

В.В. Косарев, д.м.н., профессор, С.А. Бабанов, д.м.н., ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», РФ

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.Н. Жуков, 2007).

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 в вертикальном положении, например хирургов (С.Н. Пузин и соавт., 1985). В патогенезе варикозного расширения вен главная роль принадлежит нарушению в так называемой мышечно-венозной помпе (Э.П. Думпе, Ю.И. Ухов, П.Г. Швальб, 1982; Н. Dodd, F.V. Cockett, 1976). При хронических нарушениях венозного оттока в конечностях развиваются значительные нарушения венозной гемодинамики и периферического кровообращения. Это, в свою очередь, приводит к глубоким нарушениям обмена веществ в тканях и в итоге к стойким воспалительным и трофическим изменениям в них; развивается тромбоз.

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 извилины 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, режее 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). При пальпации в вертикальном и горизонтальном положении больного выявляются варикозные узлы, незаметные при осмотре, воспалительные инфильтраты, флеболиты, указывающие на перенесенный тромбоз. Важное значение имеет оценка функции глубоких вен и клапанного аппарата, которую осуществляют по специальным методикам, изложенным в соответствующих руководствах (П.Н. Мазаев, И.П. Королюк, Б.Н. Жуков, 1987).

Важное 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 профессиональным признается такое варикозное расширение вен нижних конечностей, которое осложняется воспалительными (тромбофлебит) или трофическими расстройствами.

Клинический пример

Хирург Б.А. 3-й. Обратился в отделение профпатологии с жалобами на аллергические высыпания на коже рук, их шелушение после обработки растворами для подготовки к операции, контакта с латексными перчатками, расширение вен нижних конечностей с явлениями тромбоза. Общий стаж работы хирургом 48 лет, в настоящее время заведует консультационно-диагностическим центром городской больницы. Из санитарно-гигиенической характеристики: «Хирург Б.А. 3-й, кроме непосредственного участия в ежедневном проведении операций различной сложности (продолжительностью 4-5 ч), привлекался в качестве ассистента, работал в перевязочных (гнойных, чистых). Характер работы связан со значительной психологической нагрузкой. В процессе работы постоянно пользовался резиновыми перчатками (при операциях, в перевязочных и т. д.). В предоперационной подготовке рук имел постоянный контакт с дезинфицирующими средствами раствора перманганата калия (марганцовка с перекисью водорода). В процессе работы применялись растворы формалина, хлорамина, спиртовой раствор йода, препараты антибиотиков. Характерной особенностью является нахождение у операционного стола 65-70% рабочего времени в статическом положении, что имеет определенную отрицательную нагрузку на нижние конечности; как следствие – развитие профессиональных заболеваний». Из амбулаторной карты: 02.12.1975 г. обращение к аллергологу по поводу шелушения рук после обработки растворами для подготовки к операции; 1982 г. – проходил лечение у дерматолога в течение 2 мес по поводу контактного дерматита, связанного с предоперационной обработкой рук растворами перманганата калия и контактом с латексными перчатками. В 1984 г. при прохождении периодических медицинских осмотров установлен диагноз: «Варикозное расширение вен нижних конечностей». Фиксируются ежегодные обострения аллергического дерматита, варикозной болезни нижних конечностей. Консультирован аллергологом, дерматологом, флебологом.

ЭКГ профцентра: «Посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности, отечно-варикозная форма. Гипостатический дерматит левой голени. Варикозная болезнь правой нижней конечности в стадии декомпенсации. Заболевания профессиональные. Даны рекомендации. Аллергический контактный дерматит в стадии нестойкой ремиссии. Аллергическая реакция на латекс медицинских перчаток, физраствор перманганата калия».

Тромбофлебит – воспаление вены с ее тромбозом. Острый тромбофлебит поверхностных вен чаще развивается в бассейне большой подкожной вены. Заболевание начинается с острых болей по ходу венозных стволов и повышения температуры до 37,5-38 °С. По ходу тромбированных вен на коже появляются красные полосы и различной протяженности уплотнения в виде болезненных тяжелей. При пальпации кожа на этих участках горячая, обнаруживаются увеличенные болезненные паховые лимфоузлы. Появляется незначительный отек большой конечности. Иногда кожа над пораженными участками приобретает сине-багровую окраску. Заболевание длится от нескольких дней до 2-3 нед, заканчивается чаще всего переходом в хроническую форму.

Хронический тромбофлебит характеризуется продолжительным течением и может длиться много лет. Все симптомы, характерные для острого тромбофлебита, при хроническом выражены менее отчетливо. Температура, как правило, не повышается, боли

в конечности незначительны (в покое могут совсем отсутствовать, а беспокоят больного только при ходьбе), усиливаются при пальпации по ходу вен. Отеки на пораженной конечности появляются к концу рабочего дня у тех, кому приходится работать стоя.

Клинический пример

Пациент М-ов, 34 лет, обследован в 1997 г. Врач-анестезиолог. По данной специальности работает с 1988 г., операционные дни – 5 раз в неделю, операции длятся до 4-6 ч, в основном приходится работать стоя. Уже через 2 года от начала трудовой деятельности стали беспокоить умеренные боли в левой голени, преимущественно к концу рабочего дня, чувство тяжести в ноге, ночные судороги в икроножных мышцах; через год в подколенной области появились варикозно расширенные вены. При обследовании в июле 1997 г. предъявлял жалобы на чувство тяжести, боли, жжение в левой голени, переходящие отеки в области левого голеностопного сустава во второй половине дня.

Объективно: внутренние органы без патологии, сопутствующих заболеваний не выявлено. При осмотре нижних конечностей: справа – без особенностей, слева – цвет и температура кожных покровов не изменены, имеется небольшая пастозность в области голеностопного сустава. По задней поверхности голени от подколенной ямки до медиальной лодыжки выявлено варикозное расширение малой подкожной вены по магистральному типу, единичные телеангиэктазии по ходу вены. Пульсация магистральных артерий в симметричных точках удовлетворительная до дистальных отделов.

Результаты функциональных диагностических проб: Троянова-Тренделенбурга – отрицательный клапан состоятелен; Пратта, Шейниса – несостоятельность прободящих вен в средней трети голени; Мейо-Пратта – глубокие вены проходимы; пробы Ловенберга, Хоманса – отрицательные.

Данные инструментальных исследований: по показателям, полученным с помощью портативного доплера, регистрируется венозный рефлюкс в системе малой подкожной вены слева на всем ее протяжении. Фотоплетизмография – несостоятельность поверхностных вен левой голени. Ультрасонодоплерография аппаратом «Ультрамек-9» – осмотрены глубокие и поверхностные вены нижних конечностей. Кровоток фазный, стенки глубоких вен не утолщены, ровные, диаметр поверхностной бедренной вены в верхней трети бедра 0,37 см. На высоте пробы Вальсальвы ретроградный кровоток не регистрируется. При цветной доплерографии выявлена несостоятельная перфорантная вена в средней трети голени слева.

Результаты лабораторных анализов крови, мочи – в пределах нормы.

Диагноз: варикозная болезнь левой нижней конечности, стадия декомпенсации, неосложненная форма.

Больному проведен курс консервативного лечения в клинике госпитальной хирургии Самарского государственного медицинского университета, включающий монотерапию диосмином/гесперидином в течение 6 мес и внешнюю эластическую компрессию. Положительная динамика была отмечена уже на 5-й неделе приема препарата: уменьшились боли, исчезли судороги и чувство тяжести, отеки. Клиническое улучшение сопровождалось снижением интенсивности венозного рефлюкса по данным доплерографии и увеличением периода венозного наполнения при проведении фотоплетизмографии. Рекомендован рациональный режим труда, исключая длительное пребывание на ногах.

Лечение больных варикозной болезнью нижних конечностей в стадии декомпенсации (когда возможно установление профессионального диагноза) проводится в специализированных учреждениях врачами-флебологами в основном оперативно. При отказе больного или противопоказаниях к применению оперативных методов прибегают к консервативному лечению (П.Н. Мазаев, И.П. Королюк, Б.Н. Жуков, 1987). Консервативное лечение включает ограничение длительного стояния на ногах и физического труда (например, трудоустройство активно оперирующего хирурга стационара на поликлинический прием с компенсацией соответствующего процента утраты профессиональной трудоспособности), обязательное ношение эластического бинта, медикаментозное, физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение. Консервативное лечение больных с наличием трофических язв следует проводить совместно с дерматологом (повязки с антисептиками, протеолитическими ферментами, стафилококковыми препаратами). Из медикаментозных средств назначают ангиопротекторы (рутозид, трибенозид, троксеритин, процианидоловые олигомеры и др.). Рекомендовано применение диосмина/гесперидина – препарата повышающего венозный тонус, улучшающего лимфатический дренаж и микроциркуляцию. При их применении улучшается общее состояние больных, уменьшаются боли и отеки конечности, исчезают парестезии.

Профилактика профессионального варикозного расширения вен на ногах у медицинских работников предполагает:

- квалифицированный профотбор на работу, связанную с длительным пребыванием на ногах (хирурги, операционные сестры, некоторые категории работников аптек – рецептары и др.); не допускаются лица, имеющие хронические заболевания периферической нервной системы, облитерирующие заболевания артерий, выраженный энтероптоз, грыжи, аномалии положения женских половых органов; при профориентации будущих специалистов необходимо исключить конституциональную слабость соединительной ткани, например плоскостопие;

- квалифицированные периодические медицинские осмотры, целью которых является диагностирование компенсированной стадии варикозной болезни и соответствующее своевременное трудоустройство больных без снижения квалификации; возможна переквалификация с учетом основной профессии, активная медицинская реабилитация;

- рациональная организация режима труда, по возможности исключая длительное пребывание в стоячем положении (рационально организованные операционные дни, комфортный микроклимат, комнаты физической и психологической разгрузки и проч.), превентивная лечебная физкультура.

Выполнение перечисленных рекомендаций проблематично, но вполне реально при взаимной заинтересованности медицинского работника и его работодателя, который должен понимать, что экономически выгоднее заниматься профилактикой профессиональных заболеваний, чем при объективном и полном выявлении последних в течение многих лет компенсировать больному материальный и моральный ущерб.

В.В. Косарев, С.А. Бабанов. Профессиональные заболевания медицинских работников. – 2-е изд., испр. и доп. – Самара: ООО «Офорт», 2009. – С. 94-100.