

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

Департамент здравоохранения города Москвы

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
оториноларинголог
Департамента здравоохранения
города Москвы



А.И. Крюков

« 2019 » г.

УТВЕРЖДЕНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы



« 14 » 2019 г.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ «КОМА В ГОРЛЕ»

Методические рекомендации № 34

Москва – 2019 г.

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
Департамент здравоохранения города Москвы

Диагностический поиск при симптомокомплексе «кома в горле»

Методические рекомендации

Москва – 2019г.

УДК 616-009.613.7

ББК 56.12

С.26

Учреждение-разработчик:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» Департамент здравоохранения города Москвы.

Составители:

д.м.н., проф. Крюков А. И.; д.м.н. Кунельская Н. Л., д.м.н. Гехт А.Б., к.м.н. Хамзалиева Р.Б., к.м.н. Акжигитов Р.Г., к.м.н. Романенко С. Г., к.м.н. Казакова А.А., к.м.н. Павлихин О.Г., к.м.н. Лесогорова Е.В., Красникова Д.И., Яковлев В.С., к.м.н. Елисеев О.В.

Рецензенты:

доктор медицинских наук Мирошниченко Н.А.

доктор медицинских наук, профессор Солдатский Ю.Л.

Диагностический поиск при симптомокомплексе «кома в горле» / Методические рекомендации.- под редакцией А.И.Крюкова.- Москва.- 2019.- с.

Предназначение:

В методических рекомендациях описан алгоритм дифференциальной диагностики симптомокомплекса «кома в горле». Использование разработанного алгоритма поможет врачу-оториноларингологу или специалисту смежных специальностей провести обследование пациента с жалобой на ком в горле и разработать правильную тактику его лечения. Методические рекомендации рассчитаны на врачей оториноларингологов, фониатров, терапевтов, неврологов, гастроэнтерологов, психиатров.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию без соответствующего разрешения.

Коллектив авторов

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	5
ВВЕДЕНИЕ	5
ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТОВ С КОМОМ В ГОРЛЕ, ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА.....	7
РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЖАЛОБОЙ НА «КОМ В ГОРЛЕ».....	9
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛОР ОСМОТРА.....	10
ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С «КОМОМ В ГОРЛЕ»....	11
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА.....	12
ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТА С «КОМОМ В ГОРЛЕ».....	12
РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО И КЛИНИКО- ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ.....	13
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	14
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	15
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	18
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	20

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГЭРБ – гастроэзофагальнорефлюксная болезнь

КГ - Ком в горле

ВВЕДЕНИЕ

«Ком в горле» (КГ) – разновидность парестезий верхних дыхательных путей (расстройства чувствительности в глотке, гортани).

Клинические проявления парестезий верхних дыхательных путей - разнообразны. Помимо жалоб пациентов на ощущение КГ, к ним относятся так же першение, покалывание, онемение в глотке и в проекции гортани.

Жалоба на ощущение КГ составляет от 4,1% до 5% всех причин обращений к оториноларингологу.

Симптом КГ встречается у взрослых пациентов всех возрастных категорий, чаще в 41 - 50 лет.

Для КГ характерно неболезненное ощущение инородного тела в горле, проецирующееся на переднюю поверхности шеи по средней линии между надгрудной вырезкой и щитовидным хрящом. Оно нередко сопровождается ощущением затруднения глотания преимущественно слюны, тревогой и страхом подавиться. Часто отмечается постоянное желание «сглотнуть» или откашляться, ощущение «пленки или скопления слизи». Некоторые пациенты предъявляют жалобы на затруднения при разговоре, утомляемость голоса, охриплость.

Эпизоды жалоб на ощущение КГ отмечаются в анамнезе 46% практически здоровых людей. В тех случаях, когда ощущение КГ имеет длительное течение, перемежающееся или рецидивирующего характера, пациенты в поисках причины своего состояния обращаются к врачам различных специальностей: оториноларингологу, фониатру, неврологу, эндокринологу, психоневрологу, психиатру, гастроэнтерологу. 78% пациентов консультируются с онкологами в связи с выраженной канцерофобией.

Проведённый нами анализ литературных источников и собственного клинического опыта, показал, что КГ может являться симптомом многих заболеваний. Ощущение КГ может встречаться при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ); заболеваниях пищевода; позвоночника; шейном миозите; миофасциальном синдроме; заболеваниях щитовидной железы. КГ может

быть симптомом хронических заболеваний ЛОР-органов: хронического фарингита, хронического тонзиллита, гипертрофии язычной миндалины, синдрома «постазального затека», патологии надгортанника, новообразований гортани и гортаноглотки, аномалий развития надгортанника и рака грушевидного синуса (особенно если КГ сочетается с оталгией). КГ часто беспокоит пациентов в ранние сроки парезов и параличей гортани. В литературе также встречаются немногочисленные публикации о других возможных причинах КГ таких как: шилоподъязычный синдром (синдром Eagle), железодефицитная анемия, гипофункция слюнных желез, нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава, уменьшение минеральной плотности костной ткани, атипичское проявление аллергической реакции.

У большинства пациентов симптом КГ является признаком стрессового расстройства: до 96% пациентов с жалобами на КГ отмечают усиление симптомов в периоды повышенного эмоционального напряжения. У пациентов, испытывающих ощущение КГ, выявляют повышенные показатели тревожности, «алекситимичности», нейротизма и более низкий уровень экстраверсии по сравнению с пациентами в контрольной группе. Также КГ может быть проявлением депрессивного конверсионного и личностного расстройства.

Таким образом, диагностика и лечение пациентов с жалобой на КГ является сложной мультидисциплинарной проблемой, что обусловлено полиэтиологичностью факторов, вызывающих подобные симптомы и эмпирическим подходом к их лечению.

На сегодняшний день единой тактики обследования и лечения пациентов с жалобой на КГ нет.

Целью обследования пациента с КГ является, в первую очередь, исключение опухолевого процесса, а также поиск общесоматической и ЛОР патологии, которая может являться этиопатогенетическим фактором ощущения КГ. Анализ результатов этого исследования позволил нам разработать лечебно-диагностический алгоритм при «коме в горле».

На базах ГБУЗ НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ и ГБУЗ НПЦ психоневрологии им. З. П. Соловьёва ДЗМ было произведено комплексное обследование и лечение 148 пациентов (33 мужчины, 22% и 115 женщин, 78%) с ведущей жалобой на «ком в горле» в возрасте от 18 до 65 лет.

ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТОВ С «КОМОМ В ГОРЛЕ», ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА

Обследование пациентов следует начинать с тщательного сбора жалоб, выявления особенности развития заболевания, изучения истории жизни, выявления неблагоприятных факторов наследственности пациента (онкология, психические заболевания). Особое внимание необходимо обращать на наличие сопутствующих соматических заболеваний. На основании жалоб пациента и особенностей анамнеза можно сделать предварительные выводы об этиологии синдрома, выявить нарушения психоэмоционального статуса.

Наиболее частыми жалобами у пациентов с симптомокомплексом «кома в горле» являются ощущение инородного тела в горле (100%), затруднения при проглатывании, преимущественно слюны (91%), першение в горле (68%), изжога (60%), охриплость (42%). 25% пациентов отмечают появление сухого кашля, преимущественно в горизонтальном положении.

Как правило, многие пациенты (47%) ошибочно связывают вышеуказанные жалобы с присутствием в горле остатков пищевого комка (рыбные кости, таблетки, фрагмент яблочной кожуры и т.д.), травмой, воспалением, которые, по их мнению, были следствием проглатывания грубой пищи или перенесённым воспалением верхних дыхательных путей. Около 41% пациентов связывают ощущение КГ с возможным наличием новообразования органов шеи. Связь со стрессом, нервным напряжением пациентами, как правило, отрицается. Только 12% пациентов акцентируют внимание на том, что ощущение КГ возникало в период повышенного психоэмоционального напряжения, либо было связано с перенесённым стрессом.

Помимо жалоб, характерных для парестезий верхних дыхательных путей, у большинства пациентов с КГ (85,8%) есть жалобы невротического характера: тревога, беспокойство, апатия, плаксивость, снижение трудоспособности. У 81% пациентов отмечается выраженная канцерофобия. Некоторые больные (8,1%) отмечают усиление степени выраженности ощущения КГ сопровождающиеся приступами сильного сердцебиения, нехваткой воздуха, чувством страха в местах большого скопления людей (транспорт, крупные торговые центры), воздействии громких звуков, при нахождении в замкнутом пространстве.

Как правило, жалоба на КГ в 88% случаев определяется пациентами как безболезненное ощущение инородного тела в горле, периодического характера, проецирующееся на переднюю поверхность шеи по средней линии в области

щитовидного хряща.

Согласно анамнезу, пациенты отмечают усиление симптоматики на фоне погрешности в диете, повышения психоэмоционального напряжения, стрессовых ситуаций, а так же в конце рабочего дня, что, скорее всего, связано с общей усталостью.

Однако у 7% пациентов с доброкачественными образованиями гортани и гортаноглотки ощущение КГ носит постоянный характер и определяется как одностороннее (справа или слева от щитовидного хряща). Абсолютно все пациенты не верят в то, что ощущение КГ не имеет под собой органической природы.

При сборе анамнеза многие пациенты отмечают зависимость возникновения КГ от физических нагрузок, после занятий фитнесом, длительной работой за компьютером. Симптом сочетается с тянущими болями в шее, оталгией, ощущением напряжения мышц спины и шеи.

У 5% пациентов ощущение инородного тела локализуется на уровне линии мягкого неба, в области перехода носоглотки в ротоглотку, что чаще всего обусловлено синдромом постазального затека.

Уже по жалобам можно предположить этиологию синдрома КГ:

- если пациент жалуется на ком в горле в сочетании с ночным кашлем, изжогой, жжением за грудиной, то, скорее всего, речь идет о ГЭРБ.
- если при осмотре у пациента с КГ выявляется напряжение мышц шеи, если пациент предъявляет жалобы на боли в спине, то можно заподозрить мышечно-фасциальный синдром.
- при сочетании КГ с жалобами на стекание слизи по задней стенке глотки, в первую очередь следует исключить постназальный затёк.
- если ощущение КГ непостоянное и сочетается с першением в горле и образованием пробок в миндалинах, то речь идет о хроническом тонзиллите.
- если при КГ определяется повышенный уровень тревоги и эмоционального напряжения, то, как правило, имеет место психическое расстройство.

Всегда следует помнить о том, что причин КГ может быть несколько или у пациента может быть сразу несколько заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Основной задачей осмотра и обследования пациента с КГ является исключение опухолевого процесса ЛОР органов и органов шеи.

При стойких рецидивирующих жалобах на КГ и в тех случаях, когда органической патологии не выявлено, следует провести повторное обследование через 6 месяцев для исключения наличия новообразования.

При проведении ЛОР осмотра следует обращать внимание на состояние слизистой оболочки ВДП: сухость, субатрофия или наличие увеличенных лимфоидных гранул, налипание вязкого секрета на задней стенке глотки могут провоцировать ощущение КГ. У пожилых пациентов часто присутствуют признаки атонии мышц глотки и гортаноглотки, что выявляется как скопление слизи в преднадгортанниковом пространстве, вялая подвижность мягкого неба.

При подозрении на грибковый процесс в глотке, гортаноглотке и гортани, а также в случаях затяжного, рецидивирующего течения хронического фарингита, сопровождающегося жалобами на КГ, целесообразно проведение микологического исследования микрофлоры глотки и гортани. Грибковые процессы этой локализации часто сопровождаются жалобами на парестезии.

Рекомендуется провести диагностическое промывание лакун небных миндалин растворами антисептиков с целью выявления хронического тонзиллита.

Обязательным является тщательный осмотр гортаноглотки и гортани с использованием увеличительной оптики (микрларингоскопия, эндоскопическая оптика) с целью исключения объемных образований, особенно новообразования грушевидного синуса.

Пациентам, которые предъявляют жалобы на изменение голоса или в том случае, если врач выявляет признаки патологической фонации, проводится исследование голосообразующей системы (видеоэндоларингостробоскопия, акустический анализ голоса).

Ощущение КГ может быть у пациентов с гипо- и гипертонусной дисфонией, спастической дисфонией, параличе гортани. Это ощущение возникает из-за мышечного напряжения, которое создают пациенты, пытаясь добиться звучного голоса при значительном недосмыкании голосовых складок или при произвольном постоянном напряжении внутренних и наружных мышц гортани при гипертонусной дисфонии. Кроме этого для функциональных голосовых расстройств характерно скопление трудно отделяемой слизи на голосовых складках, которая ощущается

пациентом как инородное тело и провоцирует кашель.

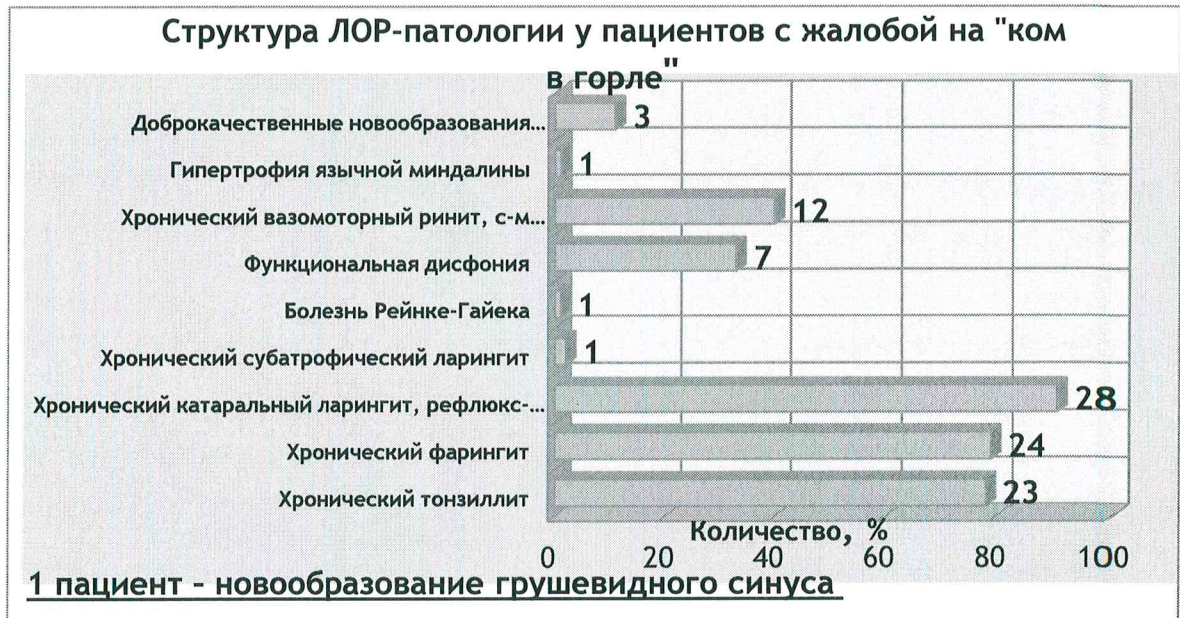
Для гипотонусной дисфонии и паралича гортани характерен глухой, быстро истощаемый голос, во время разговора иногда слышится, как происходит утечка воздуха через голосовые складки. Для гипертонусной дисфонии характерен достаточно громкий, но хриплый голос, отмечается быстрая его истощаемость, голосовые нагрузки сопровождаются болевыми ощущениями в проекции гортани, чувством инородного тела. Часто наблюдается видимое напряжение наружных мышц шеи, напряженная артикуляция. Время максимальной фонации при любой форме дисфонии сокращается. Диагноз подтверждается при помощи видеоларингостробоскопии и акустического анализа голоса. У пациентов без нарушения голосовой функции видеоларингостробоскопическая картина и показатели акустического анализа голоса остаются нормальными.

При непрямой микроларингоскопии у пациентов с ГЭРБ можно увидеть внепищеводные проявления заболевания: утолщение слизистой оболочки в межчерпаловидной области, складчатость, белый налет, отек слизистой оболочки в межчерпаловидной области и в области черпалонадгортанных складок, усиление сосудистого рисунка голосовых складок в заднем отделе, наличие мокроты в заднем отделе гортани. У 73,2% наших пациентов были выявлены внепищеводные проявления ГЭРБ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛОР ОСМОТРА

В результате проведенного нами комплексного обследования пациентов с КГ было установлено, что у этого контингента больных в 100% случаев выявляется органическая патология со стороны ЛОР-органов: синдром постназального затека, хронический вазомоторный ринит - 12 %; хронический фарингит (катаральный, гипертрофический) – 24%, хронический тонзиллит (простая форма/ТАФ1) –23%; гипертрофия язычной миндалины – 1%; хронический ларингит - катаральный (28%), субатрофический (1%); функциональная дисфония – 7%; доброкачественные новообразования гортани (кисты надгортанника и черпаловидного хряща, гранулема гортани, микроузелки голосовых складок) – 3%; болезнь Рейнке-Гайека, начальная стадия –1 %. У одного пациента было выявлено новообразование грушевидного синуса, что составило 1% от общей ЛОР-патологии. (Рис.1)

Рисунок 1 - Структура ЛОР патологии у больных с КГ.



ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С «КОМОМ В ГОРЛЕ»

Общеклиническое обследование пациентов с КГ включает консультации врачей смежных специальностей. В первую очередь – это консультация гастроэнтеролога, так как по данным литературы ГЭРБ – основная причина жалоб на КГ. Консультация гастроэнтеролога показана всем пациентам, у которых при ларингоскопии выявлены внепищеводные проявления ГЭРБ. Показаниями к консультации невролога является необходимость исключить патологию позвоночника, миофасциальный синдром и миозит шеи, шейные остеофиты, остеохондроз шейного отдела позвоночника, мышечно-тонический синдром, остеохондроз, болезнь Форестье (идиопатический гиперостоз скелета), тендинит превертебральных мягких тканей.

Консультация эндокринолога показана для исключения патологии щитовидной железы. При этом следует учитывать, что при этом недостаточно провести только УЗИ щитовидной железы. Следует исследовать гормональный статус щитовидной железы, так как КГ иногда сопровождается гипотиреозом.

При подозрении на образование шеи или лимфаденит проводится УЗИ шеи, в том числе и лимфоузлов.

Применение лабораторных методов исследования необходимо для исключения железодефицитной анемии, как возможной причины ощущения КГ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА

Неврологические расстройства составили 78% от общего числа сопутствующей патологии. Наиболее часто встречались следующие диагнозы: расстройство вегетативной (автономной) нервной системы, остеохондроз позвоночника у взрослых, головные боли напряженного типа, цереброваскулярная болезнь (хроническая ишемия головного мозга, начальные проявления ишемии головного мозга с недостаточностью кровообращения в вертебробазилярной системе, мышечно-фасциальный синдром). При этом отмечается достоверное преобладание неврологической патологии у пациентов в группе с расстройствами тревожно-депрессивного спектра ($p=0$), по сравнению с группой пациентов без выявленной невротической патологии. ГЭРБ встречалась в 33% случаев. Эндокринная патология диагностирована у 12% пациентов с КГ: многоузловой зоб 1 ст., первичный гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием, аденома правой нижней околощитовидной железы. 7% пациентов с КГ имели сопутствующую терапевтическую патологию: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма.

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТА С «КОМОМ В ГОРЛЕ»

Несмотря на то, что абсолютное большинство пациентов пытается отрицать связь жалобы на КГ со стрессовыми факторами и отказываются от консультации психиатра, выявление психического расстройства очень важно, т.к. доказана широкая их распространенность у данной категории пациентов. Известно, что отсутствие терапии при расстройствах тревожно-депрессивного спектра может приводить к развитию соматических заболеваний, нарушает трудоспособность человека и мешает его социальной активности.

В качестве скринингового метода для первичной диагностики психического расстройства мы предлагаем проводить анкетирование пациентов с использованием психометрических шкал: Торонтская Алекситимическая шкала (TAS), симптоматический самоопросник SCL – 90 (см. Приложение 1, 2), Анкеты – самоопросника: 10-бальных сенсорно-аналоговых шкал – САШ – следует проводить оценку выраженности клинических симптомов на основании субъективных

ощущений пациентов до начала проведения курса терапии и по его окончании. За «0» баллов принимается отсутствие жалоб на КГ, «1-4» балла соответствуют лёгкой выраженности симптома (симптом непостоянный и/или не резко выраженный); «5-7» баллов определяются как умеренная выраженность симптоматики (симптом постоянный); за «8-10» баллов принимается максимальная степень выраженности симптома. Кроме того, сравнение результатов по САШ до и после лечения позволяет оценить результаты проведённой терапии. Кроме этого, рекомендуем использовать анкеты Гамильтона для оценки тревоги (НАМ-А) (Hamilton Anxiety Scale - Hamilton M., 1959), и депрессии (НАМ-D) (Hamilton Depression Scales - Hamilton M., 1960).

На основании данных анкетирования определяют показания к консультации психиатра. Ими являются: повышение показателей тревожности, депрессии, соматизации, «алекситимичности», выраженная канцерофобия. Также консультация психиатра необходима при длительности жалобы на КГ более 3 месяцев, выявлении гранулемы гортани, отсутствии эффекта от проведенной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО И КЛИНИКО-ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

По данным симптоматического самоопросника SCL-90 (Derogatis L. Et al., 1973) – для пациентов с КГ характерно повышение показателей тревожности, депрессивности, соматизации. Анкетирование с помощью Торонтской шкалы Алекситимии (TAS) (Taylor G. et al., 1985) показало, что пациенты с КГ входят либо в группу риска развития алекситимии или обладают алекситимическим типом личности, т.е. испытывают затруднённую в вербализации эмоциональных состояний, что является характерным признаком тяжелой стрессовой ситуации и рассматривается как фактор риска психосоматических заболеваний.

По данным проведённого психолого-психиатрического обследования у 121 пациента с КГ (82%) были выявлены расстройства тревожно-депрессивного спектра. По номенклатуре МКБ-10, состояния квалифицировались как: тревожно-депрессивное расстройство F41.2 - в 38 случаях (29%), ипохондрическое расстройство F45.2 - в 29 случаях (23%), соматоформное расстройство F45 - в 26 случаях (21%), органическое расстройство личности в связи с сосудистыми заболеваниями головного мозга F07.01 - в 20 случаях (16%), паническое расстройство - в 14 случаях (11%). Лишь у 21 пациента (14,2%) отсутствовали

нарушения психоэмоционального статуса. Проведена соответствующая терапия с хорошим клиническим эффектом.

На основании результатов проведенного исследования нами разработана схема обследования пациентов с жалобой на «ком в горле». (Рис.2).

Рисунок 2 - Алгоритм диагностических мероприятий при жалобе на КГ.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ощущение КГ является симптомом многих заболеваний. Основной целью дифференциальной диагностики при жалобе на КГ является исключение новообразований органов глотки, гортаноглотки, гортани, шеи.

В алгоритм диагностики пациентов с КГ помимо общеклинического и классического оториноларингологического исследования, необходимо включить, консультацию гастроэнтеролога, эндокринолога, комплексное психолого-

психиатрическое и неврологическое исследования.

Результаты проведенного исследования показывают, что основной причиной КГ является ГЭРБ и стрессовые расстройства. Несмотря на это, каждого пациента надо обследовать полностью, для выявления всех возможных причин появления жалобы на КГ.

Следует отметить, что имеются различия в этиологии КГ в разных возрастных группах. Для пациентов в возрасте до 55 лет более характерны стрессовые расстройства и мышечно-фасциальные синдромы. Для пациентов старшей возрастной группы наиболее характерной причиной является ЛОР патология, в частности хронические воспалительные процессы в глотке, и патология позвоночника.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Антонив, В.Ф. Неспецифические постинтубационные гранулёмы гортани/ В.Ф. Антонив, Т.В. Антонив, А.В. Бондарева// Материалы 3-й Российской научно-практической конференции «Наука и практика». – М., 2004. – С. 114-115.
2. Василенко, Ю.С. Голос. Фонологические аспекты/- М.:Энергоиздат, 2002. – 480 с.
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: метод. Рекомендации/ ГНУВ МО РФ; А.В. Калинин.-М.,2004.18с.
4. Маев, И.В. Бронхолёгочные и орофарингеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни/ И.В. Маев, Г.Л. Юренев, С.Г. Бурков, Т.А. Сергеева// Consilium Medicum. - 2006. - № 2. – С. 22-27.
5. Отоларингологические симптомы у больных с гастроэзофагальным рефлюксом: метод. Рекомендации/ КГМА; Сост.: И.В. Горбонос [и др.]–Краснодар,2001. – 35с.
6. Раупов, М. Г. Клиника, диагностика и лечение дискинезии гортаноглотки при шейном остеохондрозе:авторф. дис. канд. мед.наук. - М., 2003. – 15 с.
7. Сашнина, Т. С. Нарушение голоса при заболеваниях щитовидной железы:авторф. дис. ...канд. мед.наук. - Новосибирск, 2005. – 35 с.
8. Стукало, А. В. Стрессовые факторы и психические расстройства у больных фонологической практики: автореф. дис. ...канд. мед.наук. – М., 2011.– 24 с.
9. Agada, F.O. Retroverted epiglottis presenting as a variant of globuspharyngeus/ F.O. Agada, A.P. Coatesworth, A.R. Grace// J.Laryngol Otol. -2007.-№121. – P. 390–392.

10. Ali, K. H. M. What is the severity of globus sensation in individuals who have never sought health care for it?/ K. H. M. Ali, J. A. Wilson// Journal of Laryngology and Otolology. – 2007. - vol. №121 (9). - P. 865–868.
11. Anandasabapathy, S. Multichannel intraluminal impedance in the evaluation of patients with persistent globus on proton pump inhibitor therapy/ Ann OtolRhinolLaryngol. – 2006. - №115. – P.563–570.
12. A review of clinical practice guidelines for reflux disease: Toward creating a clinical protocol for the otolaryngologist/ W. Kenneth, M.D. Altman, N. Pruffer, F. Michael, M.D. Vaezi// The Laryngoscope.– 2011.- № 121 (4).- P.717–723.
13. Batch, A.J. Globus pharyngeus. Part I/ A.J.Batch// Journal of Laryngology and Otolology.- 1988. - № 102(2). – P. 152–158.
14. Biesinger, E. Osteochondrosis of the cervical spine as a cause of globus sensation and dysphagia/ E. Biesinger, M. Schrader, B.Weber// HNO. – 1989. - № 37(1). –P. 33-35.
15. Bishop, L.C.The psychiatric management of the globus syndrome/ L.C. Bishop, W.T.Riley// Gen Hosp Psychiatry.– 1988.- № 10(3). –P. 214-219.
16. Bong, E L.Globus pharyngeus: A review of its etiology, diagnosis and treatment/ E.L. Bong, H. K. Gwang// World J. Gastroenterol. – 2012. –№ 28; 18(20). - P. 2462–2471.
17. Burns, P. Thyroid pathology and the globus symptom: are they related? A two year prospective trial/ P. Burns, C. Timon// J Laryngol Otol. – 2007(121). – P. 242–245.
18. Caldarelli, D.D. Esophageal motility studies in globus sensation/ D.D. Caldarelli, A.H. Jr. Andrews, A.J.Derbyshire// Ann OtolRhinolLaryngol. – 1970.-№79(6).– P. 1098-100.
19. Characteristics of thyroid nodules causing globus symptoms/ I.C. Nam, H. Choi, E.S. Kim, E.Y. Mo, Y.H. Park,Sun D.I.// Eur Arch Otorhinolaryngol.– 2015. – №272(5).-P. 1181-1188.
20. Cherry, J. Pharyngeal localization of symptoms of gastroesophageal reflux/ J. Cherry, C.I. Siegel, S.I. Margulies, M. Donner// Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.– 1970.- № 79.– P. 912–914.
21. Covert psychiatric disturbance in patients with globuspharyngis/ I.J.Deary, J.A. Wilson, L. Mitchell, T. Marshall// Br J Med Psychol. – 1989. - № 62 (4). – P. 381-389.
22. Cybulska, E.M. Globus hystericus - a somatic symptom of depression? The role of electroconvulsive therapy and antidepressants/ E.M. Cybulska// Psychosom Med. – 1997. - № 59(1). –P. 67-69.
23. Finkenbine, R. Globus hystericus: a brief review/ R. Finkenbine, J. Miele Vincent// General Hospital Psychiatry. – 2004. - № 26. – P. 78–82.

24. Freeland, A.P. Globus hystericus and reflux oesophagitis/A.P. Freeland, G.M. Adran, E. Emrys-Roberts// J Laryngol Otol. – 1974. - № 88(10). – P. 1025-1031.
25. Kiviranta, U. Globus hystericus and tonsils/ U. Kiviranta// PractOto-rhino-laryng.- 1957.- № 19.– P. 1–24.
26. Lee, B. E. Globus pharyngeus: A review of its etiology, diagnosis and treatment/ B.E. Lee, G.H. Kim// World J. Gastroenterol. - 2012.- №18(20).- P.2462-2471.
27. Etiological analysis and individualized treatment of pharyngeal paraesthesia/ Z. Lou, X. Gong, F. Lou, L. He, Q.Zhu// Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.- 2009. – № 23(14). – P. 639-645.
28. Management of globus pharyngeus: review of 699 cases/ R.P. Harar, S. Kumar, M.A. Saeed, D.J. Gatland// J Laryngol Otol.– 2004.– № 118(7). – P. 522-527.
29. Maran, A.Cervical osteophytes presenting with pharyngeal symptoms/ A. Maran, I. Jacobson// Laryngoscope.– 1971.- 81(3).– P. 412–417.
30. Pratt, L.W. Globus hystericus - office evaluation by phychological testing with the MMPI/ L.W. Pratt, W.H. Tobin, R.A. Gallagher// Laryngoscope. – 1976. – № 86(10). – P. 1540-51.
31. Wareing, M. Management of globus sensation by the speech therapist/ M. Wareing, A. Elias, D. Mitchell// Logoped Phoniatr Vocol.– 1997.- № 22.– P. 39–42.

Торонтская Алекситимическая Шкала

Алекситимия - сниженная способность или затруднённая в вербализации эмоциональных состояний. Является характерным признаком тяжёлой стрессовой ситуации.

Тест адаптирован в институте им. В. М. Бехтерева.

Рекомендации.

Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений (ставьте X в соответствующем месте). Дайте только один ответ на каждое утверждение: 1) совершенно не согласен, 2) скорее не согласен, 3) ни то, ни другое, 4) скорее согласен, 5) совершенно согласен.

№	утверждения	совершенно не согласен	скорее не согласен	ни то, ни другое	скорее согласен	совершенно согласен
		1	2	3	4	5
1	Когда я плачу, всегда знаю, почему					
2	Мечты - это потеря времени					
3	Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4	Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю					
5	Я часто мечтаю о будущем					
6	Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие					
7	Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					
8	Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9	Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
10	У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11	Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12	Я способен с легкостью описать свои чувства					
13	Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14	Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15	Я часто даю волю воображению					
16	Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17	Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле					
18	Я редко мечтаю					
19	Я предпочитаю, чтобы все шло само собой,					

	чем понимать, почему произошло именно так					
20	У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21	Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22	Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23	Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24	Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25	Я не знаю, что происходит внутри меня					
26	Я часто не знаю, почему я сержусь					

ОБРАБОТКА ДАННЫХ

Подсчёт баллов осуществляется таким образом: 1) ответ «совершенно не согласен» — оценивается в 1 балл, «скорее не согласен» — 2, «ни то, ни другое» — 3, «скорее согласен» — 4, «совершенно согласен» — 5. Так оцениваются пункты шкалы: 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26.

Иначе оцениваются пункты шкалы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24. В них ставим противоположную оценку в баллах по этим пунктам (то есть оценка 1 получает 5 баллов; 2—4; 3 - 3; 4 - 2; 5 - 1);

Сумма баллов, полученная в результате сложения по всем пунктам, есть итоговый показатель «алекситимичности». Результаты могут распределиться в интервале от 26 до 130 баллов.

Результаты следует интерпретировать на основании суммарного балла по всей шкале и соответствовали: 62 балла и ниже - неалекситимический тип личности; 62-74 балла - группа риска; алекситимичными считают людей, набравших по TAS 74 балла и более.

Симптоматический самоопросник опросник SCL-90

Инструкция: ниже приведён перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей.

Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодняшний день. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри каждого кружка была видна), не пропуская ни одного пункта. Если Вы захотите изменить свой ответ, зачеркните Вашу первую пометку.

Насколько сильно вас тревожили в течение недели и сегодня	Совсем нет	Немног	Умеренно	Сильно	Очень сильно
1. Головные боли	0	1	2	3	4
2. Нервозность или внутренняя дрожь	0	1	2	3	4
3. Повторяющиеся неотвязные неприятные мысли	0	1	2	3	4
4. Слабость или головокружение	0	1	2	3	4
5. Потеря сексуального влечения или удовольствия	0	1	2	3	4
6. Чувство недовольства другими	0	1	2	3	4
7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями	0	1	2	3	4
8. Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие	0	1	2	3	4
9. Проблемы с памятью	0	1	2	3	4
10. Ваша небрежность или неряшливость	0	1	2	3	4
11. Легко возникающая досада или раздражение	0	1	2	3	4
12. Боли в сердце или грудной клетке	0	1	2	3	4
13. Чувство страха в открытых местах или на улице	0	1	2	3	4
14. Упадок сил или заторможенность	0	1	2	3	4
15. Мысли о том, чтобы покончить с собой	0	1	2	3	4
16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие	0	1	2	3	4
17. Дрожь	0	1	2	3	4
18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять	0	1	2	3	4
19. Плохой аппетит	0	1	2	3	4
20. Слезливость	0	1	2	3	4
21. Застенчивость или скованность в общении с лицами противоположного пола	0	1	2	3	4
22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы	0	1	2	3	4
23. Неожиданный или беспричинный страх	0	1	2	3	4

24. Вспышки гнева, которые Вы не могли сдерживать	0	1	2	3	4
25. Боязнь выйти из дома одному	0	1	2	3	4
26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты	0	1	2	3	4
27. Боли в пояснице	0	1	2	3	4
28. Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо	0	1	2	3	4
29. Чувство одиночества	0	1	2	3	4
30. Подавленное настроение, хандра	0	1	2	3	4
31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам	0	1	2	3	4
32. Отсутствие интереса к чему-либо	0	1	2	3	4
33. Чувство страха	0	1	2	3	4
34. То, что Ваши чувства легко задеть	0	1	2	3	4
35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли	0	1	2	3	4
36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам		1	2	3	4
37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь	0	1	2	3	4
38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	0	1	2	3	4
39. Сильное или учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
40. Тошнота или расстройство желудка	0	1	2	3	4
41. Ощущение, что Вы хуже других	0	1	2	3	4
42. Боли в мышцах	0	1	2	3	4
43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас	0	1	2	3	4
44. То, что Вам трудно заснуть	0	1	2	3	4
45. Потребность проверять или перепроверять то, что Вы делаете	0	1	2	3	4
46. Трудности в принятии решений	0	1	2	3	4
47. Боязнь езды в автобусах	0	1	2	3	4
48. Затрудненное дыхание	0	1	2	3	4
49. Приступы жара или озноба	0	1	2	3	4
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они Вас пугают	0	1	2	3	4
51. То, что Вы легко теряете мысль	0	1	2	3	4
52. Онемение или покалывание в различных частях тела	0	1	2	3	4
53. Комок в горле	0	1	2	3	4
54. Ощущение, что будущее безнадежно	0	1	2	3	4
55. То, что Вам трудно сосредоточиться	0	1	2	3	4
56. Ощущение слабости в различных частях тела	0	1	2	3	4
57. Ощущение напряженности или взвинченности	0	1	2	3	4
58. Тяжесть в конечностях	0	1	2	3	4

59. Мысли о смерти	0	1	2	3	4
60. Переедание	0	1	2	3	4
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами	0	1	2	3	4
62. То, что у Вас в голове чужие мысли	0	1	2	3	4
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0	1	2	3	4
64. Бессонница по утрам	0	1	2	3	4
65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать	0	1	2	3	4
66. Беспокойный и тревожный сон	0	1	2	3	4
67. Импульсы ломать или крушить что-либо	0	1	2	3	4
68. Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют другие	0	1	2	3	4
69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими	0	1	2	3	4
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)	0	1	2	3	4
71. Чувство, что все, чтобы Вы ни делали, требует больших усилий	0	1	2	3	4
72. Приступы ужаса или паники	0	1	2	3	4
73. Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях	0	1	2	3	4
74. То, что Вы часто вступаете в спор	0	1	2	3	4
75. Нервозность, когда Вы оставались одни	0	1	2	3	4
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения	0	1	2	3	4
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми	0	1	2	3	4
78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте	0	1	2	3	4
79. Ощущение собственной никчемности	0	1	2	3	4
80. Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое	0	1	2	3	4
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами	0	1	2	3	4
82. Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях	0	1	2	3	4
83. Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите	0	1	2	3	4
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли	0	1	2	3	4
85. Мысль о том, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи	0	1	2	3	4
86. Кошмарные мысли или видения	0	1	2	3	4
87. Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке	0	1	2	3	4
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому	0	1	2	3	4
89. Чувство вины	0	1	2	3	4
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное	0	1	2	3	4

SCL-90 содержит следующие шкалы: соматизация; навязчивые страхи (фобии); паранойяльность; психотизм; общий индекс тяжести симптомов (GST); индекс симптоматического дистресса (PSDI); число утвердительных ответов (PST).

Обработка полученных данных

1. Баллы по каждой шкале – 9 показателей. Сумму баллов по каждой шкале разделить на количество пунктов в этой шкале. Например, сумма баллов по 1-й шкале делится на 12, по 2-й – на 10 и т.д. Если по каким-то вопросам не было получено ответов, то их исключают из подсчёта. В случае, если пропущено 20% вопросов теста (18 пунктов) или 40% вопросов какой либо шкалы, результаты не могут считаться достоверными.

2. Общий балл – индекс GSI (General Symptomical Index). Общую сумму всех баллов разделить на 90 (к-во пунктов в опроснике).

3. Индекс проявления симптоматики PSI (Positive Symptomical Index). Подсчитывается количество пунктов, на которые дается оценка от 1 до 4.

4. Индекс выраженности дистресса PDSI (Positive Distress Symptomical Index). Индекс GSI умножить на 90 и разделить на индекс PSI.

Ключ к методике			
№	Шкалы	Пункты	Число пунктов
1.	SOM	1 4 12 27 40 42 48 49 52 53 56 58	12
	Соматизация		
2.	О-С (0,75-0,04)	3 9 10 28 38 45 46 51 55 65	10
	Обсессивность, компульсивность		
3.	INT	6 21 34 36 37 41 61 69 73	9
	Межличностная тревожность		
4.	DEP (0,62-0,04)	14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 56 71 79	13
	Депрессивность		
5.	ANX (0,47-0,03)	2 17 23 33 39 57 72 78 80 86	10
	Тревожность		
6.	HOS (0,60-0,04)	11 24 63 67 74 81	6
	Враждебность		
7.	PHOB (0,18-0,02)	13 25 47 50 70 75 82	7
	Фобии		
8.	PAR (0,54-0,04)	8 18 43 68 76 83	6
	Паранойяльность		
9.	PSY	7 16 35 62 77 84 85 87 88 90	10
	Психотизм		
10	Дополнительные пункты (0,49-0,03)	19 44 59 60 64 66 89	7
	GSI		
	PSI		
	PDSI		

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ (HADS)

Врачи имеют массу подтверждений тому, что эмоции играют значительную роль при большинстве заболеваний. Если Ваш врач будет больше осведомлен о Ваших чувствах, то он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник предложен для того, чтобы помочь доктору больше узнать о Вашем самочувствии. Прочтите каждый пункт и отметьте ответы, которые больше всего соответствуют Вашему самочувствию в течение прошедшей недели. Не думайте слишком долго, так как непосредственные ответы больше отражают Ваше состояние, чем результаты длительных раздумий.

Я напряжен (-а) и мне не по себе	Т
Большую часть времени.....	3
Часто.....	2
Иногда.....	1
Никогда.....	0
Мне доставляет удовольствие, все, что раньше его приносило	Д
Как всегда	0
Не так сильно.....	1
Немного.....	2
Совсем нет.....	3
У меня неприятное предчувствие, будто должно случиться что-то ужасное	Т
Очень сильное.....	3
Не очень сильное.....	2
Небольшое.....	1
Совсем нет.....	0
Я могу посмеяться и увидеть смешную сторону событий	Д
Как всегда.....	0
Не так много.....	1
Очень редко.....	2
Совсем нет.....	3
Беспокойные мысли не дают мне покоя	Т
Большую часть времени.....	3
Часто.....	2
Иногда.....	1
Очень редко.....	0
У меня хорошее настроение	Д
Никогда.....	3
Редко.....	2
Иногда.....	1
Большую часть времени.....	0
Я могу спокойно сидеть и чувствовать себя расслабленным (-ой)	Т
Всегда.....	0
Чаще всего.....	1
Редко.....	2

Никогда.....3

Я чувствую себя заторможенным (-ой) Д
Практически постоянно.....3
Очень часто.....2
Иногда.....1
Никогда..... 0

Внутри все дрожит и сжимается Т
Никогда.....0
Иногда.....1
Довольно часто.....2
Очень часто.....3

Мне безразлична моя внешность Д
Верно.....3
Почти, я гораздо меньше уделяю ей внимания, чем следует.....2
Немного, но это меня не волнует.....1
Нет.....0

Я суетлив, как будто должен (-а) постоянно двигаться Т
Очень сильно.....3
Сильно.....2
Не очень сильно.....1
Совсем нет.....0

Я думаю, что все будет хорошо Д
Как всегда думал.....0
Реже, чем обычно.....1
Значительно реже.....2
Не думаю.....3

У меня бывает внезапное чувство паники Т
Очень часто.....3
Довольно часто.....2
Иногда..... 1
Никогда.....0

Мне доставляет удовольствие хорошая книга, музыка или кинофильм Д
Часто.....0
Иногда.....1
Не часто.....2
Нет.....3

Отметьте, пожалуйста, Ваш: ПОЛ М Ж, ВОЗРАСТ: ___ лет,
ПРОФЕССИЯ _____
Длительность тревоги: _____
Основной диагноз: _____

ФИО _____

Результаты оцениваются отдельно для подшкал Т и Д:
При сумме баллов ≥ 8 – необходима диагностика тревожного или депрессивного расстройства**

Рецензия

на методические рекомендации «Диагностический поиск при симптомокомплексе «кома в горле»», подготовленные коллективом ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ (директор – Засл. деятель науки РФ, проф. А.И. Крюков).

Методические рекомендации авторского коллектива посвящены актуальной проблеме диагностического поиска при симптомокомплексе «кома в горле». Известно, что на приеме врача оториноларинголога пациенты с жалобами на «ком в горле» составляют 5%, а врача фониатра до 35%. Симптом «кома в горле» встречается во всех возрастных категориях. Эпизодические жалобы на ощущение «кома в горле» встречаются в анамнезе, практически, у половины здоровых людей. Если ощущение «кома в горле» беспокоит пациента длительное время, то это заставляет пациента обращаться за консультацией к врачам разных специальностей.

Известно что «ком в горле» является мультидисциплинарной проблемой. Следует отметить, что на сегодняшний день единой тактики обследования и лечения пациентов с жалобой на «ком в горле» нет.

Представленные методические рекомендации освещают жалобы, особенности анамнеза и результаты комплексного клинического обследования пациентов с «комом в горле»: ЛОР осмотр, оценка общеклинического и общесоматического статуса, диагностику психического расстройства и результаты клинико-психопатологического и клинико-психометрического обследования.

На основании проведенного авторами обзора литературы, данных собственного исследования и результатов наблюдения за пациентами с «комом в горле» разработан четкий алгоритм обследования и лечения больных с «комом в горле»

Методические рекомендации: «Диагностический поиск при симптомо-
комплексе «кома в горле»» представляют научный и практический интерес для
широкого круга оториноларингологов, фонистров, терапевтов, неврологов,
гастроэнтерологов, психоневрологов, психиатров и могут быть опубликова-
ны.

Рецензент:

доктор медицинских наук, профессор
кафедры оториноларингологии
МГМСУ

им. А.И. Евдокимова МЗ РФ -

Н.А. Мирошниченко
Н.А. Мирошниченко

Подпись руки проф. Н.А.Мирошниченко заверяю

07.04.19



Мирошниченко

Рецензия

на методические рекомендации «Диагностический поиск при симптомо-
комплексе «кома в горле»», подготовленные коллективом ГБУЗ «Научно-
исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.
Свержевского» ДЗМ (директор – Засл. деятель науки РФ,
проф. А.И. Крюков).

В настоящее время, на практике врачу оториноларингологу приходится часто сталкиваться с пациентами, предъявляющими жалобы на «ком в горле». Известно, что данный симптом возникает у пациентов разных возрастов, сопровождается канцерофобией. Одной из причин кома в горле, с одной стороны, являются опухолевые заболеваний ЛОР органов и шеи, с другой стороны эта жалоба часто сопровождает стрессовые расстройства и не имеет органической природы. Это ставит перед врачом задачу тщательного и комплексного обследования каждого пациента с указанной жалобой.

Авторами проведен подробный анализ этиологии и клиники симптома «ком в горле». На основании обследования статистически достоверного числа пациентов разработан алгоритм действия врача при обследовании и лечении больного с жалобой на «ком в горле».

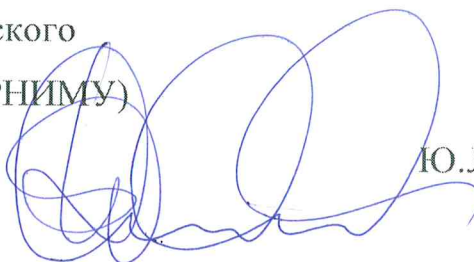
Методические рекомендации изложены на 26 страницах машинописного текста, иллюстрированы 2 рисунками и 4 таблицами, содержат краткий обзор современной литературы по данной теме, разделы, посвященные клинике и диагностике «кома в горле», представлен четкий алгоритм действий врача при обследовании и лечении пациента с симптомом «кома в горле».

Методические рекомендации: «Диагностический поиск при симптомо-
комплексе «кома в горле»» представляют научный и практический интерес для широкого круга оториноларингологов, фониатров, терапевтов, неврологов,

гастроэнтерологов, психоневрологов, психиатров и могут быть опубликованы.

Рецензент:

доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры оториноларингологии
Педиатрического факультета Российского
национального исследовательского
медицинского университета (РНИМУ)
им. Н.И. Пирогова, г. Москва.



Ю.Л.Солдатский

Подпись руки профессора Ю.Л. Солдатского заверяю.



Орлова