

Варикозное расширение вен

По результатам различных медицинских статистических исследований в индустриально развитых странах (США, Великобритании, а также в России.) заболеваниями венозной системы нижних конечностей страдает до 20% населения, что определяет социальную значимость проблемы. К тому же необходимо учитывать, что в значительном числе случаев (около 1% населения) у больных развиваются осложненные формы венозной недостаточности, сопровождающиеся стойкой и длительной инвалидизацией пациентов. Следует различать хронические и острые заболевания вен нижних конечностей, а также их последствия.

К хроническим состояниям относятся:

- врожденные аномалии развития венозной системы,
- варикозное расширение подкожных вен,
- недостаточность перфорантных вен и клапанная недостаточность глубоких вен.

Среди острых заболеваний выделяют острый тромбофлебит подкожных или глубоких вен. К последствиям последнего относится посттромбофлебитический синдром.

Варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей

Это самостоятельное заболевание (которое может сочетаться с другими заболеваниями вен или являться их следствием), имеющее прогрессирующее течение, вызывающее необратимые изменения в подкожных венах, коже, мышцах и костях. Внешние проявления характеризуются наличием расширенных и извитых вен на стопе, голени и бедре.

Точные причины этого заболевания не ясны.

Причины возникновения варикозной болезни изучали многие отечественные и зарубежные авторы. В принципе все существующие теории можно объединить в несколько групп. В первую группу (ее еще можно было бы обозначить как гемодинамическая группа, т.е. главное в пусковом моменте и развитии заболевания по мнению авторов это расстройства гемодинамики) вошли бы исследователи, которые считали, что варикозная болезнь возникает как следствие недостаточности клапанного аппарата поверхностной венозной системы. Во вторую группу вошли бы исследователи считающие, что главным пусковым моментом является механическое препятствие току крови (эту группу можно было бы обозначить, как группа механистических взглядов на развитие варикозной болезни). В третью группу имеет смысл отнести исследователей, считающих, что варикозная болезнь развивается в следствии врожденной слабости элементов венозной стенки (это группа врожденной предрасположенности к варикозной болезни). В четвертую группу мы бы отнесли исследователей, считающих главным в развитии варикозной болезни

нейроэндокринных нарушений, в пятую иммунологические нарушения и аллергические реакции. Таким образом, теорий и гипотез происхождения варикозной болезни много. Кроме того, возникновение связывают с наследственными нарушениями эластичности венозной стенки, реализующимися через гормональные воздействия и на фоне венозной гипертензии. В пользу такой точки зрения говорит факт более частого развития варикозного расширения вен у женщин, носящего семейный характер и проявляющегося во время беременности или после родов.

В основном варикозное расширение происходит в системе большой подкожной вены, реже в системе малой подкожной, а начинается с притоков ствола вены на голени. Естественное течение заболевания на начальном этапе достаточно благоприятное первые 10 лет и более, помимо косметического дефекта, больных может ничего не беспокоить. В дальнейшем, если не проводится своевременное лечение, начинают присоединяться жалобы на чувство тяжести, усталости в ногах и их отечности после физической нагрузки (длительное хождение, стояние) или во второй половине дня, особенно в жаркое время года. Следует различать и точно выяснять у пациента какого рода симптомы его беспокоят. Большинство больных обращается с жалобами на боли в ногах, но при детальном расспросе удается выявить, что это именно чувство распирания, тяжести, налитости в голени. При коротком отдыхе и приподнятом положении конечности выраженность ощущений уменьшается. Именно эти симптомы характеризуют венозную недостаточность на данном этапе заболевания. Если же речь идет о боли, необходимо исключать другие причины (артериальная недостаточность нижних конечностей, острые венозные тромбозы, суставные боли и пр.).

Последующее прогрессирование заболевания, помимо увеличения количества и размеров расширенных вен, приводит к возникновению трофических расстройств, чаще вследствие присоединения несостоятельности перфорантных вен и возникновения клапанной недостаточности глубоких вен. Трофические нарушения на начальном этапе проявляются локальной гиперпигментацией кожи, затем присоединяется уплотнение (индурация) подкожно-жировой клетчатки вплоть до развития целлюлита. Завершается этот процесс образованием язвенно-некротического дефекта, который может достигать в диаметре 10 см и более, а вглубь распространяться до фасции. Типичное место возникновения венозных трофических язв - область медиальной лодыжки, но локализация язв на голени может быть различной и множественной. На стадии трофических расстройств присоединяются выраженный зуд, жжение в пораженном участке; у ряда больных возникает микробная экзема. Болевой синдром в области язвы может быть не выражен, хотя в части случаев носит интенсивный характер. На этом этапе заболевания тяжесть и отечность в ноге становятся постоянными. Венозные язвы отличаются от артериальных тем, что последние развиваются, начиная с дистальных отделов конечности (в частности при сахарном диабете). Некротические дефекты при венозной недостаточности не сопровождаются перифокальным воспалением, язвы глубокие, с подрытыми вертикальными краями, дно наряду со скудным

фибринозно-серозным отделяемым покрыто грануляциями, кожа вокруг язв пигментирована, подкожная клетчатка индурирована.

Основные моменты патогенеза:

1. Первичная недостаточность клапанов поверхностной венозной системы.
2. Вторичная функциональная недостаточность клапанов поверхностной венозной системы.
3. Препятствие на пути венозного оттока из конечности - это как правило чисто механическое препятствие, такое как матка, опухоль, тромб (как следствие перенесенного тромбофлебита).
4. Функциональная недостаточность клапанов глубоких вен.
5. Функциональная недостаточность клапанов перфорантных вен.
6. Изменение тромботической и фибринолитической активности крови - эти изменения могут вести к тромбообразованию, что не всегда проявляется клинически, но всегда ведет к нарушениям венозной гемодинамики.
7. Артериально-венозные анастомозы - это могут быть как врожденные, так и приобретенные состояния, при которых из артериальной системы в венозную осуществляется артериальный поток крови, что резко увеличивает нагрузку на венозную стенку (стенка вены анатомически не способна выдержать такой поток крови).
8. Изменения гормонального фона. Как известно женщины более подвержены варикозной болезни, чем мужчины, этот факт связывают с дисбалансом стероидных гормонов. Доказательством этого служат:
 - Как уже говорилось мужчины болеют варикозной болезнью реже чем женщины.
 - Болезненные симптомы встречаются у женщин значительно чаще чем у мужчин.
 - Появление варикозно расширенных вен и возникновение в них боли часто цикличны и связаны с уровнем половых гормонов:
 - изменения в венах возникают при беременности, а после родов проходят; многие женщины при беременности страдают от болевых ощущений в измененных венах, чего у них не было до беременности;
 - варикозные изменения нарастают по мере увеличения сроков беременности;
 - значительное количество женщин испытывают боли в конечностях, боль как правило локализована в венах, перед началом менструации; во второй половине менструального цикла диаметр здоровых и варикозных вен увеличивается.
 - Некоторые авторы отметили, что среди женщин, страдающих варикозной болезнью, процент преждевременного прекращения беременности ниже чем в других группах;
 - Болевой симптом уменьшается при приеме гормонов;
9. Наследственные и врожденные факторы.
10. Длительное вертикальное положение человека (как правило во время работы).
Прежде чем приступить к лечению варикозного расширения вен врач должен составить предельно четкое представление о состоянии глубоких и перфорантных вен конечности. На сегодняшний день нельзя оставлять ни одного больного без ультразвукового обследования. Именно это исследование, неинвазивное, крайне информативное, непродолжительное по времени и совершенно необременительное

для пациента, стало основным в диагностике венозной недостаточности. Наиболее современной методикой является дуплексное сканирование с цветным доплеровским картированием, позволяющее выявить проходимость и состояние клапанов глубоких вен, от берцовых до нижней полой, направление кровотока в перфорантных и поверхностных венах. При недоступности этого метода больным нужно провести стандартную ультразвуковую доплерографию, хотя и уступающую в информативности и диагностической точности. После широкого внедрения в практику ультразвуковых методик роль классической флебографии снизилась. Сегодня эта методика применяется достаточно редко, в основном при необходимости реконструктивных операций (шунтирующих или пластических) на глубоких венах конечности, и с каждым годом частота выполняемых флебографии снижается благодаря накоплению опыта и повышению возможностей ультразвуковой диагностики.

Методы лечения

Все методы лечения можно разделить на консервативные и хирургические. Консервативное лечение: направлено на компрессию конечности для устранения венозного рефлюкса. Единственным способом такой профилактики является эластическая компрессия конечностей. Причем пациент должен начинать пользоваться эластичными чулками или бинтами с самого утра, не вставая с постели, когда подкожные вены еще не заполнены, и носить их в течение всего времени суток, пока он находится на ногах. Иначе эффекта от эластической компрессии не будет. Накладывание бинтов нужно начинать от кончиков пальцев и равномерно охватывать всю конечность, не оставляя свободных участков до требуемого уровня. Эластические чулки обеспечивают прогрессивное снижение проксимального давления. Научное объяснение, возникающим при компрессии эффектам, появилось только в 1980 году. При изучении скорости кровотока в бедренных венах, при одновременной компрессии поверхностных вен, было выявлено, что компрессия у лодыжек до 18 мм. рт. ст., икры до 14 мм. рт. ст. увеличивает скорость венозного кровотока по глубоким венам примерно в на 75% от исходного. Последующие исследования позволили построить логичную схему применения эластической компрессии в лечении хронической венозной недостаточности. В настоящий момент общепризнанным являются следующие рекомендации:

1. Эластическая компрессия до 17 мм. рт. ст. показана больным с начальными формами варикозной болезни людям с наследственной предрасположенностью, лицам с тяжелым физическим трудом и больным перенесшим операцию на поверхностных венах;
2. эластическая компрессия от 17 до 20 мм.рт.ст. показана группе людей с начальными формами варикозной болезни в раннем периоде после операции, при подготовке к оперативному лечению и беременным при наличии отеков нижних конечностей;
3. компрессия свыше 20 мм.рт.ст. показана больным при наличии у них трофических расстройств, при несостоятельности клапанного аппарата, с симптомом Паркс-Вебера, Клиппель-Треноне, посттромбофлебетическим симптомом. Противопоказаний для

эластической компрессии нет.

Относительными противопоказаниями являются тромбо-облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей при выраженной ишемии.

Невозможно закончить краткое изложение консервативных мероприятий, применяемых при венозной патологии не остановившись на применении различных медикаментозных средств. Ведущее место занимает применение препаратов гепарина: гепарин, гепароид, гепатромбин. Так же к консервативному лечению можно отнести препараты, влияющие на отток жидкости из тканей и препараты непосредственно влияющие на стенку вены: анавенол, эндотелон, эскузан, Гинкор Форт, детралекс. Гомеопатические средства: гаммамелис, эскулюс, арника, мазь календулы.

Хирургическое лечение: показано, когда комплекс консервативных мероприятий не имеет успеха. Наиболее широко применяется операция комбинированной флебэктомии. Суть операции заключается в удалении основного ствола большой подкожной вены и варикозно измененных притоков.

Описание операции: косо-вертикальным разрезом параллельно и ниже паховой складки выполняется разрез кожи. Тот час ниже устья выделяется большая подкожная вена. Обязательно перевязываются все притоки (их как правило 3-5), затем вену пережимают у устья и пересекают между двумя зажимами. Перевязку устья лучше всего осуществлять с прошиванием, в этом случае меньше вероятность "сползания" лигатуры и развития послеоперационного кровотечения. Одновременно у медиальной лодыжки выделяется дистальный конец вены. Там так же необходимо перевязать 2-3 крупных притока. Дистальный конец вены пересекают и перевязывают. В вены вводят зонд и по зонду удаляют основной ствол. Удаление ствола производят всегда снизу вверх. При необходимости из дополнительных разрезов удаляются измененные притоки. После проверки гемостаза (отсутствия кровотечения) накладываются кожные швы. В послеоперационном периоде обязательно необходимо применять эластическое бинтование оперированной конечности.

В наши дни классическая операция при варикозном расширении вен, радикальная флебэктомия в различных модификациях, чаще по Троянову - Тренделенбургу, Бэбкокку, Нарату, претерпела значительные изменения. На первое место прежде всего ставятся косметические требования к операции, к которым относятся применение маленьких разрезов, атравматичных инструментов, проведение разрезов кожи в "правильных", "косметических" направлениях, использование атравматичных нитей и шва при закрытии кожных покровов. Считается, что флебэктомия сама по себе как хирургическое вмешательство ничего сложного не представляет, поэтому во всем мире ее чаще производят в общехирургических стационарах. Но именно больные, прошедшие мимо специализированных флебологических или ангиохирургических отделений, чаще всего сталкиваются с рецидивами варикозного расширения вен и грубыми косметическими дефектами после операций. Причины рецидивов можно разделить на две большие группы. Первая - это погрешности хирургической техники, часто встречающиеся в

неспециализированных учреждениях и заключающиеся в нерадикальности флебэктомии. Вторая группа связана с неполной дооперационной диагностикой. У пациентов пропускают (не проводится ультразвуковое исследование) выраженную недостаточность клапанов глубоких вен или несостоятельность перфорантных, и стандартно выполняемая флебэктомия теряет всякий смысл, так как сохраняется причина варикозного расширения. Этим больным требуется расширение хирургического вмешательства, включающее перевязку перфорантных вен и/или коррекцию клапанного аппарата глубоких вен.

Показания к инъекционной терапии (склеротерапии) при варикозном расширении вен дебатированы до сих пор. Метод заключается во введении в расширенную вену склерозирующего агента, дальнейшую ее компрессию, запустевание и склерозирование. Современные препараты, используемые для этих целей (инъекционно-инфильтрационный и криоконтактный метод) достаточно безопасны, т.е. не вызывают некроза кожи или подкожной клетчатки при экстравазальном введении. Часть специалистов пользуется склеротерапией практически при всех формах варикозного расширения вен, другие же отвергают метод. Скорее всего, истина лежит где-то посередине, и молодым женщинам с начальными стадиями заболевания имеет смысл применять инъекционный метод лечения. Единственно, что они должны быть обязательно предупреждены о возможности рецидива (более высоком, чем при хирургическом вмешательстве), необходимости постоянно носить в течение длительного времени (до 3 - 6 нед) фиксирующую компрессионную повязку, вероятности того, что для полного склерозирования вен может потребоваться несколько сеансов.

В группу больных с варикозным расширением вен следует отнести пациентов с телеангиоэктазиями ("сосудистые звездочки") и сетчатым расширением мелких подкожных вен, поскольку причины развития этих заболеваний идентичны. В данном случае только склеротерапия является единственным методом лечения после исключения поражения глубоких и перфорантных вен. Новый способ экстравазальной коррекции недостаточных клапанов глубоких вен, заключается в наложении на стенку вены в зоне локализации свободных краев створок несостоятельного клапана каркасной спирали в виде пилообразной кривой с переменным диаметром на концах конструкции. При выполнении коррекции предложенным способом данная спираль функциональна, т.е. расширяясь под действием ретроградного кровотока с одной стороны (клапанные синусы), происходит сужение ее с другой (зона расположения свободных краев створок венозного клапана).

Сестринский процесс при нарушении кровообращения

На 1-м - обследование больного, помощь врачу в проведении специальных исследований, уточнения диагноза.

Анамнез.

Жалобы: характер и локализацию боли, уточняя влияние различных факторов (положение конечности, температура воздуха, физическая нагрузка) на ее интенсивность, степень потери чувствительности, наличие отеков и мышечной

слабости.

Визуальный осмотр симметричных участков конечностей включает:

- окраску кожи (бледность, мраморность, цианоз);
- выраженность венозного рисунка;
- мышечную гипотрофию;
- дистрофические изменения кожи (истончение, сухость, выпадение волос и др.);
- дистрофические изменения ногтевых пластинок (цвет, форма, ломкость).

Пальпация: наличие уплотнений; определить местную температуру участков кожи (тыльной поверхностью своей кисти); сравнить пульсацию артерий на симметричных участках конечностей. Проведение специальных проб для оценки нарушения кровообращения: артериального и венозного.

При проведении всех проб медсестра регистрирует время, контролирует положение конечности, накладывает жгут и пр.

Проведение специальных методов исследования: осциллография (регистрация пульсовых колебаний сосудистых стенок), реовазография (графическая регистрация кровенаполнения на исследуемом участке), термометрия (измерение кожной температуры электротермометром), ультразвуковая доплерография (графическая регистрация кровотока с помощью ультразвука), капилляроскопия (исследование капилляров ногтевого ложа под микроскопом) и др. Медсестра готовит пациентов к этим исследованиям, объясняя суть каждого из них.

2-й этап сестринского процесса -- сестринская диагностика.

Медсестра формулирует проблемы пациента:

Физиологические:

- боль, ее интенсивность с указанием локализации;
- отек;
- цвет кожи;
- дефект кожи;
- изменение местной температуры;
- нарушение пульсации артерий;
- выраженность венозного рисунка;
- гипотрофия мышц;
- перемежающаяся хромота.

Психологические:

- депрессия; -- дефицит общения;
- дефицит знаний о заболевании;
- страх перед операцией;
- страх возникновения боли;
- страх потери конечности (ампутация).

Социальные:

- дефицит самообслуживания;
- дефицит знаний о здоровом образе жизни;
- страх потери работы;
- страх инвалидизации.

На 3-м этапе сестринского процесса медсестра формулирует цели и составляет план сестринских вмешательств.

4-й этап сестринского процесса посвящен выполнению сестринских вмешательств.

На 5-м этапе сестринского процесса медсестра оценивает результат своих действий.
заболевание вена варикозный лечение

Сестринская помощь в лечении заболеваний сосудов нижних конечностей

Острая артериальная недостаточность (ОАН) -- развивается внезапно из-за прекращения кровотока в артериях.

Причины возникновения: повреждение и сдавление магистрального сосуда, эмболия или тромбоз. Приоритетные проблемы пациента; сильнейшая боль, резкая бледность кожи с синюшными пятнами («мраморность»), локальное снижение температуры кожи, нарушение чувствительности, ограничение активных движений, вынужденное положение конечности (нога, опущенная вниз).

Потенциальные проблемы: риск развития обширного некроза на пальцах стоп, пятке; параличи. Алгоритм неотложной помощи при ОАН: транспортная иммобилизация, местно холод, ввод спазмолитиков, госпитализация. В стационаре: в первые 6 ч - консервативное лечение. Для снятия боли - наркотические анальгетики.

Для предотвращения образования или рассасывания тромба - антикоагулянты; фибринолитические препараты (стрептокиназа, урокиназа). Снятие спазма сосудов - спазмолитики и новокаиновые блокады. Улучшение коллатерального кровообращения - вакуумные аппараты, физиотерапевтические процедуры.

Операции: радикальная операция (эмболэктомия, протезирование или шунтирование сосуда); паллиативная операция улучшает кровообращение (поясничная симпатэктомия); ампутация при развитии гангрены. Особенности сестринского ухода за больным с ОАН: непрерывное сестринское наблюдение за пациентом, четкое выполнение назначений врача, создание положительной психоэмоциональной атмосферы.

Хроническая артериальная недостаточность (ХАН) развивается постепенно вследствие сужения просвета артерий вплоть до полной их закупорки.

Причины: облитерирующий эндартериит и атеросклероз. Приоритетная абсолютная проблема при этих заболеваниях: перемежающаяся хромота: - боль в икроножных мышцах появляется: после 500 м ходьбы при I степени ХАН; после 200 м ходьбы при II степени; после 20--30 м ходьбы и в покое при III степени; а при IV степени -- появляются очаги некроза. Приоритетные проблемы: похолодание стоп, голеней, парестезии, гипотрофия мышц, уменьшение волосяного покрова, бледность кожи ног, деформация и ломкость ногтевых пластинок, трещины на подошве и в межпальцевых промежутках, некрозы на ногтевых фалангах стоп (чаще I пальца) и на пятках, ослабление или исчезновение пульсации на артериях нижних конечностей. Больные с облитерирующими заболеваниями артерий лечатся амбулаторно. Главные принципы: пожизненность, непрерывность, дифференцированный подход с учетом стадии заболевания, комплексность с использованием разных лечебных воздействий (диета, охранительный режим, ЛФК, фармакотерапия, ФТО и др.). Амбулаторное лечение дополняется интенсивным

периодическим лечением в стационаре или хирургическим вмешательством. Для консервативного лечения применяется большое количество лекарственных препаратов: ангиопротекторы, улучшающие микроциркуляцию; средства, улучшающие метаболизм; антиоксиданты; спазмолитики; альфа-адреноблокаторы; производные декстрина и др. Действие их направлено на улучшение кровообращения. Подбор препаратов индивидуален. Препаратом выбора является трентал (3 раза в день по 400 мг) курсами в течение 3--6 мес. Пациенту по назначению врача следует длительно (иногда пожизненно) принимать малые дозы ацетилсалициловой кислоты (100--150 мг ежедневно или через день). Медсестра объясняет правила приема аспирина или тромбо-АСС: после еды, запивать большим количеством воды. Взаимозависимыми действиями медсестры в лечении облитерирующих заболеваний артерий являются обеспечение и контроль физических методов воздействия: магнитотерапия, УФО крови, внутривенная лазеротерапия.

В беседах с пациентом медицинская сестра рекомендует системные меры профилактики:

- изменение образа жизни;
- отказ от курения, алкоголя;
- соблюдение антисклеротической диеты;
- регулярные прогулки;
- физические упражнения под контролем врача-специалиста;
- соблюдение гигиены ног.

Острая венозная недостаточность (ОВН) -- возникает при нарушении проходимости глубоких вен, конечности.

Причины: острый тромбоз, тромбоз флебит, повреждение магистральных, глубоких вен. Приоритетные проблемы пациента: внезапные тупые, распирающие боли в конечностях, усиливающиеся при движении; прогрессирующий отек, синюшность кожных покровов, выбухание поверхностных вен. Эти пациенты подлежат экстренной госпитализации в положении лежа. Медицинская сестра должна приготовить постель с приподнятым ножным концом кровати под углом 15--20° или пораженная конечность помещается на шину Белера; обеспечивает локальную гипотермию, которая уменьшает боль и снижает проявления ОВН. При необходимости пациенты готовятся к хирургическому лечению: перевязка магистральных вен, тромбэктомия, эндоваскулярные вмешательства.

Консервативное лечение и особенности сестринского ухода после ОВН аналогичны таковым при варикозной болезни (ВБ). Тромбоз флебит -- острое воспаление венозной стенки (флебит) с тромбозом и нарушением проходимости поверхностных вен нижних конечностей. Причины: обменно-дистрофические процессы, тяжелые интоксикации, острые вирусные и инфекционные заболевания, злокачественные опухоли и др. Приоритетные проблемы пациента: жгучие боли; плотные болезненные тяжи по ходу вен; яркая гиперемия кожи над пораженным сосудом в первые дни заболевания; затем кожные покровы -- синюшные, коричневатые; пастозность и отек в нижней трети голени и области лодыжек; местное повышение

температуры, увеличение паховых лимфоузлов; ограничение движений в конечности. Все вышеперечисленное обусловлено местными проявлениями заболевания. Проблемы пациента, обусловленные общей реакцией организма, наблюдаются при инфекционном тромбозе: недомогание, озноб, субфебрильная температура, лейкоцитоз. Большинство пациентов с тромбозом поверхностных вен нижних конечностей лечится консервативно в амбулаторных условиях. Задачи лечебных мероприятий: предотвратить распространение процесса на глубокие вены; купировать воспаление; исключить рецидивы заболевания. Поэтому медицинская сестра знакомит пациента с типовой схемой лечения заболевания и в соответствии с ней планирует сестринский уход. В индивидуальной беседе разъясняет пациенту необходимость соблюдения активного режима, чтобы обеспечить интенсивный кровоток в глубоких венах для профилактики образования в них тромба. Знакомит пациента с правилами использования эластической компрессии, необходимостью круглосуточного эластичного бинтования в первые 10--14 дней, затем медицинский компрессионный трикотаж в дневное время. Медсестра объясняет пациенту необходимость постановки пузырей со льдом на больную конечность в течение первых 3 сут для уменьшения боли и торможения процесса воспаления (5--6 раз в сутки по 30--40 мин). По назначению врача медсестра рекомендует: не менее 2 раз в день местно наносить гель (Фастум, Лиотон, Тромбофоб) легкими круговыми движениями; первые 3 дня вводить диклофенак в/м 2 раза в день, а затем принимать его в виде таблеток или свечей, дополнительно используются таблетки венорутон. Варикозная болезнь -- стойкое, необратимое расширение и удлинение вен нижних конечностей.

Причины: Первичные -- неполноценность венозных клапанов, наследственная слабость венозных стенок, наличие мелких артериовенозных анастомозов и свищей. Вторичные -- гормональные, конституционные, токсико-инфекционные, эндокринные, тяжелая физическая работа, статическая нагрузка на конечности, сдавление вен малого таза при беременности, асците и др. Приоритетные проблемы:

- выраженность венозного рисунка в положении стоя;
- чувство тяжести в ногах к концу дня;
- отеки голени и стопы при длительном стоянии;
- судороги в икроножных мышцах в ночное время;
- зуд;
- быстрое утомление;
- чувство распирания и боли в мышцах голени;
- выпадение волос;
- гиперпигментация кожи. Приоритетные проблемы в последней стадии: -- быстро нарастающие отеки голени;
- тупые боли;
- индурация (уплотнение) подкожной клетчатки;
- лимфостаз;
- мучительный кожный зуд по ночам;

-- мокнущая экзема;
-- трофические язвы в нижней трети голени в области внутренней лодыжки.
Потенциальные проблемы: тромбофлебит, тромбоза глубоких вен, тромбоз эмболии легочной артерии (ТЭЛА). Консервативное лечение:
* компрессионный метод
-- бинтование эластичным бинтом и ношение медицинского компрессионного трикотажа (гольфы, чулки, колготки);
* лекарственную терапию:
-- ангиопротекторы и вентонизирующие препараты (детралекс, троксевазин, анавенол, эскузан);
-- антиагреганты (курантил, трентал, реополиглюкин);
-- препараты, повышающие устойчивость тканей к кислороду (актовегин, солкосерил);
-- местное использование мазей (гепариновая, троксевазиновая, индометациновая) и гелей (эссавен, лиотон, гинкор, троксевазин). В амбулаторных условиях широко применяется флебосклерозирующее лечение (склеро-, микросклеро-, эхосклеротерапия) ВВ. Для этого используются детергенты (тромбовар, сотрадекол, фиб- ровейн); гиперосмотические растворы (30--40 % салицилат натрия, 10--24 % хлорид натрия); коррозионные средства (варикоцид, вари- глобин). После сеанса склеротерапии необходима эластическая компрессия нижней конечности.
Хирургическое лечение (флебэктомия, коррекция клапанов при их несостоятельности) в комплексе с другими методами лечения ВВ дает возможность получить хорошие отдаленные результаты. На всех этапах лечения ВВ рядом с пациентом находится медицинская сестра. Она помогает больному освоить технику бинтования эластичным бинтом, объясняет правила пользования компрессионным трикотажем (утром, не спуская ноги с постели). В беседах с пациентом объясняет необходимость длительного медикаментозного лечения (годы, а иногда пожизненно) и регулярного контроля свертываемости крови.
Медсестра дает рекомендации по профилактике ВВ: Рациональное питание, позволяющее контролировать массу тела. Диета -- молочно-растительная с использованием продуктов, оказывающих послабляющий эффект (растительное масло, свекла, чернослив, инжир, бананы и др.). При приеме непрямых антикоагулянтов (фенилин, синкумар) необходимо исключить продукты, богатые витамином К (капуста, шпинат, печень, щавель, кофе и др.). Соблюдение личной гигиены. Ежедневный гигиенический душ. При этом в течение 10--15 мин обливать каждую ногу теплой и прохладной водой попеременно. Не рекомендуется принимать горячие ванны, посещать баню, парную. Одежда должна быть просторной, комфортной. Обувь -- удобная, на невысоком устойчивом каблуке. Занятия физкультурой под наблюдением врача-специалиста, пешие прогулки. Устранение факторов, ведущих к застою крови в нижних конечностях: ограничение физических напряжений, длительного стояния; своевременное лечение колитов, кашля, отказ от курения. Сестринский уход за больным после флебэктомии включает: положение в постели с приподнятой оперированной конечностью (шина Белера); наблюдение за

повязкой, внешним видом пациента (АД, пульс, ЧДД); наложение эластичного бинта и дозированная ходьба на костылях с 1-го дня; обеспечение асептики при перевязках; обеспечение ежедневного стула.

Пролежень -- омертвление кожи, подкожной клетчатки и других тканей при длительном давлении на них в условиях нарушения микроциркуляции и иннервации. Предрасполагающие факторы: сахарный диабет, кахексия, нейротрофические нарушения. Локализация пролежней: крестец, лопатки, затылок, пятки, задняя поверхность локтевых суставов, большие вертела. Известно, что при использовании стандартных методов лечения пролежней процесс их заживления затягивается. Применение одноразовой кислородной системы обуславливает заживление в течение 2--3 дней. Крестцовая кислородная система состоит из: белого винилового пакета с кислородным шлангом и клапаном давления; крепежного пояса; системы для увлажнения кислорода. Ее преимущества: полностью исключается возможность трансмиссивного инфицирования; проста в использовании (можно применять в домашних условиях); экономична (сокращает сроки лечения, расходы на препараты). Пролежни образуются не только при длительном нахождении больного в постели, но могут возникать на слизистых оболочках пищевода, желудка (введение назогастрального зонда), на стенках трахеи (длительная интубация), на стенке кишки (дренаж в брюшной полости) и др. Для профилактики этих пролежней медсестра осуществляет правильный уход за дренажами, проводит своевременное их удаление. Нарушение лимфообращения -- нарушение оттока лимфы, чаще в нижних конечностях. Причины: воспалительные заболевания (пиодермия, рожа, лимфаденит), трофические язвы, удаление лимфоузлов у онкологических больных. Все это нарушает отток лимфы, и возникает лимфедема, конечная стадия которой -- фибредема (слоновость). Приоритетные проблемы пациента при лимфедеме: плотный отек, тонкая, блестящая кожа. В стадии фибредемы приоритетные проблемы пациента: резкое увеличение объема конечности, гиперкератоз, папилломатозные разрастания, участки кожи свисают в виде фартуков, язвы с обильной лимфореей. Консервативное лечение включает лечение основного заболевания.

Широко используются: ЛФК, массаж, санаторно-курортное лечение (грязи, сероводородные ванны). Для улучшения лимфообращения проводятся микрохирургические операции (анастомоз между лимфатическими сосудами и венами), а при слоновости - пластические операции.

Профилактика венозных заболеваний: советы и рекомендации

Хронические заболевания вен - это целый ряд болезней, которые приводят к нарушению оттока крови из нижних конечностей. Наиболее часто встречаются такие их виды, как варикозная болезнь и посттромбофлебитический синдром (ПТФС, последствия венозного тромбоза). Эти заболевания по мере своего прогрессирования причиняют больному все больше и больше дискомфорта, существенно ухудшая качество его жизни. К тому же, они могут вызвать ряд осложнений, исходом которых могут стать ампутация конечности и даже летальный исход. Из данной статьи вы узнаете, как устроена венозная система, почему возникает недостаточность вен, и

ознакомьтесь с советами и рекомендациями по профилактике хронической венозной патологии.

Как устроена венозная система

Вены - это вид кровеносных сосудов, по которым кровь движется по направлению к сердцу. От верхних и нижних конечностей кровь продвигается вопреки силе гравитации - снизу вверх. Это возможно благодаря следующим способностям тела человека:

- «присасывающая» функция диафрагмы и сердца;
- «мышечно-венозная помпа» (сокращения мышц при ходьбе);
- особенности строения вен: наличие в них клапанов, препятствующих току крови сверху вниз - обратно в конечности).

Почему и как возникает венозная недостаточность

Основной причиной развития хронических заболеваний вен является нарушение нормального функционирования венозных клапанов. Вследствие этого в сосудах задерживается кровь, они переполняются, растягивая стенку сосуда, и возникают мешочкообразные их выпячивания, это то самое варикозное расширение вен.

Факторами, способствующими возникновению хронических заболеваний вен, являются:

- наследственная предрасположенность (если ген, отвечающий за строение стенки сосуда, под воздействием каких-либо неблагоприятных факторов мутирует, то, в случае его наследования, ребенок получит врожденную слабость сосудистой стенки и склонность к развитию патологии вен);
- гормональные скачки в организме (например, во время беременности в крови увеличивается количество прогестерона, а концентрация эстрогена уменьшается, что способствует увеличению образования факторов свертываемости крови и снижению тонуса стенки вен - это приводит к деформации сосудов, закупориванию их просвета и образованию тромбов);
- избыточная масса тела (лишний жир повышает внутрибрюшное давление, в результате чего нарушается венозный отток, кровь застаивается в сосудах, создавая предпосылки для развития заболевания);
- малоподвижный образ жизни (способствует замедлению кровообращения);
- длительное нахождение в стоячем или сидячем положении - характерно для продавцов, водителей, учителей (приводит к уменьшению мышечного тонуса и повышению внутрибрюшного давления, эти изменения влекут за собой затруднение оттока крови из вен нижних конечностей);
- регулярный перенос тяжестей (характерно для грузчиков);
- неправильное питание (дефицит в рационе аскорбиновой кислоты, витаминов Е и Р, а также растительных волокон способствует ослаблению сосудистой стенки);
- злоупотребление спиртными напитками (вызывает обезвоживание организма, а значит, и сгущение крови - формируются тромбы, уменьшающие просвет сосудов и способствующие застою крови в них);
- «слабость» к высоким каблукам (в результате регулярного их ношения мышцы голени меньше двигаются - кровь в сосудах нижних конечностей застаивается);

- постоянное ношение тесного нижнего белья и другой одежды (сжимает вены, затрудняя отток крови из них);
- некоторые соматические заболевания (например, сахарный диабет: глюкоза, содержащаяся в крови в повышенном количестве, оказывает повреждающее действие на стенки сосудов, в том числе вен нижних конечностей);
- хронические запоры (способствуют повышению внутрибрюшного давления и затруднению оттока крови из сосудов нижних конечностей);
- хирургические вмешательства (повышают риск тромбообразования);
- прием повышенных доз препаратов, способствующих сгущению крови: повышается риск образования тромбов и закупорки ими сосудов;
- высокая температура воздуха (сухой жаркий воздух способствует повышенному потоотделению, а значит, и обезвоживанию организма, которое влечет за собой сгущение крови и повышенный риск тромбообразования).

Профилактика хронических заболеваний вен

Профилактические мероприятия против заболеваний данной группы следует проводить и тем лицам, которые хотят предупредить их развитие, и тем, которые уже страдают патологией вен, для того, чтобы предотвратить развитие осложнений. Итак, для того, чтобы сохранить красоту и здоровье ног, необходимо:

- избегать длительного неподвижного положения, особенно сидения в положении нога на ногу и пребывания в положении стоя; если этого не избежать, необходимо время от времени (хотя бы 5-10 минут в час) менять положение тела и проводить гимнастику для ног, чтобы дать крови свободно двигаться по сосудам;
- регулярно выполнять физические упражнения: особенно полезны езда на велосипеде, танцы, плавание, ходьба;
- снижать избыточную массу тела - путем ограничения вредных пищевых пристрастий и увеличения физической активности;
- правильно питаться: включить в рацион продукты, богатые клетчаткой (хлеб грубого помола, фрукты и овощи);
- исключить вредные привычки - прием алкоголя и курение;
- избегать подъема и ношения тяжестей;
- избегать ношения тугой обтягивающей одежды - поясов, резинок, тугих джинсов; отдавать предпочтение одежде просторной, а также использовать специальный эластический компрессионный трикотаж (гольфы, чулки, колготы), соответствующий степени вашей венозной недостаточности (с целью правильного выбора данных изделий следует обратиться к специалисту);
- избегать ношения обуви как на высоком (свыше 5 см) каблуке, так и на абсолютно плоской подошве;
- избегать продолжительного нахождения на солнце, а также приема горячих ванн, посещений саун и бани;
- регулярно проводить гигиенические мероприятия - держать кожу нижних конечностей в чистоте, завершать водные процедуры холодным душем на голени в направлении снизу вверх - такой своеобразный массаж способствует укреплению венозной стенки и активизации тока крови в венах;

- во время отдыха (в том числе и во сне) держать ноги в приподнятом выше уровня головы положении; особенно важно соблюдать это правило в период беременности;
- регулярно (ежедневно) заниматься лечебной гимнастикой;
- правильно питаться, следить за регулярным стулом, не допуская запоров;
- в случае предрасположенности к заболеваниям вен -- принимать препараты, укрепляющие сосудистую стенку: венопротекторы и венотоники (например, Эскузан, Нормовен); не стоит забывать, что любые медикаменты во избежание развития нежелательных реакций должны быть назначены исключительно врачом;
- при отсутствии противопоказаний можно использовать средства народной медицины.

Гимнастика для профилактики венозных заболеваний

Физические упражнения способствуют улучшению функционирования венозно-мышечного насоса нижних конечностей, предотвращая застой крови в венах. Вот некоторые из них:

1. Сидя на стуле, сжать ноги, приподнять носки от пола, опустить их. Повторить 20 раз.
 2. Сидя на стуле, поднять пятки, остаться в этом положении некоторое время. Повторить 20 раз.
 3. В положении стоя опереться двумя руками в стоящие по бокам предметы (например, опереться на столы), приподняться на цыпочки, опуститься на пятки. Повторить 15 раз.
 4. На высоте плеч опереться обеими прямыми руками об стену, подниматься на носки, затем опускаться на пятки. Повторить 15-20 раз.
 5. Побегать на месте 1 минуту.
 6. Вдох - поднять руки вверх и подняться на носочки, выдох - расслабиться, как бы «обмякнув» (немного присев). Повторить 20 раз.
 7. Положение стоя, ноги вместе, руки вдоль туловища. Глубоко вдохнуть, медленно поднимаясь на носки, выдыхая, вернуться в исходное положение. Повторить 20 раз.
 8. Лечь на спину, положив под ноги несколько подушек, закрыть глаза, полежать, расслабившись, равномерно и глубоко дышать.
 9. Лежа на спине, имитировать ногами езду на велосипеде - в течение 1-2 минут.
 10. Лежа на спине, выполнять упражнение «ножницы» -- 20 раз.
 11. Лежа на спине, вытянуть руки вдоль туловища, ноги поднять вертикально. Вращать стопами одновременно внутрь, затем наружу. Повторять 20 раз в каждую сторону.
 12. Лежа на спине, вытянуть руки вдоль туловища, ноги приподнять под углом 20 градусов, зажав между стопами подушку. Медленный вдох - прогнуться в пояснице, оторвать ягодицы от пола; медленный выдох - вернуться в исходное положение.
 13. Положение лежа на правом боку, правая рука под щекой, левая согнута - на левом бедре. Глубокий вдох - поднять левую руку и ногу, выдох - вернуться в исходное положение. Повторить это же упражнение, лежа на левом боку. Выполнять 20 раз.
- Народная медицина для профилактики венозных заболеваний
Некоторые травы при правильном их приеме способны оказывать на организм

человека эффекты, предотвращающие развитие болезней вен или замедляющие их прогрессирование. Употребление их способствует укреплению стенок вен, повышению их тонуса, уменьшению воспаления в толще самих стенок, а также, разжижению крови.

Наиболее известным венотоником является конский каштан, применяемый как наружно - в виде компрессов, примочек, так и внутрь - в форме настоев, отваров или в составе лекарственных препаратов (например, капли Эскузан, содержащие экстракт конского каштана и тиамин (витамин В12)). Чтобы приготовить настойку каштана конского, следует 50 г цветков растения залить 500 мл водки. Настаивать в темном теплом месте в течение 14 дней. Ежедневно взбалтывать. Принимать по 30 капель 4 раза в день 3-4 недели. Говоря о венотониках, помимо каштана следует упомянуть вербену. Листья вербены (15 г) следует залить крутым кипятком (200 мл), настаивать в течение 30 минут на водяной бане. Принимать по 15-30 мл (1-2 столовых ложки) через 2-3 часа. Улучшают метаболизм в сосудистой стенке, укрепляя ее, травы, которые содержат такой микроэлемент, как кремний - медуница лекарственная, спорыш, хвощ полевой. Эти травы, как правило, принимают в виде сбора - по 1 столовой ложке каждого вида растения заливают 0.5 л воды, доводят до кипения, кипятят 5-7 минут. Принимают по 1 столовой ложке 2-3 раза в день. Фосфолипиды, входящие в состав такого известного растения, как одуванчик, также способствуют укреплению стенки сосудов и оптимизации в ней обменных процессов. Рецепт его применения совсем простой: молодые листья растения вымыть, измельчить и добавить в любой овощной салат.

Некоторые растения содержат вещества, разжижающие кровь, то есть препятствующие образованию тромбов внутри сосудов - это малина, пион, льнянка обыкновенная, донник лекарственный и другие. Из листьев и цветков данных растений следует приготовить отвар и принимать по 1-2 столовых ложки 2-3 раза в день. Растения, содержащие танины и галловую кислоту, способны уменьшать симптомы воспаления, в частности и с области стенки сосудов - среди них наибольшее значение имеют кора дуба, лист крушины, корень бадана. Уменьшить чувство тяжести в ногах, а также снять болевые ощущения поможет мускатный орех. Одну чайную ложку порошка следует принимать каждое утро натощак, запивая большим количеством чистой воды без газа. Также можно приготовить настойку мускатного ореха. Для этого требуется 200 г порошка ореха залить 1 литром водки и настаивать в течение 10 дней. Принимать 3 раза в день по 20 капель после еды. В профилактике варикозной болезни хорошо зарекомендовал себя такой вкусный плод, как инжир. При отсутствии противопоказаний (подагры, сахарного диабета, патологии пищеварительной системы) его можно принимать в любом виде и в любых количествах.

При появлении первых признаков застоя крови в венах нижних конечностей - мышечной усталости, боли в голени, отека их - показаны ножные ванночки на основе отвара ивы белой. Чтобы приготовить отвар, следует 2 столовые ложки сырья залить 400 мл горячей воды, кипятить в течение 20 минут на слабом огне. Можно использовать не только иву, а смесь ее с корой дуба. Продолжительность ванночки -

30 минут. После ванночки рекомендован отдых. Соблюдая все или хотя бы большинство мер профилактики хронических заболеваний вен, вы на длительное время сохраните красоту и здоровье ваших ног.

К какому врачу обратиться

Для профилактики заболеваний вен можно обратиться к врачу-флебологу, пройти обследование и получить рекомендации по лечению и предупреждению болезней. Обязательно стоит посетить диетолога, пройти курс массажа, физиотерапии, научиться лечебной физкультуре. Учитывая основные факторы риска, женщинам следует пройти обследование у гинеколога, а всем людям проверить уровень сахара в крови.

Медикаментозное лечение

Удобная обувь, правильное питание и пешие прогулки - основа профилактики варикоза.

Большинство препаратов, применяемых для лечения варикоза, выпускаются в виде таблеток и мазей. Наиболее выраженное действие оказывают именно пилюли, но их прием сопряжен с повышенным проявлением побочных реакций. Гели и мази действуют более мягко, но лечебный эффект у них значительно меньше.

Венотонизирующие препараты, применяемые для лечения варикозной болезни нижних конечностей: Венорутон, Антистакс, Детралекс, Венодиол. Они положительно влияют на сосудистую стенку.

В результате уменьшаются отеки, боли, судороги. Но количество вылезших вен и сосудистых звёздочек они не уменьшат.

Препараты, содержащие гепарин: Лиотон 1000, Гепатромбин Тромблесс. Они уменьшают тяжесть в ногах, отечность, охлаждают и обезболивают. Длительное бесконтрольное их применение вызывает дерматит.

Комбинированные препараты. Наиболее широко из этой группы применяется гель Венолайф. Сочетание гепарина и троксерутина обеспечивает быстрое снятие боли и отеков. Д-пантенол, входящий в его состав, смягчает и увлажняет кожу, снимает раздражение, как правило, появляющееся при варикозном расширении вен.

Если у вас болезнь - варикоз, то успешность лечения на 30% зависит от приема лекарств и на 70% от правильного образа жизни и скорректированного питания. Никакая чудо-таблетка не поможет, если пациент будет лежать на диване перед телевизором поглощая любимое вредное лакомство...