

АГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ

О. Колесникова, кандидат медицинских наук
Первый СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
E-mail: olga_lozo@mail.ru

В представленном клиническом наблюдении у пациентки с рубцово-паралитическим стенозом гортани и трахеостомой неоднократные хирургические вмешательства на гортани не привели к стойкому результату из-за возобновления рубцевания. В связи с выявленной чувствительностью к глютену рекомендована аглютеновая диета. В результате уменьшились проявления фаринголарингеального рефлюкса, что позволило после рассечения рубца гортани сохранить стойкий просвет голосовой щели.

Ключевые слова: оториноларингология, рубцовый стеноз гортани, аглютеновая диета, глютен-чувствительность.

Лечение пациентов с хроническим рубцовым стенозом гортани и верхнего отдела трахеи — одна из актуальных проблем современной оториноларингологии. Рубцовый стеноз гортани развивается в послеоперационном периоде (в 55% случаев) вмешательств в области гортани [1, 2].

Рубцовые изменения заднего отдела гортани составляют особую группу патологических состояний, ограничивающих подвижность голосовых складок. Формирование рубцов области задней комиссуры, как правило, наблюдается в результате травмы межчерпаловидного пространства интубационной трубкой, а также при проведении оперативных вмешательств. Задний рубцовый стеноз гортани может возникать в исходе воспалительных процессов различной этиологии. Полагают, что фаринголарингеальный рефлюкс (ФЛР) играет важную роль в патогенезе ряда заболеваний гортани, таких как узелки голосовых складок, функциональные нарушения голосового аппарата, контактные язвы и гранулемы, отек Рейнке [3]. Непосредственное воздействие рефлюктата на слизистую оболочку особенно велико в задних отделах гортани, поэтому контактные гранулемы и язвы обычно локализуются в области голосовых отростков черпаловидных хрящей. Влияние ФЛР на развитие и течение таких заболеваний, как рецидивирующий респираторный папилломатоз, рубцовый стеноз, злокачественные опухоли гортани, продолжает обсуждаться [4, 5]. И.Е. Погосовой [6] выявлены гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ФЛР у 100% больных с рубцовым стенозом гортани. При этом у ряда пациентов симптомы, связанные с ФЛР, не исчезают, несмотря на проводимую медикаментозную терапию, усугубляя течение послеоперационного периода и приводя к риску рецидива.

Приводим наше наблюдение.

Больная Л., 56 лет, поступила в клинику оториноларингологии Первого СПбГМУ им. И.П. Павлова в 2013 г. в плановом порядке с диагнозом: рубцовый стеноз гортани, трахеостома. Жаловалась на наличие

трахеостомической трубки, невозможность дыхания через естественные дыхательные пути, першение в гортани, афония, периодическое малоинтенсивное жжение в гортани.

В 2006 г. больной выполнена струмэктомия по поводу аутоиммунного диффузного токсического зоба. В послеоперационном периоде — паралитический стеноз гортани, наложение трахеостомы. В 2007 г. выполнена лазерная хордэктомия справа без последующей деканюляции из-за формирования рубца гортани и узкой голосовой щели. В 2008, 2009 и 2010 гг. в Москве производились лазерная хордэктомия, ариеноидотомия справа и слева без стойкого положительного эффекта, в 2010 г. лазерная хордэктомия дополнена стентированием гортани. Все оперативные вмешательства приводили к невозможности деканюляции из-за склонности к рубцеванию гортани. В феврале 2013 г. больная находилась на лечении в ЛОР-клинике в Германии, где выполнены ревизия трахеостомы и эндоларингеальное удаление рубцов гортани; больную деканюлировали через 7 дней после операции и произвели ушивание трахеостомического канала. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии, но постепенно нарастала дыхательная недостаточность, в связи с чем в конце апреля 2013 г. была вновь наложена трахеостома. Хронические заболевания отрицает. Состояние удовлетворительное.

Учитывая, что все оперативные вмешательства на гортани производились в крупных, центральных оториноларингологических отделениях страны, не подлежали сомнению правильность выбора вида и тактики хирургического ведения больной. Необходимо было понять причину патологической склонности к рубцеванию.

При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) трахеи и гортани определяется состояние после оперативных вмешательств: струмэктомии, лазерной хордэктомии, трахеостомии. Обнаружен дополнительный мягкотканый (вероятнее всего, рубцовый) компонент в задних отделах гортани на уровне и чуть выше черпаловидных хрящей (складочное и надскладочное пространство), вертикальной протяженностью около 11,5 мм, с неравномерным сужением просвета гортани, максимально выраженным на уровне сближенных голосовых складок (контур их четкий, волнистый) — от 14×2,5 до 11×4 мм. Остальные структуры гортани симметричны. Пластины щитовидного хряща с очаговыми обызвествлениями. Верхние хрящевые полукольца трахеи обызвествлены, задняя стенка трахеи вознута в просвет, слизистая оболочка трахеи на уровне трахеостомы равномерно умеренно утолщена. Признаков деструкции костей в зоне сканирования не выявлено. Заключение КТ: картина рубцового стеноза гортани.

Трансназальная видеофибrolарингоскопия в условиях местной анестезии (S. Lidocaini — 2,0 мл 10% раствора): вход в гортань свободен, надгортанник не изменен, слизистая оболочка диффузно гиперемирована, голосовые складки в медианном положении, неподвижны при дыхании и фонации. Контуры голосовых отростков черпаловидных хрящей не определяются. Просвет между голосовыми складками не визуализируется. Подголосовой отдел необозрим. Слизистая оболочка задних отделов гортани отечная, складчатая. Другие ЛОР-

органы без особенностей. Фиброларингоскопическая картина соответствовала рубцово-паралитическому стенозу гортани, ФЛР.

Пациентке была рекомендована терапия ингибиторами протонной помпы, однако на фоне лечения сохранялись эпизоды заброса кислого содержимого из желудка в гортань, хотя их кратность все же уменьшилась. R. Манса и соавт. [7] отмечена эффективность аглутеновой диеты в лечении неэрозивного гастроэзофагеального рефлюкса. До назначения пациентке аглутеновой диеты произведено ее обследование с целью выявления у нее глютеновой чувствительности.

При более детальном сборе анамнеза и уточнении жалоб и изменений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) больная отметила наличие периодической изжоги, диспепсии, метеоризма, плохой переносимости молока и фруктов, периодическое учащение стула до 2–3 раз в сутки. Уровень иммуноглобулина (Ig) G к глиадину, IgA и IgG к тканевой трансглутаминазе – в пределах нормы, содержание IgA к глиадину – 28 Е/мл (норма до 25 Ед/мл). При фиброгастродуоденоскопии обнаружены признаки поверхностного гастрита, кардия смыкается полностью. При гистологическом исследовании биоптата двенадцатиперстной кишки выявлена лимфоплазмозитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки >30. При HLA-типировании обнаружены гаплотипы молекул DQ2 и DQ8, отвечающие за наследственную предрасположенность к целиакии. Отсутствие атрофии двенадцатиперстной кишки и незначительное увеличение серологических показателей крови не исключали диагноз целиакии.

Больная была консультирована гастроэнтерологом; на основании жалоб на изменения со стороны ЖКТ, данных морфометрии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, серологических тестов и HLA-типирования у нее была заподозрена глютеновая чувствительность и рекомендовано соблюдение аглутеновой диеты в течение 2 мес (с целью верификации диагноза). Уже через 10 дней больная отметила улучшение общего самочувствия, исчез метеоризм, прекратились ощущения заброса кислоты из желудка в гортань; после прекращения приема ингибиторов протонной помпы на фоне аглутеновой диеты эпизодов ФЛР не было. Больной рекомендовано дальнейшее соблюдение аглутеновой диеты.

В условиях наркоза произведена прямая опорная микроларингоскопия по Клейнзассеру; обнаружено, что медиальные поверхности истинных голосовых складок в передних отделах спаяны рубцовой тканью. В задних отделах голосовых складок замещены рубцовой тканью. Голосовые отростки черпаловидных хрящей отсутствуют (последствие операций). Пассивной подвижности голосовых складок нет. Полупроводниковым лазером в контактном режиме при мощности 8 Вт произведено рассечение рубца (протяженностью примерно 0,5 см) между голосовыми складками. Удален задний конец левой голосовой складки. Затем в просвет гортани введены термопластичные пищеводные бужы последовательно от меньшего размера к максимальному. Через трахеостомическое отверстие установлен Т-образный силиконовый стент в просвет трахеи и гортани на 2 мм выше голосовых складок. Операция прошла без осложнений (рис. 1).

Через 1 год стент удален, сформирован достаточный дыхательный просвет гортани. С учетом быстрого в прошлом послеоперационного рубцевания гортани с целью поддержания трахеостомического канала и для возможности быстрого восстановления дыхания установлена закрытая пробкой трахеостомическая трубка с фенестрациями, обеспечивающая дыхание через естественные пути. Решено деканюлировать пациентку через 6 мес после удаления стента при стойко сформированном просвете голосовой щели. При наблюдении в течение 4 мес дыхательный просвет гортани сохранен, больная дышит через естественные дыхательные пути при закрытой трахеостомической трубке через фенестрации (рис. 2).

Аглутеновая диета, или диета №4 аг, — основной способ лечения заболеваний, связанных с непереносимостью глютена. Глютен (он же клейковина) — белок, содержащийся во многих злаках, особенно в пшенице, ячмене и ржи.

Именно благодаря глютену мука, смешанная с водой, превращается в упругую клейкую массу — тесто. Она же выступает в роли консерванта — добавление в муку сухого экстракта клейковины значительно увеличивает срок хранения хлеба из этой муки. С учетом национальных пищевых привычек потребление хлеба может составлять 250–350 г в день. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует есть хлеб несколько раз в день [8]. Однако при наличии аллергии и непереносимости глютена продукты из пшеницы могут



Рис. 1. Этапы операции больной Л.: а – интраоперационная картина, складки спаяны рубцовой тканью с отверстием в задних отделах складок; б – вид гортани после хирургического вмешательства, перед установкой Т-образного силиконового стента; в – заключительный этап операции – установка Т-образного силиконового стента



Рис. 2. То же наблюдение. Фиброларингоскопическая картина гортани через 4 мес после удаления стента

оказывать негативное воздействие на здоровье человека. Считают, что 10% здорового населения США являются глютен-чувствительными [9].

В 1887 г. S. Gee впервые детально описал клинический синдром глютенной энтеропатии: тяжелая диарея, сопровождающаяся истощением и увеличением живота [10]. В 1950 г. W. Dicke доказал, что при исключении из рациона больных детей пшеничной, ячменной и овсяной муки их состояние значительно улучшалось; замена этих злаков кукурузой и рисом возвращала больным аппетит, уменьшала выраженность симптомов. W. Dicke заключил, что именно злаки содержат токсичные фракции, вызывающие заболевание, ему удалось выявить токсичный компонент белковой фракции пшеницы – глютен и его фракцию – глиадин. Так началась эра безглютеновой диеты, резко снизившей смертность больных целиакией.

A. Sapone и соавт. [12] подробно описали клинические и диагностические признаки глютенной чувствительности, которая не служит проявлением аллергии и целиакии, а в соответствии с принятой новой классификацией (Лондон, 2011) [13] были выделены 3 состояния, связанные с глютенной чувствительностью:

- 1) аутоиммунная непереносимость глютена (целиакия, герпетиформный дерматит, глютенная атаксия), распространенность которой увеличилась с 0,03% в 1970-е годы до 0,5–1,26% в европейской популяции в настоящее время [9, 14];
- 2) аллергическая непереносимость глютена; она встречается у 0,5–9,0% населения (пищевая аллергия, респираторная аллергия, профессиональная аллергия, крапивница) [13];
- 3) неаутоиммунная неаллергическая непереносимость глютена (глютенная чувствительность) [13].

Глютенная чувствительность представляет собой состояние, при котором развивается ряд клинических симптомов, вызванных потреблением глютена; при этом отсутствуют иммунологические изменения, атрофия ворсинок тонкой кишки, соответствующие целиакии и аллергии на пшеницу. У людей с глютенной чувствительностью наблюдается синдром раздраженного кишечника, чаще, чем в популяции, встречаются аллергия, аутоиммунные заболевания. Патогенез неаутоиммунной неаллергической глютенной чувствительности неизвестен. Исследования показывают, что она является иммуноопосредованным заболеванием, видимо, связанным с активацией врожденного иммунного ответа [15].

Обнаружена ассоциация между целиакией и частотой рефлюкс-эзофагита: его выявляют у 19% пациентов с целиакией и лишь у 8% лиц с диспепсическими жалобами. Через 1 год от начала соблюдения аглютеновой диеты симптомы рефлюкс-эзофагита рецидивируют у 25,6% больных целиакией и у 71,8% больных с рефлюкс-эзофагитом без целиакии, что подтверждает связь этих патологических состояний [16].

Умеренный и тяжелый гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) наблюдается у 5,7% населения. При целиакии проявления ГЭР отмечаются в 30,1% случаев, причем он плохо поддается традиционному лечению. При условии соблюдения аглютеновой диеты частота ГЭР у больных целиакией не превышает таковую в общей популяции [10].

Вследствие анатомической близости гортани к входу в ЖКТ возможно попадание в нее кислотного содержимого из желудка. Поэтому большое значение имеет своевременное выявление ФЛР. При выраженном ФЛР, не поддающемся

традиционному лечению ингибиторами протонной помпы, необходимо исключить у больного глютенную чувствительность.

В приведенном нами наблюдении остается неясным, уменьшила ли аглютеновая диета склонность к рубцеванию только за счет снижения выраженности ФЛР или в результате нормализации иммунологического статуса, который часто нарушен у больных с глютенной чувствительностью. Влияние аглютеновой диеты на течение и лечение рубцового стеноза гортани, безусловно, требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Плужников М.С., Рябова М.А., Карпищенко С.А. Хронические стенозы гортани. Под ред. Н.Н. Петрищева / СПб: Гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова, 2004.
2. Рябова М.А., Портнов Г.В., Голланд В.А. Опыт эндоскопического лечения липомы гортаноглотки // Folia Otorhinolaryngologica. – 2015; 21 (1): 32–6.
3. Ylitalo R., Ramel S. Extraesophageal reflux in patients with contact granuloma: a prospective controlled study // Ann. Otolaryngol. – 2002; 111 (5): 441–6.
4. Halstead L. Gastroesophageal reflux: A critical factor in pediatric subglottic stenosis // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1999; 120 (7): 683–8.
5. Qadeer M., Colabianchi N., Vaesi M. Is GERD a risk factor for laryngeal cancer? // Laryngoscope. – 2005; 115 (3): 486–91.
6. Погосова И.Е. Взаимосвязь между хронической патологией гортани и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и фаринголарингеальным рефлюксом у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2013; 32 с.
7. Manca R., Cuomo R., Lai M. et al. Effect of gluten-free diet on preventing recurrence of gastroesophageal reflux disease-related symptoms in adult celiac patients with nonerosive reflux disease // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2008; 23 (9): 1368–72.
8. World Health Organization (2003) Food based dietary guidelines in the WHO. European Region / Copenhagen, Denmark: WHO.
9. Leonard M., Vasagar B. US perspective on gluten – related diseases // Clin. Exp. Gastroenterol. – 2014; 7: 25–37.
10. Gee S. On the coeliac affection St. Bartholomew's Hospital Report / London, 1888; 24: 17–20.
11. Dicke W., Weijers H., Kamer J. Coeliac disease. The presence in wheat of a factor having a deleterious effect in cases of coeliac disease // Acta Paediatr. – 1953; 42 (1): 34–42.
12. Sapone A., Lammers K., Mazzarella G. et al. Differential mucosal IL-17 expression in two gliadin-induced disorders: Gluten sensitivity and the autoimmune enteropathy celiac disease // Int. Arch. Allergy Immunol. – 2010; 152: 75–80.
13. Sapone A., Bai J., Ciacci C. et al. Spectrum of gluten-related disorders: Consensus on new nomenclature and classification // BMC Med. – 2012; 10: 13.
14. Catassi C., Kryszak D., Bhatti B. et al. Natural history of celiac disease autoimmunity in a USA cohort followed since 1974 // Ann. Med. – 2010; 42 (7): 530–8.
15. Sapone A., Lammers K., Casolaro V. et al. Divergence of gut permeability and mucosal immune gene expression in two gluten-associated conditions: celiac disease and gluten sensitivity // BMC Med. – 2011; 9: 23.
16. Cuomo A., Romano M., Rocco A. et al. Reflux oesophagitis in adult coeliac disease: beneficial effect of a gluten free diet // Gut. – 2003; 52: 514–7.

GLUTEN-FREE DIET IN THE COMBINATION TREATMENT OF CICATRICAL STENOSIS OF THE LARYNX

O. Kolesnikova, Candidate of Medical Sciences

Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

Multiple surgical interventions into the larynx could not produce a stable result because of rescarring in the described clinical observation of a female patient with cicatrival and paralytic laryngeal stenosis and tracheosoma. A gluten-free diet was recommended due to the found gluten susceptibility. As a consequence the manifestations of pharyngolaryngeal reflux were alleviated, which could preserve the steady-state lumen of the glottis after the laryngeal scar was dissected.

Key words: cicatrival laryngeal stenosis, gluten-free diet, gluten susceptibility.