

Сестринский процесс при заболеваниях конечностей

**Заболевания сосудов
конечностей**

Хронический лимфостаз
(слоновость)
нижних конечностей
Заболевания сосудов
конечностей

Лечение: консервативная терапия применяется лишь на ранних

стадиях заболевания и включает в себя следующие мероприятия:

- 1) бинтование конечности эластичными бинтами;
- 2) препараты, улучшающие трофику тканей, периферическое кровообращение и микроциркуляцию; 3) десенсибилизирующие средства; 4) нестероидные противовоспалительные препараты;
- 5) рассасывающие препараты и биостимуляторы; 6) лечебную

физкультуру, физиотерапевтическое лечение

отеки у основания пальцев, на тыле стопы, в области голеностопного сустава. Отек мягкий, безболезненный, исчезающий после ночного отдыха. Кожа над отечными тканями легко собирается в складку.

Вторая стадия — стадия фибредемы: наступает через несколько лет после первой стадии. Отек распространяется на проксимальные отделы конечности, становится плотным и постоянным, не исчезает при длительном горизонтальном положении, кожа над ним не собирается в складку. Конечность увеличивается в объеме, деформируется, снижаются ее функциональные возможности.

При длительном течении заболевания развивается гиперкератоз и гиперпигментация кожи, появляются бородавчатые разрастания, трещины и изъязвления кожи, обильная лимфо-
рея. Пораженная конечность может увеличиваться в объеме на 30—40 сантиметров.

Для постановки окончательного диагноза проводят лимфо-

спать, опуская ноги вниз. Из-за продолжающейся атрофии мышц конечность уменьшается в объеме. Трудоспособность пациентов

значительно снижается.

4 стадия — стадия деструктивных изменений. Боли в стопе и пальцах нарастают и становятся невыносимыми. Язвы чаще

располагаются на пальцах, окружены воспалительным валом,

дно покрыто серым налетом, грануляции отсутствуют.

Развивается

гангрена пальцев и стоп. Может отсутствовать пульсация на подколенной и бедренной артерии. Трудоспособность утрачена.

Течение облитерирующего эндартериита длительное с периодами

обострений и ремиссий. Обострения носят сезонный характер

— весна, осень. После 40—45 лет присоединяется

атеросклероз

сосудов конечностей. Для уточнения диагноза применяют функциональные пробы.

Проба Опеля (симптом плантарной ишемии): пациента укладывают

на кушетку и просят поднять вверх выпрямленные ноги.

проявляются
выпадением волос на конечностях, нарушением роста
ногтей. При окклюзии в области бедренно-подколенного
сегмента
оволосение отсутствует на голени, а если облитерация
произошла
в аорто-подвздошной области, зона оволосения
распространяется
и на нижнюю треть бедра.

Со временем присоединяются язвенно-некротические
изменения
мягких тканей пальцев и стоп.

Примерно у половины пациентов с синдромом Лериша
развивается
импотенция, связанная с нарушением кровообращения
в системе внутренних подвздошных артерий.

При осмотре у пациентов с облитерирующим
атеросклерозом
отмечается гипотрофия или атрофия мышц нижних
конечностей.

-

У большинства пациентов пульсация не определяется ни на
артериях стоп, ни на подколенной артерии, а если имеется
окклюзия
подвздошных артерий и аорты, то пульса нет и на
бедренной

пальцев
конечностей, кончика носа, мочек ушей, подбородка,
кончика
языка. Затем бледность сменяется цианозом, причем в этот
период усиливается боль. Большинство пациентов
жалуются на
зябкость конечностей, повышенную чувствительность к
холоду,
парестезии в пальцах.
Приступы болезни Рейно длятся от 5—40 минут до
нескольких
часов. В межприступный период сохраняется цианоз кистей
и стоп. Летом в теплую сухую погоду приступы исчезают.
Влажный холод — наиболее провоцирующий фактор.
В поздней стадии заболевания возникают сухие и влажные
ограниченные некрозы ногтевых фаланг, глубокие трещины,
сухость кожи, отечность, склеродактилия. Выделяют три
фазы
течения синдрома Рейно. Первая фаза — период
повышенного сосудистого
тонуса с преобладанием спазма сосудов. Вторая фаза —
ангиопаралитическая с преобладанием акроцианоза. Третья
стадия
— период трофических расстройств, выраженных в
различной

более тяжелым и прогрессирующим течением, часто заканчивающимся развитием гангрены. Так как пациенты с сахарным диабетом легко подвержены инфекции, гангрена часто бывает влажной.

Для уточнения диагноза используются те же специальные методы исследования, что и при других облитерирующих заболеваниях сосудов.

Лечение. Главным условием для успешного лечения диабетических ангиопатий является оптимальная компенсация сахарного диабета, соблюдение специальной диеты. В остальном применяется тот же комплекс консервативных и хирургических мероприятий, что и при других облитерирующих заболеваниях сосудов.

Уход за пациентами с облитерирующими заболеваниями сосудов в послеоперационном периоде. Медицинская сестра должна внимательно наблюдать за состоянием пациента, перенесшего операцию на сосудах конечностей. Обязателен контроль артериального давления, так как его снижение приводит к замедлению