«С лор-болезнями сталкивается почти каждый практикующий врач»

Андрей Станиславович Лопатин — заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, президент Российского общества ринологов, профессор.

Клиника болезней уха, горла и носа Первого МГМУ — старейшая лор-клиника в Москве, основанная 115 лет назад. Здесь были разработаны многие методы консервативного и хирургического лечения болезней верхних дыхательных путей и уха, такие как различные варианты слухулучшающих операций, лазерных, эндоскопических вмешательств на околоносовых пазухах, в глотке и гортани.

— Андрей Станиславович, Вы много занимаетесь вопросами терапии болезней уха, горла и носа. В то же время Вы известный во всем мире хирург, владеете самыми современными техниками оториноларингологических операций и сами эти техники разрабатываете. Как удается сочетать столь разные направления деятельности?

— Дело в том, что оториноларингология — в равной степени терапевтическая и хирургическая специальность. Оториноларингологи этим гордятся, тем более что проводимые ими операции весьма сложны, высокотехнологичны, выполняются на голове, на шее, в непосредственной близости от крупных артерий, нервных стволов, основания черепа.

— Не считаете ли Вы, что в этом имеется некое противоречие?

— Нет, не считаю. Есть заболевания, которые лечатся только терапевтическими методами. А, например, искривление носовой перегородки никакими таблетками или уколами не исправить. Так что оториноларингология — это огромный раздел знаний и в области хирургии, и в сфере терапии, в частности фармакотерапии. Кстати, группа сотрудников нашей кафедры под моей редакцией разработала и подготовила к печати «Руководство по рациональной фармакотерапии болезней уха, горла и носа». Я надеюсь, что в этом году оно увидит свет и станет полезным как для студентов, так и для врачей-специалистов.

— Преподавательская работа — еще одна, и очень существенная, часть Вашей деятельности. Что Вы как педагог можете сказать о системе подготовки отечественных оториноларингологов? Отличается ли она от модели обучения специалистов этого профиля, принятой на Западе, и насколько возможна ассимиляция иностранного опыта?

— Преподавание можно смело назвать моей основной деятельностью. Что касается системы подготовки оториноларингологов в России, то она вызывает крайнюю обеспокоенность не только у меня, но и у всех представителей нашей профессии. Четверть всех заболеваний — и это общеизвестный факт — в той или иной мере связана с лорорганами: сюда входят либо заболевания их самих, либо проявления других соматических заболеваний в области лорорганов. Таким образом, оториноларингологию никак нельзя считать узкой дисциплиной. Отмечу при этом, что количество часов, отведенное на ее преподавание в медицинских вузах нашей страны, совершенно недостаточно. Отменили даже специализированный экзамен, студенты будут теперь сдавать только зачет. Несомненно, это негативно повлияет на качество подготовки специалистов в области оториноларингологии, а также на уровень медицинского образования в целом. Ведь с лор-болезнями: ангинами, синуситами, инородными телами в полостях носа и уха, носовыми кровотечениями и т. д. — сталкивается почти каждый практикующий врач вне зависимости от специализации. В приемном покое, на дежурстве, в терапевтической, педиатрической, хирургической практике знания по нашей специальности очень актуальны. Необходимо не ограничивать, а расширять количество часов преподавания оториноларингологии в медицинских вузах.

Вероятно, полностью переносить западную систему преподавания на отечественную почву не имеет смысла. Она очень сильно отличается от нашей, даже название специальности там другое — «оториноларингология — хирургия головы и шеи». Эта одна из наиболее престижных медицинских специальностей на Западе, и преподается она гораздо шире, нежели у нас. Чтобы начать работать в данной области медицины, врач после получения диплома о высшем образовании должен дополнительно учиться шесть лет, тогда как в нашей стране предполагаются только два года ординатуры. К сожалению, этого недостаточно для полного овладения знаниями и опытом работы в оториноларингологии.

— Сегодня актуальна проблема резистентности микроорганизмов к лекарственным препаратам. Расскажите, пожалуйста, об особенностях применения антибактериальной терапии в Вашей области.

— Если не касаться здесь тяжелых, ургентных состояний, то в нашей специальности антибиотикотерапия в основном востребована при лечении острого риносинусита, острого среднего отита и острого фаринготонзиллита, или ангины. В антибиотикотерапии каждого из этих заболеваний имеются свои нюансы, но главная проблема заключается в том, чтобы безошибочно ответить на вопрос: показано ли лечение антибиотиками данному конкретному пациенту в данном конкретном случае? На ранних стадиях возбудителями всех названных заболеваний являются вирусы. Более развернутые и тяжелые формы могут быть вызваны бактериями, и в подобных случаях назначается антибактериальная терапия. На рентгенограммах, компьютерных томограммах воспалительные изменения, вызванные бактериями и вирусами, выглядят примерно одинаково. Грань между ранними стадиями болезни и более развернутыми и тяжелыми формами ее течения трудноразличима. Именно в умении определить стадию болезни и проявляются в полной мере опыт и мастерство врача-оториноларинголога.

Резистентность микроорганизмов, вызывающих инфекции верхних дыхательных путей и уха, — еще одна большая проблема. Однако сведения о резистентности к антибиотикам основных возбудителей, поступающие к нам из Европы и США, и рос-

сийские данные значительно разнятся. Например, во многих странах Европы, в частности во Франции, Испании, Португалии, очень остро стоит проблема невосприимчивости к основным видам антибактериальной терапии пневмококка и гемофильной палочки. А у нас большинство возбудителей чувствительны к тем антибиотикам, которые мы применяем для лечения синуситов, отитов, ангин. Исключение составляют два препарата: ко-тримоксазол (Бактрим) и тетрациклин. Это те антибиотики, которые мы продолжительное время активно использовали для лечения широкого спектра заболеваний. Врачам надо помнить: резистентность возрастает, и те данные, которые мы получаем сейчас из Европы и Америки, подтверждают наши опасения относительно будущего. Чтобы не «вырастить» у нас в стране в ближайшие годы такую же резистентность, как на Западе, мы должны соблюдать режим рациональной антибиотикотерапии.

— Синусит, или риносинусит, является сегодня ведущей патологией как в амбулаторном, так и в стационарном звене оториноларингологической практики. Причем частота развития этого заболевания за последнее десятилетие увеличилась в разы: с 4,6 до 12,2%. Чем, на Ваш взгляд, обусловлен такой рост?

— Рост заболеваемости риносинуситом имеет целый ряд причин. Это и воздействие внешних факторов, в том числе стрессового образа жизни и претерпевших негативные изменения условий окружающей среды, и возрастание числа людей с несостоятельной иммунной системой, и повышение вирулентности микроорганизмов. Различают острый и хронический риносинусит. Острый риносинусит — очень распространенное заболевание. По статистике, в США им ежегодно болеют более 30 миллионов человек, в России — около 10 миллионов. При этом статистика учитывает только те случаи, которые были зарегистрированы, то есть отражает число больных, обратившихся в лечебные учреждения; люди же с этим диагнозом, к сожалению, очень часто занимаются самолечением.

Если говорить о хронических риносинуситах, то чаще всего это состояния, сопутствующие другим заболеваниям: вирусным, бактериальным и грибковым. Изменения в околоносовых пазухах развиваются при целом ряде системных патологий, таких как муковисцидоз, синдром Вегенера, при иммунодефицитных состояниях — первичных и приобретенных. Но и в том случае, когда хронический риносинусит имеет самостоятельный характер, все обстоит непросто. Причин этого заболевания мы до сих пор доподлинно не знаем, и это несмотря на огромное количество исследований, посвященных патогенезу риносинусита. Никто убедительно не доказал, что, например, бактерии являются единственным этиологическим фактором развития этой болезни. По всей видимости, имеются и другие причины, и они кроются в состоянии иммунной системы организма.

— Что за последнее время изменилось в практике проведения эндоназальных операций по поводу синуситов? Каких новаций можно ожидать в ближайшем будущем?

— В последние 20–30 лет мы практически полностью отказались от устаревших методов оперирования на околоносовых пазухах. Ранее делались разрезы под губой, на лице, удалялась здоровая передняя стенка пазухи — и это лишь для того, чтобы проникнуть внутрь и удалить слизистую оболочку. В настоящее время подавляющее большинство операций на околоносовых пазухах выполняются с применением эндоскопической техники: под контролем эндоскопа врач «входит» в полость носа, микроинструментами открывает естественные отверстия околоносовых пазух, в случаях если они сужены, расширяет их и удаляет патологическое содержимое. В результате восстанавливается нормальный процесс воздухообмена и самоочищения воспаленной околоносовой пазухи. В послеоперационном периоде требуется определенное лечение слизистой оболочки: ее промывание, орошение солевыми растворами, обработка с применением некоторых мазевых составов. Такая терапия необходима для закрепления результата операции.

Эндоскопическая хирургия успешно развивается, и сейчас уже формируется такая специальность, как ринонейрохирургия. Через такие маленькие отверстия, как ноздри, мы теперь в состоянии проникнуть гораздо дальше полости носа и околоносовых пазух. При помощи эндоскопов выполняются операции не только на самих пазухах, но и на соседних анатомических структурах: на глазницах, слезоотводящих путях, слезном мешке и даже на гипофизе. Именно таким методом удаляется целый ряд опухолей мозга.

— Каково отношение современной оториноларингологии к храпу и методам его лечения? Возможно ли на современном этапе развития науки и медицинской практики избавить человечество от этого недуга?

— Сразу оговоримся, что храп не является болезнью, это некое, скажем так, неудобство. Полностью избавить от него человечество мы не можем, особенно людей пожилых. Появление храпа в зрелом возрасте связано со снижением тонуса мышц глотки, нёба и другими возрастными изменениями в организме.

Однако храп становится серьезной проблемой, если начинает сопровождаться остановками дыхания во сне, при этом развивается так называемый синдром обструктивного апноэ сна. В диагностике и лечении данного синдрома должны участвовать как минимум два специалиста — оториноларинголог и сомнолог. Оториноларинголог оценит состояние верхних дыхательных путей, определит наличие факторов, которые могут препятствовать прохождению воздушной струи во время сна. В сомнологической лаборатории пациентов детально обследуют: проведут кардиореспираторный мониторинг или же полноценную полисомнографию с исследованием всех функций человека во время сна. Часто апноэ бывает обусловлено лишним весом, отложениями жира в стенках глотки, в области дыхательной мускулатуры и т. п. Кроме периферической формы обструктивного апноэ сна существует и гораздо более редкая центральная форма. Она напрямую зависит от функционирования мозга, который по той или иной причине не посылает достаточно импульсов к мускулатуре, поддерживающей просвет дыхательных путей. Врачебное заключение по этому поводу может быть сделано исключительно на основании полноценного обследования. Поэтому не стоит обольщаться по поводу рекламных сообщений о возможности избавить человека от храпа и от болезни обструктивного апноэ сна за один сеанс.

Область медицины, принадлежащая оториноларингологии, чрезвычайно сложна и требует от молодых специалистов постоянного совершенствования знаний и навыков. А это невозможно без применения на практике самых современных терапевтических и хирургических методик.

Беседовала Ленченко Ю. А.