

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 5 (1608)

По данным стоматологической ассоциации России, ежегодно регистрируется от 150 до 155 млн посещений стоматологов. Практика показывает, что многие пациенты перед стоматологическим лечением испытывают эмоциональное напряжение, причина которого заключается в психологической установке на боль. Зубная боль, пожалуй, восходит к самым истокам человеческой цивилизации. В физиологии зубная боль берется за модель боли вообще.

Стоматология за последние десятилетия сделала огромный прорыв в решении вопросов повышения качества проводимого лечения: широко используются новые высокоэффективные анестетики (карпульные, артикаиносодержащие), которые практически не имеют противопоказаний к применению. У них высокая анестезирующая активность, низкая токсичность и хорошая диффузионная способность. Активно расширяется практика использования безыгольных инъекторов, компьютерных шприцев – безупречно, за ними будущее, но в сознании людей по-прежнему существует стереотип, что лечение зубов – это неприятный процесс. Однажды возникшая, возможно в детстве, боль во время стоматологического вмешательства оставляет в памяти следовую реакцию и из-за этого пациент избегает последующих визитов к врачу.

Стоматолог, работающий с детьми, всегда должен помнить, что ребенок – это не маленький взрослый человек, у него особое, свойственное детской психике восприятие окружающего мира, свои переживания, свои требования, в том числе и к врачу. Прежде чем приступить к лечению, необходимо наладить контакт с ребенком и родителями, добиться положительных эмоций и ожиданий от предстоящего лечения, учитывать при этом возрастные особенности анатомии и физиологии, стараться не причинить боли, не вызвать страха, чтобы у пациента не оставалось негативных воспоминаний и не зародилась стоматофобия.

От визита к стоматологу каждый пациент ожидает комфортного лечения, ему важно быть окруженным заботой персонала, не испытывать неприятных ощущений от процесса лечения и получить удовлетворение от работы, проделанной стоматологом. Но профессионал понимает, что наряду с видимыми факторами комфортности стоматологического лечения существует еще одна, пожалуй, наиболее важная составляющая успеха – безопасность проводимого лечения.

Посещение стоматолога – это пример эмоционального стресса. Стоматофобия – страх боли и опасение неблагоприятного результата после проведенного стоматологического лечения отмечают до 50% пациентов. Эти страхи ставят на один уровень с боязнью рака и сердечно-сосудистых заболеваний. Реакция у подверженных этому страху пациентов варьирует от коротких эпизодов тревоги до вполне развившегося невроза. Применение самых современных местных анестетиков в 5-10% случаев неэффективно без коррекции эмоциональной сферы.

По данным наших наблюдений, эти пациенты нуждаются в специальной медикаментозной подготовке, нивелирующей стоматофобию. Более высокий уровень эмоционального напряжения наблюдается у пациентов с острой болью, которым требу-

ется немедленное лечение. Максимальный уровень напряжения, близкий к стрессу, испытывают пациенты с сопутствующей патологией, у которых уже развивались осложнения общего характера во время проводимого прежде стоматологического лечения.

Эти пациенты относятся к группе анестезиологического риска. Челюстно-лицевая область имеет хорошую иннервацию и

Безопасное стоматологическое лечение

мощное кровоснабжение, производимые здесь раздражения вызывают ответные реакции со стороны многих систем организма и способны повлиять на общее самочувствие пациента. Обморок, гипертонический криз, приступы стенокардии, аритмии, судорожный компонент, приступы удушья, бронхоспазм и другие осложнения общего характера нередко встречаются в работе стоматолога. А он, как известно, оказывает помощь людям самого разного возраста, с различными сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой, бронхолегочной, эндокринной систем организма, с нарушениями функции печени, почек, аллергией или психоневрологической патологией. Поэтому к лечению каждого пациента, и особенно с осложненным анамнезом по общесоматическим заболеваниям, стоматологу необходимо подходить с осторожностью – внимательно выбирать местноанестезирующие препараты, дозы, способ введения, учитывать не только эффективность этих препаратов, но и их взаимодействие с другими лекарствами, которые использует человек для лечения сопутствующих заболеваний.

Контроль за состоянием функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма лучше осуществлять при помощи кардиомонитора. Имея возможность непрерывно наблюдать на экране монитора за артериальным давлением, пульсом, частотой дыхания, уровнем напряжения кислорода в крови, стоматолог, не отвлекаясь от проводимого лечения, всегда сможет вовремя сориентироваться в общем состоянии пациента, особенно группы риска. Тем самым значительно повышается безопасность как во время проведения анестезии, так и за весь период проводимого лечения. Для стоматолога должно стать нормой видеть пациента как целостный, единый организм.

Тактика стоматолога при планировании лечения пациентов с сопутствующими заболеваниями должна зависеть от исходного самочувствия пациента, срочности, объема и особенностей предстоящего лечения. Понимание важности владения вопросами профилактической медицины, знание диагностических признаков осложнений, которые могут возникнуть, умение вовремя их предупредить являются основами успешного и безопасного стоматологического лечения.

Профилактика осложнений заключается в своевременной и правильной оценке функционального состояния пациента. Ее следу-

ет начинать с тщательного, целенаправленного сбора анамнеза с целью выявления сопутствующих общесоматических заболеваний, выяснения особенностей их течения и применяемой пациентом терапии. Сбор анамнеза должен быть стандартизован в специальных опросниках, которые предлагают заполнить пациенту до консультации стоматолога. Опираясь на представленные ответы и активно уточняя интересующую информацию, стоматолог сумеет за короткое время и наиболее полно познакомиться с историей заболевания пациента.

Перед началом лечения стоматологу необходимо обследовать пациента, проконтролировать состояние гемодинамики, дыхательной системы, оценить объективные данные, проанализировать результаты лабораторных исследований. В случае необходимости следует провести консультации с вра-

ных условиях эмоционального спокойствия, потенцирует обезболивающее действие местных анестетиков, предупреждает негативные изменения со стороны внутренних органов, помогает избежать осложнений, то есть лечение под комбинированным обезболиванием комфортно как для пациента, так и для врача.

Например, пациенту, страдающему гипертонической болезнью, чтобы не допустить повышения артериального давления, необходимо сначала провести седативную (успокаивающую) терапию, и добившись эмоциональной стабильности, сделать местную анестезию. Только после предупреждения основных причин, которые могут привести к декомпенсации, можно начинать стоматологическое лечение.

При планировании лечения пациентов, страдающих сахарным диабетом, очень

важно назначать время для лечения на утренние часы как оптимальное с учетом введения препаратов и приема пищи, чтобы не вызвать нежелательных осложнений этого заболевания. Предварительная лекарственная подготовка при помощи успокаивающих препаратов поможет избежать возможного в стрессовой ситуации повышения уровня сахара в крови и успешно провести необходимое лечение.

Но полностью предупредить риск развития ситуаций, когда пациенту может потребоваться неотложная помощь, невозможно. В мире и в России растет число катастроф, природных катаклизмов, техногенных происшествий, поэтому врач любой специальности должен уметь оказать неотложную и реанимационную помощь – это относится к любой ситуации, когда нужно прийти на помощь при возникновении нештатной ситуации. Мы не забываем напоминать стоматологам о том, что они в первую очередь врачи и должны чувствовать ответственность за пациента вообще, а не только за состояние его полости рта.

Стоматолог, чтобы чувствовать себя уверенно во время работы с пациентами и быть конкурентоспособным, должен свободно ориентироваться в новациях быстроразвивающейся специальности, постоянно повышать свой профессиональный уровень, в том числе в вопросах анатомии, физиологии, психологии, геронтологии, педиатрии, фармакологии, анестезиологии и еще во многих разделах общемедицинской практики. Поэтому учиться нужно постоянно, а обучение современным технологиям обезболивания – этический долг каждого врача-стоматолога.

Итак, для проведения безопасного стоматологического лечения необходимо помнить и уметь прогнозировать влияние отрицательных последствий эмоционального стресса. Стоматологу необходимо быть готовым вовремя распознать симптомы развивающихся осложнений и суметь грамотно предупредить нежелательные неотложные ситуации.

Лариса ЗАВОДИЛЕНКО,
доцент.

Соломон РАБИНОВИЧ,
профессор.

**Кафедра стоматологии общей практики
и анестезиологии факультета
последипломного образования.**

**Московский государственный медико-
стоматологический университет.**

Вопросы организации рабочих мест в учреждениях здравоохранения с эргономических позиций до настоящего времени изучены недостаточно и касаются, как правило, лишь некоторых профессиональных групп медицинских работников. Но и имеющиеся материалы свидетельствуют, что организация рабочих мест сотрудников поликлиники и стационара далеко не всегда отвечает эргономическим требованиям.

Для ряда медицинских профессий характерна вынужденная рабочая поза, ведущая к быстрому утомлению, развитию болезненных состояний и росту заболеваемости работающих. На возможность возникновения заболеваний опорно-двигательного аппарата (кифоз, невралгии, миозиты) при длительном поддержании вынужденной

рабочей позы у лиц умственного труда, особенно в молодом возрасте, указывают многие исследователи.

Пребывание в нерациональной позе ведет к довольно быстрому развитию функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата, которая проявляется усталостью, болями. Причем первые признаки утомления (например, мышц

рук у оториноларингологов) возникают уже через 1,5-2 часа работы и связаны с усталостью рук. Неблагоприятное влияние нерациональной рабочей позы не ограничивается развитием утомления. При постоянном пребывании в вынужденной рабочей позе (оториноларингологи, хирурги, стоматологи и зубные врачи и др.) нарушения приобретают стойкий характер,

вплоть до формирования отдельных заболеваний опорно-двигательного аппарата, нервной и сосудистой систем (радикулиты, варикозное расширение вен нижних конечностей, заболевания позвоночника).

Физический компонент труда большинства медицинских работников, несмотря на свою небольшую энергетическую стоимость, характеризуется сочетанием

Профессиональные заболевания медицинских работников, связанные с физическими перегрузками

таких неблагоприятных особенностей, как большое количество движений кистью и пальцами на фоне значительного ограничения общей подвижности. Динамические элементы в работе, например, стоматологов составляют всего 3% рабочего времени (К.Царибашев), соотношение динамических и статических компонентов в работе оториноларинголога на приеме составляет 1 : 19 (В.Васюкова). Особо неблагоприятно сочетание гипокинезии с высоким уровнем нервно-эмоционального напряжения и большой информационной нагрузкой, которым сопутствует значительный темп работы, особенно у врачей хирургического профиля.

Труд определенных категорий медицинских специалистов характеризуется напряжением зрения – работы с лабораторными, операционными микроскопами, микрохирургия, стоматология, оториноларингология (незначительные размеры объектов различения), т.е. относится к категории зрительных работ наивысшей точности. Нагрузка на глаза при этом обуславливается резкими контрастами между источником света и освещенным объектом, труднодоступностью рассматриваемых объектов, затмением окружающего пространства. Всё это создает высокую нагрузку на аккомодационную систему глаз, что приводит к ухудшению зрительных функций, которое проявляется расстройством аккомодации, снижением остроты зрения, световой чувствительности и устойчивости цветоразличения. Изменения со стороны зрения у медработников (миопическая рефракция глаза) нарастают по мере увеличения стажа работы.

Шейно-плечевая радикулопатия и плечелопаточный периартроз

Шейно-плечевая радикулопатия, согласно «Списку профессиональных заболеваний», может развиваться при выполнении работ, связанных с длительным пребыванием в вынужденной рабочей позе с наклоном туловища, головы (сгибание, переразгибание, повороты), т.е. в позе, типичной для многих врачей хирургических специальностей, зубных врачей, стоматологов, оториноларингологов. На большую распространенность у них болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани указывали многие исследователи (В.Васюкова, Г.Куценко, В.Сидамон-Эристави, 1985), придавая большое значение в их развитии вынужденной рабочей позе. При шейно-плечевой радикулопатии в процесс вовлекаются корешки шейного уровня. Заболевание нередко сочетается с плечелопаточным периартрозом. Клиника характеризуется постепенным нарастанием боли ноющего, грызущего характера в плече, лопатке, иррадиирующих в шейно-затылочную область, реже по всей руке. Боли беспокоят как при движении руки, так и в покое. Нередко отмечают слабость в руке, повышенная утомляемость. При объективном обследовании обращают на себя внимание некоторые ограничения движения руки, положительные симптомы натяжения (усиление боли при повороте и наклоне головы в здоровую сторону), болезненность при надавливании в точках Эрба (верхняя и нижняя надлопаточная и подмышечная), а также в паравerteбральных точках шейно-грудного отдела позвоночника. В тяжелых случаях отмечается гипотрофия мышц плечевого пояса. Нарушения чувствительности по корешковому типу нередко сочетаются с периферическими вегетативно-сосудистыми расстройствами – цианозом, гипертоническим, гипотермией кистей.

При установлении профессионального генеза заболевания следует учитывать локализацию патологического процесса, отсутствие в анамнезе инфекции, травм, переохлаждения и своеобразные расстройства чувствительности (В.Артамонова, Н.Мухин, 2008).

Плечелопаточный периартроз, как указывалось выше, может сочетаться с шейно-плечевой радикулопатией и развиваться на стороне поражения. Формируется при работе, связанной с выполнением часто повторяющихся движений в плечевом суставе. Наиболее часто наблюдается у людей, работа которых связана с длительным отведением и подниманием рабочей руки (чаще у женщин), совершением ротации плеча. Заболевание развивается постепенно у работающих с большим стажем. Появляются боли в плече-

вом суставе, усиливающиеся при повороте плеча, поднимании рук выше горизонтального уровня. В покое боли отсутствуют или незначительны, за исключением ночного периода (давление на область сустава). Движение в суставе может сопровождаться иррадиацией боли в область шеи, лопатки, а также вниз по руке. Движения же вдоль туловища вперед-назад безболезненны, что исключает артрит. В дальнейшем боли усиливаются и становятся постоянными, мешая работать и выполнять бытовые дела. При объективном обследовании выявляются небольшие припухлости, умеренная болезненность при пальпации плечевого сустава, при движении руки в нем ощущается хруст. Затруднено закладывание руки за спину. В выраженных случаях заметна приподнятость плеча (при шейно-плечевых плексопатиях нередко опущение), отмечается резкое ограничение движений, которые осуществляются вместе с лопаткой. Пальпируются болезненные точки в области большого бугорка головки плеча, межбугорковой борозды, у внутреннего края дельтовидной мышцы, в области акромиально-ключичного сочленения. В тяжелых случаях может развиваться тугоподвижность в плечевом суставе. Длительное нарушение его функций приводит к гипотрофии, а атрофия дельтовидной мышцы – к остеопорозу головки плечевой кости, выявляемому рентгенологически.

Заболевание часто рецидивирует, при длительном течении рентгенологически также обнаруживаются участки склероза в области большого бугорка головки плеча, солевые отложения в подакромиальной, поддельтовидной слизистых сумках и других околосуставных тканях.

Для профессионального генеза заболевания характерны следующие признаки: односторонность поражения, в частности поражение правой верхней конечности; постепенное начало заболевания у высококвалифицированных работников; отсутствие проявлений воспалительного процесса (температура, увеличение СОЭ, сдвиги в белой крови); в начале заболевания – появление симптомов во время работы.

Клинический пример. Больная И-ва, зубной врач. Из санаторно-гигиенической характеристики: «Стаж работы 27,5 года. В течение рабочей смены принимает 10-12 больных, 90% рабочего времени (смена 6 часов 15 минут) занята лечением больных, 10% – оформлением медицинской документации. В процессе лечения больных врач работает в вынужденной рабочей позе, в том числе стоя, в наклонном положении, сидя. Основная физическая нагрузка при этом ложится на шейный, грудной, поясничный отделы позвоночника, а также на плечевую, локтевую суставы и запястье правой руки. В течение рабочей смены на организм врача-стоматолога влияют следующие вредные факторы: вынужденная рабочая поза, локальная вибрация, контакт с лекарственными и аллергенными препаратами, костной пылью. Ведущими вредными факторами являются локальная вибрация, время действия которой составляет 50% рабочего времени».

Из истории развития заболевания: «Впервые боли в шейном отделе позвоночника появились в 1983 г. (через 13 лет от начала работы), с 1994 г. они стали носить постоянный характер, также присоединились боли в правом плече, правой руке, выполнять привычную работу стало трудно, в апреле 1997 г. из-за боли и слабости в правой руке не смогла выполнять работу зубного врача. Лечилась амбулаторно и стационарно, но без существенного эффекта – сохранялись тупые боли в правой руке, плече, затылке, онемение руки, чувство неловкости в ней, иногда – ползозность кисти. Кроме того, беспокоили головокружение, шум в ушах. С учетом длительной нетрудоспособности, неэффективности лечения (более 4 месяцев) больная направлена в центр профпатологии. На основании проведенных исследований (рентгенография, МРТ шейного отдела позвоночника, ЭМГ, УЗД), консультации невропатолога, ортопеда, данных санитарно-гигиенических условий труда ВК профцентра пришла к заключению о профессиональном характере заболевания: шейно-плечевая радикулопатия (компрессионная), правосторонний плечелопаточный периартроз II степени. Больная признана нетрудоспособной в своей профессии».

В 1980 г. В.Данилиным на основании клинических наблюдений и проведенного анкетного опроса 127 акушеров-гинекологов описано заболевание мышечно-суставного аппарата правой руки, которое

он считал профессиональным. Из всех обследованных у 56 (44,1%) женщин-гинекологов в возрасте 28-61 года установлено наличие сходных жалоб и объективной симптоматики. Наиболее часто (67,9%) наблюдались боли в большом, указательном и среднем пальцах правой руки, обычно усиливающиеся во время работы и ночью, реже – после работы и утром после сна, снижение силы в этих пальцах (44,6%) и ощущение их онемения во время работы (у 55,4%). Нередко наблюдалось побеление концевых фаланг в холодное время года, при мытье рук холодной водой или во время работы. На появление тугоподвижности в фалангах указательного и среднего пальцев указывали 8 (14,3%) человек, в среднем и большом – 4 (7,1%). Постоянная боль в пальцах и мышцах правого предплечья отмечалась у 18 врачей (32,1%), боль и онемение пальцев – у 25 (44,6%), боли и снижение силы – у 28 (50%). Три симптома одновременно (боли, онемение и снижение силы) отметили 15 (26,8%) врачей, четыре симптома (боли, онемение, снижение силы в пальцах и боли в мышцах предплечья) наблюдались у 10 человек (17,9%), по 5 симптомов – у 6 (10,7%) врачей.

Боли в пальцах через 3-7 лет от начала работы в абортарии возникли у 13, через 10-15 лет – у 12 и через 16-26 лет – у 14 врачей; снижение силы в пальцах в последовательно указанные сроки наступило у 8, 9 и 15 человек. Тугоподвижность в фалангах пальцев развилась у 3 врачей через 10 лет от начала работы, а у 9 – через 15-28 лет.

В результате перечисленных изменений 3 врача вынуждены были изменить профиль своей работы, так как профессиональные манипуляции пальцами правой руки стали невозможными. У большинства больных после физиотерапевтического лечения наступал временный эффект; более стойкие результаты наблюдались в случае изменения профиля профессии – работа без однообразных и часто повторяющихся мышечных усилий на пальцы правой руки. На основании изложенного В.Данилиным сделано заключение о том, что у гинекологов с длительным стажем работы в условиях часто повторяющихся однотипных движений пальцев правой руки (предплечья) может развиваться профессиональное заболевание этой руки – вегетомиофасцит предплечья или хронический миофиброз предплечья.

Клинический пример. Больная Д-ко. С 1976 г. работает врачом акушером гинекологом, с 1982 г. – заведующая гинекологическим отделением медико-санитарной части. Предъявляет жалобы на тяжесть в руках, отечность кистей. Из санитарно-гигиенической характеристики: «При вагинальных исследованиях имеется длительная фиксация пальцев правой кисти (резкое отведение большого пальца и сгибание 4-го, 5-го пальцев правой кисти). Правая рука согнута в локтевом суставе, левая рука также согнута в локтевом суставе и постоянно находится на весу. Работу производит с наклоном корпуса до 50 раз за смену и испытывает постоянные нагрузки на шейно-грудной отдел позвоночника. При операциях по прерыванию беременности, выскабливании матки, правой рукой держит кюветку, левой рукой, согнутой в локтевом суставе, на весу держит пулевые щипцы. Движения правой кисти и лучезапястного сустава носят непрерывный характер. Основная нагрузка падает на правую руку, медленными движениями с усилием поворачивает кюветку против часовой стрелки, за 15 минут около 30 движений. При расширении цервикального канала применяют металлические расширители, при их введении возникает мышечное сопротивление шейки матки, прилагается усилие мышц и суставов: плечелопаточного, плеча, предплечья, лучезапястного сустава, кисти правой руки. В среднем используют 10 расширителей на одну больную. Во время проведения полостной операции испытывает физическую нагрузку на правую руку при разведении операционной раны зеркалами (так как имеется противодействие костно-тазового кольца). Испытывает физическую нагрузку на правый лучезапястный сустав во время полостных операций при работе с иглодержателем и зажимами». В 1990 г. во время работы впервые возникли резкая болезненность, гиперемия и отек лучезапястного сустава. Консультирована хирургом, ортопедом-травматологом. Диагноз ВК профцентра: «Хронический тендовагинит разгибателей правой кисти. Стенозирующий лигаментоз справа I-II степени, внутренний эпикондилез правого плеча I-II степени. Заболевание профессиональные». Даны рекомендации.

Лечение. При мышечных, радикулярных болях, невралгиях наряду с другими обезболивающими препаратами (новокаин, НПВС) может быть рекомендован и ибупрофен замедленного высвобождения по 0,3. Его анальгетический эффект связан с подавлением синтеза простагландинов по циклогеназному пути. Кроме анальгетического, препарат обладает также противовоспалительным и антипиретическим действием. Назначается по 1-2 капсуле 2 раза в сутки. Не рекомендуется при наличии у больного гиперчувствительности к препаратам группы НПВС, а также при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и бронхиальной астме, беременности.

Варикозное расширение вен на ногах

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей – одно из самых распространенных заболеваний человека, поражающее до четверти населения развитых стран и в 20-25% случаев приводящее к необратимым изменениям и инвалидности (Б.Жуков, 2008). Принято считать, что варикозное расширение вен нижних конечностей – полиэтиологическое заболевание. Среди профессиональных факторов, влияющих на его развитие, имеют значение физическое перенапряжение, длительная статическая нагрузка у лиц, выполняющих работу стоя (например, хирурги). В патогенезе варикозного расширения вен важная роль принадлежит нарушению так называемой мышечно-венозной помпы. При хронических нарушениях венозного оттока в конечностях развиваются значительные нарушения венозной гемодинамики и периферического кровообращения, приводящие к глубоким нарушениям обмена веществ в тканях и в итоге – к стойким воспалительным и трофическим изменениям в них, тромбозам и его последствиям.

Клиническая картина варикозного расширения вен весьма характерна. Больные жалуются на боли по ходу вен по всей нижней конечности, которые, в отличие от облитерирующего эндартериита или атеросклероза артерий, связаны с долгим стоянием, а не с ходьбой. Ходьба, особенно в начале заболевания, даже приносит облегчение. При осмотре определяются извитые и клубки расширенных вен на внутренней или задненаружной поверхностях голени и бедра. Кожа в начале заболевания не изменена. При далеко зашедшем процессе отмечаются пигментация (гемосидероз) кожи на голени, атрофические и экзематозные изменения, отек, рубцы, язвы. Острые инфекционные осложнения (тромбофлебит, лимфангоит) проявляются участками воспалительной гиперемии, часто в виде полос. Варикозная язва локализуется, как правило, на голени, форма ее округлая, реже фестончатая, края слегка подрыты. Язва представляет собой вялые, часто синюшные грануляции, окружена плоским пигментированным рубцом. У некоторых больных обнаруживается плоскостопие, нередко сопутствующее варикозному расширению вен (конституциональная слабость соединительной ткани). Ощупывание в вертикальном и горизонтальном положении больного выявляет варикозные узлы, не заметные при осмотре, воспалительные инфильтраты, флеболиты, указывающие на перенесенный тромбоз. Большое значение имеет оценка функции глубоких вен и клапанного аппарата, которую осуществляют по специальным методикам, изложенным в соответствующих руководствах (Б.Жуков, 2008).

Большое значение в установлении профессионального характера заболевания, кроме учета санитарно-гигиенических условий труда медработника, имеет исключение других (непрофессиональных) причин варикозного расширения вен, и прежде всего связь его с беременностью и родами. Кроме того, необходимо отметить, что, согласно «Списку профессиональных заболеваний», профессиональным признается такое варикозное расширение вен нижних конечностей, которое осложняется воспалительными (тромбофлебит) или трофическими расстройствами.

(Окончание следует.)

Владислав КОСАРЕВ,
заведующий кафедрой профессиональных
болезней и клинической фармакологии,
профессор.

Сергей БАБАНОВ,
профессор кафедры.

Самарский государственный
медицинский университет.