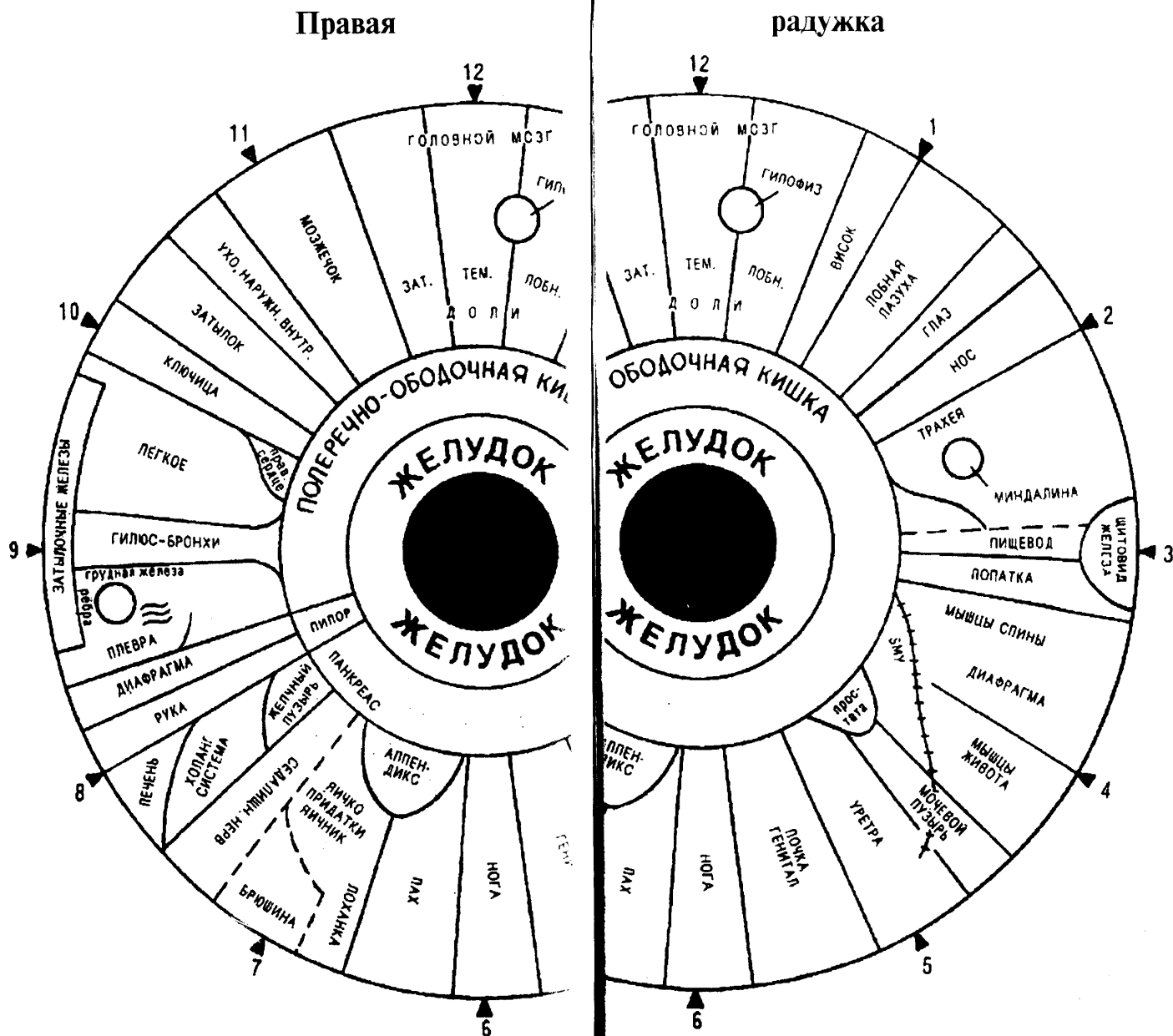


Рис. 172. Схема проекционных зон тела человека на радужке (по И. Декку)

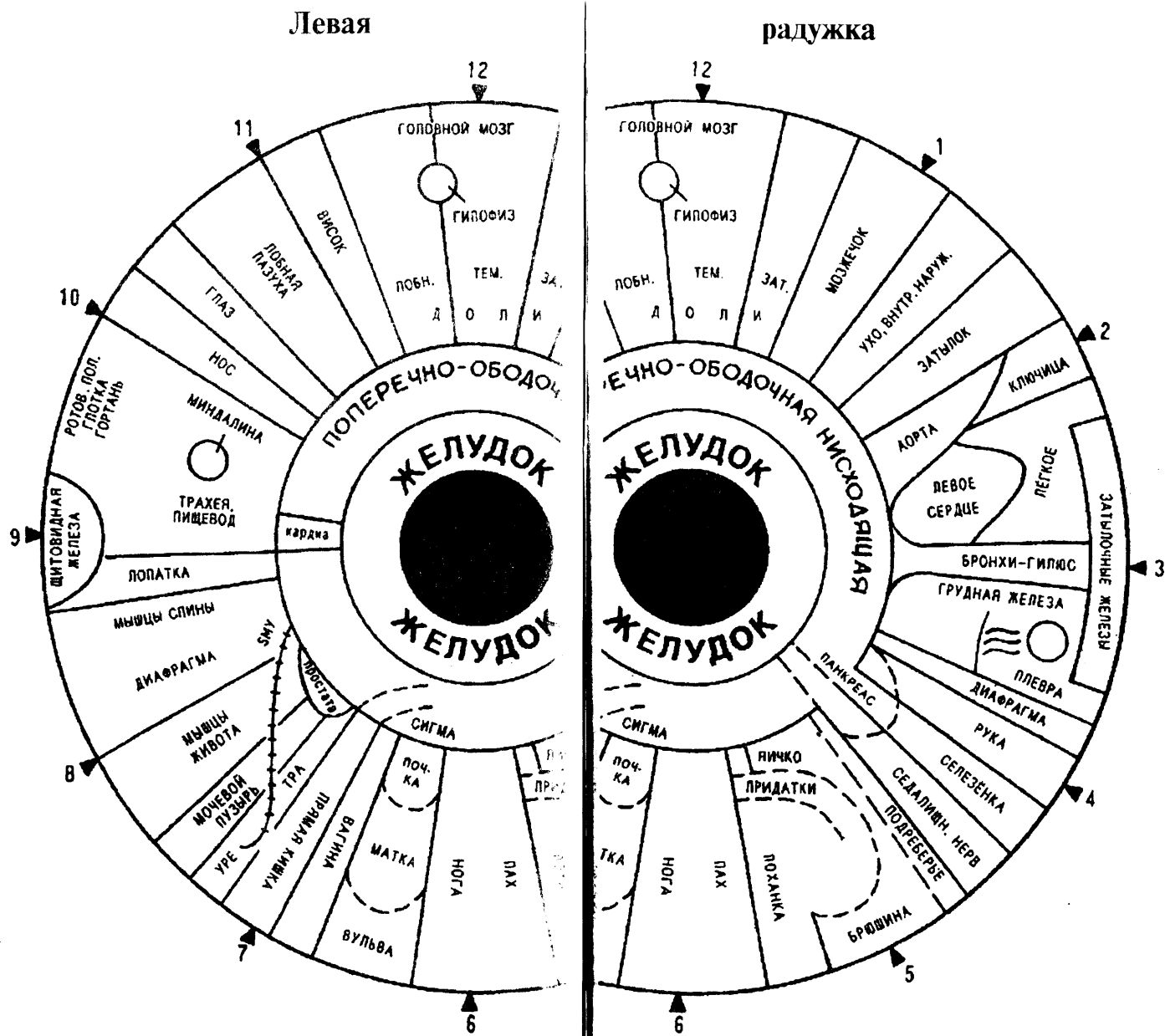
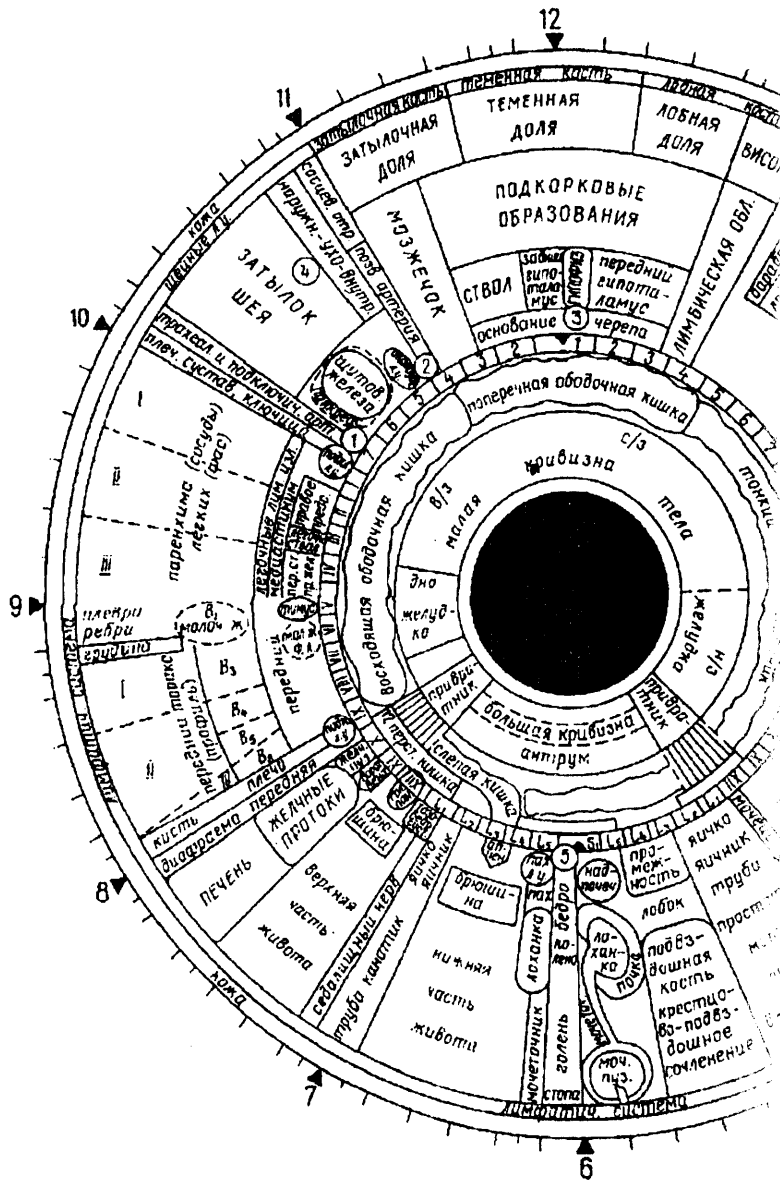


Рис. 172. Схема проекционных тел человека на радужке (по И. Декку) (продолжение)

Правая



радужка

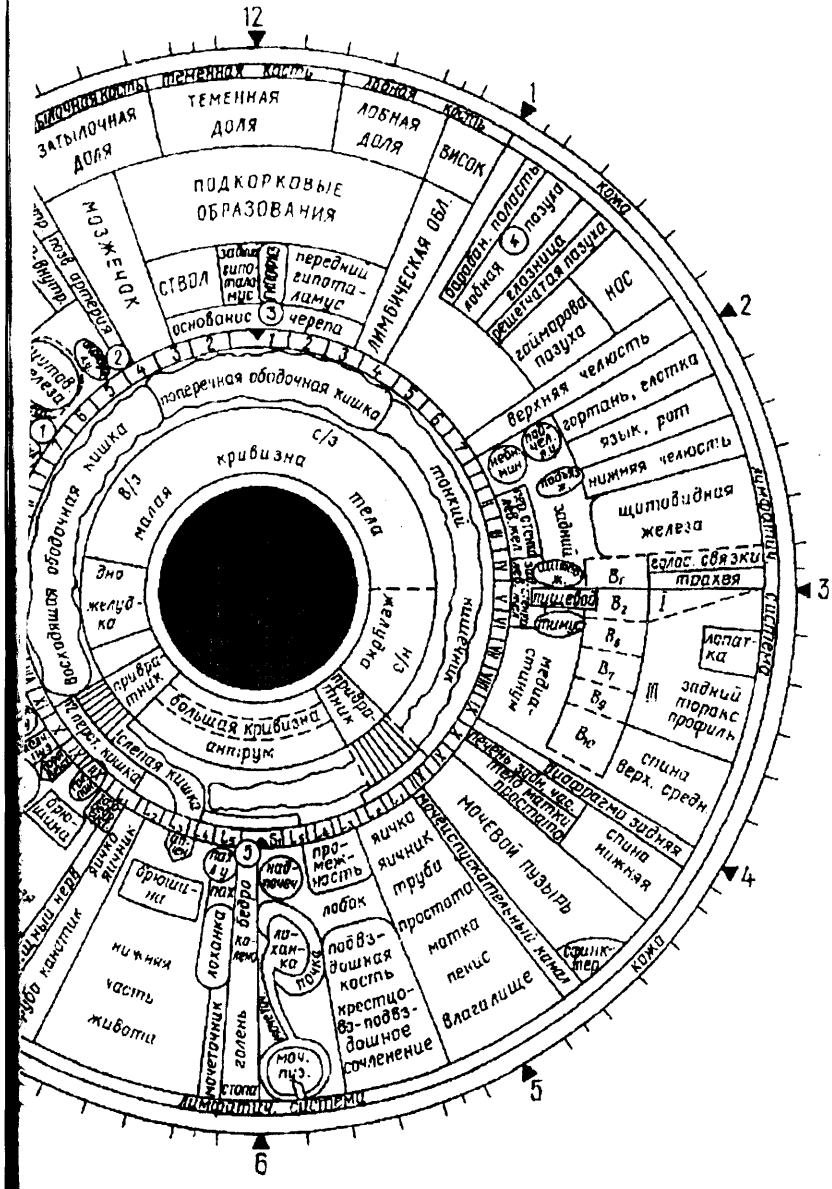
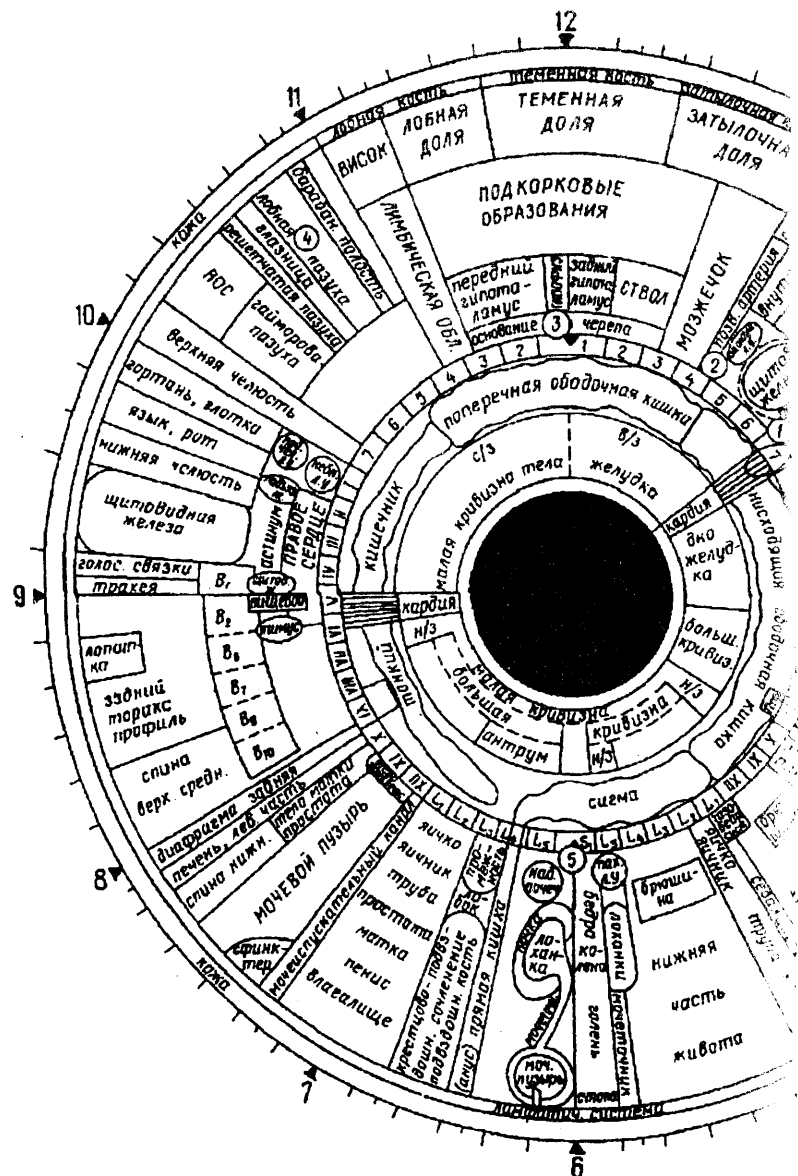


Рис. 173. Схема проекции тела человека на радужку (по Е.С. Вельховеру)

Левая



радужка

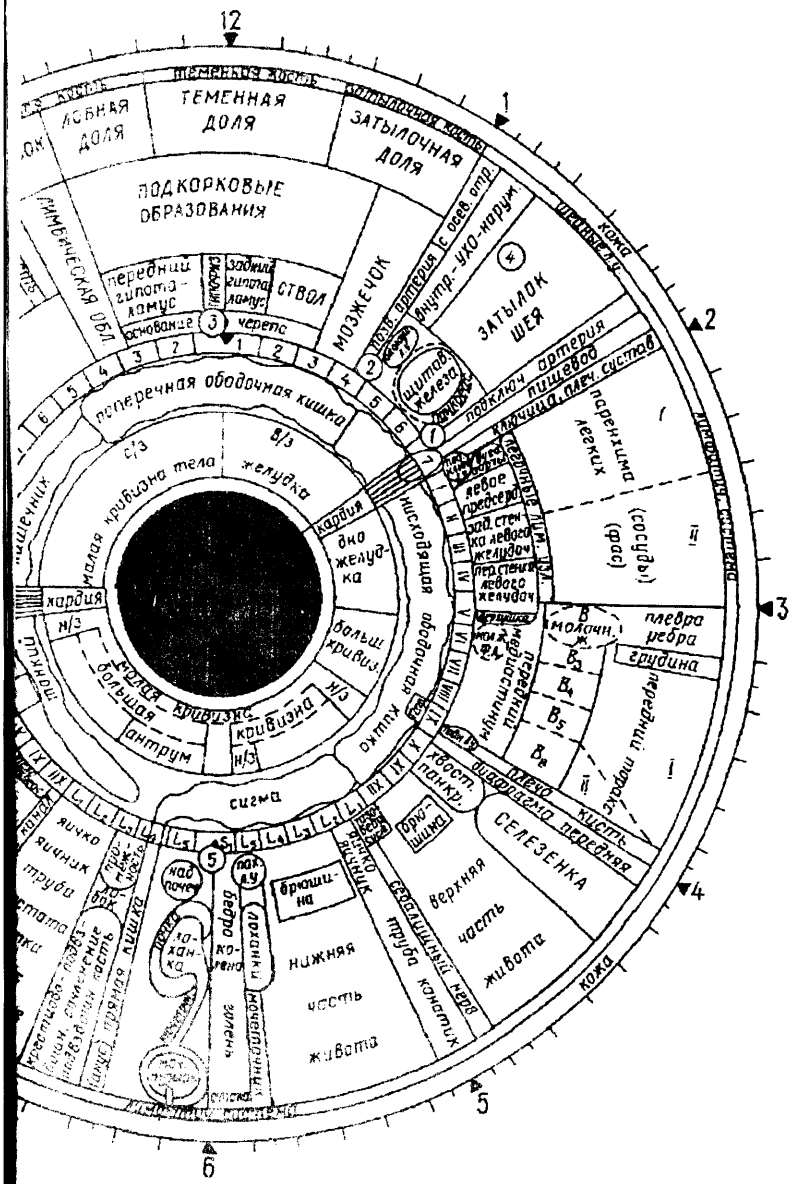
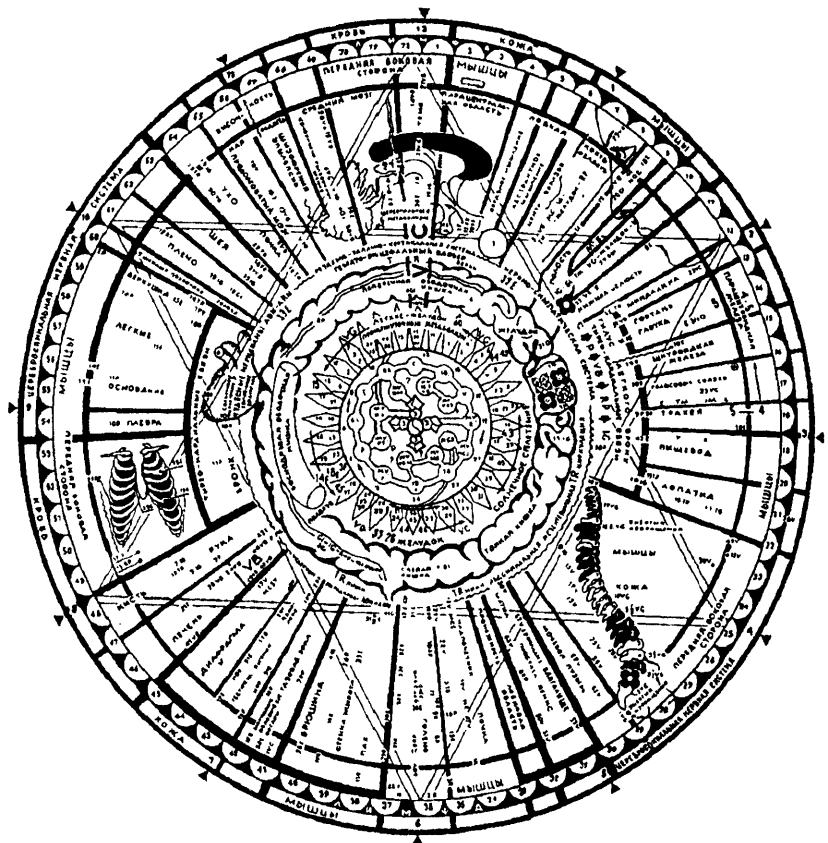


Рис. 173. Схема проекции

тела человека на радужке (по Е.С. Вельховеру) (продолжение)

Правая радужка



Левая радужка

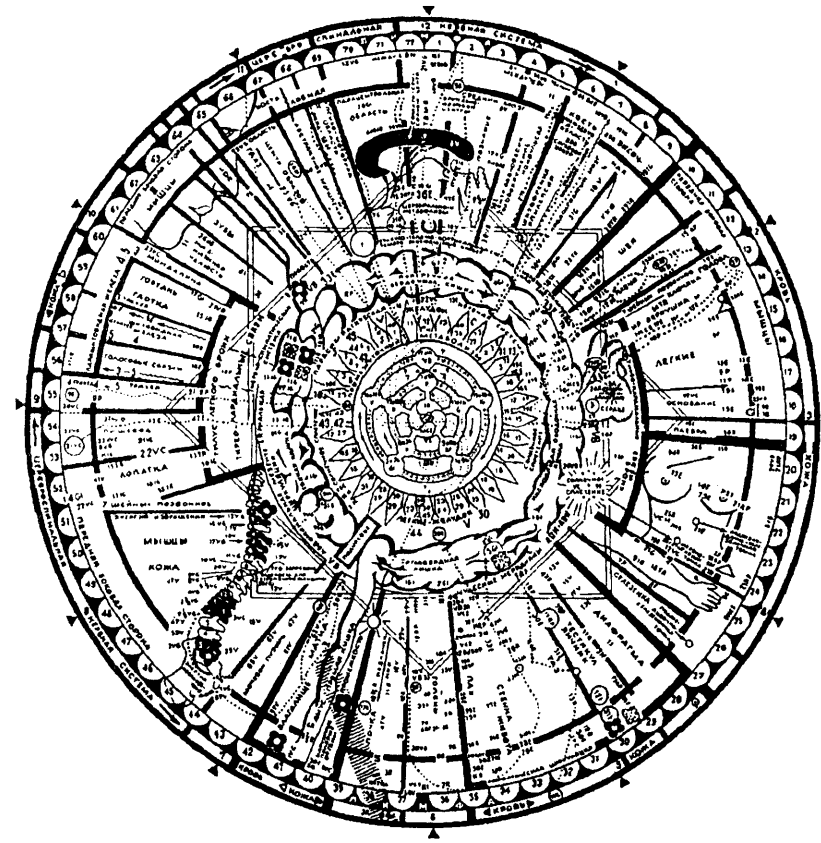


Рис. 174. Схема проекционных зон

тела человека на радужке (по Б. Бардо)

кого комплекса «ИРИС», «АИК-01» (В.Г. Бондур, Е.С. Вельховер, В.Ф. Ананин, А.Н. Дроханов, А.А. Лозовский, 1990).

Первое, что необходимо знать специалисту по физиогномике, — это то, что радужка является непревзойденным из всех других структур организма отражателем врожденных недостаточностей, закрепленных в генотипе. Поэтому мы все с большим вниманием и предпочтением уделяем время изучению интереснейших иридогенетических проблем.

Считается доказанным, что во всем 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 сослужить неоценимую услугу в криминалистике, поскольку ее картина в сотни раз богаче и точнее любого дактилоскопического отпечатка. Тем не менее из бесконечного множества структурных комбинаций радужки, отражающих конституциональные особенности человека, удается выделить 5 простейших типов (табл. 6).

Таблица 6

Частота типов радужки  
у людей с различным цветом глаз (%)

Цвет глаз	Число обследованных	Типы радужки				
		радиальный	радиально-волнистый	радиально-гомогенный	радиально-лакунарный	лакунарный
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
Темно-коричневый	150	-	-	88	7,8	4,2

**Первый тип радужки.** У одних людей радужка имеет вид раскрытого веера, составленного из тонких, четко подогнанных волокон — трабекул. Мы называем этот тип радиальным (рис. 175, а). У людей со светлыми глазами он встречается в среднем в 10 раз чаще, чем у темноглазых. По нашим наблюдениям, радиальный тип радужки обнаруживается крайне редко. Он служит признаком очень хорошей конституции и свойствен здоровым людям (оценивается в 5 баллов).

**Второй тип радужки** представляет собой радиально идущие извитые и несколько утолщенные трабекулы (рис. 175, б). Это так называемый нейроген-

ный тип радужки, для которого характерны астено-невротические проявления и склонность к спазмам (оценивается в 4 балла).

**Третий тип радужки** — радиально-гомогенный, характеризуется сочетанием радиального рисунка в зрачковом поясе с плотным гомогенно окрашенным пигментным кругом (рис. 175, в). Наблюдается почти исключительно у темноглазых людей. Так же, как и радиальный тип радужки, служит признаком хорошей конституции и хорошего здоровья (оценивается в 4,5 балла).

**Четвертый тип радужки** — радиально-лакунарный, представлен в виде восточечной стромы с рассеянными листовидными впадинами — лакунами, занимающими до 30% поверхности радужки (рис. 175, г). Встречается у людей с различным цветом глаз с частотой от 2,1 до 17%. Указанный тип радужки характерен для лиц с ослабленной конституцией и склонностью к дисфункциям и заболеваниям (оценивается в 3 балла).

**Пятый тип радужки** — лакунарный, характеризуется тонкой, местами разорванной стромой с хаотическим рисунком трабекул и большим количеством лакун, занимающих больше 30% поверхности радужки (рис. 175, д). Это наиболее слабый тип радужки, свидетельствующий о выраженной врожденной неполноценности многих органов и систем. Отмечается у светлоглазых людей в два раза чаще, чем у темноглазых (оценивается в 2,5 балла).

Наряду с архитектоникой или типом радужки большое значение в иридологии придается определению плотности радужных структур.

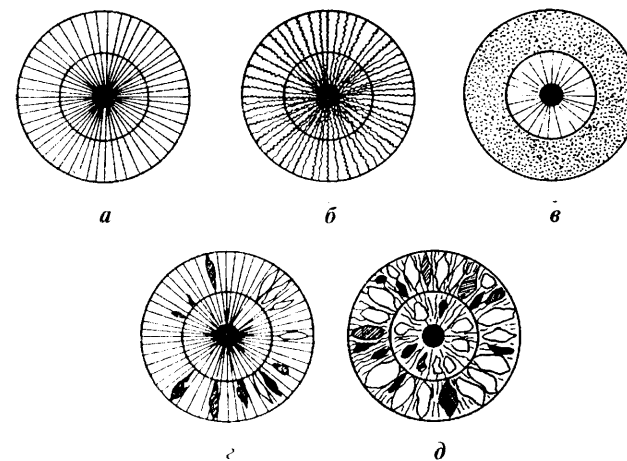


Рис. 175. Типы радужных оболочек (по Е.С. Вельховеру):

а — радиальный; б — радиально-волнистый; в — радиально-гомогенный; г — радиально-лакунарный; д — лакунарный

Принято считать, что чем чище и плотнее радужка глаза, тем здоровее и крепче организм. Б.Йенсен (1964) различает несколько степеней плотности радужки. Он сравнивает ее с плотностью твердого, среднего и мягкого дерева. На рис. 176 показаны различия в плотности структур радужки глаза 6 степеней.

Плотность 1 — отличная радужка. Это идеальный тип радужки с очень плотной стромой и чистой небесно-синей окраской. Поверхность ее гладкая, гомогенная, трабекулы так плотно прилегают друг к другу, что не видно их радиального расположения. Такая радужка бывает у людей с очень хорошей наследственностью и отличным здоровьем. Она встречается крайне редко. Вне всяких сомнений, это благоприятный тип при определении прогноза в случае тяжелого заболевания.

Плотность 2 — хорошая радужка. Цвет радужки различный: голубой, серый, зеленый, коричневый. Строма достаточно плотная, однако не столь гомогенная, как предыдущая. В ней без труда можно увидеть радиальные нити. Радужка данного типа выглядит так, словно на всю ее поверхность наброшена легкая прозрачная вуаль. Встречается у здоровых людей с хорошей наследственностью, гибким умом и эластичными мышцами. Прогноз при заболевании благоприятный.

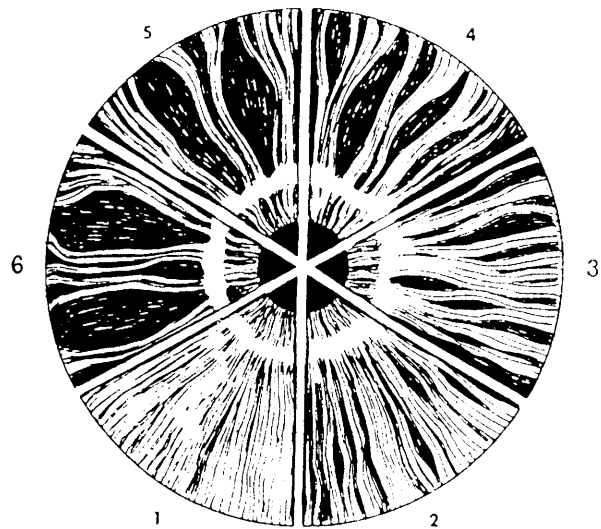


Рис. 176. Различия в плотности структур радужки (по Б. Йенсену):

1 — отличная радужка; 2 — хорошая радужка; 3 — вполне удовлетворительная радужка; 4 — удовлетворительная радужка; 5 — слабая радужка; 6 — очень слабая радужка

Плотность 3 — вполне удовлетворительная радужка. Окраска радужки различная, строма не очень плотная. Трабекулы растянуты, ослаблены и извилисты. Можно предположить, что органы потеряли свой тонус. К сожалению, такая радужка встречается все чаще. Ее обладатели имеют повышенную утомляемость, низкую резистентность, склонность ко многим заболеваниям функционального характера. Прогноз при заболевании вполне удовлетворительный.

Плотность 4 — удовлетворительная радужка. Окраска радужки различная, плотность удовлетворительная; состоит из отдельных длинных истонченных трабекул, между которыми видны многочисленные, чаще всего овальные щели. Они усложняют поиск знаков и оценку органной патологии. Если обнаруженные щели принять за знак «недостаточности» органа, это будет ошибкой, хотя отсутствие гомологичной стромы говорит о понижении тонуса. Во всех случаях оценка увиденного должна проводиться с осторожностью. Носители подобной радужки — люди с ослабленным здоровьем, болезненно реагирующие на стресс. Прогноз при тяжелых заболеваниях сомнительный, а выздоровление трудное и долгое.

Плотность 5, 6 — слабая и очень слабая радужка. Строма радужки усеяна множеством углублений и ямок, меняющих ее окраску и форму. Резко выраженные пустоты деформируют малый круг радужки и не позволяют локализовать место поражения. Такая радужка указывает на тяжелые наследственные и приобретенные заболевания, плохую конституцию, снижение защитных сил организма. Состояние здоровья обладателей таких радужек, как и прогноз при серьезной патологии, неблагоприятные. При изучении радужек с плотностью 5 и 6 необходимо помнить, что наличие пустот и углублений не является признаком органного поражения; скорее всего, оно свидетельствует о недостаточности и слабости генетического аппарата организма.

Из сказанного явствует, что исследование плотности радужки имеет прямое отношение к определению прогноза при тяжелых заболеваниях. Серьезная болезнь может развиваться у людей с любой плотностью радужки. Принципиальный вопрос заключается в том, что за счет различий в жизненном тонусе, сопротивляемости и способности тканей к регенерации люди с радужками 1-й и 2-й плотности легче, быстрее и с меньшими потерями выходят из болезненного состояния, чем люди с радужками 5-й и 6-й плотности.

Таким образом, можно считать, что тип радужки и плотность ее структур указывают на генетические особенности индивида. Оценка этих особенностей важна не только в клинической практике, но и в работе различных медицинских комиссий, например по отбору наиболее перспективных спортсменов, специалистов, работающих в экстремальных условиях, и т. п.

Очень перспективным представляется нам изучение типов радужки у лиц преклонного возраста. С каким типом радужки связаны (или не связаны) жизнестойкость и долголетие человека? Выяснение этого вопроса может иметь немалое значение для геронтологии.

Первые шаги в этом направлении сделаны. Нами (Е.С. Вельховер и др., 1988) установлена частота встречаемости радиально-лакунарного типа радужки у людей, различных по возрасту и состоянию здоровья. Были обследованы три группы лиц: 1-я группа — 82 больных лейкозом в возрасте от 25 до 59 лет (прогноз неблагоприятный); 2-я группа — 417 больных с воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта в возрасте от 18 до 72 лет (лица с непрогнозируемой продолжительностью жизни); 3-я группа — 45 лиц из интерната для престарелых в возрасте от 90 до 98 лет (долгожители). Наиболее слабый в генетическом отношении лакунарный тип радужки обнаружен в 1-й группе в 15% случаев, во 2-й — в 10,7, в 3-й — в 4,4% случаев. Отсюда следует, что наличие лакунарного типа радужки не исключает возможности долголетия, однако он в 3 раза чаще встречается у лиц с тяжелыми заболеваниями и меньшей продолжительностью жизни.

По нашему мнению, наиболее плодотворным изучение радужек с целью определения иридогенетических типов может быть в самом начале жизненного пути — у новорожденных и детей младшего возраста, т. е. в период максимально возможной адаптации и трансформации структур радужки.

Интересную информацию в плане морфогенеза представляют различия рельефа радужки. Изучение рельефа дает нам данные о защитных и резервных возможностях человека. Лучше всего изучать рельеф при боковом освещении радужки методом скользящего луча. Поверхность радужки не выглядит ровной или плоской, а представляет собой конгломерат выпуклостей и впадин, напоминающих кратеры вулканов. От центра (или зрачка) поверхность радужки поднимается к возвышению автономного кольца, форма которого весьма вариабельна. С края возвышения поверхность цилиарного пояса спускается в виде пологого склона к наружному краю радужки. Различают несколько разновидностей рельефа. Приведем описание 7 разновидностей рельефа в интерпретации Ж. Жоса (1974) (рис. 177):

1 — нормальный — характеризуется средними размерами верхушки автономного кольца и равномерными внутренним и наружным склонами. Свидетельствует о сбалансированности жизненных сил и хорошем прогнозе при заболеваниях;

2 — мискообразный — отличается вдавленностью зрачкового пояса в средней части. Встречается при гипертонии, брадикардии, гипергидрозе и диарее;

3 — уплощенно-латеральный — характеризуется вдавленностью склона цилиарного пояса, свидетельствующей о гипофункции симпатической нервной системы;

4 — кратерообразный — отличается крутым склоном выступающего вперед зрачкового пояса. Встречается при эндокринных и гуморальных нарушениях;

5 — закругленно-утолщенный. Поверхность радужки как бы набухшая, угол Фукса (образованный зрачковым поясом и автономным кольцом) отсутствует. Встречается при гипертонии и полифагии;

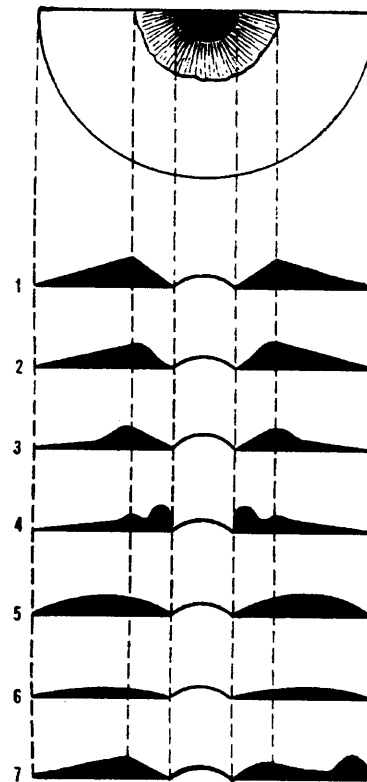


Рис. 177. Виды рельефа радужки:

1 — нормальный; 2 — мискообразный; 3 — уплощенно-латеральный; 4 — кратерообразный; 5 — закругленно-утолщенный; 6 — плоский; 7 — локально-деформированный

6 — плоский — характеризуется полным исчезновением автономного кольца. Свидетельствует о низком уровне сопротивляемости и плохом прогнозе в случае тяжелой болезни;

7 — локально-деформированный — свидетельствует о наличии тяжелой хронической болезни.

Опыт иридологических исследований показывает, что наиболее полная информация о том или ином признаке может быть получена при комплексном изучении вопроса. Это относится и к оценке генетических особенностей человека. О конституции индивида мы предлагаем судить не по одному или двум знакам, а по ряду важнейших признаков, оцениваемых по 10-балльной системе. Хорошие морфогенетические признаки оцениваются знаком (+), плохие — (—). При выведении итоговой оценки, которая может колебаться от 0 до 10 баллов, принимаются в расчет 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. Исключительно редко наблюдаются также лица с конституцией, оцененной в 0—1 балл.

Указанная система оценок может применяться в работе отборочных медицинских комиссий для вспомогательного интегративного иридогенетического тестирования, дополняющего общепринятые генетические исследования.

Большого внимания при изучении текстуры радужек заслуживает классификация иридогенетических типов И. Декка (1965, 1980), построенная на морфофункциональных особенностях ириса (радужки). Из 16 классификационных единиц автора три (лимфатический, гематогенный и смешанный типы) являются обобщающими, а три других (панкреотриадный, кардиоренальный и сердечно-брюшной типы) — мало доказанными. Поэтому мы остановимся на 10 в достаточной мере верифицированных типах И. Декка с не-



большими комментариями и поправками. Первые 7 типов (1—7) автор относит к лимфатической конституции (светлые радужки), последующие два (8—9) — к гематогенной конституции (темные радужки) и последний 10-й тип — к смешанной конституции (светло-коричневые радужки). Рассмотрим подробнее классификацию И. Декка (рис. 178, цв. вкл.).

1. Чисто лимфатический тип. Радужка светлая (голубая, серая, синяя), радиального типа. Характерны кольцо осветления вокруг автономного кольца (АК), соответствующее зоне крупных лимфатических и венозных магистралей, и насыщение голубого оттенка в периферической части радужки.

Лица с таким типом отличаются повышенной реактивностью лимфатической системы, «слабостью» слизистых оболочек дыхательных путей, желудка и мочеполовых органов, низкой устойчивостью к инфекциям. По данным И. Декка, совпадающим с нашими наблюдениями, люди с подобным типом радужки предрасположены к ревматизму, экземе и аллергиям.

2. Гидрогеноидный тип. Радужка, сходная во всем с 1-м типом, но отличающаяся от него наличием лимфатического розария I степени.

Лица с таким типом радужки склонны к метеопатии, экссудативному диатезу, катарам и экземе.

3. Тип со слабостью соединительной ткани. Это светлая лакунарная радужка.

Лица с таким типом отличаются «слабостью» соединительной ткани и связок. Характерна склонность к энтероптозу, варикозному расширению вен, геморрою, смещению межпозвоночных дисков. По нашим данным, не исключается вероятность врожденных аномалий, а также кист и полипов органов.

4. Тип «маргаритка». Светлая радужка с относительно равномерным кругом лакун, расположенных эксцентрично автономному кольцу.

По данным И. Декка, тип «маргаритка» характерен при слабости кишечника с его секреторной недостаточностью. По нашим наблюдениям, возможны врожденная слабость поджелудочной железы, а также недостаточность венозной и лимфатической системы.

5. Нейрогенный тип характеризует светлая радужка радиально-волнистого типа.

Люди с подобной радужкой жалуются на головную боль, повышенную чувствительность и раздражительность. По заключению И. Декка, такие люди отличаются высокой работоспособностью и целеустремленностью, что не исключает возможности перенапряжения и нервных срывов. Они предрасположены к бронхиальной астме и язве желудка. Анализ наших данных (Е.С. Вельховер, Р.С. Пичхадзе, В.П. Шерстнев, 1980; Ф.Н. Ромашов, Е.С. Вельховер и др., 1986) показывает, что нейрогенный тип И. Декка встречается при бронхиальной астме и язвенной болезни достаточно часто — в 75% случаев.

6. Тип мочекишечного диатеза — вариант гидрогеноидного типа, представ-

ленный светлой радужкой с кольцом беловато-серых пластинок по периферии — статус лимфатикус.

И. Декка считает, что для лиц с таким типом характерны ревматизм, подагра, желче- и мочекаменная болезни. Автор полагает, что указанный тип может встречаться и на радужках коричневого цвета. Таким образом, И. Декка допускает неточность, причисляя мочекишечный диатез у темноглазых лиц к гидрогеноидному и, следовательно, к лимфатическому (светлоглазому) конституциональному типу. По нашим данным, описанный И. Декком светлоглазый вариант мочекишечного диатеза отмечается при уро- и холелитиазе в 67—92% и темноглазый вариант соответственно в 8—33% случаев. Статус лимфатикус на таких радужках наблюдается в 30—52% при патологии почек и в 19% при патологии желчного пузыря.

7. Липемический диатез (холестероз). Светлые и коричневые радужки с наличием мутного бело-серого серповидного полукруга или кольца во внешней зоне радужки, называемого липидно-натриевым, или сенильным, кольцом (дугой). Люди с такого рода радужкой склонны к гепатиту, сахарному диабету, гипотиреозу, атеросклерозу, алиментарной дистрофии, тромбозу вен, себорее и раку. Данный тип, как и предыдущий, автор не совсем правомерно относит к гидрогеноидному типу. В действительности холестерозные радужки встречаются у темноглазых лиц в 1,5 раза чаще, чем у светлоглазых (Е.С. Вельховер, Н.Б. Шульпина и др., 1988).

8. Чисто гематогенный тип. Темная, радиально-гомогенная радужка, напоминающая бархатистый, насыщенно-коричневый ковер. Люди с этим типом радужки отличаются пониженной реактивностью лимфатической системы, низким лейкоцитозом при инфекциях и недостаточным содержанием микроэлементов. Характерные для них заболевания: лимфадениты, аденомы, образования камней.

9. Скрытый тетанический тип. Темная, радиально-гомогенная радужка с наличием адаптационных дуг и колец.

Люди с таким типом склонны к тревоге, страхам, психосоматической напряженности и эмоциональным срывам. Наиболее характерные для них заболевания: тиреотоксикоз, мигрень, кардиалгия, неврастения, крапивница, отек Квинке, кишечная колика, импотенция.

10. Тип феррум-хроматоз (гемохроматоз) относится к смешанной (желчной) конституции. Это переходный тип между лимфатическим и гематогенным. Радужка выглядит серо-коричневой, с зашлакованным автономным кольцом I—II степени.

Обладателям этого типа свойственны усталость, разбитость, пониженная работоспособность, бледно-серый цвет кожи и повышенное содержание железа в крови.

Наиболее характерна, по данным И. Декка, патология печени, по нашим данным — остеохондроз позвоночника, недостаточность венозной и лимфатической системы.

Частота встречаемости указанных иридогенетических типов среди жителей Южной Германии, по расчетам И. Декка, составляет: при чисто лимфатическом типе — 12%, гидрогеноидном — 7%, типе со слабостью соединительной ткани — 6%, типе «маргаритка» — 5%, нейрогенном — 20%, типе моче-кислого диатеза — 8%, липемическом — 4%, чисто гематогенном типе — 15%, скрытом тетаническом типе — 11%, феррум-хроматозе — 12%.

Оценивая в целом классификационные иридогенетические градации И. Декка, следует признать, что они в значительной степени клинически обоснованы и могут с небольшими поправками применяться на практике. Помимо указанных выше замечаний, в классификации И. Декка отсутствуют иридогенетические варианты нормы как для голубых, так и для коричневых радужек. Многолетний опыт показывает, что, несмотря на прогрессирующее экологенетическое неблагополучие, охватывающее все страны мира, люди с отличным и хорошим типом радужки все еще встречаются.

На основании богатейшего опыта Б. Йенсен (1982) считает, что радужка является единственной структурой, отображающей врожденные дефекты, передаваемые по наследству до четвертого поколения включительно. Сложнее наследственная передача локальных признаков заболевания или предрасположенности к нему. Проводя иридоскопию у людей, состоящих между собой в близком родстве, мы убедились в большом сходстве у них цвета и структуры радужки, что может служить одним из наиболее ярких наследственных признаков. Наследственная патология, по заключению иридологов, характеризуется изменением структуры радужки, в частности листовидными впадинами и лакунами в ее строении, которые редко бывают заполнены материальным субстратом темного цвета. Благодаря ее раннему обнаружению (лучше в детском возрасте) по радужке и назначению соответствующего режима и профилактических мероприятий можно поддержать здоровье человека в течение длительного времени.

Иридоскопически определяют передачу наследственных патологических признаков от одного или обоих родителей. В том случае, если признаки передаются одновременно от отца и матери, наследуемая органная неполноценность у ребенка будет выражена намного грубее, чем у любого из родителей. Происходит как бы суммация врожденной недостаточности функции органа или системы. Однако, как говорилось выше, обнаружение врожденного дефекта на радужке еще не говорит о патологии соответствующего органа. До определенного времени это рассматривается всего лишь как неблагоприятный фон, на котором может развиваться то или иное заболевание.

При иридологическом обследовании членов 18 семей мы обнаружили наследственную передачу локальных знаков радужки от родителей к детям в 50% случаев, причем у одного ребенка одни участки поражения на радужке могли быть унаследованы от отца, другие — от матери.

Большое значение для физиогномистов имеют также и многие пупиллодиагностические синдромы. Остановимся вкратце на некоторых из них.

Узкие зрачки, или миоз (рис. 179). О миозе говорят, когда диаметр

зрачка равен или меньше 2 мм. Различают физиологические и патологические вариации миоза.

К вариациям физиологического миоза относятся следующие факторы.

**Амблитический фактор.** В темных, гиперпигментированных радужках зрачок более узкий, чем в светлых. Возможно, это связано с энергетически более сильным сфинктером зрачка у темноглазых людей.

**Возрастной фактор.** Новорожденные являются носителями физиологического миоза и в первый год жизни обнаруживают некоторую степень сужения зрачка. Это типичная адаптационно-защитная реакция организма. В старости также наблюдается миоз, но его патогенез обусловлен атрофией радужки.

**Фактор действия.** В момент атаки у борцов наблюдается сильный миоз. Этот фактор хорошо известен спортсменам и используется в практике дзюдоистов и других приверженцев спортивной борьбы.

**Фотомоторный фактор.** Сужение зрачка возникает при любом повышении света, падающего на глаз, и тем выраженнее, чем выше интенсивность света.

**Рефракционный фактор.** Установлена зависимость между величиной зрачка и рефракцией глаз. У гиперметропов (дальнозорких) зрачки обычно несколько уже, чем у эмметропов (нормально видящих), а у последних уже, чем у миопов (близорукых).

**Ваготонические факторы** — это состояния транзиторной парасимпатикотонии: период после приема пищи, умственно-физическая усталость у спокойных, жизнерадостных и доверчивых субъектов, анестезия в III стадии глубокого сна, сон с очень выраженным сужением зрачков, глубокий выдох.

К вариациям патологического миоза относятся двусторонний и односторонний миоз.

Первый наступает под влиянием различных факторов, так или иначе действующих на кортикально-стволовые вегетативные центры. Это морфиниче-

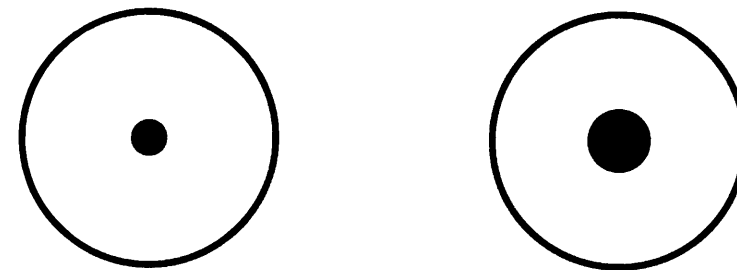


Рис. 179. Узкий зрачок — миоз:  
а — миоз; б — норма

ская и алкогольная интоксикации; уремиическая, диабетическая и алиментарно-дистрофическая комы; астенодепрессивные психозы; кровоизлияния в стволовые отделы мозга; гипофункции вегетативной нервной системы и желудочно-кишечного тракта.

Односторонний миоз в сочетании с различными неврологическими отклонениями встречается при поражении стволово-цервикальных отделов ЦНС. Это синдромы Бернара — Горнера, Дежерина — Клюмпке, Панкоста — Тобиаса и альтернирующие параличи Бабинского — Нажотта, Сестана — Шене, Валленберга — Захарченко.

**Широкие зрачки, или мидриаз (рис.180).** О мидриазе говорят, когда диаметр зрачка при дневном освещении устойчиво превышает 4 мм. Различают физиологические и патологические вариации мидриаза.

К вариациям физиологического мидриаза относятся:

**Конституциональный фактор.** В светлых малопигментированных радужках зрачок более широкий, чем у темных. Вероятно, это связано с относительно более слабым сфинктером зрачка у светлоглазых людей.

**Половой фактор.** По нашим данным, изучение размера зрачков у мужчин и женщин с темными глазами не выявило каких-либо различий. Однако у большинства светлоглазых женщин молодого и среднего возраста зрачки оказались более широкими, чем у светлоглазых мужчин того же возраста. Различия были незначительными и по диаметру составляли в среднем 0,24 мм. Нам представляется, что несколько больший размер зрачков у светлоглазых женщин обусловлен их большей эмоциональной лабильностью и более выраженной симпатической настроенностью по сравнению с мужчинами.

**Возрастной фактор.** У подавляющего большинства здоровых детей и юношей зрачки мидриатичные. Это можно объяснить возрастным симпатикотонизмом. Глаза в этот период жизни имеют характерный блеск, что указывает на активную деятельность сердца. В отличие от детей, тусклые, без блеска и света глаза пожилых людей свидетельствуют о низком уровне кровообращения в организме.

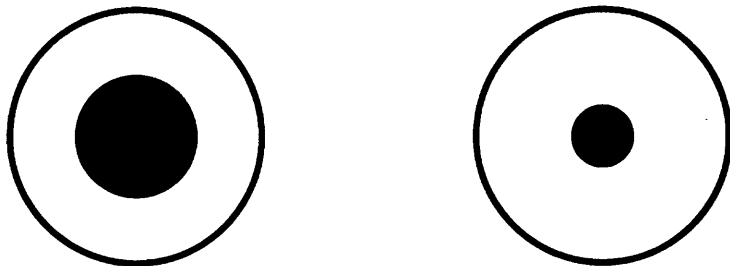


Рис. 180. Широкий зрачок — мидриаз:  
а — мидриаз; б — норма

**Фактор боли.** Многие болевые синдромы сопровождаются мидриазом из-за повышения секреции адреналина.

**Эмоциональный фактор.** Радость, страх, раздражение, гнев, возмущение и многие другие эмоционально насыщенные состояния способны вызвать мидриаз. Все они связаны с повышением тонуса симпатической нервной системы и хорошо известны врачам и физиологам. Менее известны и мало описаны корреляции между желанием человека и мидриазом. В нашем понимании желание есть не что иное, как прелюдия к действию, как скрытый и пока не реализованный порыв.

По данным известного невропатолога В.А. Смирнова (1953), функциональный мидриаз возникает, когда человек хочет больше воспринять и усвоить, например, на интересной лекции или на хорошем концерте. О таких ситуациях говорят, что «присутствующие сидели с широко открытыми глазами».

Немецкие авторы пишут, что очень искусные и наблюдательные китайские торговцы по расширению зрачков в глазах случайных покупателей оценивают и учитывают их отношение к предлагаемому товару.

Э. Хемингуэй и другие писатели-африканисты знают, что охотиться на львов в странах экватора лучше, когда в группу европейских охотников входят хотя бы несколько темнокожих стрелков-аборигенов. Страх перед грозным хищником испытывают все, но мидриаз и нарушение аккомодации наступают только у светлого-бледнолицых. Из-за грубого мидриаза они не видят в шекотливый момент ни мушки, ни льва и в лучшем случае стреляют куда попадет. Темноглазые охотники, несмотря на страх, сохраняют миоз и хорошую остроту зрения, что позволяет им прицельно поражать льва.

Нам представляется, что расшифровку итогов львиной охоты следует искать не в сфере баллистики, а в области эволюционной морфологии. Дело в том, что у светлоглазых людей расширяющая зрачок малопигментированная эластическая мембрана-дилататор действует очень энергично, как облегченная пружина, в то время как у темноглазых отягощенный плотными слоями меланопигмента дилататор теряет свою эластичность и подвижность и по принципу тяжелой тугой пружины действует замедленно.

Кортикocereбральный мидриаз возникает при раздражении многих отделов коры головного мозга. К такого рода рефлексам можно отнести, например, мидриаз при эпилепсии.

К этой же группе корковых зрачковых реакций относится расширение зрачка при мысленном представлении о затемнении или выработка условного рефлекса на слово «темно».

Такую же условно-рефлекторную реакцию представляет собой реакция сужения зрачка на мысленное воспроизведение яркого освещения.

**Рефракционный фактор.** Из-за нарушений рефракции зрачки у миопов (близоруких) шире, чем у эметропов, а у последних шире, чем у гиперметропов.

*Мидриаз и анестезия.* В I и IV стадиях общей анестезии отмечаются широкие зрачки. Это различный по механизму мидриаз. В I стадии он объясняется эмоциональным стрессом в связи с необычностью обстановки, в IV стадии — передозировкой анестетика и опасной для жизни функциональной торпидностью мезенцефальных отделов мозга.

*Промортальный мидриаз.* В момент смерти зрачки резко расширяются. С мидриазом человек уходит из жизни, совершая переход от клинической смерти к анатомической. После смерти зрачки суживаются. Правда, сужение начинается не сразу после прекращения жизни, а спустя некоторое время — 2—3 ч. Отмечено, что первые 5 ч после смерти радужка реагирует на введение пилокарпина, кокаина и атропина.

К вариациям патологического мидриаза относятся двусторонний и односторонний мидриаз.

Двусторонний мидриаз наблюдается при тяжелой алкогольной и наркотической (гашиш, марихуана и др.) интоксикации, базедовой болезни, ботулизме, тиреотоксической, эпилептической, эклампсической, печеночной и гипохлоремической комах, синдроме Редлиха и Флатау.

Односторонний мидриаз в сочетании с различными неврологическими нарушениями отмечается при синдроме Пти, параличе глазодвигательного нерва, синдромах Нотнагеля, Рошо — Дювиньо, Фуа, неврите зрительного нерва и альтернирующих параличах Вебера и Бенедикта.

**Анизокория.** С диагностической точки зрения интересен факт неравномерности величины зрачков, называемый анизокорией. За истинную анизокорию обычно принимают неравенство зрачков от 1 мм и более.

Анизокория является признаком поражения не только нервной системы, но и многих внутренних органов. Она встречается при различных заболеваниях центральной нервной системы, прежде всего при нейросифилисе, энцефалитах, расстройствах мозгового кровообращения, опухолях головного мозга, базальных арахноидитах, черепно-мозговых травмах и многочисленных поражениях в шейном отделе спинного мозга. Из внутренних заболеваний анизокория наиболее часто наблюдается при поражении легочной верхушки, печени, почек, червеобразного отростка. Большинство этих висцеральных заболеваний ведет к расширению зрачка, возникающему в результате рефлекторного воздействия на пограничный симпатический ствол соответствующей стороны. Таким образом, при отсутствии невралической патологии обнаружение одностороннего мидриаза должно служить указателем на возможную патологию внутренних органов с той же стороны.

Наиболее полные сведения по изучению анизокории в клинике были получены В.А. Смирновым (1953). По данным автора, при обследовании 412 больных неравенство зрачков отмечалось при органических поражениях центральной нервной системы в 47%, при заболеваниях периферической нервной системы — в 21%, при болезнях внутренних органов — в 29%, при алко-

голизме — в 28% случаев. При изучении 36 больных с функциональными нарушениями нервной системы анизокория как стойкий феномен не наблюдалась. Таким образом, в целом зрачковое неравенство отмечалось у 153 из 412 обследованных больных, или в 37% случаев.

По нашим биомикроскопическим данным (Е.С. Вельховер и др., 1988), из 1200 исследованных здоровых и больных людей анизокория встречалась у практически здоровых лиц в 19% случаев, у больных соматическими заболеваниями — в 37%, у больных с патологией центральной нервной системы — от 50 до 91% случаев. Причем у подавляющего большинства больных с заболеваниями внутренних органов, а также у здоровых людей правый зрачок был шире левого.

Указанные соотношения никак не относились к больным диабетом, у которых в 78% случаев отмечалась анизокория с более широким зрачком и левой щелью не справа, а слева (синдром Пти). Практически этот признак можно использовать для дистантной диагностики, позволяющей с расстояния в несколько метров, например при просмотре телепередач, подозревать отдельных людей в причастности к диабету.

**Деформации зрачков.** В норме зрачки имеют правильную круглую форму с ровными краями. Они расположены в центре радужной оболочки или слегка смещены кнутри и книзу. Деформация зрачков чаще всего отмечается при местных заболеваниях радужки. Однако отклонения от правильной формы зрачков могут наблюдаться и при дисфункции иннервационных приборов пурилломогорной системы на всех ее уровнях.

Многие авторы утверждают, что в норме деформации зрачков быть не должно. У здоровых людей А. Буллок (1938) допускает небольшую овальность зрачков, В.А. Смирнов (1953) — едва заметную двустороннюю деформацию, выявленную им в 8% случаев.

Нами установлено, что для визуальной оценки правильности формы зрачка характерна неточность. Из 750 испытуемых визуальная деформация зрачка зафиксирована в 3%, биомикроскопически — в 37% случаев, или в 12 раз чаще. Изменения конфигурации зрачков были различными, они наблюдались в одном глазу или одновременно в обоих. Всего мы выделили 9 видов деформации зрачков: овально-вертикальный, овально-горизонтальный, овально-диагональный верхний (расстояние между овалами шире вверху), овально-диагональный нижний (расстояние между овалами шире внизу), локально-уплощенный верхний, локально-уплощенный нижний, локально-уплощенный медиальный, локально-уплощенный латеральный, мультиформный. На рис. 181 показана частота некоторых разновидностей деформации правого и левого зрачков. Наиболее часто встречается овально-вертикальный вид деформации (до 34%) и наиболее редко — овально-горизонтальный (4%) и мультиформный (25%).

На рис. 182 изображены наиболее распространенные виды локально-уплощенных деформаций зрачков. Отдельные из них приведены с различной

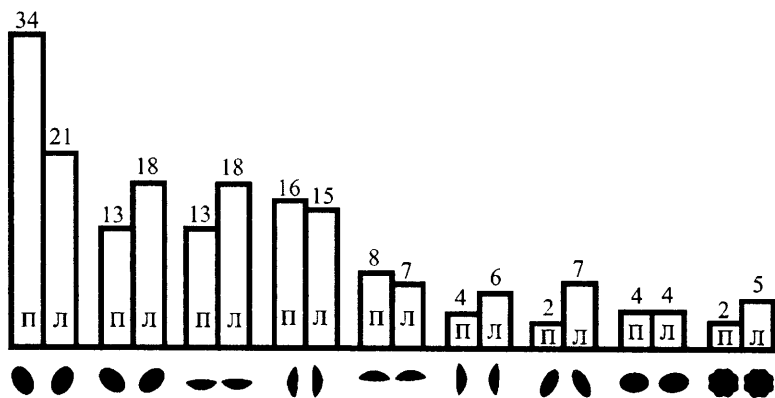


Рис. 181. Частота обнаружения некоторых разновидностей деформаций правого и левого зрачков (в процентах)

степень уплощения, легкой и грубой. Рассмотрим диагностическое значение представленных зрачковых нарушений.

**Верхний локально-уплощенный вид** (рис. 182, 1, 2) свидетельствует о склонности к эндогенным психозам, депрессии и замкнутости. Уплощение справа говорит о нарушении пассивной психики, астении и депрессии. При грубой степени уплощения возможен прогноз о «бескровной» смерти (отравление медикаментами, газом, утопление, повешение).

Уплощение слева говорит о нарушении активной психики, выражающемся в энергетических аффектах и навязчивости. Прогностически такие случаи свидетельствуют о кровавом варианте смерти (огнестрельные, ножевые и травматические).

**Верхневисочный локально-уплощенный вид** (рис. 182, 3, 4) характеризуется психическими расстройствами (разбросанностью, безразличием) и в отдельных случаях — половыми извращениями. Уплощение справа говорит о поражении ядер черепно-мозговых нервов и аномалии глотания.

Уплощение слева говорит об ослаблении речевой деятельности, слабости, головокружении и тошноте.

Двусторонние легкие уплощения означают шум в ушах, грубые уплощения — нарушения равновесия.

**Латеральный локально-уплощенный вид** (рис. 182, 5, 6). Легкие уплощения свидетельствуют о легочных нарушениях, грубые уплощения — о сердечных и сосудистых расстройствах.

**Нижневисочный локально-уплощенный вид** (рис. 182, 7) характеризуется слабостью и затруднением движений в руках. Уплощение справа говорит о патологии печени, желчного пузыря и системы воротной вены.

Уплощение слева означает патологию диафрагмы. По мнению французских исследователей, это единственный симптом диабета в ирилодиагностике.

**Нижний локально-уплощенный вид** (рис. 182, 8) имеет отношение к ногам и органам малого таза. Это слабость и сосудистые поражения ног, плоскостопие, дискогенные нарушения поясничных позвонков, почечные заболевания.

**Нижненазальный локально-уплощенный вид** (рис. 182, 9) свидетельствует о сексуальной слабости, неврастении, патологии в поясничном, крестцовом и половом сплетениях.

Уплощение справа говорит о сексуальной раздражительности — онанизме, извращениях.

Уплощение слева свидетельствует о сперматорее, импотенции, фригидности, слабости мочевого пузыря.

**Медиальный локально-уплощенный вид** (рис. 182, 10, 11) характеризуется затруднением дыхания, склонностью к коллапсам, психозам.

**Верхненазальный локально-уплощенный вид** (рис. 182, 12) является признаком раздражения шейных корешков, воспаления верхней части отдела спинного мозга, зрительных нарушений, синдрома Бернара — Горнера, аденомы носовой полости, струмы, заболевания вилочковой железы. В отдельных случаях могут наблюдаться психические отклонения.

Несколько слов о проблемах фототерапии или светолечения.

История свидетельствует, что основы цветотерапии были разработаны в глубокой древности в Египте, Индии, Китае и Персии. В египетских храмах археологи обнаружили наличие особых конструкций. Помещения были построены таким образом, что солнечные лучи преломлялись в 7 цветов спектра, и такой цвет использовался как для богослужения, так и для лечения. Врач устанавливал, какой цвет отсутствовал у индивида, после чего его «купали» в помещении с необходимым цветом для восстановления здоровья. Египтяне учили, что синий, желтый и красный цвета активизируют силы физического, ментального и спиритуального бытия человека. Синие, или электрохими-

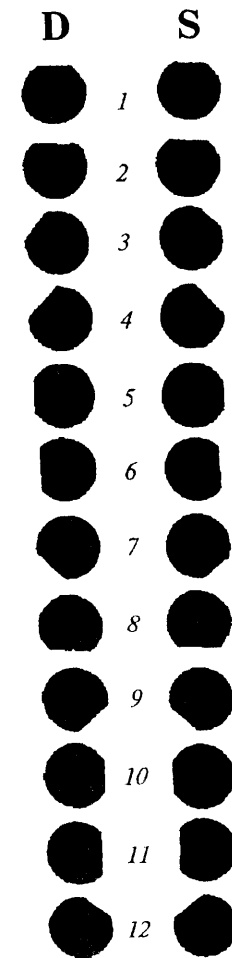


Рис. 182. Локально-уплощенные деформации зрачков (по Х. Хоммелю)

ческие, лучи были наиболее могущественными утром и весной для развития, и эта их сила исходила от египетского бога Тота, который использовал цвета для пробуждения спиритуальных центров в голове. Желтые лучи Изида, наиболее могущественные в полдень и летом, отвечали за стимуляцию психической деятельности. Красные лучи Осириса были наиболее сильны вечером и осенью; они вступали через дыхание и дарили человеку жизнь.

Египтяне использовали с лечебной целью своеобразный метод напоения пациента соляризованной (цвето-солнечной) водой.

Для человека зрение — самый важный из всех видов чувств. Помимо ассоциации зрительных образов, глаз выполняет другую, не менее значительную функцию восприятия световой энергии и цветовых эффектов как возбудителей нейрогуморальной активности глубинных образований мозга. Уже первобытные люди заметили, что смена дневного света и тепла на мрак и холод ночи прямо зависит от периодических появлений и исчезновений Солнца. Солнце является источником энергии и жизни для всех больших и малых организмов на Земле. Если вспомнить, что путь от Солнца до Земли равен 107 солнечным диаметрам и что свет преодолевает это расстояние всего за 8 мин., то станет ясно, насколько мы близки и зависимы от излучений нашего великого светила. В этой связи можно представить, какие огромные и малоиспользуемые возможности скрыты в светочувствительных приборах и зрительных нервах.

Не следует забывать, что именно через рецепторы зрительного нерва, как через специальные анатомические входы, световая энергия из внешнего мира попадает в различные отделы центральной нервной системы. В первую очередь энергетической зарядке подвергается гипоталамическая область и ретикулярная формация ствола, а через них другие отделы головного и спинного мозга.

Менее изученным, но не менее интересным представляется процесс проникновения света в глубь организма. Информация, касающаяся этой области, самая скудная и разноречивая. С относительной долей полноты раскрыты функции оптического анализатора и механизмы зрения. Однако мало что известно в отношении внутриорганной деятельности света.

Как будто бы принята версия, по которой различные спектры световой энергии проникают в ткани на глубину от 2 до 30 мм, наиболее глубоко — красные лучи и очень поверхностно — ультрафиолетовые. Ранее предполагалось, что внутри организма по многочисленным нервным волокнам проходит не световая, а преформированная биоэлектрическая энергия. В настоящее время учеными из Института клинической и экспериментальной медицины СО АМН РФ высказывается альтернативная идея о прохождении световых волн внутри организма по системе специальных световодов (или оптических волокон), совпадающих с ходом 14 акупунктурных меридианов. Эксперименты сибирских, а вслед за ними и американских ученых показали, что при облучении дистальных точек меридианов

белый, красный и отчасти синий свет может проходить по избранным «маршрутам» аномально большие расстояния, намного превышающие 30 мм. Допускается, что в человеческом организме система световодов служит одним из наиболее древних механизмов регуляции, который сохранился с ранних ступеней эволюции, с тех пор, когда у животных организмов еще не было нервной системы. Поэтому пока неясно, какую роль — атавистическую или дублирующую (подстраховочную) — играют гипотетические носители эндогенной энергии — световоды у современного человека.

Индусированные светом биоэнергетические силы вызывают в организме целый каскад превращений. Они воздействуют на центральную нервную систему, эндокринные железы, гуморальную среду и многие другие жизненно важные образования. Ультрафиолетовые лучи стимулируют выработку в коже активных биологических веществ, отрывают и переносят электроны, изменяют «ионную конъюнктуру» и электрические свойства коллоидов, повышают проницаемость клеточных мембран и обмен веществ.

Интенсификация обмена веществ, деления и роста клеток под влиянием световых облучений признается сейчас все большим числом исследователей. Небезынтересно напомнить, что в 1923 г. А.Г.Гурвич открыл митогенетические лучи, активирующие метаболические процессы и представляющие из себя ультрафиолетовые волны очень малой интенсивности и длиной 290 — 180 нм. Они испускаются растительными и животными тканями и стимулируют на расстоянии клеточное деление. На основании этих исследований немецкие ученые И.Декк (1980) и Д.Попп (1979) высказались в пользу того, что адаптационные знаки на радужке, используемые в иридодиагностике, являются не чем иным, как голографией когерентных полей излучения.

Исходя из эффекта А.Г.Гурвича, они установили следующие три положения: 1) интенсивность митогенетического излучения возрастает по мере отмирания клеток, при этом количество фотонов соответствует числу гибнущих клеток. В связи с чем авторы считают, что в каждой клетке работает молекула или спонтанное митогенетическое излучение, атом, отвечающий за фотон; 2) излучение живых систем клеток отличается от мертвых систем клеток своим спектральным распределением; 3) в отличие от мертвых систем клеток, дающих спонтанное митогенетическое излучение, живые клетки продуцируют слитные лучи в течение длительного времени — от нескольких минут до нескольких дней.

Это уникальное обстоятельство, которое, как нам представляется, можно было бы использовать для ранней экспресс-диагностики рака.

Вот почему, изменяя световой режим, можно воздействовать на центральные вегетативные образования, эндокринные железы и многие жизненно важные процессы в организме. Большую работу в этом направлении провели отечественные ученые И. Горднев, Г.И. Маркелов, И.А. Пионтковский и др. Оказалось, что изменение светового режима сказывается на частоте пульса,

колебаниях артериального давления, кровенаполнения, секреторной деятельности желудка и поджелудочной железы.

При освещении ускоряется рост организма, усиливается газообмен, повышается возбудимость мышц и содержание сахара в крови, изменяются иммунологические реакции и многие биохимические процессы. Под влиянием световых волн высвобождается адренкортикотропный гормон, усиливается секреция гормонов коры надпочечников, изменяются обмен веществ, половая функция и так называемые биологические часы. Говоря обыденным языком, это означает, что у южан по сравнению с жителями Севера быстрее происходят рост, половое созревание и общее развитие организма. В 1976 г. американские исследователи нашли, что световые волны различной длины могут либо вызывать, либо тормозить развитие опухолей.

Биофизики Москвы, возглавляемые академиком Л. Пирузяном, установили, что молекулы свободного билирубина, накапливающиеся в избытке в крови больных гемолитической желтухой, могут разрушаться при облучении больных синим светом определенной длины волн. Исследователи выяснили оптимальные условия такого облучения и внедрили этот метод терапии в практику.

В 1980 г. швейцарский ученый А. Найгер сообщил об успешном лечении геморроидального кровотечения методом коагуляции узлов инфракрасными лучами. По мнению автора, метод имеет ряд преимуществ по сравнению с другими нехирургическими методами: тепловая энергия от инфракрасного коагулятора может быть точно измерена, аллергические реакции отсутствуют, исключается возможность попадания инородных веществ.

Ученые установили, что не только свет, но и его отсутствие определенным образом отражается на организме человека. Полное или частичное выключение света может замедлить течение некоторых патологических процессов: мозгового инсульта, малярии и др. У больных с опухолями головного мозга и менингоэнцефалитами наступающая в более поздние периоды заболевания атрофия зрительных нервов и сопутствующая ей слепота значительно уменьшают или полностью выключают нестерпимые головные боли.

Слепота как бы гасит поток световых импульсов, понижая тем самым симпатические реакции, в том числе и болевые ощущения. Исходя из этих соображений, клиницисты и физиологи предложили ношение очков-консервов, с помощью которых делается попытка уменьшить чрезмерную возбудимость срединных образований мозга. Больным, страдающим гипертонией, рекомендуются очки с дымчатыми стеклами, больным глаукомой — с зелеными. Почему именно с зелеными? Потому что этот цвет понижает глазное давление и нормализует местный кровоток.

Интересное применение зеленому цвету нашли специалисты ленинградского НПО «Пигмент». Когда нефтеналивные суда совершают длительные переходы, солнце нагревает не только палубу, но и танки с нефтью, из которых начинают испаряться самые ценные легкие фракции. Для

уменьшения этих потерь раньше палубу покрывали эмалью с добавлением алюминиевой пудры. Она хорошо отражала солнечные лучи, но из-за сверкающего блеска очень утомляла зрение моряков. Это побудило ученых к созданию теплоотражающей эмали зеленого цвета. Не утомляя глаз, зеленая эмаль на 10° снижает температуру нагрева палубы и грузовых танков и почти на 40% уменьшает потери от испарения.

Оригинальное решение по регуляции силы солнечного света нашли сотрудники Латвийского университета. Взамен традиционных штор и жалюзи они создали тонкопленочные электрохромные покрытия, прозрачность и окраска которых меняются под воздействием постоянного тока. Покрытия наносятся на оконные стекла в больничных палатах и в квартирах. Поворот ручки электроприбора, соединенного с электрохромным покрытием, позволяет регулировать силу света и таким образом «получать» солнце в желаемой порции.

Значительный интерес представляют наблюдения над ослепшими молодыми людьми. Существенных изменений, кроме слепоты, у них не определялось, но отмечались повышенная чувствительность лица, обострение обоняния, слуха, общих восприятий. Кожей лица и носа они ощущают, как меняются атмосферные условия в разное время и в разной местности. Очевидно, здесь имеет место компенсаторный процесс, заключающийся в активации и соответствующей подстройке других функционирующих органов чувств.

Искусственно меняя биологические ритмы света, ученым удалось улучшить свойства растений и животных. За счет световой регуляции, например, в три раза сократились сроки выращивания карпов, значительно увеличилась яйценосность кур, на 25% повысился привес у овец и на 50% — скорость роста шерсти. Соответствующим чередованием периодов освещенности и затемнения удалось повысить содержание в лекарственных растениях необходимых медицине веществ.

Ленинградские ученые доказали, что активирующее влияние на растения оказывает не ровный, искусственный свет, а прерывистый, импульсный, причем каждое растение нуждается в строго определенном чередовании света и темноты. Для огурцов, например, необходима двухсекундная вспышка и затем трехсекундное затемнение. Для выращивания гвоздики режим иной: 50 световых вспышек в секунду. Цветы, обстрелянные таким световым «пулеметом», поступают в магазины на 60-й день, в то время как без искусственной подсветки они ждут своего часа до полугода.

Явления фотопериодизма успешно изучаются в Институте цитологии и генетики в Новосибирске. Ученые показали, что целенаправленное изменение светового режима увеличивает плодовитость и продуктивность многих сельскохозяйственных животных. Было выявлено, что дополнительное освещение беременных, особенно на стадии имплантации оплодотворенной яйцеклетки, значительно сокращает смертность эмбрионов.

Взаимоотношения органов тела и цвета

Орган	Видимый свет	Каким цветом лечить
Головной мозг	Желто-фиолетовый	Индиго
Костная система	Зеленый	Красный
Спинальный мозг	Желтый	Фиолетовый
Циркуляторная система	Синий	Красный
Система желез	Фиолетовый	Желтый или оранжевый
Сердце	Оранжевый	Фиолетовый
Почки	Индиго	Красный
Мышцы	Желтый	Фиолетовый
Кожа	Красный	Зеленый
Легкие	Индиго	Красный
Симпатическая система в целом	Морская зелень	Красный

Глаз человека не только воспринимает световую энергию, но и излучает ее. В этом нет ничего невероятного, так как поглощается рецепторами глаза и превращается в биоэлектрические импульсы только часть светового потока. Другая часть, не будучи воспринятой, отражается обратно во внешнюю среду.

В свое время описывались опыты, проводимые с выдающимся гипнотизером Арнальдо: излучение, идущее из его глаз во время гипнотического сеанса, принимала сетка-антенна; когда антенну направляли на человека, тот засыпал. Значит, глаз испускает электромагнитные волны определенной частоты. За последнее время появились сообщения о том, что глаз способен испускать рентгеновское и слабое когерентное излучение; оно совершенно невидимо, так как едва сильнее свечения тканей нашего организма.

Важно указать на светофильтрующую, защитную функцию роговицы и хрусталика, которые отсекают ультрафиолетовые лучи, преграждая им путь к сетчатке. Офтальмологи пишут, что если во время операции на месте удаленного хрусталика вставить пластмассовую линзу, прозрачную для коротковолнового излучения, то такие больные свободно могут читать таблицу, освещенную ультрафиолетовой лампой, в то время как люди с нормальным хрусталиком ничего в этой таблице не увидят.

Особое внимание в физиологии и медицине уделяется биологической роли отдельных отрезков солнечного спектра, его отдельных цветов. По данным Е. Рабкина, все множество цветов подразделяется на две группы: ахроматические и хроматические. К ахроматическим относятся белый, серый и черный цвета с их многочисленными оттенками. Хроматических цветов еще больше, они различаются по светлоте, насыщенности и цветовым тонам, определяемым длиной световых волн. Красный цвет, например, относится к длинным волнам, зеленый — к средним, фиолетовый — к коротким и т. д. В общей сложности человеческий глаз различает 130—250 цветовых тонов и 5—10 млн смешанных оттенков.

Еще в глубокой древности было известно, что красный цвет возбуждает, зеленый успокаивает, черный угнетает, желтый создает хорошее настроение, что, когда человек утомлен, он инстинктивно стремится попасть в оптимальную для него цветовую среду — к зеленому лесу, желтому песку, голубой воде. Желтый цвет всегда преобладал в ярком орнаменте буддийских храмов. Тибетские ламы явно благоволили к желтому цвету — цвету радости и покоя. Они были отличными психологами, прекрасно понимавшими, чего и какими средствами можно достичь в своих молитвах и ритуалах. Средневековые врачи, веря в магическую силу некоторых цветов, пытались лечить цветотерапией многие болезни.

Из работ с ясновидящими экстрасенсами получены сведения о взаимоотношении органов тела и цветовых лучей. Указанную зависимость можно видеть в табл. 7.

Большое значение этому вопросу придавал крупнейший русский невропатолог

толог В.М. Бехтерев. Он исследовал влияние цветовых ощущений на скорость психических процессов. Из опытов выяснилось, что лучи, стоящие ближе к тепловой части спектра, производят оживляющее действие, желтый цвет не оказывает заметного влияния на психику, зеленый цвет замедляет, а фиолетовый угнетает психические процессы и настроение испытуемых.

На основании многочисленных наблюдений В.М. Бехтерев пришел к выводу о тормозящем действии голубого цвета при состоянии психического возбуждения и об активирующем действии розового цвета при подавленности и психическом угнетении.

Великий немецкий поэт Гете в зависимости от характера создаваемых им произведений: торжественных, мрачных или веселых — пользовался очками из различно окрашенных стекол. Он отмечал, что красный и желтый цвета веселят человека, возбуждают его энергию, тогда как синий цвет вызывает уныние, подавляя у человека настроение и самообладание.

По данным шведских ученых Х. Плейшера и А. Гольми, большая часть птиц и насекомых боится голубого и синего цветов. От этих цветов «уносят ноги» простейшие из всех существ — амебы и чахнут растения в теплицах, если обычные стекла в них заменяют на подсиненные.

Но самое интересное в другом. Оказалось, что люди, обладающие небывалой для млекопитающих роскошью — цветовым зрением, приобретают его не сразу. Шведские ученые нашли, что цветовой мир открывается малышам в определенной последовательности. Сначала они воспринимают красный, оранжевый, желтый и зеленый цвета и только потом фиолетовый, синий и голубой.

Изучая явление укачивания, Ж. Кудряшова и А. Шишов обнаружили, что



на интенсивность этого болезненного состояния в известной мере влияет цветовая среда. Если до вращения испытуемых в специальном кресле провести адаптацию к различным цветам, то при последующем вращении укачивание у адаптированных к синему цвету развивается намного раньше, чем у лиц, адаптированных к красному цвету.

Интересные опыты провел французский физиолог Ферэ. Он облучал руку человека цветными лучами и измерял силу сжатия кисти. Под действием оранжевого цвета рука сжималась в 1,5 раза, под действием красного — в 2 раза сильнее, чем в обычных условиях.

Венгерские ученые из Политехнического института в Будапеште изучали влияние различных предметов на частоту сердечных сокращений. С этой целью они поочередно помещали испытуемых в комнаты, стены которых были выкрашены в желтый, голубой и ярко-красный цвета. В желтой комнате пульс испытуемых был нормальным, в голубой — замедленным, в красной — заметно учащенным.

Немецкий психоневролог Гольдштейн обнаружил, что, если человека с завязанными глазами осветить красным светом, он стремится развести руки в стороны, при освещении синим светом — свести. В чем тут разгадка, сказать нелегко. Важно, что она связана с различной степенью активации красным и синим светом особых двигательных структур мозга, относящихся к экстрапирамидно-церебеллярному комплексу. Во всяком случае, это не фокус, так как возбуждающий эффект длинноволнового красного цвета намного выше, чем коротковолнового синего.

Ученые В. Карчагин и Н. Зазыбин с помощью спектрофотометра доказали, что наиболее глубоко в тело человека проникают красные лучи, менее глубоко — ультрафиолетовые. Лучистая энергия, поглощенная любым биологическим объектом, в частности человеческим организмом, превращается в другие виды энергии. Часть световой радиации (главным образом длинноволновой) переходит в теплоту. Под влиянием последней в тканях и органах происходит ускорение физико-химических процессов, что сказывается повышением тканевого и общего обменов. Другая часть радиации (преимущественно ультрафиолетовая), поглощаясь тканями, вызывает в них сложные фотоэлектрические изменения. На рис. 183 представлен спектр электромагнитного излучения Солнца и место в нем фракций видимого света.

Фиолетовый, синий и голубой цвета с длиной волны от 410 до 470 нм составляют коротковолновую часть видимого нами света. Они занимают среднее положение между длинноволновым (красно-желтым) излучением и находящимся за порогом зрительных восприятий ультракоротковолновым. Не обладая тепловым, откровенно возбуждающим действием первого и активирующим фотоэлектрическим эффектом второго, фиолетово-голубые волны могут рассматриваться как умеренные и даже слабые световые раздражители. Возможно, поэтому они мало способствуют росту растений, вызывают тор-

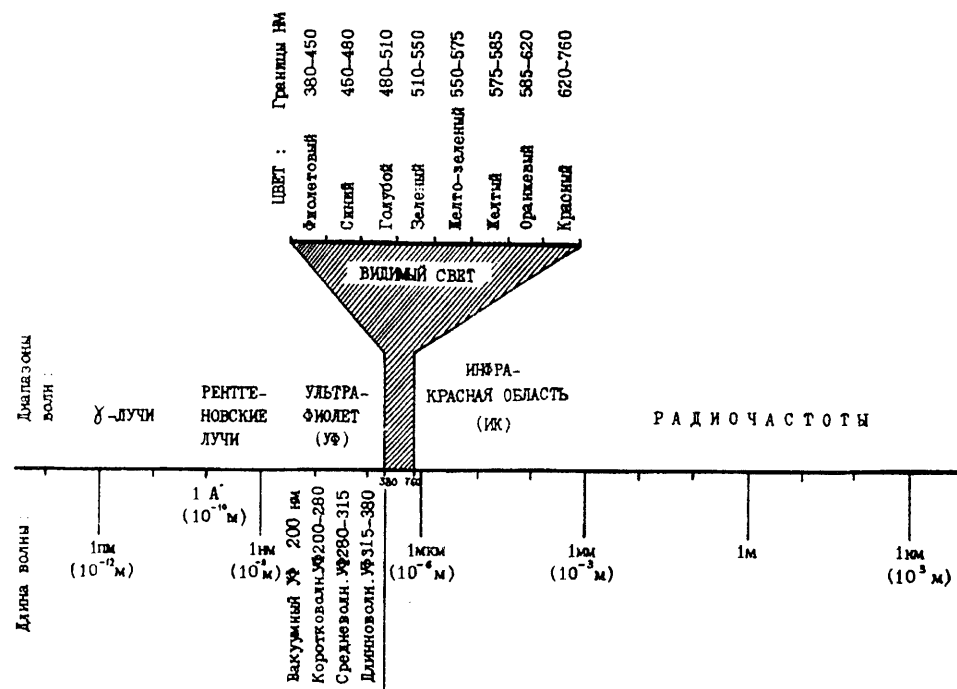


Рис. 183. Спектр электромагнитного излучения

можение у живых существ, позднее других воспринимаются ребенком, требующим непременно больших энергий для своего развития.

Существует зависимость между психическим состоянием человека и восприятием цвета. На этом основан цветовой тест Люшера. В полном варианте он состоит из 7 наборов различных цветов, что в общей сложности составляет 73 цветные полоски. На практике наиболее часто пользуются сокращенным (восьмикартонным) вариантом теста, при котором испытуемый отбирает цвета в «нисходящем порядке предпочтения». Таким образом, цвет, которому он отдает первое место, вызывает у него наибольшую симпатию, тот, который он выбирает последним и который занимает 8-е место, вызывает у него антипатию (или самую слабую симпатию). Видя, какое место в ряду занимает тот или иной цвет, мы можем определить присущую ему «функциональность».

По данным психологов, каждому цвету соответствуют определенные свойства. Например, черный цвет символизирует ненависть, злобу, мстительность, отказ. Если человек выбрал черный цвет, то это говорит о том, что он находит существующую ситуацию неприятной, что к нему предъявляют

слишком высокие требования, вынуждающие его действовать опрометчиво и безрассудно. Зеленый цвет означает состояние здоровья и «эластичной напряженности». Психологически это выражается в деятельной воле, упорстве и постоянстве. Человек, выбирающий зеленый цвет, хочет, чтобы во всем торжествовали его собственные взгляды и убеждения, стремится чувствовать, что все его поведение оправдывается тем, что он — носитель основных и непреложных принципов. В результате такой человек возводит себя на пьедестал и начинает поучать других. Ему нужно, чтобы его признавали, а занятые им позиции оставались незабываемыми, несмотря на сопротивление и противодействие окружающих.

Тест Люшера содержит обширную информацию относительно психологической структуры индивида и зон психического и отчасти соматического стресса. Цветовой тест Люшера служит для врачей «сигнальной системой», предупреждающей о появлении на ранних стадиях различных заболеваний, в том числе мозговых инсультов и инфарктов миокарда.

Немаловажное значение, прежде всего с практической точки зрения, придается в настоящее время цветовому климату и микроклимату. Имеется в виду окраска производственных помещений, школ, жилых домов и машин. Для подбора цветов, скажем, школьного класса необходимо учитывать не только особенности педагогического процесса, но также физиологию и психологию учащихся. Белорусские ученые установили, что окраску младших классов следует производить предпочитаемыми малышами оранжево-желтыми тонами, старших классов — более холодными, синеватыми.

Оригинальный опыт провели недавно психологи, которые осветили со вкусом накрытый стол светом, прошедшим через специальные фильтры. При этом окраска блюд резко изменилась: мясо выглядело серым, салат фиолетовым, зеленый горошек черным, молоко фиолетово-красным, яичный желток коричневым и т. д. Гости, только что собравшиеся с аппетитом поесть, сразу потеряли аппетит и не склонны были даже попробовать странно окрашенную пищу. Тем, кто ради любопытства попытался что-либо съесть, стало дурно...

Рациональная окраска рабочих мест на некоторых фабриках Германии повысила производительность труда на 25%. Причем одновременно с этим понизилась заболеваемость среди рабочих. В спортивных залах, клубах и столовых предпочтительна яркая, радостная окраска. Она вызывает бодрость, улучшает аппетит и повышает общий тонус. Однако как и в любом другом деле, подбирая цветовой режим, очень важно сохранять чувство меры. Утрата его может повести к курьезным последствиям.

В качестве примера можно привести случай, происшедший с одним швейцарским предпринимателем, который, начитавшись гигиенических брошюр, приказал выкрасить стены своего кафе в красный цвет. Хозяин надеялся, что посетители станут есть больше и быстрее и это увеличит оборот, но увеличилось только количество скандалов и драк, которые устраивали возбужденные гости.

В реестре солнечного спектра красный цвет играет особую роль. По международному соглашению с давних пор он служит сигналом опасности. Подобного рода выбор не случаен. Возбуждающее действие красного цвета психологи связывают с историческим опытом человечества: это цвет крови и раскаленного металла. Из всех видимых цветов у него самая большая длина волны и наименьшее рассеивание при прохождении толщи атмосферы. Поэтому он может быть запрещающим сигналом.

Окружающая человека среда — это гигантский океан света, состоящий из тысячи цветовых тонов и оттенков. Синий, красный, зеленый, желтый — понятие для практического врача весьма абстрактное, в лучшем случае эстетическое, но, к сожалению, пока не физическое и не физиологическое. Именно поэтому цветотерапия не заняла надлежащего места в современной медицине.

Жаль, что беспечно теряется из виду и остается за бортом научных изысканий целый океан цвета. Океан колоссальных, но, увы, неиспользованных энергий. Правда, за последнее время положение несколько изменилось. Появилась группа исследователей, которые сделали первые и довольно успешные шаги по использованию цветовых эффектов видимого, лазерного, СВЧ и КВЧ света, а также биорезонансной офтальмоцветотерапии в лечении отдельных заболеваний: гипертонической болезни, анемии, полиартритов, бронхиальной астмы, дерматозов, глазных заболеваний.

Однако из всех видов светового воздействия наиболее заманчивым и перспективным является освоение многовековой идеи тибетской народной медицины — лечение болезней «смотрением на Солнце». Великие ламы считали, что наиболее подходящим временем для солнцелечения были утренние и вечерние часы — периоды восхода и заката Солнца. Интересно заметить, что и сегодня нам удалось встретить небольшую группу ярких поклонников Солнца, которые, научившись смотреть на божественное светило (и не только во время восхода и заката), годами не могут оторваться от него. Подобно фотонаркомам, они непрестанно ищут встречи с Солнцем, чтобы посмотреть на него и получить очередную, ни с чем не сравнимую порцию бодрости и радушия.

Осматривая одного из таких энтузиастов солнцелечения, архитектора из Новосибирска, автор обнаружил у него тотальное расширение и узловатость вен переднего отрезка глаз, очень напоминающее известную всем картину варикозного расширения вен на ногах. Солнцопоклоннику было разъяснено, что чрезмерные засветы глаз, особенно в дневное время, могут нести пагубное влияние здоровью, вплоть до остановки сердца.

Небезобидными могут оказаться и детские игры в солнечные зайчики. О. Памирцев (цитирую по книге Т. П. Тетериной, 1998 г.) в статье «Солнечный зайчик-убийца» описывает фатальный случай, свидетелем которого был он сам, когда учился в первом классе школы. «В ясный солнечный день мальчик-одноклассник забавлялся в классе солнечным зайчиком. Увидев бегающий по классной доске яркий лучик, одна из девочек, звали ее Марина, поблуднела и закрыла лицо руками. Заметивший ее испуг мальчик стал наме-



ренно наводить солнечный зайчик в глаза девочки. Она страшно испугалась и с криком «Я же сейчас умру» потеряла сознание и упала на пол. «Скорая помощь» тотчас отвезла Марину в больницу, где она вскоре скончалась.

Аналогичные случаи гибели от солнечного зайчика происходят ежегодно во всех странах. Причем погибают от солнечных лучей не только дети, но также взрослые и пожилые люди. Парадокс заключается в том, что многие врачи по своей «неглубокости» не придают этому никакого значения. В этой связи интересно привести эксперименты испанского ученого Хосе Дельгадо, который в течение нескольких дней дозированно облучал интенсивным светом две группы животных — бел шерстных и черношерстных. Под воздействием света черношерстные (т. е. богатые пигментом меланином) животные остались целыми и невредимыми, в то время как бел шерстные (бедные пигментом меланином) животные в страхе метались по вольеру или бились в судорогах. В результате эксперимента значительная часть из них погибла.

Проблема солнечного зайчика, или интенсивных световых воздействий, не проста. На наш взгляд, она заключается в понижении или дефиците светозащитной функции пигментной системы, а вместе с ней и жизнедеятельности всего организма, что присуще людям и животным альбиносам (нередко скрытым альбиносам). Такие индивиды имеют меланоциты, в которых содержатся только бесцветные тени меланиновых гранул. Врожденное отсутствие пигмента меланина уже от рождения приводит к частичной слепоте, светобоязни, повышенной восприимчивости к различным болезням и, что самое прискорбное, к укорочению жизни. Альбиносы плохо видят и болезненно переносят дневной свет. Поэтому днем их веки обычно полуопущены, глаза прищурены, и лишь в сумерках они видят несколько лучше. Характерным признаком альбиносов является наличие нистагма, который можно рассматривать как защитную реакцию глаз от прямого попадания света на сетчатку и радужку, и несколько реже глухота, гипотрихоз, дефекты интеллекта. Альбиносам свойственны низкое содержание тирозина в крови, слабый синтез каталахоминов и очень незначительная двигательная активность в стрессовых ситуациях. Все это нужно знать не только родителям, но также воспитателям, учителям и врачам.

Идеи тибетской медицины, провозгласившей солнцетерапию, непременно следовало бы развить в современную иридофототерапевтическую методику, способную использовать с лечебной целью обратные иридовисцеральные рефлекторные связи. Этот путь световой терапии нам представляется особенно целесообразным, если принять во внимание, что при иридофототерапии энергетический поток света воспринимается колоссальной сетью сосудов и концентрированной пигмент-регентной системой радужки, содержащей 80% всех меланорецепторов организма. Далее преформированный светоэнергетический поток беспрепятственно и мгновенно передается в регуляторные центры мозга, утверждая нас в мысли о том, что более быстрого и «чистого» направления для лечебных воздействий вообразить просто невозможно.

Несомненно интересно упомянуть, что светолокационный экран радужки, и в том месте, где находится яблоко, совершает непрерывные саккадические движения (Г. Гин). В нашем понимании эти генетически «вписанные» встряхивающие пигмент-регентных систем глаза резко повышают энергопоглощающую функцию радужки, что имеет большое значение в общем биоэнергетическом гомеостазе организма.

Интересно заметить, что, помимо отдельных элементов и фракций светового потока, лечебным влиянием обладает эстетика пейзажа, или так называемый «ландшафтный рефлекс». Сегодня ученым и курортологам хорошо известны те положительные воздействия на самочувствие больных, которые возникают в ассоциативных центрах зрительного анализатора при встрече с красивыми уголками природы, неповторимыми пейзажами старинных городов, уникальными картинами знаменитиков и т. д. Одновременно с живой природой лечебное значение имеют произведения искусства, или живопись-терапия. Истинные жемчужины искусства благотворно влияют на психику, а также энергетику, здоровье и всю жизнь человека. Сочетание красок и красивых форм, яркая эмоциональность цвета, художественная убедительность и глубина создают особое возвышенное настроение; картина воздействует на сферу образно-пластического осмысления, на интуитивное раскрытие и расширение сознания; происходит глубокое внутреннее сопереживание. Созерцание красоты возвышает и обновляет человека, озаряя душу и порождая в ней наиболее тонкие чувства.

Интересно отметить, что гениальные полотна Рембрандта, Ван Гога и других известных художников отличаются особой одухотворенностью и световой энергетикой, так как были написаны в состоянии сверхсознания, или транса. Знаменитые «Подсолнухи» Ван Гога, несущие в себе неповторимый заряд тончайших чувств и экстаза автора, не сравнимы ни с какими живыми подсолнухами. Неповторимость картины оценивается знатоками в 40 млн долларов.

Специалисты по живопись-терапии готовы привести множество примеров, говорящих о том, что отдельные картины обладают селективными лечебными свойствами: картины Боттичелли — снимают болевой синдром, картины Матисса — лечат болезни почек, картины Пикассо — облегчают нарушения в коре головного мозга и т. д.

В последние четыре года нами разрабатывается новая методика лечения — иридофототерапия, построенная на принципах обратной иридовисцеральной связи.

Лечение локальным пучком цветового света на зоны радужки мы проводим в клинике с помощью щелевой лампы Карл Цейс, имеющей специальные цветные фильтры. Хорошие результаты получены у значительной части больных с радикулярными, невралгическими и склеротическими болями. Соответствующие проекционные зоны радужки облучались светом в комбинации цветов: пурпурный — зеленый, красный — синий, оранжевый — фиолетовый. Болевой синдром был купирован у большинства больных после 2—4 трехминутных процедур.

Таблица 8

## Физиогномические признаки иммунной недостаточности

Признаки	Функциональное значение
Отсутствие затылочных бугров	Низкая сопротивляемость
Малая ширина нижней части лба	Неуверенность в себе
Впалые глаза	Истощение организма
Слабость задней части шеи	Истощение резервов организма
Впалые виски	Истощение организма
Близко посаженные глаза	Низкая толерантность
Остекленевший, пустой взгляд	Сильнейшая слабость
Узкие складки на веках	Сильная усталость, адинамия
Редкие тонкие брови	Гипофункция половых желез
Опущение век	Большая нагрузка на сердце
Отсутствие или выпадение ресниц	Гипофункция половых желез
Круги под глазами	Истощение организма
Ломкость и тусклость волос	Ухудшение состояния
Узкие скулы	Низкая сопротивляемость
Отсутствие филтрума верхней губы	Низкая сопротивляемость
Малое расстояние между носом и верхней губой	Низкая выносливость организма
Маленький рот	Понижение иммуно-защитных сил
Отчетливая вертикальная складка щек	Гипофункция желудка и поджелудочной железы
Редкие зубы	Гипофункция желудка и поджелудочной железы
Вялый, сухой и очень обложенный язык	Гипофункция желудка и поджелудочной железы
Отсутствие волос на подбородке у мужчин	Гипофункция половых желез
Маленькое и тонкое ухо и мочка	Низкая сопротивляемость
Вертикальные морщинки перед ухом	Истощение организма
Отсутствие мочки уха	Слабая наследственность
0-1-2 поперечные складки у запястья	Низкая выносливость организма
Отсутствие ногтевых лунок	Сердечно-сосудистая недостаточность
Вялые икры ног	Понижение жизненного тонуса
Узкий почерк	Понижение жизненного тонуса

Благоприятный эффект был достигнут при лечении сосудистых спазмов зелено-голубым цветом, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — оранжево-синим и желто-фиолетовым цветом. Причем снятие болевых явлений, тошноты и рвоты наступало сразу после 1-й или 2-й процедуры.

Успешно применяют иридофототерапию при вторичном бесплодии М.В. Чернова и В.А. Шмыгов. При пониженной гормональной активности авторы облучают проекционную зону задней доли гипофиза красным, а зону надпочечников — сине-зеленым цветом; у значительной части больных они добились отчетливого успеха. Хорошие результаты эти ученые получили при лечении хронического простатита, причем вначале на соответствующую проекционную зону радужки подавался «холодный» фиолетовый цвет (2 мин.), затем «теплый» красный (1 мин.).

Складывается впечатление, что длинноволновая часть видимого света (пурпурный, красный, оранжевый, желтый цвета) характеризуется активирующими симпатикотоническими влияниями, коротковолновая часть (голубой, синий, фиолетовый цвета) отличается трофорепаративными парасимпатическими влияниями. Зеленый цвет в указанном реестре занимает среднее место, демонстрируя мягкость и седативную скоординированность своих эффектов.

Большое значение в иридофототерапии играет морфофункциональная картина облучаемого участка радужки. Здесь многое предстоит еще изучить. Первые наблюдения показывают, что наилучшие результаты получаются при действии на сосудистые «стога», просветленные и ацидотические участки радужки, наихудшие — на пигменты. Воздействие любыми лучами света на темно-коричневые и черные пигментные пятна мы относим к разряду противопоказаний.

В заключение всего вышесказанного считаем необходимым подчеркнуть, что оценка психологических стигм и болезненных симптомов по одному или нескольким физиогномическим признакам, конечно, не является достаточно убедительной. Гораздо достовернее проводить физиогномическую диагностику по комплексу признаков, относящихся к различным информационным регионам: глазам, носу, ушам и т. д.

В качестве примера приведем интегральную физиогномическую диагностику иммунной недостаточности человека, которая может быть применена как составная часть соответствующих клинических и компьютерных программ (табл. 8).

Создание большого ряда таблиц по интегральной физиогномической диагностике представляется весьма перспективным делом, позволяющим более широко (и глубже) рассматривать происхождение человеческих страданий.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Книга является далеко не исчерпывающим вкладом авторов в возрождающийся интерес к физиогномике — уникальному учению о человековедении, так или иначе влияющему на развитие многих научных дисциплин — превентивной медицины, психологии, криминалистики, антропологии и астрологии.

«Чтение» лица — чего больше в этом понятии: науки или искусства? Нам представляется, что и того, и другого. Только колоссальный жизненный опыт врача-аналитика или иного смежного специалиста, опирающегося на глубокие знания анатомии, нейрофизиологии и самой физиогномики, позволяет разобраться в тайнах человеческого лица. Для того чтобы правильно представить содержание и сущность изучаемой натуры, недостаточно расставить акценты на отдельно взятых симптомах и стигмах. Нельзя сказать по какому-либо признаку, что данный человек развратник, скряга или вор. Более того, мы не вправе судить о человеке, его нравственности и болезнях по внешним чертам лица в целом, поскольку эти черты характеризуют предрасположенность, но не свидетельствуют о сущности процесса.

В этой связи астрологи говорят: «...звезды склоняют, но не обязывают»; «Творец создает сосуд, а не человека. Это может быть прекрасная амфора или очень скромный кувшин. Суть в том, чем будут они заполнены». Любой человек творит себя сам путем волевого самосовершенствования и преодоления болезней и пороков развития, а его одухотворенное истинное лицо отражает метаморфозы такого творения.

Человеческое лицо — это театр с непрестанно меняющимися актерами, каждый из которых играет одному ему присущую роль во всех актах противоречивой жизненной драмы, происходящей между организмом и внешней средой, между чувствами и разумом, между сердцем и мозгом и т. д.

Большое значение в получении физиогномической информации отводится разнообразным мимическим признакам. С научной точки зрения следует считать, что естественная мимика объективна и познаваема. Конечно, она не всегда выступает в первоизданном виде, а затушевана или стерта масками выработанной искусственной мимики, обладателями которой являются прежде всего художественные и невротические личности. «Игра» многочисленных мимических мышц находится в сопряженном единстве с величиной, формой

и топографией статических стигм лица. Отсюда следует, что только интегративный анализ адаптационно-трофических и кинетических знаков физиогномики способен дать достоверные сведения о масштабе и характере физических и психических изменений в состоянии человека.

Многие американские ученые позитивно относятся к физиогномике, усматривая в ней активный динамический объект для извлечения ценной информации о различных функциях организма. Мы также высказываем положительное отношение к традиционной и современной физиогномике и подтверждаем это на практике созданием экспертных автоматизированных и диалоговых систем, построенных на верифицированных критериях иридологической и физиогномической диагностики.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Адаменко В.А. Целительные лучи // Техника молодежи. — 1986. — № 1.
- Аствацатуров М.И. Учебник нервных болезней. — М.: Медгиз, 1938. — С. 98—114.
- Боголюбов В.М., Комраков А.В., Харитонов В.Ф., Тупикова А.Е., Стернинсон Л.З., Литвинова А.П., Полторанов В.В. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 1989, 2, с.6—10.
- Бронштейн А. И. Вкус и обоняние. — М. — С., 1950, с. 34—58.
- Вартенберг Р. Диагностические тесты в неврологии. — М.:Медгиз, 1961. — 195 с.
- Вельховер Е.С., Никифоров В.Г. Основы клинической рефлексологии. — М.: Медицина, 1984. — 225 с.
- Вельховер Е.С., Шульпина Н.Б., Алиева З.А., Ромашов Ф.Н. Иридодиагностика. — М.: Медицина, 1988. — 237 с.
- Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Пунктурная рефлексотерапия. — Горький: Волго-Вятское книжное издательство, 1988. — 335 с.
- Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. — М.: Наука, 1986. — 574 с.
- Гамалея Н.Ф., Шишко Е.Д., Яниш Ю.В. Новые данные по фоточувствительности живой клетки и механизмы лазерной биостимуляции // Докл. АН СССР. — 1983. — № 1. — С. 224—227.
- Герасимов М.М. Основы восстановления лица по черепу. — М.: Советская наука, 1949. — 186 с.
- Гуляев Ю.В., Годик Э.Э. Физические поля биологических объектов // Кибернетика живого. Биология и информация. — М., 1984. — С. 111—117.
- Гурвич А.Л. Митогенетическое излучение биологических систем как показатель регулирующего взаимодействия молекулярного и клеточного уровней // Успехи совр. биологии. — 1986. — Т.101, № 3. — С. 390—397.
- Джарвис Д.С. Мед и другие естественные продукты. — Апимондия, 1975. — 117 с.
- Дуринян Р.А. Атлас аурикулярной рефлексотерапии. — Ташкент: Медицина, 1982. — 64 с.
- Кирпатовский И.Д., Бочаров В.Я. Рельефная анатомия человека. — М.: Медицина, 1974. — 157 с.

- Ковалев И.Е., Данилова Н.П., Андронати С.А., Жеребин Ю.Л. Влияние эно-меланина на гемолиз эритроцитов, вызываемый свободно-радикальными реакциями и другими факторами // Фармакол. и токсикол. — 1986. — Т. 49, № 4, — С. 89—91.
- Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. — Прага: Авиценум, 1983. — 405 с.
- Кречмер Э. Строение тела и характера. — М.— Л., 1930.
- Крылова Н.В., Соболева Т.М. Микроциркуляторное русло человека. М.: Изд-во УДН, 1986.— С. 45—46.
- Куликов В.И. Индивидуальный тест «Словесный портрет». — Владивосток: Изд-во Дальневост. университета, 1988. — 248 с.
- Куприянов В.В., Стовичек Г.В. Лицо человека. — М.: Медицина, 1988. — 266 с.
- Матлашов А.Н., Журавлев Ю.Е., Валиев И.В. Динамическое картирование магнитного поля сердца // Докл. АН СССР. — 1986. — Т. 286, № 2. — С. 451—454.
- Мачерет Е.Л., Лысенюк В.П., Самосюк И.З. Атлас акупунктурных зон. — Киев: Виша школа, 1986. — 254 с.
- Мележик А.В. Туннельный перенос электронов между фотоиндуцированными парамагнитными центрами в меланиновом пигменте // Биофизика. — 1980. — Т. 25, Вып. 2. — С. 242—245.
- Песиков Я.С., Рыбалко С.Я. Атлас клинической аурикулотерапии. — М.: Медицина, 1990. — 255 с.
- Портнов Ф.Г. Электропунктурная рефлексотерапия. — Рига: Занатне, 1980. — 217 с.
- Пузин М.Н., Шаров М.Н. Дентальная плексалгия. — М.: Изд-во УДН, 1990. — 178 с.
- Ромашов Ф.Н., Вельховер Е.С., Пичхадзе Р.С. Иридодиагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: Изд-во УДН, 1985. — 80 с.
- Сакина Н.Л. Роль меланопротеиновых гранул в защите ткани пигментного эпителия глаза от окисления: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1986. — 26 с.
- Смирнов В.А. Зрачки в норме и патологии. — М.: Медгиз, 1953. — 232 с.
- Степанченко А.В., Пузин М.Н. Лицо человека. — М.: Авиация и космонавтика, 1991. — 45 с.
- Сухаревский Л.М. Клиника мимических расстройств. — М.: Медицина, 1966. — 355 с.
- Табеева Д.М., Клименко Л.М. Ухоиглотерапия. — Казань: Татарское книж. изд-во, 1976. — 95 с.
- Тетерина Т.П. Свет, глаз, мозг. — Калуга, 1998.— 213 с.
- Ферри Э. Уголовная социология. — М., 1908. — 338 с.
- Филатова Е.С. Соционика для вас. — Новосибирск: Изд-во Сибирский хронограф, 1993. — 295 с.

- Bourdiol R.J.* Traite d'irido-diagnostic. — Maisonneuve, 1975, p. 147-152.
- Deck J.* Diferenzierung der Iriszeichen. — Etlingen, 1980. — L. 2. — P. 34-45.
- Deck J.* Gründlagen der Irisdiagnostik. — Etlingen: Deck, 1965. — 353 S.
- Deck J.* Diferenzierung der Iriszeichen. — Etlingen, 1980, S. 23-25.
- Jausas G.* L'iridologie renovee. — Paris, 1983. — 255 p.
- Jensen B.* Iridology. The science and practice in the healingarts. — Escondido, 1982, vol. 2. — 580 p.
- Kriege T.* Grundbegriffe der Irisdiagnostik. — Osnabrück, 1971, S. 18.
- Liljequist N.* Table d'orientation de l'iris // Diagnostic par les yeux. — Stockholm, 1897. — 284 p.
- Martenet A.C.* Physiologie de Iris et de la pupilla // Encycl. Med. Chir. Paris Ophthalmologie. — 21024 A — 10, 1986, 4.4.12.
- Maubach A.* Augen-diagnostik. — Saulgau: Hang Cie, 1952. — 92 S.
- Peczeli J.* Premier schema de l'iris par Peczely // Extrait du Homaeopatische Monatsbladet, 1886, p. 4.
- Popp D.* Der Mensch ist ein Supermeßgerät. — BNN. 29.5.1979. — S. 2.
- Schnabel R.* Iridoscopie. Anleitung Krausheiten und deren Veranlagung aus der menschlichen Iris zu erkennen. — Ulm: Arkana Verlag, 1959, S. 80-85.
- Szendi L.* Experimentale Treibdiagnostik. — Bern und Stutgart: Hans Hubler, 1959.
- Tepperwein K.* Krankheiten aus dem Gesicht erkennen. — Pathophysiognomie, Verlag, 1993.
- Thomas F.* Secrets in the face. — Bombay, 1986. — 67 p.
- Whiteside R.L.* Face language. A Guide To Meeting The Right Person. Hollywood. — Florida, 1994.
- Vida F., Deck J.* Klinische Prüfung der Organ und Krankheitszeichen in der Iris. — Ulm: Karl. F. Hang Verlag, 1954. — 46 S.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов.....	3
Глава I. Краткий исторический экскурс .....	5
Глава II. Анатомическая характеристика лица .....	24
Глава III. Конституциональная и соционическая типология человека .....	32
Глава IV. Информационные знаки лица .....	65
Глава V. Точечнозональные проекции лица и головы .....	115
Глава VI. Информационные знаки рта .....	139
Глава VII. Информационные знаки носа .....	170
Глава VIII Информационные знаки уха .....	200
Глава IX. Информационные знаки глаза .....	235
Заключение.....	314
Список использованной литературы .....	316