

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 бок-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 холестоеюноанастомоз 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 холестоеюноанастомоза 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 холестоеюностомии 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

тестов и методов (физиологических, фармакодинамических, биохимических, гистологических и др.), функциональных методов исследования кожи (проницаемость кожных капилляров, pH, температура, биохимические исследования кожи на показатели обмена и т. д.). На упаковке КС, прошедших клинические испытания, указывается, что они изучены и рекомендованы к применению соответствующим лечебным учреждением.

Требования к контролю качества ЛК регламентируются ГОСТами и ТУ на отдельные виды косметической продукции. Они включают в основном товароведческие показатели: внешний вид, запах, коллоидную стабильность, содержание влаги и летучих компонентов, глицерина, величину pH и т. д. Основное отличие их от нормативно-технической документации на фармацевтические препараты заключается

в том, что для ЛК не требуется количественного анализа входящих в их состав БАВ, определяющих лечебно-профилактическое действие. Однако это является весьма проблематичным при использовании продуктов растительного происхождения, мумие, гормонов, ферментов. Очевидно, что методический подход к контролю качества ЛК должен быть фармакопейным, гарантирующим стабильность БАВ и сохранение лечебно-профилактического действия, тем более что ЛК применяется потребителем без контроля врача.

Представляется целесообразным создание в Республике Татарстан сертифицированного центра по экспериментально-клиническому изучению ЛК, поступающей по импорту, и проведению фармацевтической экспертизы их качества.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 658.387

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФОРМ И МЕТОДОВ ВЫЕЗДНОЙ РАБОТЫ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ (ОБЛАСТИ, КРАЯ)

Ш. М. Вахитов

*Научно-производственное объединение «Татмединформ»
(ген. директор — Ш. М. Вахитов) МЗ РТ*

Под выездной работой мы подразумеваем деятельность работников системы управления здравоохранением республики (области, края), связанную с выездом в районы и обусловленную необходимостью решения определенных управленческих проблем и задач. При этом во встречах со стороны учреждений здравоохранения районов участвуют, как правило, несколько человек — главный врач ЦРБ, его заместители, различные специалисты.

Такая работа приобретает все больший размах и распространение. Объясняется это тем, что многие современные управленческие проблемы могут успешно решаться лишь при осознанном подходе к ним различных категорий медиков. Способствовать же этому и ускорить процесс может лишь продуманная, планомерная и целенаправленная работа с руководителями ЛПУ, врачами и средним медицинским персоналом на местах.

К безусловным плюсам выездной работы следует отнести то, что нередко возникающее в процессе обсуждения или разъяснения дискуссии при-

обретают характер своеобразного «мозгового штурма» и позволяют участникам разговора выявить новые проблемы, выделить спорные и трудные задачи. Положительно сказывается на восприятии нового материала «командное» представительство медицинских работников конкретного ЛПУ, так как они видят реакцию друг друга, переговариваются, выявляют свои приоритеты, трудности, обсуждают предлагаемые способы решения намеченных задач.

Есть у выездной работы, безусловно, и отрицательные стороны и прежде всего большие затраты времени со стороны ее организаторов, ибо на одну встречу можно собрать представителей 5—10 районов, а для охвата 40—50 ЦРБ потребуется до 6—10 выездов, что довольно утомительно. Могут возникнуть проблемы и в связи с необходимостью изменения или корректировки тем, выносимых для обсуждения на последующих выездах по сравнению с первыми, вследствие появления новых нормативных актов и документов, изменения экономической или политической обстановки и