

(IL-1 β , TNF α , что, возможно, является одним из важных механизмов его нейропротективного действия.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ АНАТОМИЧЕСКАЯ
ТЕРМИНОЛОГИЯ. ОБЩАЯ АНАТОМИЯ.
ОСНОВНЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ
ПЛОСКОСТИ У ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ**

Петренко В.М.

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

Сравнительно-анатомические исследования у человека и животных занимают важное место в биологии и имеют важное практическое значение для экспериментальной медицины.

Для описания строения тела человека в анатомии человека используются различные методические приемы, в частности – проведение трех основных (срединных), взаимно перпендикулярных анатомических плоскостей, 2 вертикальных или продольных (фронтальная и сагиттальная) и 1 горизонтальной (поперечной):

1) фронтальная, проходит параллельно лбу, разделяет тело человека на переднюю или вентральную и заднюю или дорсальную части;

2) сагиттальная, подобно стреле пронзает тело человека, разделяя его на правую и левую части;

3) поперечная, разделяет тело человека на верхнюю или краниальную и нижнюю или каудальную части.

Тело прямоходящего человека рассматривают в вертикальном положении. Тело у животных, перемещающихся на четырех конечностях, расположено горизонтально, ориентировано сагиттально. Поэтому для описания строения тела четвероногих животных предпочтительно использовать следующие 3 основные анатомические плоскости:

1) 2 вертикальные (сагиттальная и поперечная) и 1 горизонтальная (дорсальная);

2) 2 продольные (дорсальная и сагиттальная) и 1 поперечная.

Дорсальная (~ фронтальная) плоскость проходит более или менее параллельно суставным отросткам позвонков и затылку, сагиттальная – через остистые отростки позвонков. Дорсальная плоскость разделяет тело четвероногого животного на верхнюю или дорсальную и нижнюю или вентральную части, сагиттальная плоскость – на правую и левую части, поперечная плоскость – на переднюю или краниальную и заднюю или каудальную части. Поэтому, чтобы избежать терминологической путаницы при проведении сравнительно-анатомических исследований у человека и животных, лучше опускать такие определения частей их тел, как передняя и задняя, верхняя и нижняя, а использовать сопоставимые термины – вентральная и дорсальная части, краниальная и каудальная части. Я также не вижу необходимости выделять одну срединную и множество сагиттальных плоскостей при том, что одновременно

дорсальные и поперечные плоскости сразу рассматриваются как множественные (Поздрачев А.Д., Поляков Е.Л., 2001).

**ТИПЫ КОНСТИТУЦИИ
ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ.
СООБЩЕНИЕ VI. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРОБЛЕМЫ**

Петренко В.М.

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

Знания о корреляции строения лимфатической системы в целом и отдельных ее частей с соматотипом человека имеют важное практическое значение, особенно в области хирургии – для профилактики повреждения лимфатических протоков и стволов при оперативных вмешательствах или для оптимизации доступа к ним с целью установить в них катетер. По этой причине не первое столетие проводятся исследования вариантов строения и топографии шейной части грудного протока (ГП). Еще А. Haller (1765), в отличие от других современных ему анатомов, сообщил, что на двух его препаратах дуга ГП отсутствовала, ГП при этом не поднимался выше подключичной артерии. М.С. Лисицын (1922) первым опубликовал данные о типах расположения дуги ГП в связи с внешними данными человека.

М.С. Лисицын отпрепарировал 46 трупов взрослых людей, 19 мужчин и 27 женщин. На 31 трупе дуга ГП была круто изогнутой (ДКИ), на 15 трупах – плоской (ДПИ). Я провел анализ этих материалов. У мужчин ДКИ и ДПИ встречались с примерно одинаковой частотой (9:10), а у женщин – гораздо чаще ДКИ (4,4:1). ДКИ обнаруживалась у женщин в 2,44 раза чаще, чем у мужчин, а ДПИ – в 2 раза реже. ДКИ располагалась выше ДПИ: ДКИ – между верхними краями тел VI и VII шейных позвонков, ДПИ – между верхним краем тела VII шейного позвонка и серединой тела I грудного позвонка. Чаще всего ($\approx 2/3$ случаев) дуга ГП достигала уровня нижнего края тела VI шейного позвонка, у женщин – нижнего края VI шейного позвонка ($\approx 63\%$ случаев) или его нижнего края и середины ($\approx 81,2\%$ случаев), у мужчин – верхнего края и середины тела VII шейного позвонка (52,6% случаев).

М.С. Лисицын находил ДКИ при узком верхнем отверстии грудной клетки, а ДПИ – когда это отверстие было широким. Вероятно, исходя из представлений своего научного руководителя, проф. В.Н. Шевкуненко о соматотипах человека, М.С. Лисицын в заключение заявил, что ДКИ относится к несовершенным типам, а ДПИ – к совершенным.

Выводы М.С. Лисицына поддержал S. Minkin (1925). По его мнению, положение дуги ГП зависит от положения дуги аорты и возраста человека: у молодых людей дуга ГП и дуга аорты находятся выше, чем у старых. Д.А. Жданов (1945) обнаружил изменчивость проекции