**Лекція 12.**

**Тема: Ураження шкіри у пацієнтів похилого віку.**

**План**

1. Вікові зміни шкіри

2.Пухлинні ураження шкіри у пацієнтів похилого і старечого віку

**Зміст лекції.**

**1.Вікові зміни шкіри**

У процесі старіння в людському організмі відбуваються фізіологічні, біохімічні і фізико-хімічні зміни (табл. 1), які відповідно позначаються на стані шкірних покривів і призво­дять до різних шкірних змін.

Серед зовнішніх ознак старіння шкіри виділяють головні (обов’язкові) і другорядні (можливі).

Таблиця 1. Вікові зміни шкіри

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Основний механізм появи змін | Клінічні зміни | Морфологічні зміни |
| Зменшення продукції потових і сальних залоз | Сухість | Зменшення кількості потових і сальних залоз |
| Зміни волосяних фолікулів | Комедони | Розширення гирл волосяних фолікулів |
| Зміни кератоцитів | Кератоз | Нерегулярна гіпер- і/ або гіпоплазія епі­дермісу |
| Втрата еластичності | Зморшки, складки |  |
| Зменшення товщини шару дерми | Стоншення | Атрофія і деструктивні зміни волокнистих структур дерми |
| Зменшення товщини підшкірної жирової клітковини | Підвищена рух­ливість, дряхлість | Зменшення маси адипоцитів |
| Зміна кольору | Блідість, землистість, жовто-бура пігмента­ція, лентиго, пігмент­ні невуси | Збільшення кількості меланоцитів і кіль­кості меланіну в них |
| Судинні порушення | Ангіоми, телеангіек­тазії, “рубінові тільця” | Розширення судин, атрофія їх стінок, вкорочення капіляр­них петель |
| Порушення росту волосся | Гіпо- і гіпертрихоз, гірсутизм | Атрофія волосяних фолікулів |

До головних ознак належать: зниження пружності м’яких тканин, сухість і стоншення шкіри, зморшкуватість (склад­частість), стареча деформація.

Другорядні ознаки включають набряк і пастозність навколо очей, пористість шкіри, телеангіектазії, зірчасті ангіоми, “рубі­нові тільця”, гіпо- і гіпертрихоз, гірсутизм, гіперпігментацію, себорейні кератоми (папіломи, старечі бородавки, плями), ксантелазми.

Медична сестра повинна навчати пацієнта похилого віку до­гляду за шкірою, що старіє:

— оберігати шкіру від травм, розчухів, інфекцій тощо (особ­ливо на гомілках, де часто локалізуються різні геріатричні дер­матози);

* уникати надмірної інсоляції, що спричинює старіння шкіри і розвиток новоутворень: використовувати парасольки, захисні окуляри, креми від засмаги;
* боротись із сухістю шкіри: у приміщеннях використову­вати зволожувачі повітря, помірно користуватися холодною і гарячою водою, милом, не вмиватися жорсткою водою, після вмивання шкіру просушувати, не користуватися грубими руш­никами;
* замість гігієнічних душів і ванн рекомендувати ванни з морською сіллю, олійні ванни, колоїдні ванни з відварами трав, висівками, крохмалем тощо;
* при стоншеній і в’ялій шкірі необхідно відновити її вод­ний обмін, для цього слід використовувати гідративні креми, а також вітамін А всередину і місцево, на ніч користуватися жирними кремами;
* особам молодшого віку корисні пом’якшувальні маски на обличчя (жовтково-олійні, жовтково-медові, майонезні, фрук­тово-овочеві тощо), для догляду за шкірою рук користуватися кремами тощо;
* важливе значення має догляд за нігтями, які регулярно потрібно підстригати, так як у піднігтьових складках накопичу­ються пил, піт, рогові клітини, мікроорганізми, особливо стафі­лококи.

2**.Пухлинні ураження шкіри у пацієнтів похилого і старечого віку.**

До дерматозів, які часто виникають у пацієнтів похилого віку, належить стареча (сенильна) кератома — доброякісне новоутворення шкіри, що найчастіше спостерігають на відкри­тих ділянках шкіри (обличчя, шия, верхні кінцівки). Часто ви­являють множинні вогнища ураження. Спочатку виникають ділянки обмеженого гіперкератозу, після видалення лусок вони з’являються знову, набувають щільнішої консистенції. Керато- ми, що сформувалися, — щільні бляшки діаметром до 1,5 см з округлими краями, покриті щільно прикріпленими сірими кір­ками, при видаленні яких з’являється кровоточивість. Пухли­на самостійно не зникає, а при тривалому травмуванні або не­раціональній терапії може малігнізуватися.

Шкірний ріг (мал. 1) є різновидом старечої кератоми. Його переважна локалізація — обличчя, волосиста частина голови, рідко руки, тулуб, статеві органи. З’являється поодиноке, заго­стрене, чітко обмежене гіперкератичне

утворення, щільне на дотик, темно-сіро-корич- невого кольору, часто з гла­денькою поверхнею, завдовж­ки до 1 см і більше.

Склеродермоподібна базаліома проявляється щільною білу­ватою бляшкою з дещо піднятими краями і телеангіектазіями в центрі, відрізняється дуже повільним периферійним ростом. Сенильна ангіома Дюбрея. У пацієн- Мал. кавернозна тів похилого віку досить поширена, як у гемангіома

чоловіків, так і жінок. Типова локаліза­ція — тулуб (лопатки, живіт, грудна клітка) і верхні відділи кінцівок. Розрізняють три стадії розвитку:

1. початкову (“рубінова пляма”);
2. проміжну (найпоширеніша, напівкруглі вузлики з гладень­кою поверхнею розміром 0,5—5 мм, за зовнішнім виглядом на­гадують зернята каенського перцю);
3. кавернозну (мал. 26), що спостерігається приблизно в 5 % випадків.

Діагностика нескладна.

Поверхнево поширена форма меланоми відзначається в 70 % випадків. На зовні не зміненій шкірі з’являється бура або чорна пляма (2—3 мм), що поступово

збільшується в розмірі, набуває овальної чи неправильної форми, ущільнюється, стає напівшароподібною, з нерівною горбистою поверхнею, покритою кірками, яка легко травмується і кровоточить. Метастазування в регіонарні лімфовузли можливе на ранніх етапах розвитку цієї меланоми.

Вузлова форма (15 % випадків), частіше уражує чоловіків. Характеризується швидким ростом і несприятливим прогнозом. У хворих виявляється горбиста щільна пухлина, поверхня якої збільшується в розмірі, набуває овальної чи неправильної форми, ущільнюється, стає напівшаро- подібною, з нерівною горбистою поверхнею, покритою кірками, яка легко травмується і кровоточить. Метастазування в реґіонарні лімфовузли можливе на ранніх етапах розвитку цієї меланоми.

Вузлова форма (15 % випадків), частіше уражує чоловіків. Характеризується швидким ростом і несприятливим прогнозом. У хворих виявляється горбиста щільна пухлина, поверхня якої без шкірного рельєфу стає глянцевою. Легко виникають вираз­ки, що покриваються кров’яними кірками. Часто навколо тако­го вогнища з’являються чорні вузлики (метастатичні вогнища).

Меланома за типом злоякісного лентиго виникає рідше (приблизно в 5 % випадків) і зазвичай формується на місці об­меженого передракового меланозу Дюбрея. Починається процес з появи на відкритих ділянках шкіри (обличчя, верхня частина шиї, скроні, лоб, рідше — кисті і стопи) коричневої плями з гладенькою, тьмяною, в’ялою поверхнею. Протягом деякого часу елемент збільшується в розмірах до 2—3 см у діаметрі, на поверхні виникають ділянки рубцевої атрофії, пігментація стає нерівномірною, потім на тлі плями з’являється вузол, часто без пігменту, із серозними виділеннями, кровоточивістю і кірко- утворенням. Усі форми меланоми дають метастази в регіонарні лімфовузли, шкіру і внутрішні органи.

Лікування меланоми проводять в онкологічних закладах, методом видалення вогнища із захопленням здорової шкіри на 5 см, екстирпації лімфовузлів, рентгенохіміотерапії.

Профілактичні заходи полягають у запобіганні травматиза­ції невусів, ранній діагностиці і лікуванні передракового мела­нозу Дюбрея, а також ранньому виявленню вогнищ меланоми на початкових стадіях розвитку. Важливе значення має захист шкіри від сонця.