

дозах, которое при прувинге вызывает в здоровом организме подобные симптомы. А.П.Чехов выразил это кратко: «От чего заболел, тем и лечись». Например, аконит. Показаниями к его применению в гомеопатии являются: испуг, различные страхи, сильное возбуждение, сердцебиение, гипертония, головная боль, сухость слизистых оболочек, непереносимость шума. Существенный вклад в научное обоснование применения гомеопатических лекарственных средств внесли опыты А.И.Бабухина, проводимые с 1859 по 1861 г. Он исследовал степень токсичности некоторых ядов (алкалоидов аконитина, атропина, гиосциамина, стрихнина, вератрина и др.) и их действие на нервную систему. При этом были установлены поражающиеся в первую очередь органы и системы организма, а также развивающиеся симптомы. В опытах с аконитином показано, что сначала яд оказывает возбуждающее действие на ЦНС и периферические нервы, на дыхательный центр, а затем наступает их паралич, исчезает чувствительность. На клеточном уровне выявлен механизм этого действия: нарушение работы К-Na-насоса. Таким образом, наряду с результатами других известных исследователей-гомеопатов, ранние, малоизвестные работы А.И.Бабухина по раскрытию механизмов действия и фармакодинамики ряда веществ легли в основу законодательного внедрения гомеопатии в медицину.

Омельяненко Н.П., Ковалев А.В., Сморгчов М.М., Мишина Е.С. (Москва, г. Курск, Россия)

**СТРУКТУРА СОБСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА РОГОВИЦЫ
ГЛАЗА ЧЕЛОВЕКА**

Omelyanenko N.P., Kovalyov A.V., Smorchkov M.M., Mishina Ye.S. (Moscow, Kursk, Russia)

**STRUCTURE OF THE CORNEAL SUBSTANTIA PROPRIA
OF THE HUMAN EYE**

Роговица — сложное многослойное образование. Структура каждого слоя дополняется их взаимодействием или переходами одного слоя в другой. Такая организация по-разному трактуется авторами научных публикаций и учебной литературы, в связи с чем проведено детальное комплексное морфологическое (светлооптическое и электронно-микроскопическое) исследование роговицы человека, полученной от 5 мужчин без глазной патологии в возрасте 35–43 лет, погибших в результате несчастных случаев. Подтверждено наличие в структуре роговицы глаза человека четырех слоев в составе единого соединительнотканного комплекса, являющегося ее основой. Передняя пограничная пластинка (ППП) связана с помощью неволокнутого межклеточного матрикса (ММ) со слоем, который представляет

наружную часть основы роговицы и имеет толщину 7–8 мкм. Он построен из индивидуальных коллагеновых фибрилл толщиной 20–40 нм, расположенных без преимущественной пространственной ориентации, которые непосредственно переходят в уплощенные и плоские коллагеновые волокна основы (стромальные пластины). Эти коллагеновые волокна имеют трехмерную волнистость и ориентацию, параллельную поверхности роговицы. При этом волнистость не совпадает у смежных волокон, поэтому между волокнами имеются полости, обеспечивающие роговице высокую пористость. Коллагеновые фибриллы пластинок основы роговицы связаны посредством неволокнутого ММ и за счет погружения части фибрилл в периферический слой задней пограничной пластинки, которая по структуре и составу является утолщенной подэндотелиальной базальной мембраной (8–10 мкм). Полученные результаты могут служить достоверной основой для идентификации структурных элементов роговицы при ее исследовании в норме и различных патологических состояниях.

Омельяненко Н.П., Мишина Е.С., Ковалев А.В., Сморгчов М.М. (Москва, г. Курск, Россия)

**СТРУКТУРНАЯ ДИНАМИКА ВОЛОКНИСТОЙ ОСНОВЫ
КОЖИ КРЫСЫ НА МЕСТЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА
ПРИ СПОНТАННОМ ЗАЖИВЛЕНИИ**

Omelyanenko N.P., Mishina Ye.S., Kovalyov A.V., Smorchkov M.M. (Moscow, Kursk, Russia)

**STRUCTURAL DYNAMICS OF THE FIBROUS MATRIX
OF RAT SKIN IN THE AREA OF TRAUMATIC DEFECT
IN SPONTANEOUS HEALING**

Проведенное исследование, выполненное на белых крысах-самцах линии Вистар, с использованием светлооптической и электронной микроскопии показало, что формирование соединительнотканной (СТ) основы кожи крысы на месте травматического дефекта происходит в несколько этапов: 1) образование первичного СТ-регенерата под «струпом» у волокнистых структур стенок и дна кожного дефекта из тонких плоских коллагеновых волокон, имеющих волнообразную или спиральную форму с преимущественной тангенциальной ориентацией по отношению к поверхности кожи (струпа); 2) интеграция волокнистых элементов регенерата и сохранившейся дермы; 3) ангиогенез — врастание сосудов в новообразованный первичный СТ-регенерат и наращивание массы последнего; 4) постепенная резорбция фибринового сгустка, распространяющаяся от глубокого к поверхностному слою в виде «разряжения» его структуры с последующим замещением первичным регенератом; 5) частичное