

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/61833>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. СОСУДИСТЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 6

1.1. Классификация и этиопатогенез сосудистых заболеваний кожи 6

1.2. Клинические проявления, диагностика и лечение 25

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ 32

2.1. Характеристика отделения дерматологии 32

2.2. Методы исследования 34

ГЛАВА 3. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ 36

3.1 Результаты анкетирования медсестер 36

3.2. Анкетирование пациентов 42

3.3. Сравнительный анализ 45

3.4. Профилактика сосудистых заболеваний кожи 46

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 50

ЛИТЕРАТУРА 53

ПРИЛОЖЕНИЕ 56

ВВЕДЕНИЕ

Сосудистые поражения кожи – одна из наиболее частых причин, приводящих пациентов к пластическому хирургу или косметологу.

В общей и косметологической хирургии в настоящее время проблема сосудистых поражений кожи, несмотря на существенные успехи, продолжает оставаться одной из сложных и актуальных для современной клинической медицины.

Известно, что винные пятна, венозные мальформации капиллярные гемангиомы и ангиодисплазии, телеангиоэктазии, относятся к достаточно часто встречающейся сосудистой патологии кожи. В настоящее время они обнаруживаются приблизительно у 2-12% новорожденных и 0,3-1,0% взрослого населения [17, 23].

Среди всех существующих сосудистых патологий рассматриваемая нозология составляет около 60% случаев, что определяет лечение сосудистой патологии кожи как важную медицинскую и социальную проблему.

На основании анализа современной литературы можно сделать вывод о том, что сложный патогенез, имеющийся повышенный риск формирования более выраженных косметических дефектов после лечения, отсутствие удовлетворенности результатами как консервативных, так и традиционных оперативных методов лечения пациентов и врачей, и в первую очередь косметическими, также обуславливает факт того, что проблема адекватного лечения сосудистой патологии кожи, несомненно является актуальной.

В настоящее время не существует общепринятой единой клинической классификации сосудистой патологии кожи. В существующих на сегодняшний день различных классификациях эту патологию относят либо к "ложным гемангиомам", либо к ангиодисплазиям, поскольку они не имеют типичных для опухолей характеристик. Часто ее рассматривают как один из видов гемангиомы, что определяет выбор неправильной тактики лечения и соответственно, неудовлетворительные результаты лечения.

По существующим представлениям, как правило, сосудистые поражения кожи имеют врожденный характер. Клинически они проявляются пятнами различных оттенков ярко красного цвета в зависимости от степени выраженности и преобладания в них сосудистого компонента.

В обычных условиях сосудистая патология кожи создает пациентам только косметические неудобства, не отражаясь на функции других органов и состоянии здоровья в целом. По данным статистики, максимум обращаемости пациентов к хирургу составляет возраст от 1 года до 20 лет, при этом женщины чаще обращаются к врачам [1, 4].

Высокая заболеваемость, характер локализации сосудистых поражений преимущественно на лице, определяющая «острую» социальную значимость заболевания и недостаточная эффективность

существующих методов лечения обуславливает актуальность и большое практическое значение разработок новых подходов к лечению, оптимизирующих косметические результаты, а также возможностей профилактики поражений.

Большое количество существующих разнообразных способов лечения свидетельствует о нерешенности многих вопросов лечения сосудистой патологии кожи. Именно потому ни один из применяемых в практике методов не обеспечивает достижения результата, который мог бы полностью удовлетворить требования пациентов, заставляет специалистов совершенствовать методы лечения и профилактики. Кроме указанного улучшение общего уровня благосостояния современного российского общества в последние десятилетия естественно существенно повысило требования к специалистам-медикам, что обуславливает необходимость поиска и создания новых современных методик, обеспечивающих гарантии достижения качественных результатов лечения.

Целью работы является определение роли медсестры в профилактике сосудистых заболеваний кожи.

В рамках поставленной цели решаются следующие задачи:

- ознакомиться с классификацией сосудистых поражений кожи;
- изучить этиологию и патогенез сосудистых поражений кожи;
- ознакомиться со способами лечения этих патологических состояний;
- определить роль медсестры в профилактике сосудистых поражений кожи.

Объект исследования: сосудистые поражения кожи.

Предмет исследования: роль медсестры в профилактике сосудистых поражений кожи.

ГЛАВА 1. СОСУДИСТЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Классификация и этиопатогенез сосудистых заболеваний кожи

Сосудистые поражения кожи включают в себя приобретенные (например, пиогенная гранулема) и врожденные патологические состояния, а также и проявляющиеся вскоре после рождения (сосудистые родимые пятна). К сосудистым родимым пятнам относятся сосудистые опухоли (например, врожденные гемангиомы) и сосудистые мальформации. Сосудистые мальформации – это врожденные, локальные дефекты морфогенеза сосудов, сохраняющиеся в течение всей жизни, которые подразделяют на капиллярные (например, пламенеющий невус), артериовенозные (например, пещеристая аневризма), венозные и лимфатические мальформации [6, 8].

На основании представленных морфологических характеристик в сочетании с особенностями клинического течения сосудистые новообразования подразделяются на две группы: гемангиомы – истинные опухоли и ангиодисплазии, которые рассматриваются как пороки развития. Такое подразделение имеет большое значение в выборе методов обследования, лечения и прогнозирования исхода этих состояний.

Гемангиома представляет собой доброкачественную опухоль, паренхима которой состоит из эндотелия сосудов. Опухоль характеризуется пролиферацией массы клеток независимо от роста ребенка, кровоснабжение ее осуществляется из артериального русла, иногда гемангиома склонна к ауторегрессии. Наиболее часто поражения локализуются на коже и в подкожной жировой клетчатке, реже страдают паренхиматозные органы, и крайне редко поражается костная ткань.

Гемангиомы – это сосудистые опухоли, которые выявляются в 30% случаев при рождении, или в течение первого месяца после рождения, как это имеет место в большинстве случаев. В основе гемангиомы лежит пролиферация эндотелиальных клеток [12, 17]. Гемангиомы необходимо дифференцировать с пороками развития сосудов, таких как пламенеющий невус. Для пламенеющих невусов пролиферация эндотелиальных клеток не характерна. Все гемангиомы представлены капиллярами и сосудами, просвет которых увеличивается с возрастом.

Капиллярная гемангиома («земляничный невус») представляет собой выступающую над уровнем кожи поверхностную сосудистую опухоль, которая возникает вскоре после рождения, а к 5-12 году жизни может самостоятельно регрессировать. Наблюдается у 1-2% детей. Образование имеет вид мягкого ярко-красного или темно-вишневого узла или представлено бляшкой до 8 см в диаметре, которые располагаются на

голове, туловище, шее, голенях. В течение первого года жизни ребенка обычно наблюдается максимальный рост опухоли. Рассасывание опухоли обычно начинается с ее центра, возможно её изъязвление, вторичное инфицирование. Иногда на месте регрессировавшей капиллярной гемангиомы остаются поверхностные рубцовые изменения, появляется гипопигментация, атрофия или огрубение кожи, телеангиэктазии [8, 12, 17].

Пламенеющий невус («винное пятно») является пороком развития сосудов дермы в виде пятна неправильной формы красного или фиолетового цвета. Выявляется при рождении, самостоятельно не исчезает, за исключением невуса Унны. Пламенеющий невус иногда может сочетаться с пороками развития сосудов глаз, мягкой и паутинной оболочек головного мозга, варикозным расширением вен и гипертрофией конечностей, сосудов спинного мозга, мягких тканей и костей.

Пламенеющий невус встречается на любом участке тела, но чаще на лице. Поражение преимущественно одностороннее, в пределах одного дерматома (иногда и прилегающих), на лице – в зоне иннервации тройничного нерва, нередко с вовлечением конъюнктивы и слизистой рта.

Обычно пламенеющие невусы захватывают значительные участки кожи, имеют четкие границы. С возрастом на их поверхности возникают узлы, папулы, усиливающие внешний дефект кожи лица человека [8, 12, 17, 23].

Невус Унны (врожденная телеангиэктазия затылка) определяется на задней поверхности шеи примерно у трети новорожденных. Иногда невус может локализоваться на веках и в межбровной области [8, 12, 23]. Синдром Стерджа-Вебера-Краббе представляет собой сочетание невуса, локализующегося по ходу ветвей тройничного нерва, и пороков развития сосудов мозговых оболочек и глаз; в синдром Клиппеля-Треноне включается невус и пороки развития сосудов мягких тканей и костей и виде гипертрофии одной конечности [8, 23].

В синдром Кобба включается пламенеющим невус и пороки развития сосудов спинного мозга, приводящие к развитию неврологических расстройств.

Кавернозная (глубокая) гемангиома является пороком развития сосудов кожи (капилляров, вен, лимфатических сосудов), подкожной клетчатки или подлежащих тканей. Имеет вид полушаровидной формы опухолевидного образования мягкой, губчатой консистенции, синюшно-красного или голубоватого оттенков, дольчатого строения, с нечеткими границами. Если надавить на опухоль пальцем появляется ямка, которая быстро исчезает. Кавернозная ангиома чаще локализуется у детей различных возрастных групп на конечностях, туловище [8, 12, 17, 23].

В некоторых случаях кавернозная гемангиома может сочетаться с варикозным расширением вен, артериовенозными свищами и пламенеющим невусом.

Старческие гемангиомы представлены полушаровидными ярко-красными (фиолетовыми) папулами или многочисленными точечными красными пятнами, похожими на петехии, которые появляются преимущественно на туловище. Их необходимо дифференцировать с венозной гемангиомой, ангиокератомой, узловой меланомой и метастазами опухолей внутренних органов (рак почки).

Венозная гемангиома представляет собой мягкую папулу темно-синего или фиолетового цвета, появляющуюся на губах, лице, или ушных раковинах у лиц старше 50 лет. Обычно венозные гемангиомы являются единичными, не составляют внешних и субъективных беспокойств. Опухоль представляет собой полость, заполненную эритроцитами и ограниченную соединительнотканной стенкой, с внутренним слоем эндотелиальных клеток. Венозную гемангиому необходимо дифференцировать с узловой меланомой [8, 12, 17, 23].

Паукообразная гемангиома (сосудистая звездочка, звездчатая гемангиома) представляет собой телеангиэктазию, в центре которой видна мелкая красная папула (питающая артериола) с радиально расходящимися расширенными извитыми капиллярами-веточками, по внешнему виду напоминающая паука. Подобные элементы обычно являются одиночными, составляют в диаметре до 1,5 см. Радиальные сосуды при диаскопии обескровливаются, а центральная артериола набухает и пульсирует. Наиболее частой локализацией является лицо (щеки, нос), предплечье и кисти. У женщин появление паукообразных гемангиом связывают с избытком эстрогенов при беременности, приеме оральных контрацептивов, звездочки выявляются при вирусных гепатитах, алкогольном циррозе печени. Однако они могут возникать и у здоровых лиц. Появившиеся у женщин после родов телеангиэктазии, а также телеангиэктазии, возникшие в раннем детстве постепенно исчезают.

Ангиокератома (ороговевающая гемангиома) чаще встречается в виде ангиокератомы Фордайса: проявляется многочисленными темно-красными гиперкератотическими милиарными и лентикулярными папулами (расширенными венулами) в области вульвы или головки полового члена, мошонки.

Редкими формами гемангиом являются ангиокератома Мибелли, которая встречается у девочек (аутосомно-доминантный тип наследования), выявляется на локтях, коленях и тыле кистей в виде ороговевающих папул розового, красного или темно-красного цвета [17, 23].

Болезнь Фабри (диффузная ангиокератома) проявляется темно-красными точечными сосудистыми опухолями, которые появляются у мужчин внизу живота, на половых органах, ягодицах, иногда на губах (наследуется по аутосомно-рецессивному типу, заболевание обусловлено недостаточностью в эндотелиальных клетках, фиброцитах и перицитах β -Д-галактозидазы). В процесс вовлекаются сердце, кожа, вегетативная нервная система [8, 12, 17, 23].

Телеангиэктатическая гранулема (пиогенная гранулема) представляет собой быстро растущую взрывающую гемангиому в виде узла или на ножке. Иногда возникает на месте участков небольших травм. Обычно представлена одиночным конусообразным узлом, имеющим цвет от ярко-красного до черного, размерами до мелкой вишни. На поверхности узла могут быть изъязвления, эрозии, появляются корки, при травмировании или спонтанно узел может кровоточить. Возникновение связано с разрастанием капилляров на лице, пальцах кистей рук, деснах. Встречается чаще у детей и беременных женщин. Дифференцировать ее нужно с ангиосаркомой, узловым меланомой, избыточными грануляциями.

Гломангиома (гломусная опухоль) является доброкачественной опухолью, образованной артериовенозным клубочковым анастомозом (гломусом). Чаще встречаются одиночные гломангиомы, возникающие после травм, которые проявляются в виде лентикулярной папулы красновато-синего цвета, разной консистенции и с выраженной болезненностью. Локализуется гломангиома обычно на конечностях, преимущественно в области ногтевого ложа, редко – на шее, лице, в области полового члена и мошонки.

Одиночная гломангиома представлена, как правило, состоящим из множества мелких сосудов инкапсулированным очагом, просвет сосудов выстлан уплощенными эндотелиальными и гломусными клетками, или клетками по типу эпителиоидных, а также множеством немиелинизированных нервных волокон. Множественные гломангиомы чаще выявляются у детей, наследуются по аутосомно-доминантному типу [8, 12, 17, 23].

Венозные звездочки представляют собой мелкие цианотичные телеангиэктатические образования, которые локализуются на ногах и лице, реже на других участках тела. При желании они могут быть удалены теми же методами, что и паукообразные гемангиомы.

Термин «телеангиэктазия» впервые был введен в 1807 году Von Graft для описания поверхностных сосудов кожи, видимых человеческим глазом. Как правило, это сосуды, диаметр которых составляет 0,1-1 мм. Распространенность телеангиэктазий довольно высока в 80% случаев они встречаются у женщин и в 20% - у мужчин [8, 12, 17, 23].

В 1996 г. телеангиэктазии были отнесены к хронической пограничной патологии кожи нижних конечностей, что определяет возможность их медицинской коррекции как хирургом, так и дерматологом. Существуют различия в оценке значимости обсуждаемой патологии медиками и пациентами. Отмечается, что большинство врачей считают больных данной категории «несерьезными», так как они не требуют хирургической операции. Кроме того, телеангиэктазии зачастую характеризуются резистентностью к склеротерапии и склонностью к рецидивированию. Это также является одной из причин недостаточного интереса врачей к данной группе пациентов, что нашло отражение в малом количестве исследований и публикаций по указанной проблеме.

Однако эту точку зрения не разделяют большинство пациентов, которые воспринимают телеангиэктазии минимум как эстетические проблемы, но часто еще и предполагают, что это является манифестацией серьезных заболеваний сосудов.

У большей части взрослого населения можно встретить телеангиэктазии на нижних конечностях. При этом их частота связана с возрастом. Так, у женщин моложе 30 лет они обнаруживаются в 8% случаев, к 50 годам – в 41%, к 70 годам – в 72%. У мужчин эти показатели равны 1%, 24% и 43% соответственно [8, 12, 17, 23].

Телеангиэктазии могут отличаться формой, размерами, местоположением, цветом, быть единичными и множественными, располагаться локально или быть распространенными. В ряде случаев они кровоточат, их размеры и цвет во многом определяется происхождением.

Не выступающие над поверхностью кожи красные тонкие телеангиэктазии, как правило, возникают из капилляров и артериол. Диаметр капиллярной телеангиэктазии составляет менее 0,2 мм.

Более широкие и часто выступающие над поверхностью кожи синие телеангиэктазии обычно образуются из венул. Иногда внешний вид капиллярных телеангиэктазий может изменяться. Первоначально тонкие и красные телеангиэктазии превращаются в синие, что обусловлено «забросом» в них крови со стороны

венозной части капиллярной петли в условиях хронического повышения гидростатического давления. Чаще всего телеангиэктазии обнаруживаются на кожных покровах, реже в области слизистой оболочки полости рта, носа, желудочно-кишечного тракта, дыхательной и мочеполовой систем. В редких случаях диагностируются единичные висцеральные телеангиэктазии. Нередко они могут сочетаться с другими сосудистыми аномалиями (артериовенозные аневризмы, ангиомы, шунты). В одних случаях телеангиэктазии могут быть проявлением хорошо очерченного клинической картиной заболевания, в других – отражать суть синдрома. Эти сосудистые изменения могут носить врожденный, приобретенный или наследственный характер.

Значительную роль в возникновении новых и расширении существующих сосудов дермы играют многие факторы. Полагают, что формирование приобретенных телеангиэктазий происходит в результате выделения или активации различных вазоактивных веществ, таких как гистамин, гормоны, серотонин и др., под влиянием множества условий, включая инфекции, аноксию, некоторые физические факторы.

Поэтому во многих случаях после устранения вызвавшего их фактора телеангиэктазии остаются по существу только косметическим дефектом. Однако существуют многочисленные ситуации, при которых расширенные сосуды кожи служат одним из проявлений значительно более тяжелого заболевания. Задачей врача при этом становится выявление и лечение этого заболевания.

Наиболее распространенными приводящими к развитию телеангиэктазий причинами являются нарушения в венозной системе нижних конечностей, гормональные факторы, солнечная радиация.

Гормональные влияния, обуславливающие развитие телеангиэктазий, хорошо известны. Особенно большое влияние на формирование телеангиэктазий оказывают эстрогены. У 1/3 женщин впервые расширенные сосуды были выявлены во время беременности. Иногда на 3-6-й неделе после родов многие из этих сосудов исчезают [7]. Установлена также связь возникновения телеангиэктазий с приемом пероральных контрацептивов.

1. Агапитов Ю.Н., Сенча А.Н., Майнугин В. и др. Склерооблитерация вен под ультразвуковым контролем. 4-й съезд Российской Ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине: Тез. докл. М 2003; 88.
2. Акимов В.Г. Фотозависимые дерматозы. М.: МИА; 2010. – 327с
3. Акимов Г., Каламкарян А., Розенбул Л. и др. *Cutis marmorata telangiectasica congenita*. Вестн дермат и венерол 1981; 2: 12-16.
4. Алекперова Т.В. Возможности и перспективы амбулаторной хирургии варикозной болезни вен нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия.-2001.-Т. 7, № 1.-С. 29-36.
5. Алекперова Т.В. Современная интраскопия варикозной болезни // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. 2001. -№2(2).-С. 10-15.
6. Беленцов С.М. Телеангиэктазии в Эдинбургском исследовании: эпидемиология и сочетание с варикозными венами и симптомами. Реферативный обзор. Реф флебол 2009; 1: 4—6.
7. Богачев В.Ю. Гормониндуцированная флебопатия. Новая проблема современной флебологии. Ангиол и сосуд хир 2002; 3: 50—54.
8. Бутов Ю.С. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путём.- М.: Медицина, 2002. - 399 с.
9. Бутов Ю.С., Демина О.М. К вопросу о лазерной терапии телеангиэктазий. Рос журн кож и вен бол 2006; 2: 53—57.
10. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Стандарты диагностики и лечения (совещание экспертов). М., 2000. - 16 с.
11. Гусева Н.Г. Феномен Рейно. Справочник поликлинического врача 2007; 15: 4—7.
12. Зверькова Ф.А. Болезни кожи детей раннего возраста. Ст-Петербург: Событие 1994; 235.
13. Касимов Н. Телеангиэктатическая клиническая разновидность мастоцитоза. Вестн дерматол и венерол 1990; 11: 52-55.
14. Кащенко В.Б., Синица В.И. Случай кольцевидной телеангиэктатической пурпуры Майокки. Вестн дерматол и венерол 1982; 10: 47-48.
15. Ливандовский Ю.А. Болезнь Рондю-Ослера (наследственная геморрагическая телеангиэктазия). Клиника, диагностика, лечение. Метод. рекоменд. М 1986; 26.
16. Ливандовский Ю.А. Особенности клиники болезни Рандю-Ослера. Сб. Актуальные вопросы практического здравоохранения. М 1982; 146-149.
17. Ливандовский Ю.А. Телеангиэктазии. Дерматол и венерол 1995; 4: 108-111.
18. Минкин С.Е. Комбинированное лечение телеангиэктазий нижних конечностей. Мат. III конф. ассоциации

флебологов России. Ростов-на-Дону 2001; 94-95.

19. Минкин С.Е., Минкин П.С., Волков А.С., Житный М.В. Лазерное лечение сосудистых поражений кожи. Ангиол и сосуд хир 2002; 4: 62—66.

20. Никонец Л.Д., Перетятко В.В., Ленарт Т.В., Зиборова Ю.В. Синдром Ниймеген (клиническое наблюдение). Здоровье ребенка 2007; 4: 17—21.

21. Полуботко Е.А., Смирнова Н.В., Плескач Н.М. и др. Особенности преждевременного старения при атаксии-телеангиэктазии. Цитология 2009; 8: 712—718.

22. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани. М: Медицина 2004; 640

23. Соболева С.С., Дербенева Л.И., Глазко Е.Н. и др. Системный телеангиоматоз со вторичными изменениями кроветворения. Сов мед 1978; 8: 118-121.

24. Трухан Д.И., Викторова И.А., Багешева Н.В. Изменения кожи при сердечно-сосудистых и ревматических заболеваниях // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 7-6. – С. 988-992;

25. Флебология. Руководство для врачей. Под ред. В.С. Савельева. М: Медицина 2001; 660.

26. Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., Баженов В.Н., Корниенко И.Ф. Телеангиэктазии и ретикулярный варикоз у женщин: особенности течения и показания к лечению. Флебология 2010; 1: 34-38.

27. Шиманко А.И., Дибиров М.Д., Волков А.С. и др. Лазерная чрескожная фотокоагуляция телеангиэктазий различной локализации. Флебология 2008; 2: 17—20

28. Шиманко А.И., Дибиров М.Д., Волков А.С. и др. Лазерная чрескожная фотокоагуляция телеангиэктазий различной локализации. Флебология 2008; 2: 17-20.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/61833>