



УДК 616.284-002.3-008.9-07

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

А. А. Ковалев, А. Г. Волков

DIAGNOSIS OF DISORDERS OF CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

А. А. Kovalev, А. G. Volkov

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Россия
(И. о. ректора – проф. С. В. Шлык)

В настоящее время в связи с увеличением в мире общего числа больных сахарным диабетом все больше в клинической практике оториноларинголога встречаются случаи атипичного течения хронических воспалительных процессов при стандартной их терапии.

Целью настоящего исследования было выявить больных с гипергликемическими состояниями при обострении хронического гнойного среднего отита, проанализировать клиническое течение хронической патологии уха у таких больных. Полученные результаты свидетельствуют о возможности появления гипергликемических состояний у таких больных, что увеличивает сроки их лечения.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, нарушения углеводного обмена.

Библиография: 7 источников.

Nowadays because of the increase of the total number of diabetes patients there are more cases of the atypical course of chronic inflammatory processes within the standard of their therapy in the clinical practice of an otorhinolaryngologist.

The aim of this study was to identify the patients with hyperglycemic states in the treatment of chronic purulent otitis media, to analyze the clinical course of chronic pathology of the ear of such patients. The obtained results indicate the possibility of the appearance of hyperglycemic states of such patients, which increases the terms of their treatment.

Key words: chronic purulent otitis media, disorders of glycemic state.

Bibliography: 7 sources.

Хронический гнойный средний отит – важная проблема оториноларингологии. В структуре ЛОР-патологии, по данным различных авторов, частота хронических средних отитов составляет 20–25% от числа лечившихся в стационаре [3].

В современных условиях остается актуальным вопрос качественной диагностики и оценки эффективности лечения больных хроническим гнойным средним отитом.

Нередко при хроническом воспалении среднего уха обнаруживаются нарушения углеводного обмена, что может увеличивать сроки лечения больного (в том числе сроки пребывания больного в стационаре), риск более быстрого развития осложнений хронической патологии (менингит, абсцесс мозга, остеомиелит и др.).

Проблема исследования нарушений углеводного обмена обусловлена широким распространением сахарного диабета в мире. Так, по данным ВОЗ [2], 346 миллионов человек во всем мире больны диабетом. По оценкам экспертов, в 2004 году 3,4 миллиона человек умерли по причине высокого содержания сахара в крови.

Начальные признаки нарушений углеводного обмена могут впервые проявиться и быть диагностированы у больных при гнойной патологии любой локализации. Инсулинорезистентность,

как правило, предшествует развитию сахарного диабета в течение многих лет и чрезвычайно распространена в генерации, выявляясь по меньшей мере у 25% лиц, не страдающих сахарным диабетом 2-го типа [4]. Пониженная толерантность к глюкозе (ПТГ) и нарушение гликемии натощак (НГН) являются промежуточными состояниями между нормой и диабетом.

В практике оториноларинголога нередко встречаются впервые выявленные нарушения углеводного обмена у соматически здоровых лиц с хроническими воспалительными заболеваниями уха, горла и носа. Выявление такого контингента больных в клинике очень важно, так как дает возможность своевременно произвести коррекцию терапии.

Известно, что С-реактивный белок является наиболее специфичным и чувствительным клинико-лабораторным индикатором воспаления и некроза. Именно поэтому измерение концентрации С-реактивного белка широко применяется для мониторинга и контроля эффективности терапии бактериальных и вирусных инфекций, хронических воспалительных заболеваний, онкологических заболеваний, осложнений в хирургии и гинекологии и др. [5, 7].

Полагается, что небольшое повышение С-реактивного белка не является специфическим



указанием именно на воспалительный процесс. В частности, повышенный базовый уровень С-реактивного белка может наблюдаться при сахарном диабете, уремии, гипертонии, повышенной физической нагрузке, низкой физической активности, нарушениях сна, хронической усталости, высоком или низком потреблении алкоголя, депрессии, приеме оральных гормональных контрацептивов, заместительной гормональной терапии, в третьем триместре беременности, при старении [6].

Цель исследования. Выявить больных с гипергликемическими состояниями при обострении хронического гнойного среднего отита, проанализировать клиническое течение хронической патологии уха у таких больных, а также выявить возможность контроля воспалительных изменений исследованием уровня С-реактивного белка.

Пациенты и методы исследования. Всего было обследовано 96 человек в возрасте от 21 до 73 лет, из них 43 мужчины и 53 женщины.

Все больные обследованы в плане выявления возможных факторов риска развития сахарного диабета 2-го типа (дополнительное исследование анамнеза, физикальные данные – факторы риска развития сахарного диабета 2-го типа: крупный плод при рождении у женщин; наследственная отягощенность; окружность талии; индекс массы тела; исследование глюкозы крови натощак; исследование глюкозы крови в динамике при стихании воспалительного процесса; наблюдение больных в динамике, вплоть до их выписки), проводили стандартное исследование при обострении хронического среднего отита: комплексное исследование ЛОР-органов, лабораторное исследование, включающее общий анализ крови, мочи, исследование крови на глюкозу, бактериологическое исследование выделений из уха (ушей) на микрофлору, чувствительность ее к антибиотикам, необходимое рентгенологическое исследование. Все больные получали стандартную противовоспалительную терапию.

Выявленные нарушения гликемического статуса больных мы расценивали согласно современной классификации сахарного диабета и нарушений углеводного обмена [2].

Уровень глюкозы крови исследовали при поступлении больных в стационар, и он составил от 4,2 до 5,5 ммоль/л у 61 больного (26 мужчин и 35 женщин). У остальных больных (35 человек) уровень глюкозы крови превышал нормальный диапазон глюкозы крови (3,3–5,5 ммоль/л). Больным с повышенным уровнем глюкозы крови проводили тест толерантности к глюкозе, исследование глюкозы крови в динамике ежедневно, сопоставляли клиническую картину течения хронического гнойного среднего отита с уровнем глюкозы крови.

Больным с выявленными нарушениями углеводного обмена проводили исследование уровня С-реактивного белка двукратно (при обострении процесса и наступлении ремиссии). Больные с другими гнойно-воспалительными заболеваниями в разработку не были включены.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования у 35 из 96 обследованных с обострением хронического гнойного среднего отита впервые выявлены состояния нарушенного углеводного обмена: 5 больных (1 мужчина и 4 женщины) с нарушением толерантности к глюкозе, 7 больных (2 мужчины, 5 женщин) с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа, 23 больных с состоянием нарушенной гликемии натощак (11 мужчин и 12 женщин).

В дальнейших наблюдениях больные с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа были консультированы эндокринологом, к лечению добавлена терапия сахароснижающими препаратами. Больные с выявленными состояниями нарушенной толерантности к глюкозе и нарушенной гликемии натощак продолжали стандартную противовоспалительную терапию с динамическим исследованием уровня глюкозы крови.

В результате проведенного лечения в день выписки больных уровень глюкозы крови составил 4,2–5,1 у мужчин (13 человек) и 4,3–4,9 у женщин (16 человек).

При клиническом наблюдении отмечалась стойкая ремиссия у больных без нарушений гликемического статуса, однако у больных сахарным диабетом 2-го типа и 3 больных с нарушением толерантности к глюкозе и нарушением гликемии натощак клиническая картина имела некоторые особенности. У больных сахарным диабетом ремиссия наблюдалась неполная – выделения из уха приобрели стойкий серозный характер, оставались незначительная гиперемия барабанной перепонки по краям перфорации, незначительная гиперемия медиальной стенки барабанной полости при субъективном значительном улучшении, восстановлении слуха и социальной адаптации больных (больные выписаны для дальнейшего амбулаторного наблюдения у оториноларинголога, эндокринолога).

Сроки лечения больных хроническими гнойными средними отитами с впервые выявленным сахарным диабетом составили 16,8 дня (с учетом дальнейшего амбулаторного наблюдения до наступления стойкой ремиссии). У 14 больных с нарушением толерантности к глюкозе сроки лечения составили 9,3 дня, у 3 больных с нарушением толерантности к глюкозе, не достигших стойкой ремиссии в стационаре, срок лечения составил 14 и 15 дней.

Исследование уровня С-реактивного белка при обострении хронического гнойного среднего отита в группе больных с нарушением углеводно-



го обмена показало достоверное повышение его концентрации от 27 до 58 мг/л, что соответствует бактериальной инфекции. Однако контрольное исследование показало: у больных с выявленным сахарным диабетом 2-го типа (7 больных) уровень С-реактивного белка был повышен (от 10 до 20 мг/л); у 20 больных с нарушением то-

лерантности к глюкозе в возрасте от 26 до 45 лет уровень С-реактивного белка составил не более 10 мг/л, что соответствует норме, однако у 3 больных в возрасте от 46 до 63 лет был повышен (до 20 мг/л); у больных с нарушенной гликемией натощак уровень С-реактивного белка составил не более 10 мг/л, что соответствует норме.

Выводы

Всем больным хроническим гнойным средним отитом требуется исследование гликемического статуса в целях выявления различных нарушений углеводного обмена.

У 35 из 96 обследованных пациентов с обострением хронического гнойного среднего отита впервые выявлены состояния нарушенного углеводного обмена.

Сроки лечения хронического гнойного среднего отита у больных с нарушением углеводного обмена увеличиваются до 14–16 дней.

Показатель С-реактивного белка не может быть использован в дополнительной диагностике сахарного диабета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельков В. В. С-реактивный белок и липопротеин-ассоциированная фосфолипаза A2: новые факты и новые возможности для диагностики и стратификации сердечно-сосудистых рисков // Поликлиника. – 2010. – № 1. – С. 18–21.
2. Информационный бюллетень ВОЗ. – 2011. – № 312, авг.
3. Карпова Е. П., Вагина Е. Е., Тулупов Д. А. Сравнительный анализ видового состава микрофлоры носоглотки и патогенной флоры среднего уха при хроническом воспалении // Мат. 18-го съезда оториноларингологов России. – СПб., 2011. – С. 242–244.
4. Недосугова Л. В. Глемаз (глимепирид) в лечении сахарного диабета 2 типа // Поликлиника. – 2009. – № 5. – С. 13–15.
5. Фомин В. В., Козловская Л. В. С-реактивный белок и его значение в кардиологической практике // Журн. доказат. мед. для практ. врачей. – 2003. – Т. 5, № 5. – С. 70–75.
6. Kushner I. C-reactive protein elevation can be caused by conditions other than inflammation and may reflect biologic aging // Cleveland Clinic. J. of Medicine, 2001. – Vol. 68, N 6. – P. 535–537.
7. Transactivation of C-reactive protein by IL-6 requires synergistic interactions of CCAAT/enhancer binding protein в (C/EBP β) and Rel p50 / A. Agrawa [et al.] // J. Immunol. – 2001. – N 166. – P. 2378–2384.

Волков Александр Григорьевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. болезней уха, горла и носа Ростовского ГМУ. 344718, г. Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 29; тел.: 8 (918) 555–28–35, e-mail: vag@aanet.ru

Ковалев Алексей Александрович – аспирант каф. болезней уха, горла и носа Ростовского государственного медицинского университета, зав. оториноларингологическим отделением ЦРБ Сальского района. 347630, ул. Павлова, д. 2, г. Сальск, Ростовская область; тел.: 8–928–960–46–04, e-mail: alexey.doc@mail.ru