

### Список литературы

1. Арешидзе Д.А., Тимченко Л.Д., Снисаренко Т.А. Информационное состояние печени крыс разного возраста при её экспериментальном токсическом повреждении // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Естественные науки. – 2013. – № 2. – С. 13–16.
2. Арешидзе Д.А. Энергоинформационное состояние печени человека при некоторых патологиях и патологических состояниях в пожилом возрасте // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Естественные науки. – 2009. – № 1. – С. 89–92.
3. Код Фибоначчи и «золотое сечение» в патофизиологии и экспериментальной магнитобиологии / Н.М. Исаева, Т.И. Субботина, А.А. Хадарцев, А.А. Яшин; под ред. Т.И. Субботиной и А.А. Яшина. – М.: Тула, Тверь: ООО Изд-во «Триада», 2007. – 136 с.

### СПОР О ЛИМФАТИЧЕСКОМ ПОСТКАПИЛЛЯРЕ

Петренко В.М.

*Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Недавно в интернете я обнаружил ссылку на дискуссионную статью «Спорные вопросы о лимфатическом посткапилляре» («Морфологические ведомости», 2010, № 2): к сожалению, этот ВАКовский журнал отсутствует в Российской национальной библиотеке. В статье А.И. Шведавченко с 3 соавторами обвинили меня (и не только) в том, чего я не писал, а заодно – в элементарном незнании морфологии и развития лимфатического русла вообще и его клапанов, в частности. Справедливости ради замечу: я впервые узнал, что указанные горе-критики являются специалистами в области функциональной морфологии инициальных звеньев лимфатического русла и развития лимфатической системы. Неслучайно в статье отсутствуют какие-либо иллюстрации в поддержку абстрактных рассуждений назидателей.

История этого спора очень коротка. В 2007 г. в журнале «Морфология» (№ 2) была опубликована дискуссионная статья А.И. Шведавченко и В.Я. Бочарова «О лимфатическом посткапилляре» (через 3 года к ним присоединились еще 2 соавтора – для придания «веса» новой публикации?). В статье 2007 г. были подвергнуты критике представления о лимфатическом посткапилляре (ЛПК) и его клапанах покойного (умер в 2006 г.) академика В.В. Куприянова, возглавлявшего школу исследователей микроциркуляторного русла. Свои взгляды В.В. Куприянов аргументировал конкретными научными данными, полученными им с помощью оригинальной методики серебрения сосудов, а также люминисцентной и электронной микроскопии лимфатического русла. Редакция журнала направила мне статью А.И. Шведавченко и В.Я. Бочарова на рецензию. Не буду перечислять все «прелести» этого опуса. Отмечу главное: обсуждение литературных данных, для науки – ничего нового, к тексту прилагалась убогая, коряво нарисованная схема клапана. Приняв во внимание, что

статья вышла с кафедры уважаемого ученого, я рекомендовал доработать ее. Статью вскоре опубликовали после неполной нормализации текста, но без шедеврального рисунка.

А в 2008 г. был издан сборник научных трудов, посвященный 100-летию со дня рождения академика Д.А. Жданова, с моей статьей «О лимфатическом посткапилляре и его клапанах». Я отметил, что в статье «О лимфатическом посткапилляре» «отрицается существование ЛПК по В.В.Куприянову на основании его раннего описания первых клапанов в виде выступления эндотелиальных клеток в сосудистый просвет – в состав клапана должна входить соединительная ткань». Моя статья была проиллюстрирована 19 микрофотографиями, в т.ч.:

1) 14 – ЛПК и других микрососудов с тотальных препаратов, окрашенных галлоцианином или импрегнированных азотнокислым сербром;

2) 5-грудного протока и его клапанов у эмбриона 8 нед. и плода 10,5 нед. (гистологические срезы, окрашенные гематоксилином и эозином), у плодов 11,5 и 20 нед. (тотальные препараты, окрашенные галлоцианином).

Окрашенные тотальные препараты в гораздо большей мере, чем электроннограммы и даже гистологические срезы, позволяют показать, как постепенно изменяется строение стенок на протяжении лимфатического русла от его капилляров (ЛК) к мышечным сосудам. В такой же последовательности происходит развитие стенок грудного протока в эмбриогенезе человека, одной из стадий которого является ЛПК. В заключении я заметил: «Нет оснований для безоговорочного отрицания ЛПК, поскольку далеко не все известно о строении путей лимфооттока из сетей ЛК. Возможны различные варианты их структурной организации, в том числе ЛПК и их клапанов. Необходимо подробное исследование строения стенок ЛК и ЛПК, особенно в переходной области, чтобы установить, когда в их стенках и клапанах появляется соединительная ткань». И после этого А.И. Шведавченко и Ко обвиняют меня (и не только) в неаргументированном и безапелляционном утверждении существования ЛПК!? А сами-то что сделали? А.И. Шведавченко и Ко (2010) объяснили: «Наша позиция (2007) основывается на строении стенки клапана как такового (!?), исходя из конструкции его в лимфатических и венозных сосудах. Позиция сторонников лимфатического посткапилляра заключается в том, что складка капилляра – это клапан и никаких возражений (??). Поэтому необходима аргументация такой позиции по этому вопросу, тогда у нас не будет никаких возражений». Вот так: вы работайте, а мы подождем, рассмотрим и вынесем приговор – просто Истина в последней инстанции! А надо ли убеждать таких сторонних созерцателей?

Еще немного о «высоком» профессионализме и компетентности А.И. Шведавченко и Ко:

1. Квизименторы почему-то не упомянули ни в 2007 г., ни в 2010 г. статью В.В. Куприянова с соавторами «Структура и функция лимфатических посткапилляров (механизм сопряжения процессов интерстициального транспорта и лимфатической резорбции)» («Архив анат.», 1989, № 6). А между тем статья содержит новые сведения о строении ЛПК и его клапанов (включая соединительнотканый компонент створок клапана) по сравнению с монографией В.В. Куприянова 1969 г., с критики положений которой началась наукоидная возня. В статье В.В. Куприянова представлены информативные электроннограммы ЛПК и его клапанов.

2. «Знаоки» почему-то также не упомянули в 2010 г. статью Ю.Е. Выренкова с соавторами «Особенности строения лимфатического посткапилляра» («Вестник лимфологии», 2008, № 1), в которой есть ссылка на статью В.В. Куприянова с соавторами (1989) и приведены микрофотографии и электроннограммы ЛПК. И список подобных работ можно продолжить.

#### **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ВЕРХНЕГО БРЫЖЕЕЧНОГО СЕГМЕНТА ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ У ЛЮДЕЙ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ**

Петренко В.М., Петренко Е.В.

*Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Конституция или общее устройство лимфатической системы состоит в ее сегментарной организации. Она обусловлена особенностями топографии (ветвящейся артерией) и строения стенок (клапанами) лимфатического русла. Поэтому сегменты лимфатической системы были разделены на 2 группы:

1) генеральные (общие для лимфатического и кровеносного русла) или системные;

2) специальные (собственные для лимфатического русла) или локальные – межклапанные, которые объединяются с другими компонентами генеральных сегментов лимфатической системы посредством соединительной ткани, местами она трансформируется в лимфоидную ткань.

Генеральные сегменты разделяются на центральные, парааортальные и периферические, субаортальные, расположенные вдоль ветвей аорты (Петренко В.М., 2011). Строение разных участков лимфатической системы коррелирует с типом телосложения человека, что позволило наметить морфотипы и типы конституции лимфатической системы У людей с долихоморфным телосложением предполагается большее количественное развитие лимфоидной ткани, в т.ч. лимфоузлов (Петренко В.М., 2012, 2013). Это может быть сопряжено с гипоиммунорезистентностью организма у астеников (Маслов М.С., 1925). Верхний брыжеечный сегмент лимфатической системы, вероятно, подвержен повышенным иммунным нагрузкам: огромное количество антигенов всасывается в лимфатическое русло тонкой и правой половины толстой кишок. Так можно объяснить большое количество лимфоидных узелков и бляшек в их стенках, а также лимфоузлов, обнаруживаемых в этой области у взрослых людей по данным разных исследователей – 180–200 (Иосифов Г.М., 1930), 120–140 (Красовский Г.Т., 1963), 66–404 в 100% случаев или 100–250 в 77,5% случаев (Махмудов З.А., 1981). Причем З.А. Махмудов установил, что максимальное количество верхних брыжеечных лимфоузлов, всех и периферических в т.ч., у людей с долихоморфным телосложением выше, чем у людей с брахиморфным телосложением. Дифференциальный морфогенез лимфоузлов в брюшной полости обусловлен, вероятно, индивидуально различной интенсивностью роста ее внутренних органов, включая скорость вправления физиологической пупочной грыжи в брюшную полость плода (Петренко В.М., 1987, 2002).

#### **Психологические науки**

#### **НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ И АДАПТАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА**

Лопатина А.Б.

*Пермский национальный исследовательский политехнический университет, Пермь, e-mail: drnonaperm@gmail.com*

Специалист подобен флюсу. Полнота его одностороння. (Козьма Прутков). И пусть это всего лишь афоризм, но именно такое высказывание как нельзя лучше отражает ситуацию, сложившуюся в современной медицине. Узкая специализация, которую приобретают врачи для лечения болезней одной какой-то системы или для решения какой-то одной узкой задачи, напрочь отвергает

саму суть клинического мышления и отношения к организму человека, как к единому целому. Попытка возрождения семейной медицины, обучение врачей общей практики и возложение на них ответственности за состояние здоровья человека не приносит планируемых замечательных результатов. Это происходит по причине утраты школы преподавания медицины, базирующейся на общих реакциях организма. В погоне за технологическими частностями, новыми медикаментами, инновациями, микромолекулами и нанобъектами, мало кто из практикующих врачей видит цельную картину всего происходящего с организмом человека-пациента.

Теория функциональных систем П.К. Анохина, теория стресса и дистресса Г. Селье,