

рвы слизистой пищевода, что и являлось причиной выделения крови в количестве 10—15 мл. Другой патологии со стороны внутренних органов с помощью инструментальных методов не обнаружено.

Назначено лечение: кортикостероиды внутривенно — 360 мг преднизолона, ангиопротекторы, Е-АКК и сокращающие матку на период месячных. Сделаны попытки проведения заместительной терапии отмытыми до 5—7 раз эритроцитами и кровью, подобранной по пробе Кумбса и по HL-A антигенам гистосовместности; вызывали выраженную пирогенную реакцию.

Для уточнения диагноза больную направили в г. Барнаул на кафедру пропедевтики внутренних болезней Алтайского медицинского института, где в ходе обследования у нее была заподозрена невротическая имитационная кровоточивость с нарушениями гемостаза, связанными с воздействием экзогенного гепарина. Повторные исследования гемостаза через 4,5 ч после первого без предварительной информации больной о предстоя-

щем анализе показали нормализацию основных параметров коагулограммы.

Проведенные рентгенологические исследования костей конечностей не выявили ранее существовавших переломов, указанных больной в анамнезе. Установлен диагноз: имитационный геморрагический синдром с нарушением гемокоагуляции, связанный с воздействием экзогенного гепарина, вводимого сублингвально.

В заключение следует отметить, что случаи, протекающие с симптомами заболевания, не укладывающимися в клиническую картину, несоответствие объективных и лабораторных данных должны настораживать врачей в отношении вероятности имитации различных болезней. В то же время необходимо помнить, что подобные инсценировки, придуманные больными от начала до конца, являются болезнью особого рода в отличие от банальной симуляции. Лечащему врачу бывает очень сложно понять истинную картину заболевания, поэтому нередко решающая роль в подобных случаях принадлежит психоневрологам.

УДК 616.366—002—073.173

Н. Н. Арбузова, Г. И. Харитонов (Казань). Ультразвуковая диагностика причины неэффективности операции Монастырского

Одним из осложнений после холецистостомии, требующих повторных операций, является непроходимость протока желчного пузыря, приводящая к рецидиву желтухи. При этом возникает необходимость дифференциальной диагностики холестаза и уточнения уровня непроходимости желчных путей. Ультразвуковые исследования (УЗИ) в данной ситуации становятся методом выбора вследствие его атравматичности и высокой информативности. Однако в доступной литературе мы не встретили описания динамики ультразвуковой картины после холецистэктомии.

В настоящем сообщении мы приводим данные УЗИ больных с рецидивом механической желтухи после холецистостомии в сравнении с результатами обследования лиц, не имевших осложнений от подобного вмешательства. Из 12 операций, выполненных в 1993 г., две осложнились рецидивом желтухи. На ранних сроках после вмешательства его причиной в одном случае была облитерация пузырного протока, в другом (через 4 мес. после операции) — обтурация пузырного протока замазкообразными массами, выпавшими в осадок из желчи.

1. Ультразвуковая картина при неосложненном течении послеоперационного периода. Обследованы пациенты в динамике до 4 месяцев после вмешательства, выполненного по поводу псевдотуморозного панкреатита. У них наблюдалась гиперэхогенность стенок желчного пузыря за счет их уплотнения и значительного утолщения. Диаметр общего желчного протока уменьшался по сравнению с дооперационным. Поскольку на эхо желчного пузыря наслаивалось эхо анастомозированной с ним тонкокишечной петли, в некоторых случаях кишечное содержимое напоминало конкременты. В печени определялись перипортальные уплотнения. Размеры головки поджелудочной железы, хотя и уменьшались по сравнению с исходными, но все еще оставались большими, чем в норме. Отмечались не-

четкость, волнистость контуров поджелудочной железы и неоднородность ее структуры.

2. Ультразвуковая картина при осложненном течении послеоперационного периода.

Б., 80 лет, была оперирована 15.12.1993 г. по поводу опухоли головки поджелудочной железы (гистологически аденокарцинома). В ходе операции выявлены расширение желчного пузыря и общего желчного протока, увеличение и уплотнение головки поджелудочной железы. Несмотря на отсутствие метастазов опухоли, с учетом преклонного возраста больной было решено прибегнуть к паллиативному вмешательству. При вскрытии желчного пузыря получено большое количество прозрачной бесцветной жидкости, которая расценена как «белая» желчь. Холецистостомия выполнена по общепринятому методу. В раннем послеоперационном периоде у больной прогрессировала желтуха, что первоначально связывалось с нарастающей печеночной недостаточностью. Позднее присоединились признаки холангита в виде потрясающих ознобов, появляющихся нерегулярно. С диагностической целью 27.12.1993 г. выполнено УЗИ. Желчный пузырь оказался спавшимся; расширение общего желчного протока прогрессировало от 11 до 19 мм. Головка поджелудочной железы выглядела отечной со сниженной эхогенностью; размеры ее увеличились с 32 до 48 мм. Заподозрена непроходимость пузырного протока, и по жизненным показаниям 29.12.1993 г. больной была произведена релапаротомия. На операционном столе диагноз подтвердился. При вскрытии общего желчного протока обнаружена гнойная желчь, в связи с этим хирург был вынужден отказаться от наложения нового биллиодигестивного соустья и ограничился наружным дренированием по методу А. В. Вишневого. В послеоперационном периоде сформировался наружный желчный свищ, который первоначально расценивался как частичный, но при фистулохолангиографии была найдена полная непроходимость как пузырного протока, так и фатерова соска.

По данным УЗИ: желчный пузырь спавшийся, с уплотненной стенкой, общий желчный проток расширен до 15 мм у шейки желчного пузыря и до 8 мм ближе к головке поджелудочной железы, которая сохраняла неровный волнистый контур и увеличение в размерах до 35 мм. В печени определялись множественные уплотнения.

03.03.1994 г. была произведена операция. В брюшной полости выявлен массивный спаечный процесс в области анастомоза и гепатодуоденальной связки. После рассечения спаек, ориентируясь по дренажу холедоха, выделили общий желчный проток, диаметр которого составлял 2,5 см. Перихоледохальные лимфоузлы были увеличены, головка поджелудочной железы уплотнена, а в печени вблизи от ее ворот имелся метастатический узел около 3 см в диаметре. После удаления дренажа холедоха и иссечения свищевого хода отверстие на протоке было анастомозировано с двенадцатиперстной кишкой боком-в-бок по способу Юраша. Послеоперационный период протекал без осложнений.

В., 60 лет, прооперирована 01.12.1993 г. по поводу псевдотуморозного панкреатита. Через 2 месяца после вмешательства больная обратилась повторно в связи с постоянными болями в правом подреберье и эпигастрии опоясывающего характера. Желтухи не было. Ультразвуковая картина не отличалась от наблюдаемой при неосложненном течении послеоперационного периода. В связи с подозрением на обострение панкреатита назначены заместительная терапия ферментными препаратами

и диета. Состояние не улучшилось, с 14 марта присоединилась желтуха.

По данным УЗИ от 25.03.1994 г.: печень неоднородной структуры, ширина общего желчного протока — 15 мм, желчный пузырь не заполнен, головка поджелудочной железы — 50 мм, тело — 17 мм в диаметре. В связи с прогрессированием желтухи заподозрена непроходимость билиодигестивного соустья, и 31.03.1994 г. больная была вновь оперирована. В ходе операции найдено, что холедохоеюноанастомоз оставался проходным, желчный пузырь был спавшимся, диаметр общего желчного протока — 1,5 см. После рассечения стенки последнего получены «белая» желчь и хлопья. В ходе реконструктивной операции холцистоеюноанастомоз сохранен: вмешательство состояло в наложении соустья между общим желчным протоком и гартмановым карманом желчного пузыря. При вскрытии последнего выявлена причина непроходимости пузырного протока: обтурация замаскообразными массами. Послеоперационное течение было без осложнений.

По нашему мнению, причиной осложнений в обоих случаях было выполнение холцистоеюноанастомоза на желчном пузыре с узким пузырным протоком, который не обеспечивал адекватного дренирования желчных путей. Наши наблюдения позволяют рекомендовать ультразвуковое исследование для уточнения причины рецидива желтухи после холцистоеюностомии как на ранних, так и на поздних сроках после вмешательства.

УДК 613.495

С. Н. Егорова (Казань). Требования к экспериментальной апробации средств лечебной косметики

Косметические средства (КС) являются продукцией массового потребления. В их состав входят, как правило, биологически активные вещества (БАВ): витамины, растительные экстракты, ферменты, аминокислоты, антисептики. Реализация косметической продукции, содержащей БАВ, сопровождается рекламой их противовоспалительного и регенерирующего действия на кожу, эффективности при угревой сыпи, перхоти и других состояниях, требующих врачебного вмешательства. Лечебная косметика (ЛК) и фармацевтические дерматологические препараты имеют разное функциональное назначение. Требования к лекарственным препаратам, в частности к фармако-токсикологическому, клиническому исследованию и контролю качества, строго регламентированы соответствующими инструкциями Фармакологического комитета и Государственной фармакопеей. Эффективность же ЛК оценивается не всегда, поскольку она предназначена лишь для очистки и защиты кожи, ухода за кожей и волосами, профилактического воздействия при склонности к патологическим состояниям.

Нормативным документом для оценки безопасности и эффективности ЛК является «Инструкция по экспериментально-клинической апробации косметических средств». Основное требование, предъявляемое к косметической продукции, — безопасность для здоровья при длительном бесконтрольном ее использовании. При исследовании новых КС определяется острая токсичность, изучается их переносимость в хронических опытах с патоморфоло-

гическим контролем состояния кожи и внутренних органов, раздражающее и аллергизирующее действия. Для КС, содержащих новые БАВ, требуется определение их канцерогенности. Методики испытаний дифференцированы в зависимости от состава, области и длительности применения КС (средства, наносимые на волосы, кожу, а также способные попасть в желудочно-кишечный тракт, органы дыхания и т. д.). Нередко исследование токсического, раздражающего и аллергизирующего действий проводится аттестованными территориальными органами государственного санэпиднадзора и в случае их успешного завершения на КС оформляется гигиенический сертификат. Рекламная информация о лечебном действии КС в таких случаях основана на свойствах ингредиентов (витаминов и других БАВ), не всегда эффективных при кожном применении.

МЗ РФ определены специализированные медицинские учреждения, имеющие право проводить клиническую апробацию ЛК и давать заключение о лечебно-профилактическом действии КС: НПО «Косметология», Институт красоты (г. Москва), Центр косметологической коррекции ЦКБ ГМУ АН и др. Клинические испытания разрешаются после экспериментального изучения ЛК. Документальное оформление их осуществляется аналогично испытаниям дерматологических препаратов: ведется индивидуальная карта учета терапевтического действия. Испытания включают постановку кожных лоскутных проб, оценку эффективности и безопасности с помощью стандартных