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

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