

У пацієнтів з тривалістю ендокринної патології 2-3 роки синдром «сухого ока» виражений помірно, при тривалості 4-5 років - чітко виражений очний синдром, > 5 років - важкі прояви синдрому «сухого ока» з відповідними показниками проби Ширмера 1.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Під час аналізу результатів дослідження було виявлено, що по мірі прогресування ендокринного захворювання синдром «сухого ока» також стає більш вираженим. Подальші дослідження є необхідними для виявлення найоптимальніших шляхів попередження виникнення даного очного синдрому при ендокринних патологіях та найшвидшого його усунення при появі очних симптомів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бржевский В.В., Сомов Е.Е. Синдром “сухого глаза “. - СПб.: “Аполлон”, 1988. – 96 с.
2. Бржевский В.В., Сомов Е.Е. Диагностика и лечение больных с синдромом “сухого глаза”: Краткое руководство для врачей. – СПб: “Сага”, 2005. – 20с.
3. Бржевский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение). – СПб.: “Сага”, 2002. – 142 с.
4. Риков С.О., Варивончик Д.В., Гудзь А.С. Комп’ютерний зоровий синдром: Посібник для лікарів. – К.: Колофон, 2005. – 80с.
5. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. – М.: МЕДпресс-информ, 2008: – 2-е изд. – 392 с.
6. Офтальмология Учебник / Под ред. Сидоренко Е.И. – 2-е изд., испр. – М. ГЭОТАР- Медиа, 2006. – 408 с.
7. Терапевтическая офтальмология. Под ред.. М.Л. Краснова, Н.Б. Шульпиной. – М.: Медицина, 1985. – 360 с.
8. Ковалевский Е.И. Офтальмология: Учебник. –М.: Медицина, 1995. – 480 с.

**Л.Ю. БЕЗПАЛЬКО, А.М. АНДРОШ, Ю.М. БЕЗПАЛЬКО,
І.В. СТОЯНОВСЬКИЙ, В.С. САВЧИН**

ЛІКУВАННЯ ЕЛЕКТРООПІКІВ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК ДІТЕЙ ЛЬВІВЩИНИ

Стаття присвячена проблемі лікування електроопіків верхніх кінцівок дітей Львівщини.

Ключові слова: педагогіка, дитина, електрострум, опіки, лікування.

Статья посвящена проблеме лечения электроожогов верхних конечностей детей Львовщины.

Ключевые слова: педагогика, ребенок, электроток, ожоги, лечение.

This article is devoted to the problem of treatment elektroopikiv upper limbs of children in Lviv region.

Key words: education, child, electric, care, treatment

Вступ. Сьогодні, на жаль, Україна займає одне з перших місць в Європі за частотою дитячої електротравми, при якій найчастіше страждає кисть і за даними наукових публікацій становить 22,3%-47,9% [2].

Для дитини кисть відіграє особливу роль, оскільки є засобом для отримання інформації про новий і цікавий світ навколо; методом вираження емоцій та бажань, коли бракує або ще немає відповідних слів; першою можливістю щось змінити або створити щоб заявити про себе як особистість. Особливості дитячого організму, складність функції та будова кисті, фізичні властивості електричного струму, різноманітність патофізіологічних змін при електротравмі та об'ємна невідповідність між дефектом покривних та підлеглих тканин є причиною того, що лікування електроопіків дитячої кисті є одним з найскладніших розділів дитячої комбустіології [2].

Неадекватність первинного лікування електричної травми кисті призводить у дітей, на відміну від дорослих, до формування рубцевих деформацій кисті, що на тлі інтенсивного росту загрожує дитині інвалідизацією, труднощами в соціальній адаптації та зниженням якості усього подальшого життя [11].

Мета роботи. Вивчити та оцінити основні параметри електричної травми верхніх кінцівок у дітей Львівської області.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилось на базі Центру термічної травми та пластичної хірургії 8 Міської клінічної лікарні м. Львова. Загалом проаналізовано та узагальнено дані медичних карт, фото та результати клінічного обстеження та лікування 123 дітей з електричними пошкодженнями верхніх кінцівок, які перебували на стаціонарному лікуванні впродовж 1994-2010рр.

Усіх пацієнтів з електроопіками верхніх кінцівок відразу після поступлення госпиталізували у відділення інтенсивної терапії для моніторингу вітальних функцій та їх корекцій при потребі.

В стаціонарі проводились загальноклінічні та інструментальні дослідження (ЕКГ, рентгенографія ураженої кінцівки). Після стабілізації загального стану пацієнта проводили лікування основного захворювання.

У 42 пацієнтів діагностовано поверхневий опіковий дефект і їх, відповідно, лікували консервативними методами із застосуванням мазевих пов'язок та розчинів антисептиків. У 81 дитини виявлено глибокий електроопік, що вимагало активної хірургічної лікувальної тактики. Серед пацієнтів 90 хлопчиків (73%) та 33 дівчинки (27%).

Обставини електротравми були найрізноманітнішими. Діти отримували електроопік кисті як вдома (вставляючи різні предмети в розетку, розбираючи електричні продовжувачі, бавлячись побутовими електроприладами), так і на вулиці під час ігор з дротами високої напруги та в трансформаторних будках. В усіх випадках травма відбувалась за умов відсутності дорослих поблизу дитини. Етіологічні чинники електроопіків відображені в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за видом травмуючого агента

Етіологічний фактор	Кількість дітей	%
Низьковольтний струм	77	62
Високовольтний струм	25	20,7
Вольтова дуга	21	17,3
Разом	123	100

Серед наших пацієнтів були діти різного віку від 6 місяців до 18 років. Середній вік пацієнтів становив 7,7 роки, проте кількість обпечених в окремих вікових групах була різною (Таблиця 2).

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів за віком

Вікова група	Кількість дітей	%
до 1 року	3	2,6
від 1 до 3 років	56	44,6
від 4 до 6 років	20	16,5
від 7 до 9 років	17	14
від 10 до 12 років	9	7,4
від 13 до 15 років	16	13,2
від 16 до 18 років	2	1,7
Разом	123	100

Таким чином 79 пацієнтів (64,7%) були дошкільного віку. Загалом діти з електроопіками кисті поступали із 18 районів Львівщини. За чисельністю пацієнти, які проживають у містах переважали над жителями сільської місцевості, відповідно: 80 (64,6%) та 43 (35,4%) пацієнтів.

Під час первинного огляду постраждалих дітей намагались адекватно оцінити глибину опікової рани за загальноприйнятою методикою в залежності від ступеня електроопіку та порушення функції кисті. Це давало змогу на ранньому етапі визначити лікувальну тактику. Проте, у деяких пацієнтів щільна некротична кірка, що утворилась в місцях входу та виходу електричного струму, значно утруднювала адекватну діагностику. Тому, в цих випадках істинну глибину ураження визначали, як правило, інтраопераційно після некректомії. Результати цього дослідження демонструє табл. 3.

Таблиця 3.

Розподіл хворих за глибиною опікового дефекту

Глибина опікового дефекту	Кількість дітей	%
Поверхневий	45	37
Глибокий	78	63
Разом	123	100

У 52 пацієнтів електрострум пошкодив обидві кисті, у 41 дитини тільки праву верхню кінцівку, а у 30 випадках – ліву.

Загалом електрострум пошкодив 322 пальці, 66 п'ястей, 22 зап'ястя та 23 передпліччя.

Підраховано річну кількість пацієнтів з електроопіками кисті дитячого віку за період від заснування Центру термічної травми та пластичної хірургії (1994 рік) до 2010 року. Ці дані представлено за допомогою діаграми і відображено на рис. 1.



Рис. 1. Динаміка електроопіків верхніх кінцівок від дії електричного струму у дітей Львівщини

Таким чином, на підставі проведеного аналізу зроблено заключення, що в структурі етіологічних чинників перше місце займає побутовий електрострум 220 В (62%), однак, частка електроопіків у дітей від дії високовольтного струму та вольтової дуги є також вагомою – відповідно 20,7% і 17,3% спостережень.

В результаті нашого дослідження виявлено, що віковою групою ризику є діти від 1 до 3 років (44%). Це пояснюється підвищеною руховою активністю дитини, зростаючим інтересом до пізнання навколишнього світу, розширенням поля діяльності та, на жаль, недостатньою увагою зі сторони батьків. Обставини травми пов'язані переважно з відсутністю належної уваги зі сторони батьків, неможливістю дитини адекватно оцінити оточуюче її середовище та дією пізнавального принципу «можна-неможна» [3]. У цієї вікової групи найчастіше спостерігаються опіки так званим побутовим струмом (220В) під час контакту з розеткою або електричними побутовими приладами.

У дошкільному, шкільному та підлітковому віці дитини відбувається вдосконалення психічного та фізичного розвитку, що і визначає широкий спектр травмуючого джерела в оточуючому середовищі. Пацієнти цього віку отримують опік як від високовольтного струму за найрізноманітніших обставин (дроти високої напруги, трансформаторні будки), так і від низьковольтного [3].

Цілком прогнозованим результатом є частіший травматизм електрострумом у чоловічої статі (73%) у порівнянні з дівчатками (27%), що пояснюється «технічним» колом інтересів хлопчиків, дослідницьким інстинктом та бажанням наслідувати дорослих чоловіків.

Травматизація кисті електрострумом спостерігається частіше у жителів міст (65%), що пов'язане із бурхливим промисловим розвитком та електризацією, хоча і у жителів сільської місцевості даний вид травматизму спостерігається у значній кількості (35%).

Частіше у дітей страждає домінуюча кисть, що пов'язано з механізмом травми, проте, найчастіше травмуються обидві верхні кінцівки (41%). Точкою входу струму переважно є пальці, проте враховуючи особливості електрохімічної, фізичної і біологічної дії струму, ураження підлеглих структур кисті є значно більшими за об'ємом, ніж площа покривних тканин.

Наслідками таких уражень у дітей є значне обмеження пристосування дитини до оточуючого середовища; порушення формування потрібних рухових та гностичних навичок, які є для них основою пізнання нового і цікавого для неї світу, а також спотворення естетичного вигляду кисті та дитяча інвалідність.

Незважаючи на певні успіхи в наданні спеціалізованої медичної допомоги обпеченим, надалі зберігаються тривалі строки лікування, значна кількість ускладнень, висока летальність та інвалідизація [1,6].

Висновки:

1. Електроопіки кисті у дітей залишаються актуальною проблемою сучасної дитячої комбустіології.
2. У Львівській області спостерігається тенденція до зниження числа електроопіків кисті у дітей. Проте, велика кількість пацієнтів раннього дитячого та шкільного віку свідчить про низький рівень знань серед населення про небезпеку електроструму, недбалий догляд за дітьми вдома і в дитячих організованих колективах та нехтування виробниками побутових електроприладів засобами для їх безпечної експлуатації.
3. Першочергово, зусилля педіатрів повинні бути спрямовані на профілактику даного виду дитячого травматизму шляхом потужної санітарно-просвітницької кампанії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Герич І.Д. Аналіз якості раннього хірургічного лікування обпечених: реконструктивний аспект / І.Д. Герич, В.С. Савчин, Р.В. Яремкевич // Шпитальна хірургія. – 2003. - № 3. – С. 88-89.
2. Жернов А. А. Дифференцированный подход к хирургическому лечению электропоражений кисти у детей / А.А. Жернов, О.В. Щирий // Травма. – 2002. – № 2. – С. 180-184.
3. Постернак Г.И. Этиология ожоговой травмы у детей / Г.И. Постернак, М.Ю.Ткачова, Д.А. Бугайов // Український журнал екстремальної медицини імені Г.О. Можаяєва. – 2001. – № 2. – С.82 – 84.
4. Слесаренко С.В., Бадюл П.А. Эффективность хирургического лечения глубоких повреждений конечностей // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2004. – Т.5. – № 3. – С.528-532.
5. Фисталь Э.Я. Пути сокращения сроков лечения электрических ожогов у детей // Тезисы докладов 6 республиканской научно-практической конференции комбустіологов. – К. – 1988. – С. 90-91.

6. Фісталь Н. Н. Обґрунтування декомпресивних операцій у обпечених: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук / Н.Н. Фісталь. – Донецьк, 2002. – 17с.
7. Ali Akbar Mohammadi A survey on 30 months electrical burns in Shiraz University of Medical Sciences Burn Hospital / Ali Akbar Mohammadi, Masoud Amini, Davood Mehrabani, Zohreh Kiani // Burns. – 34. – 2008. – P.111 – 113.
8. E. N. George Management of high voltage electrical injury in children / E. N. George, K. Schur, M. Muller, S. Mills, Tim La H. Brown // Burns. – 31. – 2005. – P. 439 – 444.
9. Electrical injury // Burns. – 33. – 2007. – P. 382– 386
10. Lui P. Electrical burns in children / Lui P., Tildsley J., Fritsche M., Kimble RM. // J. Burns & Surgical Wound Care. – 2003. – P. 8-11.
11. Tambuscio T. Deep burn of the hands: Early surgical treatment avoids the need for late revisions? / T. Tambuscio, V. Governa, G. Caputo, D. Barisoni. // Burns. – 32. – 2006. – P.1000-1004.

Б.Т. БІЛИНСЬКИЙ

ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Стаття присвячена проблемі лікарських помилок в діагностиці та лікуванні раку грудної залози.

Ключові слова: рак грудної залози, діагностика, лікування.

Статья посвящена проблеме врачебных ошибок в диагностике и лечении рака грудной железы.

Ключевые слова: рак грудной железы, диагностика, лечение

This article is devoted to the problem of medical errors in diagnosis and treatment of breast cancer.

Key words: breast cancer, diagnosis, treatment

Проблема лікування раку грудної (молочної) залози є однією з найактуальніших в сучасній клінічній онкології. Це зумовлено, не тільки частотою виявлення РГЗ в Україні, як і в інших європейських країнах, але і особливостями прояву, діагностики і лікування раку цієї локалізації. Рак грудної залози відноситься до зовнішній локалізації, яка доступна спостереженню і пальпації, тому є всі основи вважати, що РГЗ повинен діагностуватися в ранніх стадіях. На жаль так не є. За останнє п'ятиріччя рак грудної залози діагностували в Україні в цілому і у Львівській області зокрема далеко не в найоптимальніші строки, про що свідчать дані канцерреєстру [1].

Своєчасна діагностика основана на самообстеженні жінок (щомісячному), лікарському контролі (щорічному), профілактичних мамографіях (після 35 років), ультразвуковому дослідженні (за показами) і на морфологічній верифікації діагнозу. Здавалось би, що все ясно, всі деталі опрацьовані і результати повинні