

3. Bousvaros A., Marcon M., Treem W. et al. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis associated with chronic inflammatory bowel disease in children. *Dig. Dis. Sci.* 1999; 44 (12): 2500-2507.
4. Deutschmann A., Mache C. J., Bodo K. et al. Successful treatment of chronic recurrent multifocal osteomyelitis with tumor necrosis factor-alpha blockage. *Pediatrics.* 2005; 116:1231-1233.
5. Eisenstein E. M., Syverson G. D., Vora S. S., Williams C. B. Combination Therapy With Methotrexate And Etanercept For Refractory Chronic Recurrent Multifocal Osteomyelitis. *J. Rheumatol.* 2011; 38: 782-783.
6. Hurtado-Nedelec M., Chollet-Martin S., Nicaise-Roland P. et al. Characterization of the immune response in the synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis, osteitis (SAPHO) syndrome. *Rheumatology.* 2008; 47: 1160-1167.

И. Б. Чиркова, Х. Т. Абдулкеримов, И. М. Тушнолобов

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ СТРУКТУР СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

*Детская городская клиническая больница №9
г. Екатеринбург*

Аннотация

Несмотря на наличие исчерпывающих литературных данных по патологии уха, вопрос о реконструкции структур среднего уха остается всегда открытым. Следует напомнить, что для лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО) необходим дифференцированный подход, учитывающий все особенности анатомического строения. Работа выполнена на основании анализа собственных 78 наблюдений, позволившая уточнить материалы, используемые при реконструкции структур среднего уха.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, холестеатома, реконструкция структур среднего уха.

Распространенность хронического гнойного среднего отита (ХГСО) до настоящего времени остается высокой (до 39,2 на 1000 населения) [1, 2, 3, 4, 5].

Несмотря на многочисленные предложенные способы реконструкции структур среднего уха при хирургическом лечении хронического гнойного среднего отита (ХГСО) и наличия новейших руководств, нет единого стандарта лечения. Вот почему мы считаем необходимым внимательно рассмотреть эту тему.

Цель работы — изучение и сравнение используемых материалов в реконструкции структур среднего уха для дальнейшей оптимизации хирургической реабилитации пациентов данной категории.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективный анализ историй болезней (ИБ) пациентов, прооперированных в ЛОР-отделении с диагнозом ХГСО.

2. Уточнить, какие материалы были использованы для реконструкции структур среднего уха за период 2008-2014 гг.

3. Провести сравнительный анализ влияния примененного подхода, использованных материалов и техники вмешательства на конечный результат лечения.

Для анализа были использованы 78 архивных историй болезней на базе ДГКБ №9 в течение 2008-2014 гг. и методы вариационной статистики.

В настоящее время хирургическому лечению ХГСО предъявляют два основных требования: ликвидация гнойного очага хронического воспаления в среднем ухе и улучшение слуховой функции или сохранение дооперационного уровня слуха.

В ЛОР-отделении ДГКБ №9 за период 2008-2014 гг. было выполнено 78 операций на среднем ухе. Мальчиков — 49 (62,8%), девочек — 29 (37,2%). Возраст — от 1 года до 17 лет, средний возраст — 9 лет. Госпитализация в плановом порядке была у 46 (59%) больных, неотложная госпитализация — 32 (41%). Средний койко-день составил 26 дней. Длительность заболевания до оперативного лечения в среднем составила 4 года. Следует заметить, что позднее хирургическое лечение заболевания приводит к увеличению объема операции, увеличению срока госпитализации.

Симптоматика заболевания существенных особенностей не имела. Больные обращались в клинику в основном с жалобами на гноетечение из уха с запахом — 68 (87%), стойкое снижение слуха — 55 (70%), периодическими болями в ухе — 31 (40%). На момент поступления среднее значение снижения слуха на больное ухо составило ШР — 3 метра, после оперативного лечения, при выписке — 4 метра. Топика ХСГО справа — у 40 (51%) больных, слева — 38 (49%), с двух сторон — 7 (9%). КТ височных костей в предоперационный период было выполнено у 42 (54%) больных.

Хирургическое лечение во всех случаях проводилось под эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких (ЭТН с ИВЛ), заушным доступом. Находки при ревизии представлены на рисунке 1.

Целью реконструкции являлось достижение не только функциональности, но и стойкого saniрующего эффекта.

На рисунке 2 представлены материалы, использованные для реконструкции структур среднего уха. Части больным, 13 (17%), установлены титановые протезы «KURZ» (Германия): 7 (9%) — тотальные протезы, 3 (4%) — частичные протезы, 3 (4%) — протезы из аутоканей.

Пластика наружного слухового прохода выполнена 35 (45%) больным. Мероцель в послеоперационную полость использована у 28 (36%) пациентов, а в остальных случаях — турунда с мазью «Левомеколь» — 50 (64%). Реоперации проводились у 14 (18%)

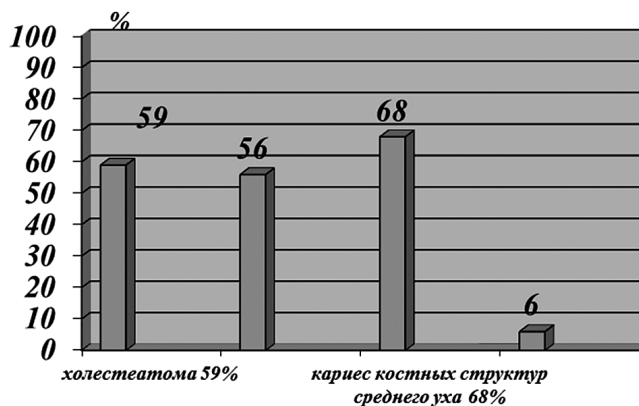


Рис. 1. Находки при ревизии среднего уха

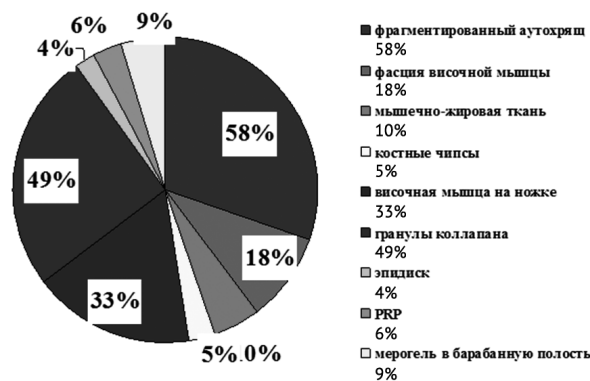


Рис. 2. Используемые материалы для реконструкции структур среднего уха

больных, это может быть обусловлено плохими анатомо-физиологическими условиями кровоснабжения, смещением транспланта, воспалением, рецидивом холестеатомы и др.

Неизменно патологическая микрофлора — это *Pseudomonas aeruginosa* 9 (11%), *St. Aureus* 19 (24%), устойчивы к бензилпенициллинам в 25%.

Все пациенты лечились в условиях стационара, получали стандартную терапию (антимикробные препараты, физиолечение, анемизация слизистой полости носа, местная терапия).

Мы разделили все хирургические пособия на две группы в зависимости от материалов, используемых при реконструкции структур среднего уха: первая группа состояла из 34 (46%) пациентов, им выполнена реконструкция аутоканями; вторую группу составили 40 (54%) больных, комбинированный метод реконструкции структур среднего уха (аутокани и композитные материалы).

Ближайшие результаты оперативного лечения наших пациентов в зависимости от выбранной тактики представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты оперативного лечения наших пациентов в зависимости от выбранной тактики

Группа	N (кол-во пациентов)	Ближайшие результаты	
		Хорошие и удовлетворительные	Плохие
1	34	30 (88,2%)	4 (11,8%)
2	40	38 (95%)	2 (5%)

Хорошим мы считали результат при гладком течении послеоперационного периода, выписке больного с «сухим» ухом, улучшением слуха и отсутствие рецидива. Удовлетворительный результат — незначительные проблемы в послеоперационном периоде (гиперемия, отек неотимпанальной мембраны, слизистые выделения), разрешенные консервативно, улучшение слуха или сохранение дооперационного уровня слуха, отсутствие рецидива.

Плохим результатом, на наш взгляд, является возникновение нагноения послеоперационной полости с нарушением целостности фасциального лоскута, снижением слуха.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

Имеется явная тенденция к увеличению частоты заболевания (ХГСО) холестеатомы, дающей рецидивы, что можно связать с поздней обращаемостью пациентов за хирургической помощью, отсутствием в большинстве случаев диспансерного наблюдения в послеоперационном периоде.

Хирургическое лечение ХГСО у детей должно быть индивидуальным, с использованием в каждом возможном случае реконструкции структур среднего уха, чтобы обеспечить хороший слух и санацию среднего уха.

Каждый отохирург должен владеть различными способами санации и реконструкции структур среднего уха.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдулкеримов Х.Т., Григорьев Г.М., Новикова Л.Н. О кохлеовестибулярных нарушениях при детском церебральном параличе //Актуальные проблемы фониапии. — Москва, 1996. — С. 124.
2. Григорьев Г.М., Абдулкеримов Х.Т., Новикова Л.Н., Туева И.Д., Устинова Н.Н. О проблемах и перспективах развития детской отоневрологии/Материалы XVII съезда оториноларингологов России. — С. 432 (Н. Новгород, 2006 г.)
3. Янов Ю.К., Усков А.Е., Кузовков В.Е. и др. Качество жизни больных хроническим гнойным средним отитом. Материалы Российской научно-практической конференции оториноларингологов «Проблемы и возможности микрохирургии уха». Оренбург, 2002; 256-259.
4. Маллин Д.А. Использование имплантатов с линейно-цепочным углеродным покрытием в тиманопластике: Автореф. дис. канд. мед. наук. Чебоксары, 2007.
5. Abdulkarimov H. T., Grigoriev G. M., Usachev V. I. The study of the nystagmus in patients with chronic otitis media and vertebrobasilar vascular insufficiency //Thesis of XXIIInd Congress of the International Neurootological and Equilibriometric Society Reg. (NES). Nacone (Japan). — 1995. — P. 32

С. М. Шакирова

НАСТАВНИЧЕСТВО – ВОЗРОЖДЕНИЕ ТРАДИЦИЙ

*Детская городская клиническая больница № 9
г. Екатеринбург*

Аннотация

На примере крупного лечебного многопрофильного учреждения представлено становление и внедрение движения наставничества у медицинских сестер.

Ключевые слова: дети, организация сестринского дела.

В жизни каждого человека есть два самых главных момента: выбор спутника жизни и выбор пути жизни — профессии, специальности. Для осуществления первого нужно не только сердце, но и ум, а для осуществления второго — не только ум, но и сердце. Мы выбрали свою профессию не только умом, но и сердцем. А первые, самые важные шаги в освоении выбранной профессии нам помогают сделать наставники. «Дорогу осилит идущий», — гласит народная мудрость.

Каждый, кто стремится достигнуть высоких вершин в своей профессии, приложит все усилия для получения наилучшего результата, воссоединив полученную в учебном заведении теорию и приобретенные в нашей больнице практические навыки.

Наше наставничество — это взаимосвязь молодого специалиста и опытного сотрудника, которая заключается в обмене имеющейся информацией. Так, специалист со стажем передает все, что умеет и знает, взамен на теорию нового поколения.

Ввиду дефицита сестринских кадров в 2012 году, по предложению главного врача, на Совете сестер было принято решение возродить наставничество. Мою кандидатуру утвердили на роль председателя Сектора по наставничеству. Для адаптации молодого специалиста к корпоративной культуре, усвоению традиций и правил поведения в структурных подразделениях была разработана и утверждена памятка наставнику. Успех молодого специалиста во многом зависит от того, насколько эффективным был адаптационный период в лечебном учреждении. Как правило, новичок сталкивается с большим количеством трудностей, основная масса которых порождается

отсутствием информации о порядке работы, личностных особенностях сотрудников и т. д., поэтому возникает необходимость наставничества. Очень важно, чтобы первый опыт работы в профессии прошел под руководством опытного наставника с серьезными профессиональными знаниями и навыками, который пропагандирует поддержание стандартов, норм и моральных ценностей профессии. Форма обучения на рабочем месте, передача накопленного опыта и знаний персоналом лечебного учреждения, применяемая для развития профессиональных навыков и достижения необходимого уровня компетенции, является наиболее эффективной.

Было разработано и внедрено в работу «Положение о наставничестве в ДГКБ № 9», утвержденное главным врачом, «Кодекс наставника», форма отчета о работе стажера по индивидуальному плану, форма оценки сотрудника-наставника, соглашение о трудовом сотрудничестве между наставником и молодым специалистом, схема индивидуального плана стажера под руководством наставника, анкета адаптации молодого специалиста.

Наставником может и должен быть только высоко квалифицированный профессионал, который хочет, а главное — может обучать молодых специалистов. Отношение наставника к молодому специалисту должно быть уважительным, предельно честным и доброжелательным вне зависимости от разницы в возрасте, уровня подготовки, социального и национального статусов, вероисповедания. Наставник должен искренне стремиться передать весь накопленный опыт будущим коллегам, давая честную и объективную оценку уровню их подготовки, поощряя активность и практическую